

SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN AROMATERAPI MAWAR
(*Rosa damascene*) TERHADAP ADAPTASI NYERI KALA I
FASE AKTIF PADA IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA
DI BPS WILAYAH KERJA PKM RUNGKUT
SURABAYA**

PENELITIAN PRA EXPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

PRAMITA FRIDIA N

NIM. 010710173 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

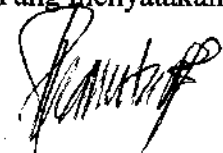
2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah
dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar di berbagai jenjang
di Perguruan Tinggi.

Surabaya, 18 Juli 2011

Yang menyatakan,



Pramita Fridia N
NIM : 010710173b

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

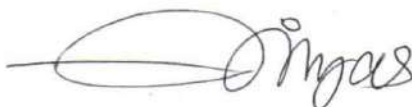
TELAH DISETUJUI
TANGGAL 26 JULI 2011

Oleh:
Pembimbing I



Purwaningsih S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

Pembimbing II



Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns
NIK.139080791

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Pejabat Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP.197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI PROPOSAL

Telah dipertahankan dihadapan tim penguji sidang skripsi

Pada tanggal 26 Juli 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001

(.....)

Anggota : 1. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp
NIP. 197410292003132003

(.....)

2. Tiyas Kusumaningrum S.Kep., Ns
NIK. 139080791

(.....)

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Pejabat Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PEMBERIAN AROMATERAPI MAWAR (*rosa damascene*) TERHADAP NYERI KALA I FASE AKTIF PADA IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA di BPS di WILAYAH KERJA PKM RUNGKUT, SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Dalam menyelesaikan skripsi ini penulis mendapat banyak bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada :

1. Purwaningsih., S.Kp., M.Kes, selaku pejabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Mira Trihartini., S.Kp., M.Kes, selaku pejabat Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Purwaningsih., S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah bersedia untuk meluangkan waktu guna memberikan saran, motivasi dan bimbingan yang sangat berguna bagi saya.
4. Tiyas Kusumaningrum., S.Kep. Ns, selaku pembimbing II yang selalu mengarahkan penelitian saya dengan segala kesabaran dan ketelatenannya memberikan masukan dan motivasi yang sangat berguna bagi saya.

5. Bapak Supadi., S.Pd dan Ibu Neni Suharwati, orang tuas aya tercinta yang selalu mengiringi langkah saya dengan doa, tak pernah lelah dan selalu sabar memberikan motivasi, dukungan baik moral maupun materiil. Dan sesungguhnya semua pencapaian ini saya persembahkan untuk beliau berdua. Semoga Allah memberikan kesempatan bagi saya lebih berbakti kepada beliau berdua.
6. Adikku Nendy Purba Yunita dan Anisa Suryaning Rengganis yang selalu memberikan semangat untuk mengerjakan skripsi ini. Terima kasih untuk ketulusan hati yang telah diberikan.
7. Para sahabat : Tri Indah Octawiyani, Masayu Karina A.P (beboo), dan Dwi Septyoningrum yang selalu mendukung dan memberikan masukan dalam hal apapun termasuk dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih untuk ketulusan hati yang telah diberikan.
8. Ibu Tini dan Ibu Hanik yang telah bersedia memberikan tempat untuk penelitian ini.
9. Mbak Dia, Angga, Mbak Rina, Mbak Jum dan Bu Bambang yang tulus membantu dalam penelitian ini.
10. Para Staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
11. Teman-teman A7, atas kebersamaanya dan semangatnya sehari-hari yang penuh keceriaan dalam setiap langkah.
12. Seluruh responden dalam penelitian ini atas partisipasi dan kerjasamanya.

13. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan semua, terima kasih.

Semoga Allah SWT memberikan ridho bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan. Harapan penulis skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan.

Surabaya, 6 Juli 2011

Penulis

ABSTRACT

**THE EFFECT OF ROSE AROMATHERAPY (*rosa damascene*)
ON THE LABOR PAIN ADAPTATION DURING ACTIVE PHASE
IN PRIMIGRAVIDA MOTHER**

A Pra Experimental Study at BPS In the Region PKM Rungkut, Surabaya

By : Pramita Fridia N

Labor pain is an unpleasant sensation due to sensory nerve stimulation. The pain caused by uterine contractions, cervix dilatation and distension of the uteri body. Mother in labor are often unable to adapt of labor pain. Aromatherapy is nonfarmacologi treatment. Rose aromatherapy may increase comfort, decrease anxiety and fear, reduce mental and physical tension and also control pain. The objective of the study was to analyze the effect of rose (*rosa damascene*) aromatherapy to labor pain adaptation during active phase.

Design used in this study was pra experimental. The samples were 8 respondents match thr inclusion criteria. The independent variable was rose aromatherapy, and the dependent variable was adaptation of labor pain and labor pain. Data collected using interview, observation and Bourbanais pain scale questionnaire. Adaptation of labor pain score and labor pain score at pre test and post test were analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test with level of significance $p \leq 0.05$.

The result showed adaptation of labor pain score increased (mean $\Delta = +9.5$) and labor pain score decreased (mean $\Delta = -1$) but statistical result showed no significant value between rose aromatherapy with adaptation labor pain ($p = 0.083$) and labor pain ($p = 0.157$). It can be concluded that nonfarmacologi treatment for labor pain single used of rose aromatherapy could not provide maximum effect for adaptation of labor pain. Labor pain is influenced by many factors such as husband's support, age, and the experience of previous labor process. It is need futher research on the effect of rose aromatherapy to other variables of labor process.

Keyword : rose aromatherapy, labor pain, adaptation, active phase, primigravida

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Ucapan Terima Kasih	iv
Abstact	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Arti Lambang, Singkatan dan Istilah	xvi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Persalinan.....	7
2.1.1 Definisi persalinan.....	7
2.1.2 Penyebab persalinan.....	7
2.1.3 Tanda-tanda persalinan.....	9
2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan.....	10
2.1.5 Kala persalinan.....	11
2.1.6 Mekanisme persalinan.....	15
2.2 Konsep Nyeri Persalinan.....	19
2.2.1 Definisi nyeri persalinan.....	19
2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan.....	19
2.2.3 Fisiologi nyeri persalinan.....	22
2.2.4 Manajemen nyeri persalinan.....	23
2.3 Konsep Alat Ukur.....	27
2.3.1 Pengukuran tingkat adaptasi.....	27
2.3.2 Pengukuran tingkat nyeri.....	33
2.4 Konsep aromaterapi.....	36
2.4.1 Definisi aromaterapi.....	36
2.4.2 Sejarah aromaterapi.....	37
2.4.4 Aromaterapi dalam konteks persalinan.....	40
2.4.5 Mekanisme kerja aromaterapi.....	41
2.4.6 Metode penggunaan aromaterapi.....	43
2.4.7 Aromaterapi Mawar.....	46
2.5 Konsep Adaptasi.....	48
2.5.1 Teori Adaptasi dalam Antropologi.....	48

	2.5.2 Teori Adaptasi dalam Lingkungan.....	50
	2.5.3 Konsep Adaptasi Roy.....	50
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	
	3.1 Kerangka Konseptual.....	58
	3.2 Hipotesis.....	60
BAB 4	METODE PENELITIAN	
	4.1 Desain Penelitian.....	61
	4.2 Populasi, sampel dan sampling.....	62
	4.2.1 Populasi.....	62
	4.2.2 Sampel.....	62
	4.2.3 Sampling.....	62
	4.3 Identifikasi Variable.....	63
	4.3.1 Variable Independen.....	63
	4.3.2 Variable Dependen.....	63
	4.3.3 Definisi Operasional.....	64
	4.4 Instrument penelitian.....	66
	4.5 Lokasi dan Waktu.....	67
	4.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	67
	4.7 Kerangka Operasional.....	68
	4.8 Analisis data.....	68
	4.9 Masalah Etik.....	70
	4.9.1 Surat Persetujuan (<i>informed consent</i>).....	70
	4.9.2 Tanpa Nama (<i>anonimity</i>).....	70
	4.9.3 Kerahasiaan (<i>confidentiality</i>).....	70
	4.9.4 Keterbatasan.....	70
BAB 5	PEMBAHASAN	
	5.1 Hasil Penelitian.....	72
	5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	72
	5.1.2 Data Umum.....	74
	5.1.3 Data Khusus.....	82
	5.2 Pembahasan.....	85
	5.2.1 Adaptasi nyeri persalinan kala 1 fase aktif sebelum pemberian aromaterapi mawar.....	85
	5.2.2 Adaptasi nyeri persalinan kala 1 fase aktif setelah pemberian aromaterapi mawar.....	88
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan.....	92
	6.2 Saran.....	93
	DAFTAR PUSTAKA	94
	LAMPIRAN.....	96

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Skala nyeri menurut Mankoski..... 36

Table 4.1 Rancangan penelitian “ pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*Rosa Damascena*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif pada Ibu Inpartu Primigravida.”..... 61

Table 4.2 Definisi perasional penelitian pengaruh pemberian aromaterapi mawar terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida tanggal 12 Juni – 25 Juni 2011 68

Table 5.1 Hasil uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011..... 83

Table 5.1 Hasil uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011..... 85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pembukaan serviks pada primigravida (atas) dan multipara (bawah) dalam kala I.....	13
Gambar 2.2 Mekanisme turannya kepala janin.....	16
Gambar 2.3 <i>Asinklitismus posterior</i>	17
Gambar 2.4 <i>Asinklitismus anterior</i>	17
Gambar 2.5 <i>Sinklitismus</i>	17
Gambar 2.6 <i>Visual analog scale/VAS</i>	34
Gambar 2.7 <i>Verbal descriptif scale/VDS</i>	35
Gambar 2.8 Skala nyeri Bourbanis.....	35
Gambar 2.9 Tanaman mawar (<i>Rossa damascene</i>).....	48
Gambar 3.1 Kerangka konseptual teori adaptasi Roy pengaruh aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>) terhadap adaptasi nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida (Calista Roy, 1939).....	58
Gambar 4.1 Kerangka operasional pengaruh aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.....	68
Gambar 5.1 Distribusi ibu berdasarkan umur di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	74
Gambar 5.2 Distribusi ibu berdasarkan pekerjaan di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	75
Gambar 5.3 Distribusi ibu berdasarkan pendidikan di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	75
Gambar 5.4 Distribusi ibu berdasarkan rencana hamil di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	76
Gambar 5.5 Distribusi ibu berdasarkan lama menikah di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	76
Gambar 5.6 Distribusi ibu berdasarkan pembukaan serviks di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	77
Gambar 5.7 Distribusi ibu berdasarkan frekuensi kontraksi per 10 menit di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	77
Gambar 5.8 Distribusi ibu berdasarkan durasi kontraksi di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	78
Gambar 5.9 Distribusi ibu berdasarkan waktu nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	78
Gambar 5.10 Distribusi ibu berdasarkan sifat nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	79
Gambar 5.11 Distribusi ibu berdasarkan area nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	79
Gambar 5.12 Distribusi ibu berdasarkan keparahan nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	80

Gambar 5.13 Distribusi ibu berdasarkan keteraturan nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	80
Gambar 5.14 Penurunan skala nyeri ibu setelah pemberian aromaterapi mawar di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	81
Gambar 5.15 Peningkatan adaptasi nyeri ibu setelah pemberian aromaterapi mawar di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	81
Gambar 5.16 A. Nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum pemberian aromaterapi mawar (rosa damascene) dan B Nyeri kala I fase aktif pada ibu sesudah pemberian aromaterapi mawar (rosa damascene) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	82
Gambar 5.17 A. adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum pemberian aromaterapi mawar (rosa damascene) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011 dan B adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu sesudah pemberian aromaterapi mawar (rosa damascene) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.....	84

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan surat bantuan fasilitas penelitian bagi mahasiswa PSIK-FKp Unair di BPS Tini.....	96
Lampiran 2	Permohonan surat bantuan fasilitas penelitian bagi mahasiswa PSIK-FKp Unair di BPS Ny. Hanik	97
Lampiran 3	Surat ijin melakukan penelitian dari BPS Tini.....	98
Lampiran 4	Surat ijin melakukan penelitian dari BPS Ny. Hanik.....	99
Lampiran 5	Surat keterangan melakukan penelitian di BPS Tini.....	100
Lampiran 6	Surat keterangan melakukan penelitian di BPS Ny. Hanik...	101
Lampiran 7	Lembar permohonan menjadi responden.....	102
Lampiran 8	Lembar persetujuan menjadi responden penelitian.....	103
Lampiran 9	Format pengumpulan data.....	104
Lampiran 10	Kuesioner skala nyeri Bourbanais.....	108
Lampiran 11	Cara menggunakan lembar.....	110
Lampiran 12	Lembar observasi.....	112
Lampiran 13	<i>Standart operating procedure (SOP)</i>	114
Lampiran 14	<i>Tabel GAC and adaptive domain composite equivalents of sums of scaled score: adult form, rated by other</i>	115
Lampiran 15	Tabulasi data hasil penelitian.....	117
Lampiran 16	Hasil uji statistic.....	119

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

1. TENS : *Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation*
2. VABS-II : *Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition*
3. ADHD : *Attention Defisit Hyperactive Disorder*
4. ABAS : *Adaptive Behavior Assessment System*
5. SIB-R : *Scaled of Independent Behavior-Revised*
6. ABS-SE : *Adaptive Behavior Scale System Evaluasi*
7. GAC : *General Adapive Composite*
8. VAS : *Visual Analog Scale*
9. NRS : *Numeric Rating Scale*
10. VDS: *Verbal Deskriptif Scale*

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses persalinan pada tiap individu adalah pengalaman yang unik. Kondisi ini dikarenakan berbagai faktor, salah satunya adalah adanya nyeri selama proses persalinan. Walaupun sebenarnya adanya nyeri persalinan merupakan kondisi yang fisiologis (Mulyata, 2002). Wanita hamil sebanyak 75% dari populasi memiliki coping yang rendah, sehingga tidak tahan terhadap stress dan nyeri persalinan (Reeder, 1997 dikutip oleh Mulyata 2002). Orang yang memiliki daya coping yang tinggi dapat mengelola stress yang dialami dan mengatasinya. Orang yang copingnya rendah menurut Folkman & Lazarus (1998) dapat ditingkatkan dengan pendidikan dan latihan (Niven & Gijssbergs, 1984 dikutip oleh Mulyata 2002).

Ibu yang mengalami nyeri saat inpartu diberikan arahan oleh bidan di BPS Hanik untuk mengambil napas dalam agar nyeri teralihkan. Pendidikan tentang proses persalinan telah dilakukan oleh bidan di BPS Tini saat ibu kontrol kehamilan trimester ketiga. Pendidikan tentang cara mengatasi nyeri saat kontraksi dapat dengan teknik napas dalam. Pendidikan yang telah diberikan oleh bidan di kedua BPS tersebut tidak memberikan respon adaptif terhadap nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida. Ibu tetap berperilaku maladaptive saat kontraksi terjadi seperti, mengejan dan berteriak.

Metode nonfarmakologis untuk nyeri persalinan seperti *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS), musik, hidroterapi, posisi, lingkungan, akupressure, akupuntur, aromaterapi, *hypnobirthing*, *massage* telah

dikembangkan. Penggunaan aromaterapi yang benar dalam persalinan dapat mengurangi kebutuhan seorang ibu akan obat-obatan seperti *pethidin* (Price,1997). Penelitian dalam penggunaan dan efektivitas aromaterapi dalam rumah bersalin di Inggris selama periode 8 tahun antara tahun 1990 dan 1998. Aromaterapi (lavender, mawar, atau kemenyan) digunakan 61% perempuan untuk meringankan kecemasan dan ketakutan. Manfaatnya dirasakan 50% dari ibu dan 13% merasa tidak membantu. Minyak mawar dinilai bermanfaat oleh sebagian besar (71%), diikuti oleh lavender (50%). Lavender dan kemenyan digunakan untuk nyeri oleh 537 perempuan. Efektivitas pada lavender 54% dan 64% kemenyan (Medcape Journal of Nursing, 2004) .

Aromaterapi di Indonesia lebih banyak di gunakan dalam kecantikan terutama aromaterapi lavender. Aromaterapi mawar mengandung senyawa eugenol yang juga ditemukan pada minyak cengkeh yang biasa untuk analgesik (Price, 1997). Penelitian sebelumnya tentang pengaruh aromaterapi lavender terhadap nyeri kala I fase aktif telah dibuktikan (Sari, 2010). Aromaterapi mawar sebagai terapi nonfarmakologi untuk adaptasi nyeri pada kala I fase aktif belum banyak digunakan. Pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif belum dapat dijelaskan.

Ibu yang berteriak setiap his dapat membuat ibu menjadi kelelahan sehingga tidak memiliki tenaga untuk mengejan saat kala II. Ketidakmampuan ibu untuk mengejan membuat waktu persalinan lebih lama dan bayi beresiko mengalami distress. Ibu yang tidak mampu menahan keinginan untuk mengejan saat kontraksi kala I fase aktif beresiko terjadinya caput succedaneum pada bayi. Data pasien di BPS Hanik pada kurun watu 3 bulan (Februari hingga April 2011)

didapatkan 25 ibu primipara dan 27 ibu multipara. Dari data didapatkan 28% dari jumlah total ibu tidak mampu untuk beradaptasi dengan nyeri kala I fase aktif, sehingga dilakukan SC (*secsio secaria*) pada ibu inpartu. Data pasien di BPS Tini pada kurun waktu 3 bulan (Februari hingga Maret 2011) didapatkan 18 ibu primipara dan 24 ibu multipara. Dari data didapatkan 5% bayi lahir dengan caput succedaneum. Efek fisiologis akibat cemas dan takut karena nyeri meningkatkan sekresi katekolamin. Efek sekresi katekolamin yang berlebihan menyebabkan kontraksi uterus menurun hingga memperlambat persalinan.

Rangsangan nyeri kala I fase aktif ditimbulkan oleh kontraksi uterus yang menyebabkan regangan otot rahim, dilatasi servik dan segmen uterus, distensi korpus uteri sehingga menimbulkan rasa nyeri (Mender, 2004). Rangsangan dihantarkan melalui peregangan uterus bagian bawah, iskemia myometrium dan akumulasi serabut saraf simpatis dan masuk kedalam medulla spinalis thoracal X, XI, XII kemudian rangsangan naik ke traktus spinathalamus lateral menuju nucleus posteromedial ventral dan posterolateral thalamus berakhir di postcentralis cortex cerebri untuk dipersepsikan sebagai nyeri. Aromaterapi mawar (*rosa damascene*) bekerja dengan cara mempengaruhi otak. Saraf penciuman terangsang dengan adanya mawar yang dihirup, mempengaruhi kerja sistem limbik yang berhubungan dengan kerja otak untuk mengadakan perubahan emosi dan *mood* seseorang (Kayne, 2002). Perasaan tenang membantu melepaskan endorphin sehingga meredakan reaksi korteks otak dalam menstransmisi implus nyeri. Aromaterapi di Indonesia tidak banyak digunakan sebagai pilihan terapi nonfarmakologis karena banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk

menghilangkan nyeri. Keefektifan aromaterapi diragukan karena belum dievaluasi melalui penelitian riset yang sistematis.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan perinatal mampu memberikan tindakan keperawatan untuk beradaptasi terhadap nyeri selama proses persalinan tanpa menimbulkan efek yang merugikan bagi ibu dan janin. Peran mandiri perawat dalam manajemen nyeri persalinan secara nonfarmakologis membantu ibu beradaptasi dan berperilaku adaptif terhadap nyeri persalinan. Salah satu metode manajemen nyeri adalah dengan cara nonfarmakologis yang dapat dilakukan dengan aromaterapi mawar (*rosa damascene*). Aromaterapi bekerja dengan cara mempengaruhi otak. Pelepasan zat neurokimia yaitu endorfin membuat ibu inpartu kembali rileks dan dengan keadaan emosi dan *mood* yang baik. Pemberian aromaterapi dapat menjadi alternative sebagai metode nonfarmakologi pengendalian nyeri. Yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah ibu bersalin di BPS Hanik dan BPS Tini berperilaku maladaptive terhadap nyeri kala I fase aktif meski telah diberikan pendidikan tentang proses persalinan sebelumnya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi intensitas nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).
2. Mengidentifikasi adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).
3. Menganalisis pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan maternitas terutama mengenai pengaruh pemberian terhadap aromaterapi.

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Perawat

Diharapkan dapat sebagai pilihan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk adaptasi nyeri kala I fase aktif secara nonfarmakologis dengan pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

2. Rumah Bersalin

Sebagai tambahan informasi yang dapat digunakan untuk pertimbangan rumah bersalin dalam adaptasi nyeri kala I fase aktif dengan terapi

nonfarmakologis yaitu menggunakan aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

3. Ibu

Ibu memiliki banyak pilihan untuk adaptasi nyeri kala I fase aktif dengan menggunakan terapi nonfarmakologi yaitu aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu : 1) Konsep Persalinan, 2) Konsep Nyeri Persalinan, 3) Konsep Alat Ukur, 4) Konsep Aromaterapi, dan 5) Konsep Adaptasi.

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Definisi persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjonosastro, 2005). Persalinan merupakan suatu proses saat janin dan prosuk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi yang teratur, progresif, sering dan kuat (Stright, 200). Persalinan merupakan proses pergerakan keluar janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Bobak, 2005).

2.1.2 Penyebab persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan adanya persalinan (Sumarah, 2008).

1. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan factor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplacental* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

2. Teori penurunan progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi koriares* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai tingkat progesteron tertentu.

3. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise parts posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitifitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

4. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil bisa menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

5. Teori hipotalamus-pituari dan glandula suprarenalis

Kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang makan hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

2.1.3 Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan dibagi menjadi dua, yaitu : tanda permulaan persalinan dan inpartu atau partus dimulai.

Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya ibu hamil memberikan tanda-tanda :

1. *Lightening* atau *settling* atau *drooping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primipara, pada multipara tidak begitu ketara.
2. Perut terlihat melebar, fundus uteri turun.
3. Perasaan sering atau susah kencing (*polakisuria*) karena kandung tertekan oleh bagian bawah janin.
4. Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi dari uterus, kadang disebut *false labour pains*.

Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (*bloody show*).

Tanda-tanda inpartu

Setelah masuk inpartu, ibu hamil memberikan tanda-tanda dan keluhan subyektif, yaitu :

1. Kontraksi pada interval yang tertur dan sering.
2. Interval antara kontraksi secara bertahap memendek.
3. Durasi dan intensitas kontraksi meningkat.

4. Rasa tidak nyaman di belakang dan menjalar ke abdomen.
5. Berjalan biasanya menyebabkan meningkatnya intensitas kontraksi.
6. Dilatasi dan pendataran serviks mengalami kemajuan.
7. Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
8. Membrane amnion pecah.
9. Napas lebih cepat.
10. Mual dan muntah.
11. Keringat mengalir deras.
12. Sakit pinggang meningkat.

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Jalan lahir (*passageway*)

Mengacu pada kemampuan panggul dan jalan lahir dalam memungkinkan janin turun. Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan, yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak (Manuaba, 1999).

2. Janin (*passenger*)

Persalinan merupakan proses pendorongan tengkorak bayi melalui pelvis ibu (Hamilton, 1995). *Passanger* utama jalan lahir adalah janin dan bagian janin yang paling penting karena ukurannya yang paling besar adalah kepala (Farrer, 2001). Janin mempengaruhi proses persalinan lewat ukuran kepala, presentasi, lentak lintang, posisi bagian tubuh fetus dan posisi fetus (Bobak, 2005).

3. Tenaga (*power*)

Mengacu pada frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi uterus untuk menyebabkan pendataran dan dilatasi serviks komplit. Kontraksi ini terjadi di luar kesadaran (*involunter*), di bawah pengendalian sistem saraf simpatis dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh system endokrin (Farrer, 2001).

4. Psikologis ibu

Ketakutan menyebabkan kegelisahan dan respon endokrin yang menyebabkan retensi urin natrium, ekskresi kalium dan penurunan glukosa yang dibutuhkan oleh kontraksi uterus. Ketakutan dan kecemasan pada ibu inpartu akan menyebabkan respon melawan atau menghindar (*fight or flight*) (Hamilton, 1995). Keadaan ini memicunya kadar katekolamin atau hormone stress seperti ephinefrin (adrenalin), norephinefrin (noradrenalin), dan kortisol. Selama kala I persalinan, sirkulasi katekolamin yang berlebih menyebabkan beralihnya aliran darah dari rahim dan plasenta serta organ-organ lain yang penting, seperti jantung, paru-paru, ota dan otot rangka. penurunan aliran darah ke rahim dan plasenta memperlambat kontraksi rahim dan mengurangi pasokan oksigen ke janin (Simkin & Ruth, 2005).

5. Position (posisi ibu)

Pada kehamilan akhir perubahan produksi hormon menyebabkan relaksasi ligament dan tulang rawan pada sendi panggul memungkinkan mobilitas yang lebih tinggi pada sendi sakroiliaka dan simfisis pubis. Mobilitas panggul memungkinkan perubahan bentuk dan ukuran panggul yang tidak kentara sehingga dapat memfasilitasi posisi optimal kepala janin pada kala I yaitu gerakan-gerakan utama fleksi, rotasi interna dan penurunan janin pada kala II (Simkin & Ruth, 2005).

2.1.5 Kala persalinan

Tahap persalinan meliputi 4 fase atau kala :

1. Kala I yaitu kala pembukaan, pada kala ini serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm.
2. Kala II yaitu kala pengeluaran karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengejan janin didorong keluar sampai lahir.
3. Kala III yaitu kala uri atau plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan.
4. Kala IV yaitu observasi dilakukan mulai lahirnya plasenta selama 1 jam, hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum.

Persalinan kala I (pembukaan)

Persalinan kala I dimulai dengan timbulnya his dan wanita tersebut mengeluarkan lender bercampur darah (*bloody show*). Lendir bercampur darah ini berasal dari leher *kanalis servikalis* karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh-pembuluh darah kapiler sekitar *kanalis servikalis* pecah karena pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I berakhir bila serviks menipis dan dilatasi lengkap (Stright, 2005). Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase, yaitu :

1. Fase laten

Fase persalinan pada pembukaan 0-3 cm yang dikenal sebagai tahap yang dimulai dari awitan kontraksi uterus yang teratur sampai permulaan fase aktif. Durasi maksimal berlangsung sekitar 8 jam. Fase persalinan ini tidak boleh lebih dari 8 jam karena kontraksi dapat cukup menyakitkan sehingga menimbulkan lambatnya persalinan (Henderson, 2005). Pada fase ini kontraksi

menjadi lebih stabil dengan peningkatan frekuensi antara 20-30 detik (Chairunnisa, 2006).

2. Fase aktif, dibagi dalam tiga fase yaitu :

- 1) Periode akseleerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maximal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 menjadi 9 cm. kontraksi menjadi lebih kuat, lebih sering, lebih lama dan lebih sakit.
- 3) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap 10 cm.



Gambar 2.1 Pembukaan serviks pada primigravida (atas) dan multipara (bawah) dalam kala I (Cunningham, 2005).

Pada gambar 2.1 atas menjelaskan mekanisme membukanya serviks pada ibu primipara kala I. Pada gambar bagian atas yang pertama, *ostium uteri internum* akan membuka lebih dahulu, sehingga *serviks* akan mendatar (gambar kedua) dan *serviks* akan menipis (gambar ketiga). Dan kemudian *ostium uteri eksternum* membuka (gambar keempat).

Pada gambar 2.1 bawah menjelaskan mekanisme pembukaan serviks pada ibu multipara dalam kala I. pada gambar bagian bawah yang pertama *ostium uteri internum* sudah membuka sedikit. Pada gambar kedua, ketiga dan keempat *ostium uteri internum* dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama (Winkjosastro, 2005).

Persalinan kala II

Pada kala pengeluaran his menjadi terkoordinir, lebih kuat, lebih cepat dan lama kira-kira 2-3 menit sekali (Wiknjastro, 2005) dan durasi 50-90 detik (Stright, 2005). kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mengejan. karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar. Kemudian *perineum* mulai menonjol dan menjadi lebar anus membuka, *labia* mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin masuk lagi di luar his dan dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan *suboksiput* di bawah *simpisis* dan dahi, muka dan dagu melewati *perineum*, setelah beristirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi. Kemampuan ibu untuk menggunakan otot-otot abdomennya dan posisi bagian presentasi mempengaruhi durasi kala II (Hamilton, 1995). Pada multipara kala II berakhir ½-1 jam, pada primipara 1 ½-2 jam (Rustam, 1998).

Persalinan kala III

Kala III diawali dengan keluarnya bayi dari uterus dan diakhiri dengan keluarnya plasenta. Setelah bayi lahir, kontraksi uterus istirahat sebentar. Beberapa saat keadaan, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Proses ini biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir baik multipara maupun primipara (Rustam, 1998).

Persalinan kala IV

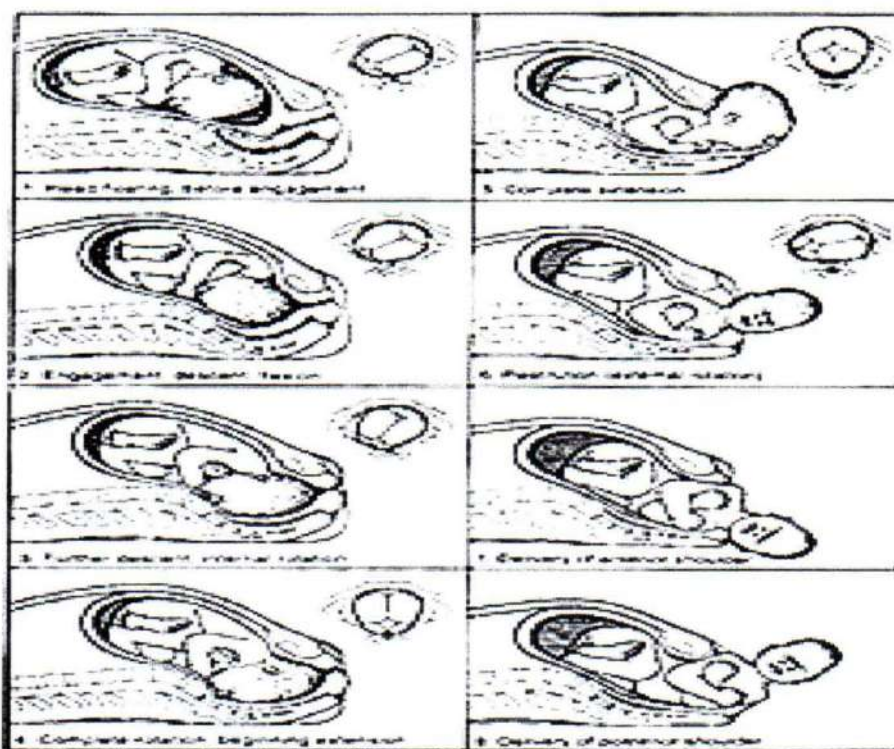
Kala IV diawali dengan keluarnya plasenta dan berakhir ketika uterus tidak relaksasi lagi, yaitu saat hemoragik postpartum telah lewat (Hamilton, 1995). Kala IV mungkin menjadi panjang pada multipara dari pada primipara, tetapi biasanya rata-rata dari 4-12 jam. Secara umum, persalinan bagi primipara dua kali lebih lama dari pada multipara. Lamanya waktu persalinan pada setiap wanita tergantung pada ukuran jalan lahir yang berhubungan dengan bayi, jumlah kehamilan sebelumnya, proses bayi dan kualitas kontraksi uterus.

2.1.6 Mekanisme persalinan

Menurut Wiknjosastro (2002) hampir 96% janin berada pada uterus dengan presentasi kepala, dan presentasi kepala ini ditemukan $\pm 58\%$ ubun-ubun kecil terletak di kiri depan, $\pm 23\%$ di kanan depan, $\pm 11\%$ di kanan belakang dan $\pm 8\%$ di kiri belakang. Keadaan janin dalam presentasi yang tinggi berada dalam uterus dengan presentasi kepala, kemungkinan disebabkan karena kepala relative lebih besar dan lebih berat. Mungkin pula bentuk uterus sedemikian rupa sehingga volume bokong dan ekstremitas yang lebih besar berada di atas, di ruangan yang lebih luas, sedangkan kepala berada di bawah, di ruangan yang lebih sempit. Ini dikenal dengan teori akomodasi.

Karena bentuk lorong panggul yang tidak teratur dan dimensi-dimensi kepala janin matur yang relative besar, jelas bahwa tidak semua diameter kepala dapat melewati semua diameter panggul. Yang terjadi adalah diperlukan suatu proses adaptasi atau akomodasi bagian-bagian kepala yang bersangkutan terhadap berbagai segmen panggul untuk menyesuaikan kelahiran. Perubahan-perubahan

posisi di bagian presentasi ini merupakan mekanisme persalinan. Berikut urutan perubahan posisi bagian presentasi janin:



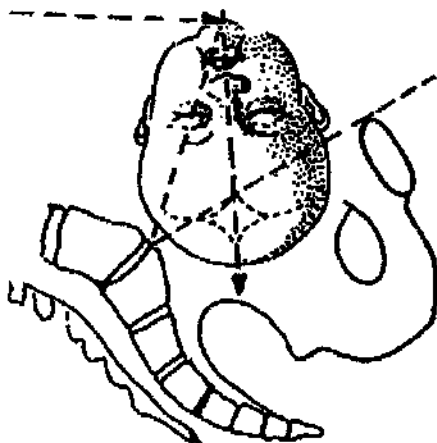
Gambar 2.2 Mekanisme turunya kepala janin

1. Engagement

Diameter *bipateral*, diameter melingkar tersebar kepala janin dalam presentasi oksiput, melewati pintu atas panggul. Fenomena ini dapat terjadi pada beberapa minggu terakhir kehamilan atau mungkin tidak terjadi sampai setelah mulainya persalinan (Cunningham, 2005).

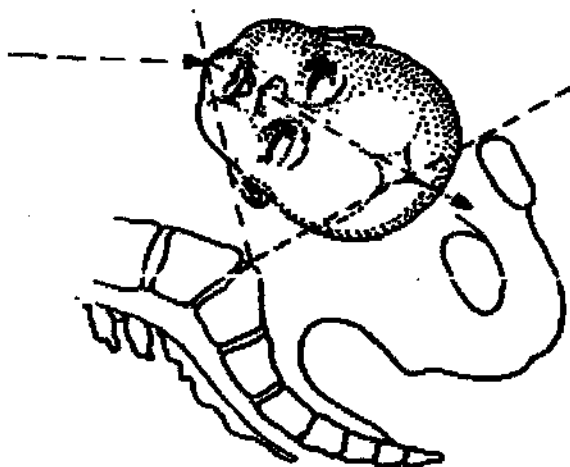
Masuknya kepala melintas pintu panggul dapat dalam keadaan *sinklitismus*, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam *asinklitismus*, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. *Asinklitismus anterior* menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan

pintu atas panggul. Dapat pula *asinklitismus posterior* menurut Litzman adalah keadaan sebaliknya dari *asinklitismus anterior* (Winkjosastro, 2005).



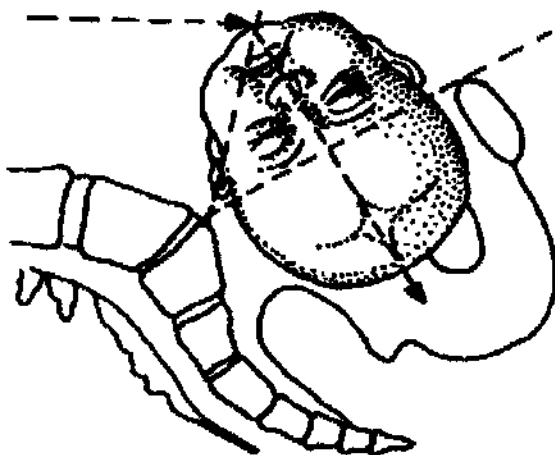
Gambar 16-9. Asinklitismus posterior.

Gambar 2.3 *Asinklitismus posterior*



Gambar 13-8. Asinklitismus anterior.

Gambar 2.4 *Asinklitismus anterior*



Gambar 13-7. Sinklitisimus.

Gambar 2.5 Sinklitisimus

2. Desent (penurunan)

Syarat pertama untuk lahir adalah penurunannya. Pada multipara, *engagement* dapat terjadi sebelum onset persalinan, dan penurunan lebih lanjut mungkin perlu terjadi sampai mulainya kala kedua persalinan. Pada primipara penurunan biasanya dengan *engagement*. Penurunan dilaksanakan oleh satu atau lebih dari empat kekuatan, yaitu : (1) tekanan cairan amnion, (2) tekanan langsung fundus pada bokong, (3) kontraksi otot-otot abdomen dan (4) *ekstensi* dan pelurusan badan janin (Cunningham, 2005).

3. Fleksi

Kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran paling kecil, yakni dengan diameter *suboksipitobregmatikus* (9,5 cm) dan dengan *sirkumferensia suboksipitobregmatikus* (32cm). Pada gerakan ini, dagu di bawah lebih dekat ke arah dada janin, dan diameter *suboksipitobregmatikus* yang lumayan lebih pendek menggantikan diameter *oksipitofrontal* yang lebih panjang.

Gerakan pemutaran kepala secara perlahan menggerakkan oksiput dari posisi asalnya menuju *symphysis pubis*, atau jarang ke *posterior* menuju *sacrum*.

Rotasi dalam penting untuk penyelesaian persalinan, kecuali kalau janinnya luar bisa kecil.

5. *Ekstensi*

Gerakan membawa oksiput langsung menempel pada *margo inferior symphysis pubis*, karena perlu keluar vulva mengarah ke atas dan ke depan, *ekstensi* harus terjadi sebelum kepala dapat melewatinya. Dengan bertambahnya distensi *perineum* dan muara vagina, bagian oksiput yang terlihat semakin banyak dan terjadi secara perlahan. Kepala dilahirkan dengan *ekstensi* lebih lanjut ketika oksiput, *bregma*, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu berhasil melewati tepi *anterior perineum*.

6. Rotasi luar

Kepala yang sudah dilahirkan selanjutnya mengalami restitusi atau putar paksi luar. Rotasi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala sebagai punggung anak.

7. *Ekpulsi*

Setelah putar paksi luar bahu depan sampai bawah *symphysis* dan terjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.2 Konsep Nyeri Persalinan

2.2.1 Definisi nyeri persalinan

Nyeri persalinan adalah bagian integral dari persalinan dan melahirkan (Mander, 2005 mengutip dari Malzack, 1984). Nyeri persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Nyeri tersebut terdiri atas dua komponen, yaitu komponen fisiologis dan komponen psikologis.

Komponen fisiologis merupakan proses penerimaan implus oleh saraf sensorik dan menyalurkan implus tersebut menuju saraf pusat. Sementara itu, komponen psikologis meliputi regkoni sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut (Yuliatun, 2008 mengutip dari Murray, 1998).

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan adalah sebagai berikut (Yuliatun, 2008) :

1. Faktor fisiologis

Faktor fisiologis yang mempengaruhi nyeri persalinan disebabkan oleh adanya dilatasi dan peregangan serviks penurunan aliran darah ke uterus pada waktu kontraksi, penekanan fetus pada struktur pelvis dan peregangan vagina dan perineum.

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang memodifikasi nyeri dirasakan oleh ibu meliputi :

1) Umur

Umur merupakan variabel penting yang mempengaruhi seseorang untuk mengungkapkan atau mendeskripsikan nyeri dan bagaimana usaha mereka untuk mengurangi nyeri. Wanita dengan usia muda mengalami nyeri tidak seberat nyeri yang dirasakan pada wanita dengan usia yang lebih tua (Yuliatun, 2008).

2) Budaya

Faktor budaya yang memainkan peran. Beberapa budaya mengharapkan sticisme (sabar dan membiarkannya), sedang budaya lainnya mendorong keterbukaan untuk mengatasi perasaannya. Persepsi

terhadap rasa sakit biasa saja berubah jika wanita tersebut telah mengalami nyeri dan penderitaan sebelumnya (Bennet & Brow, 1996 dikutip oleh Sari, 2006).

Wanita Asia mempunyai kepercayaan, memperlihatkan rasa nyeri dengan berteriak dan memekik merupakan satu hal yang memalukan sehingga berusaha untuk menghindarinya (Mander, 2004). Wanita Jepang merespon nyeri persalinan dengan tenang dan wanita Irania merespon nyeri persalinan dengan mengekspresikan secara verbal (Bobak, 2005).

3) Kecemasan dan takut

Kecemasan dan takut yang sedang dialami pada proses persalian dapat meningkatkan sekresi hormone katekolamin yang menyebabkan atau dapat mempengaruhi durasi kontraksi uterus.

Cemas dan takut menyebabkan peningkatan tegangan otot dan gangguan aliran darah menuju otak dan otot. Hal tersebut menyebabkan tegangan pada otot pelvis, kontraksi uterus yang terganggu dan hilangnya tenaga pendorong ibu selama kala II persalinan. Ketegangan yang lama akan menyebabkan kelelahan pada ibu dan meningkatkan persepsi serta menurunkan kemampuan ibu untuk mengontrol rasa nyerinya (Yuliatun, 2008).

4) Mekanisme coping

Setiap manusia mempunyai cara tersendiri dalam menghadapi stress akibat nyeri yang dialaminya. Namun ketika nyeri menjadi sesuatu yang mengancam interitas individu maka akan sulit bagi individu tersebut untuk mengontrol rasa nyerinya. Dalam hal ini, peran perawat adalah

mengobservasi bagaimana ibu dapat menurunkan rasa nyerinya dan mengkaji efektivitas metode yang digunakan. Meskipun demikian, tidak menutup kemungkinan bagi perawat untuk memberikan metode penanganan nyeri yang familiar bagi ibu (Yuliatun, 2008).

Sebanyak 75% dari populasi wanita hamil memiliki strategi koping yang rendah, sehingga tidak tahan terhadap stress dan nyeri persalinan (Reeder, 1997 dikutip oleh Mulyata 2002). Orang yang memiliki daya koping yang rendah dapat mengelola stress yang dialami dan dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan latihan antara lain, latihan pernapasan, senam hamil, penyuluhan, teknik relaksasi, distraksi, dan *imagery* (Folkman & Lazarus, 1998 dikutip oleh Mulyata 2002).

5) Persiapan masa kehamilan

Mengikuti kelas penyuluhan melahirkan anak akan mendapatkan informasi tentang nyeri dan pereda secara nonfarmakologi, seperti pemberian aromaterapi (Yuliatun, 2008).

6) Pengalaman sebelumnya

Jika seorang wanita memahami proses persalinan, mengetahui penyebab nyeri kelahiran bayi, maka seorang ibu akan mempunyai peluang yang lebih baik untuk menguranginya. Pada ibu primipara lebih merasakan nyeri yang sangat hebat daripada ibu multipara (Yuliatun, 2008).

2.2.3 Fisiologi nyeri persalinan

Rangsangan nyeri *somatic* dari vagina bawah, vulva dan otot dasar panggul dihantarkan melalui saraf A-delta dan lebih cepat. Impuls nyeri *visceral*

dari *uterus*, mulut rahim dan vagina atas dihantarkan oleh serabut C yang bersifat tak bermielin, berkecepatan hantar 0,5-2 meter/detik.

Rangsangan nyeri kala I ditimbulkan oleh kontraksi uterus yang menyebabkan regangan otot rahim, *dilatasi servik* dan *segmen uterus, distensi korpus uteri* sehingga menimbulkan rasa nyeri (Mender, 2004). Rangsangan dihantarkan melalui peregangan *uterus* bagian bawah, *iskemia myometrium* dan akumulasi serabut saraf simpatis dan masuk kedalam *medulla spinalis thoracal X, XI, XII* kemudian rangsangan naik ke *traktus spinathalamus lateral* menuju *nucleus posteromedial ventral* dan *posterolateral thalamus* berakhir di *postcentralis cortex cerebri* untuk dipersepsikan sebagai nyeri. Nyeri dialihkan ke dermatom yang disuplai oleh segmen medulla spinalis yang sama dengan segmen yang menerima input *nosiseptif* dari *uterus* dan *servik*.

Dermatom adalah daerah tubuh yang dipersarafi oleh spina khusus, misalnya dermatom 12 mengacu pada dermatom *torasikus* ke 12 (T12). Nyeri dirasakan sebagai nyeri tumpul yang lama pada awal kala I dan terbatas pada dermatom *torasikus* ke 11 (T11) dan ke 12 (T12) pada pertengahan perut. Kemudian pada kala I persalinan, nyeri pada dermatom T11 dan T12 menjadi lebih berat, tajam. Kram menyebar ke dermatom T10 dan L1, sejalan dengan kemajuan persalinan. Penurunan kepala janin memasuki *pelvis* menyebabkan *distensi* struktur *pelvis* dan tekanan pada *radiks peksus lumbrasakralis* yang menyebabkan nyeri alih pada perjalanan segmen L2 ke bawah. Akibatnya nyeri dirasakan pada region L2, bagian bawah punggung dan juga pada paha dan tungkai (Mander, 2004).

Pada pembukaan lengkap, nyeri ditimbulkan oleh tekanan, *distensi* dan robekan *fasia* serta jaringan *perineum*, *vulva* dan *pelvis*. Karena nyeri *perineum* dihantarkan melalui saraf serabut *somatic*. Maka nyeri semakin hebat dan terlokalisasi di daerah *perineum*. Nyeri *perineum* ditransmisikan melalui persarafan sensorik *nervus genitofermoralis* dari lumbal I dan *nervus cutaneus* dari segmen *sacral I* (Yuliatu, 2008).

2.2.4 Manajemen nyeri persalinan

Pengurangan rasa nyeri dalam persalihan mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Mengurangi perasaan nyeri dan tegang sementara ibu tetap berada dalam keadaan terjagasepertiin yang dikehendaki.
2. Menjaga agar ibu dan janinnya terbebas dari efek depresif yang ditimbulkan oleh obat.
3. Mencapai tujuan ini tanpa mengganggu kontraksi rahim (Farrer, 2001).

Pada umumnya untuk mengurangi nyeri selama persalinan digunakan metode farmakologis. Metode farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri persalinan mempunyai efek samping yang dapat berpengaruh merugikan bagi ibu, janin dan kemajuan persalinan (Jordan, 2003). Metode nonfarmakologis memiliki efek samping minimal terhadap ibu dan kesejahteraan janin (Sari, 2010).

1. Metode farmakologis

Terapi farmakologis untuk menurunkan nyeri persalihan bisanya menggunakan analgesik, anastesi dan sedative (Bobak, 2005). Penggunaan analgesik dapat menurunkan rasa nyeri tanpa menyebabkan penurunan kesadaran pada ibu bersalin. Anastesi akan menghilangkan sensasi nyeri, baik secara komplit

maupun parsial dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Penggunaan sedative seperti barbiturate berfungsi untuk menurunkan rasa cemas, meningkatkan relaksasi dan menginduksi rasa kantuk pada awal kala I persalinan. Penggunaan sedative dapat menyebabkan depresi vasomotor dan depresi pernapasan pada ibu maupun bayi baru lahir, sehingga sebisa mungkin penggunaan barbiturate dihindari (Bobak, 2005).

2. Metode nonfarmakologis

1) Metode Lamaze

Metode lamaze membuat wanita berepon terhadap kontraksi rahim buatan dengan mengendalikan relaksasi otot dan pernapasan sebagai ganti berteriak dan kehilangan kendali (Lamaze, 1972).

2) Metode psikoprofilksis

Strategi untuk mengatasi rasa nyeri ini memusatkan perhatian pada titik tertentu, misalnya pada gambar yang sangat disukai supaya jalur saraf itu tidak dapat memberi respon terhadap stimulasi nyeri (Bobak, 2005).

3) Metode Brandley

Metode ini menekankan pada keharmonisan tubuh dengan cara melakukan control pernapasan, pernapasan perut dan relaksasi seluruh tubuh. Metode ini menekankan pada lingkungan yang mendukung proses persalinan normalantara lain, suasana gelap, menyendiri, dan suasana tenang sehingga peristiwa persalinan dapat berjalan secara alami (Bobak, 2005).

4) Metode dengan pendampingan suami

Metode ini menekankan tentang peran suami yang mendukung proses kehamilan dan persalinannya.

5) *Hypnobirthing*

Metode ini mengajarkan pada ibu bahwa persalinan merupakan proses yang menyenangkan sehingga *endorphin* pada tubuh ibu bersalin meningkat yang akan menghilangkan rasa tidak nyaman, nyeri dan meminimalkan penggunaan medikasi. Proses *hypnobirthing* bekerja berdasarkan kekuatan sugesti. Proses ini menggunakan afirmasi positif, sugesti dan *visualisasi* untuk menenangkan tubuh, memandu pikiran, serta mengendalikan nafasnya (Aprillia, 2011).

6) Relaksasi

Selama persalinan ketakutan akan menyebabkan dan meningkatkan rasa nyeri persalinan. Sementara itu, relaksasi menyebabkan penurunan ketegangan yang dialami ibu bersalin maupun bayinya dan efektif bila dilakukan sejak masa kehamilan (Yuliatun, 2008).

7) Teknik pernapasan

Saat ibu bersalin mengalami rasa takut, pernapasan menjadi dangkal dan cepat, bahu tertarik ke depan atas mendekati telinga dan leher disertai rasa kaku dan kencang. Jika ibu mengalami peningkatan rasa takut dan cemas sampai terjadi panik maka ibu akan bernapas secara cepat hingga tidak dapat mengontrol diri sendiri (Yuliatun, 2008).

8) *Effleurage*

Merupakan teknik *massage* yang ringan, berirama dan menggunakan pukulan ringan pada abdomen, pinggang atau paha. Teknik ini dapat membantu relaksasi dan meringankan nyeri, terutama bila dilakukan pada permukaan tubuh tanpa dihalangi kain atau pakaian (Yuliatun, 2008).

9) *Counterpressure*

Teknik *massage* ini digunakan pada punggung ibu saat kontraksi dan sangat membantu menurunkan nyeri pinggang selama kontraksi. *Counterpressure* dilakukan dengan menggunakan tinju atau pangkal telapak tangan pada daerah punggung atau *sacrum* yang dirasakan paling nyeri.

10) Posisi, postur dan ambulasi

Posisi persalinan, perubahan posisi dan pergerakan yang tepat akan membantu meningkatkan kenyamanan atau menurunkan rasa nyeri, meningkatkan kepuasan akan kebebasan untuk bergerak, dan meningkatkan kontrol diri ibu. Selain itu, posisi ibu juga dapat mempengaruhi posisi bayi dan kemajuan persalinan (Aprillia, 2011).

11) Aromaterapi

Terapi ini menggunakan wewangian dari tumbuhan, buah atau bunga. Terapi ini dapat menurunkan persepsi nyeri persalinan dan dapat membuat ibu relaksasi pada saat persalinan (Bobak, 2005).

12) *Transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS).

Elektroda dipasang 2 cm dari dermatom T10-L1 pada kedua sisi dari *prosesus spinosus* untuk memberikan efek analgetik pada kala I. Secara teoritis, transmisi rasa nyeri lewat serabut A dan pelepasan β -endorfin dapat diblok dengan cara ini. Namun belum terdapat bukti yang menyatakan bahwa metode ini lebih baik dibandingkan placebo (Aprillia, 2011)

13) Akupresur

Nyeri persalinan dapat dikontrol dengan memberikan stimulus, salah satu stimulus tersebut adalah akupresur, yang mana dalam penjelasan Simkin (1989) bahwa akupresur merangsang produksi *endorphin* lokal, selain itu akupresur menutup gerbang terhadap rangsang nyeri yaitu dengan mempertimbangkan tempat *massase* atau penekanan dalam mengontrol nyeri persalinan yang mana teknik akupresur ini juga dikenal sebagai *masase shiatsu* (Mander, 2003).

2.3 Konsep Alat Ukur

2.3.1 Pengukuran Tingkat Adaptasi

Untuk mengetahui tingkat adaptasi seseorang dan untuk mengetahui apakah suatu tindakan terhadap adaptasi berhasil ataukah tidak, diperlukan adanya suatu alat ukur.

Dalam pengukuran adaptasi saat ini menggunakan (*American Psychological Assosiation*).

1. *Vineland adaptive behavior scales-second edition* (VABS-II)

Vineland adaptive behavior scales-second edition adalah ukuran kemampuan pribadi dan sosial yang dibutuhkan untuk kehidupan sehari-hari. Domain dinilai meliputi komunikasi, kehidupan sehari-hari, kemampuan motorik, dan sosialisasi. Domain sosialisasi untuk mengukur kerusakan yang terkait dengan perilaku maladaptif index adalah opsional. Empat format termasuk wawancara survei, wawancara secara luas, bentuk penilaian orang tua atau pengasuh, dan penilaian guru.

Manual *Vineland adaptive behavior scales-second edition* menjelaskan profil nilai bagi individu dengan klasifikasi diagnostic yang berbeda dan

memberikan perbandingan antara autisme dengan keterbelakangan mental, perkembangan normal dengan gangguan pendengaran, perkembangan normal dengan *attention deficit hyperactive disorder* (ADHD), dan nonspesifik keterbelakangan mental dengan *down syndrome*. *Vineland adaptive behavior scales-second edition* memberikan ukuran keterampilan adaptif yang diperlukan untuk pendidikan dan kehidupan sehari-hari.

2. *Adaptive behavior assessment system* (ABAS)

Adaptive behavior assessment system menggunakan format perilaku peringkat untuk menilai perilaku adaptif dan keterampilan yang terkait untuk perorangan mulai usia 0 tahun sampai 89 tahun. Informasi tentang anak dapat diberikan oleh orang tua atau guru, informasi pada orang dewasa dapat diberikan oleh orang lain yang berkompeten, penyedia layanan, pengawas, dan klien sendiri. Skor ABAS membantu menjelaskan perilaku umum adaptif seseorang dan juga fungsinya dalam 10 bidang keterampilan yang berkaitan adaptif yaitu komunikasi, fungsi akademis, penggunaan masyarakat, sekolah atau tempat tinggal, kesehatan dan keselamatan, rekreasi, perawatan diri, kemauan diri, sosial, dan bekerja (untuk remaja yang lebih tua dan orang dewasa). Observasi ini meliputi keterampilan praktis sehari-hari yang diperlukan dan memenuhi tuntutan lingkungan. Termasuk yang diperlukan untuk secara efektif dan mandiri merawat diri sendiri dan berinteraksi dengan orang lain.

Klasifikasi keterampilan adaptif dalam *Adaptive behavior assessment system* dibagi menjadi tiga domain yaitu konseptual, sosial, dan praktis. Domain konseptual mencakup area keterampilan komunikasi, fungsi akademis, dan kemauan diri. Domain sosial mencakup area keterampilan sosial dan rekreasi.

Yang terakhir domain praktek mencakup area keterampilan perawatan diri, sekolah atau tempat tinggal, penggunaan masyarakat, kesehatan dan keselamatan, dan bekerja. *Adaptive behavior assessment system* menyediakan adaptif umum komposit, nilai komposit untuk domain konseptual, sosial, dan praktek, dan nilai skala untuk 10 daerah keterampilan.

Contoh item untuk setiap bidang keterampilan adalah komunikasi, berbicara dengan jelas; penggunaan masyarakat, menemukan toilet di tempat-tempat umum; fungsi akademis, menghitung dari 1 sampai 20; kesehatan dan keselamatan, membawa gunting yang aman; sekolah dan tempat tinggal, menyapu lantai; rekreasi, mengundang orang lain untuk kegiatan yang menyenangkan; *self-care*, mencuci tangan dengan sabun; kemaun diri, mengontrol marah ketika tidak setuju dengan teman-teman; sosial, mengatakan tolong ketika meminta sesuatu; pekerjaan, melaksanakan tugas di tempat kerja dengan baik.

Semua skor didasarkan pada norma-norma yang berkaitan dengan usia. *Adaptive* umum komposit dan skor domain komposit memiliki rata-rata 100 dan deviasi standar 15. Daerah skor standar *skill* memiliki mean 10 dan standar deviasi 3. Manual uji meliputi tabel norma untuk semua. Tabel untuk mengkonversi nilai bidang keterampilan, skor skala nilai, komposit, dan jumlah rata-rata item standardisasi. Pisahkan daftar tabel skor formulir dewasa ketika mereka menilai diri mereka sendiri dan skor formulir dewasa ketika orang lain yang menilai.

ABAS dirancang untuk usia lahir sampai usia 89 tahun. Pengasuh atau orang tua dapat menggunakannya sebagai penilaian hingga usia 8 bulan. GAC skor terendah yang mungkin adalah skor standar 40 ($M, + SD 100 + 15$) untuk

segala bentuk dan semua kelompok umur. Meskipun rata-rata atas GAC untuk anak adalah skala 160, rata-rata bawah 120 untuk anak-anak pada usia 8 dan untuk orang dewasa. Dalam edisi terbaru dari penilaian, Sattler (2002) mengkritik rata-rata bawah yang relatif rendah yaitu 120 dan inkonsistensi nilai tertinggi yang tersedia untuk ABAS (Harrison & Oakland, 2000).

ABAS sensitif terhadap pertumbuhan dalam perilaku adaptif. Dari 1.500 item awal yang dihasilkan untuk ABAS sekitar 460 untuk bayi dan sekitar 789 untuk usia sekolah dan dewasa yang dimasukkan sebagai bagian dari edisi standarisasi.. Sattler (2002) mengkritik ABAS (Harrison & Oakland, 2000) karena tingginya tingkat pemahaman diperlukan untuk beberapa item.

Keandalan studi yang dilakukan sebagai bagian dari proses standarisasi memberikan bukti tingkat tinggi konsistensi internal. Sebagian besar bidang keterampilan koefisien konsistensi internal adalah 0,90 atau lebih. Konsistensi internal koefisien rata-rata untuk rentang GAC sampel standarisasi 0,98-0,99. Serta penyajian data konsistensi internal, manual ABAS daftar korelasi antara 10 daerah keterampilan. Konsisten dengan struktur teoritis ABAS rata-rata korelasi antar daerah keterampilan berada dalam kisaran sedang (0,40-0,70 s).

Teori dan konstruksi yang berasal dari American Association of Mental Retardation's (AAMR) 1992 dan 2002 standar serta mandat negara bagian dan federal dan descriptions DSM-IV-TR menyediakan kerangka kerja bagi konten pada ABAS. Secara khusus, tiga nilai komposit baru dari ABAS (konseptual, sosial, dan praktis) menunjukkan pengaruh AAMR. Literatur yang relevan, saran ahli, dan ulasan dilakukan melalui uji coba lapangan informasi proses seleksi item dan memberikan bukti validitas.

Analisis faktor disediakan dalam buku pedoman ABAS. General adaptive composite (GAC) digambarkan sebagai variabel laten. Ada faktor dukungan analisis bagi faktor GAC global serta untuk model tiga-faktor yaitu konseptual, sosial, dan praktis diusulkan oleh American Association of Mental Retardasi pada tahun 2002. Validitas konstruksi dari ABAS juga didukung oleh data *intercorrelational* antar daerah keterampilan, domain, dan GAC itu. Struktur teoritis dukungan keuntungan ABAS dari korelasi rata-rata ditemukan pada bentuk penilaian yang berbeda di antara 10 daerah keterampilan. Korelasi ini berada pada kisaran sedang (0,40 s ke 0,70 s). Korelasi antara bidang keahlian dan domain adaptif mereka (0,55-0,78), bidang keahlian dan GAC (0,64-0,82), dan domain adaptif dan GAC (0,78-0,93) konsisten dengan model perilaku adaptif yang disajikan dalam ABAS.

3. *Scaled of independent behavior-revised* (SIB-R)

Scaled of independent behavior-revised adalah ukuran yang komprehensif dan masalah perilaku adaptif. *Scaled of independent behavior-revised* digunakan secara individual serta menilai secara fungsional dan berfungsi adaptif di seluruh pengaturan di sekolah, rumah, pekerjaan, dan masyarakat. *Scaled of independent behavior-revised* dirancang untuk evaluasi individu, perencanaan program individual, seleksi, dan penempatan, dan untuk menilai kebutuhan layanan. Dapat diberikan dengan menggunakan wawancara terstruktur atau prosedur checklist.

Informasi yang diperoleh selama pengkajian menghasilkan dua nilai skala yaitu skala nilai kendali perilaku adaptif dan skala nilai masalah perilaku. Sistem rating yang berbeda digunakan untuk dua skala. Perilaku adaptasi dinilai berdasarkan sejauh mana individu melakukan tugas dengan benar dan mandiri

(tanpa bantuan atau pengawasan). Masalah perilaku dinilai berdasarkan frekuensi dan tingkat keparahan perilaku masing-masing. Selain itu skala nilai untuk dukungan juga tersedia. Nilai berdasarkan informasi yang diperoleh dari dua skala yang lain, menunjukkan perkiraan tingkat dukungan seseorang yang mungkin perlu untuk menjadi mandiri di daerah yang berbeda.

4. *Adaptive behavior scale system evaluasi (ABS-SE)*

Adaptive behavior scale system evaluasi digunakan sebagai ukuran umum maupun khusus untuk keterampilan adaptif siswa yang mengalami kesulitan akademik atau mengalami kecacatan. *Adaptive behavior scale system evaluasi* menilai 10 bidang keterampilan adaptif dikelompokkan dalam tiga domain perilaku adaptif. Domain konseptual terdiri dari komunikasi dan fungsi akademik. Domain sosial menilai adaptif sosial. Domain praktek menilai kenyamanan dan kemauan diri, keterampilan, perawatan diri, tempat tinggal, penggunaan masyarakat, kesehatan dan keselamatan, dan kerja.

Adaptive behavior scale system evaluasi menggunakan bilangan frekuensi rujukan. Setiap item adalah nilai pada skala enam poin dari nol untuk tidak pernah sampai lima menunjukkan perilaku atau ketrampilan yang konsisten. Berlangsung sekitar 20 menit hingga selesai dan dapat diselesaikan oleh siapa pun yang akrab dengan siswa yaitu guru kelas, tenaga klinis, personil sekolah lain, atau orang tua. *Adaptive behavior scale system evaluasi* adalah alat yang dirancang untuk membantu sekolah dalam membuat diagnostik, penempatan, dan keputusan pemrograman untuk keterbelakangan mental dan gangguan emosional anak-anak dan remaja. Korelasi yang kuat membuat *adaptive behavior scale system evaluasi*

sebagai cara yang efisien dan efektif untuk mengukur keterampilan adaptif dalam pengambilan keputusan pendidikan.

2.3.2 Pengukuran tingkat nyeri

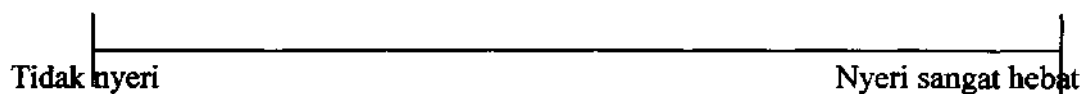
Untuk mengetahui tingkat nyeri yang diderita seseorang dan untuk mengetahui apakah suatu tindakan terhadap nyeri berhasil atau tidak, diperlukan adanya suatu alat ukur.

Dalam pengukuran tingkat nyeri, sampai saat ini ada tiga pendapat yaitu :

1. Skala menurut Perry & Potter (2006) adalah sebagai berikut :

1) Skala nyeri analog (*Visual analog scale/VAS*)

VAS adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksamemilih satu kata atau satu angka (Perry & Potter, 2006).



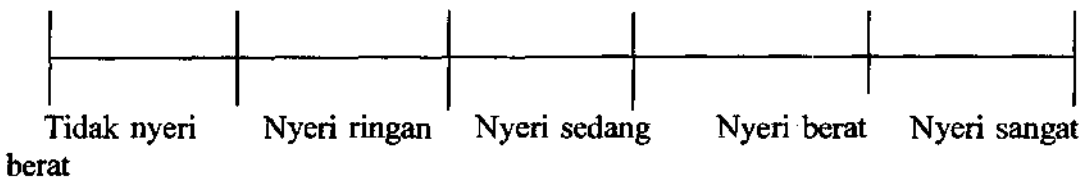
Gambar 2.6 *Visual analog scale/VAS*

2) Skala intensitas nyeri *numeric* (*Numeric rating scale/NRS*)

Skala penilaian numeric (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai skala nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Perry & Potter, 2006).

3) Skala nyeri deskriptif (*Verbal descriptif scale/VDS*)

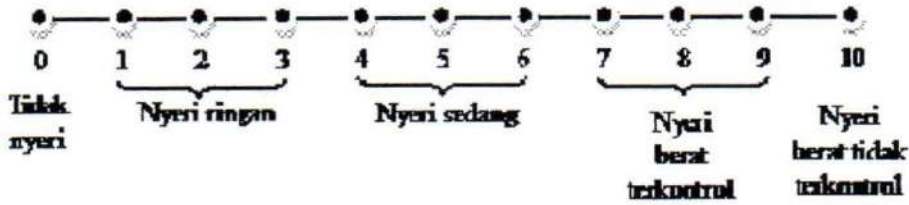
Skala nyeri deskriptif dalam tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsian verbal (*Verbal descriptif scale / VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari 3-5 kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Perry & Potter, 2006).



Gambar 2.7 *Verbal descriptif scale/VDS*

2. Skala nyeri Bourbanis (1981)

Skala nyeri Bourbanis merupakan gabungan antara Numeric Rating Scale (NRS) dan Verbal Descriptif Scale (VDS). Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10 dan memilih sebuah kategori untuk mendiskripsikan nyerinya. Perawat menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan saat ini dan meminta klien memilih angka yang mewakili (Redfern & Fiona, 2005).



Gambar 2.8 Skala nyeri Bourbanis
Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan (secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik).
- 4-6 : Nyeri sedang (secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik).
- 7-9 : Nyeri berat (secara obyektif pasien kadang tidak dapat mengiuti perintah tapi masih respon terhdap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang dan distraksi).
- 10 : Nyeri berat tidak tertahankan (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul).

3. Sala nyeri menurut Mankoski (2002)

Table 2.1 Skala nyeri menurut Mankoski

Skala	Karakteristik Nyeri	Tindakan
0	Tidak nyeri	Tanpa pengobatan
1	Sedikit nyeri	Tanpa pengobatan
2	Nyeri sedikit lebih kuat dari no 1	Tanpa pengobatan
3	Nyeri cukup mengganggu tapi dapat dikontrol dengan tindakan	Tanpa pengobatan, nyeri efektif dikurangi dengan analgesik ringan
4	Nyeri mengganggu kerja, tapi masih bisa dikontrol dengan teknik distraksi	Nyeri dikurangi dengan analgesik ringan (aspirin, ibuprofen) selam 3-4 jam)
5	Nyeri bertahan lebih dari 30 menit	Nyeri dikurangi dengan analgesik ringan (aspirin, ibuprofen) selam 3-4 jam)
6	Nyeri tidak dapat dihindari dalam waktu yang lama tapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi dalam aktifitas sosial	Nyeri dikurangi dngan analgesic kuat (codein, vicodin) slam 3-4 jam

7	Nyeri dapat menyebabkan sulit konsentrasi dan sulit tidur	Dengan analgesik kuat hanya sebagian saja yang efektif
8	Nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan aktifitas berat, mual dan pusing	Analgesic kuat bisa mengurangi nyeri selama 3-4 jam
9	Tidak bisa bicara, menangis, bingung	Analgesic kuat sebagian efektif
10	Penurunan tingkat kesadaran (shock)	Analgesic kuat sebagian efektif

2.4 Konsep aromaterapi

2.4.1 Definisi aromaterapi

Aromaterapi adalah salah satu terapi nonfarmakologis yang tumbuh dengan cepat digunakan oleh dunia kedokteran untuk merawat pasien dengan penyakit akut maupun kronis. Aromaterapi adalah terapi alami dengan menggunakan minyak tumbuh-tumbuhan untuk tujuan terapeutik (Chopa, 1994 mengutip dari Sari, 2010). Aromaterapi adalah salah satu terapi yang berkembang pesat, digunakan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat Amerika dalam merawat pasien (Perez, 2007 mengutip dari Sari, 2010).

2.4.2 Sejarah aromaterapi

Jauh sebelum manusia mempelajari proses ekstraksi minyak esens dari tumbuhan, mereka telah menemukan cara-cara untuk memanfaatkan tumbuhan beraroma untuk berbagai kepentingan. Salah satu contoh adalah kuil-kuil di Mesir yang membakar *frankincense*, *myrrh*, dan *sandalwood* sehingga aromanya memenuhi udara. Pada pendetanya melumuri pujaannya dengan minyak beraroma, sementara mereka sendiri biasanya juga sudah terbungkus wewangian, baik dari air yang digunakan untuk mandi yang sudah dicampur wewangian maupun dari minyak wangi dan kosmetik beraroma lainnya. Sekembalinya di

rumah para pendeta itu membakar *juniper* atau *thyme* untuk menyegarkan udara dan mengusir roh jahat.

Di Cina dan Jepang, kayu-kayuan wangi digunakan dalam ritual keagamaan dan untuk kepentingan kecantikan dan kebersihan. Bangsa Yunani kuno mempelajari ilmu aromaterapi dari bangsa Mesir, dan kemudian dengan antusias terus mengembangkannya. Mereka sering menggunakan wewangian dalam jumlah besar dalam ritual keagamaan maupun dalam kesehariannya dengan harapan dapat menyenangkan dewa-dewanya. Selain itu, mereka juga mempelajari hubungan bahan-bahan beraroma dengan kesehatan. Mereka menemukan bahwa wewangian tertentu memiliki khasiat penyembuhan. Gangguan dan masalah mental dan emosional dapat disembuhkan dengan wewangian tertentu, yang kemudian akan diikuti dengan peningkatan kesehatan fisik.

Hipokrates, sang bapak kedokteran, menemukan terapi wewangian; selain itu tabib-tabib Yunani juga mengenal sebutan *iatralypte*, yaitu tabib yang menerapkan pengobatan dengan penggunaan wewangian. Pengetahuan ini tersebar pada bangsa Romawi, yang kemudian menyebarluaskan lagi ke setiap daerah jajahannya.

Penggunaan aroma terapi ditentang pada masa perkembangan kaum Puritan, yang menganggap bahwa parfum dan pembakaran wewangian merupakan dari ritual pagan dan dihubungkan dengan kaum penyihir. Setelah hadirnya ilmu pengetahuan modern, penggunaan aromaterapi mulai ditinggalkan. Minyak esensi alami yang selama ini banyak digunakan mulai tersingkir oleh wewangian sintetis yang terkandung di dalam kosmetik, parfum, dan makanan. Kebangkitan

aromaterapi dimulai kembali tahun 1920an. Ren-Maurice Gattefost, seorang ahli di bidang kimia dan parfum dari Prancis, memperkenalkan istilah aromaterapi setelah terjadi kecelakaan di laboratoriumnya yang mengaibatkan luka bakar di tangannya. Ia kemudian merendam tangannya ke dalam minyak lavender, dan ternyata tangannya sembuh lebih cepat dan tidak ada bekas yang tertinggal akibat luka bakar tersebut. Pengalaman pribadi ini mendorongnya untuk mencari tahu lebih banyak mengenai kemungkinan melakukan pengobatan dengan bantuan minyak esens.

Dengan berdasar pada pengetahuan Gattefost, seorang dokter dan ilmuwan Prancis yaitu Dr. Jean Valnet, menggunakan minyak esens sebagai bagian dari praktek medisnya untuk menyembuhkan masalah fisik dan psikis. Ia kemudian menulis sebuah buku panduan penggunaan minyak esens yang berjudul *Aromatherapie*. Salah satu pengikutnya, Madame Marguerite Maury, mendirikan klinik aromaterapi pertama di Paris, Inggris, dan Swiss. Klinik-klinik tersebut menggunakan minyak esens untuk terapi kecantikan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masing-masing subyek. Wewangian yang digunakan ditujukan langsung pada masalah-masalah kesehatan yang dialami dan disesuaikan dengan pribadi klien. Hasil-hasil penelitian Maury kemudian diterbitkan ke dalam buku bertajuk *The Scream of Life and Youth* pada tahun 1964 (Price, 1997).

Menurut Price (1997) aromaterapi mempunyai beberapa manfaat, antara lain :

1. Kesehatan fisik

Khasiat aromaterapi dapat digunakan pada pasien penderita radang sendi, rematik, demam, batuk, kram, infeksi kulit, *bronchitis*, hipertensi, gangguan sinus dan penyakit lainnya.

2. Membantu persalinan

Para ahli Inggris meneliti lebih dari 8.000 ibu yang melahirkan dan mereka menemukan bahwa aromaterapi dapat menurunkan jumlah pasien yang memerlukan *epidural-anastesi* untuk membius tubuh bagian bawah.

3. Menghentikan insomnia

Sebuah penelitian di Inggris menghisap lavender membantu pasien psikiatrik lansia tertidur.

4. Merangsang kulit kepala

Pasien dengan kerontokan rambut dapat mengoleskan minyak esensial seperti *thyme*, *rosemary*, lavender dan *cedarwood* pada kulit kepala setiap hari, 44% mengalami perbaikan daripada yang tidak menggunakan minyak esensial hanya memperoleh perbaikan sebanyak 15%.

5. Mengurangi efek pengobatan kanker

Rasa mual akibat kemoterapi dapat direndam dengan lavender, *peppermint*, jahe, mandarin.

6. Mempercepat penyembuhan

Pasien yang menghirup aroma dari minyak esensial vanilla, lavender, neroli *post operasi* bedah jantung di *Columbia Presbyterian Hospital, New York* melaporkan kadar stress *post operasi* berkurang.

7. Kesehatan psikis

Secara psikis dapat mengurangi ketegangan, memberikan ketenangan, kenyamanan dan meningkatkan kepercayaan diri, memperbaiki pikiran dan mengatasi kecemasan. Aromaterapi juga bermanfaat untuk mencapai keseimbangan jiwa, raga dan sukma.

2.4.4 Aromaterapi dalam konteks persalinan

Minyak essential yang mempunyai efek emmenagoguic (minyak esensial yang mampu mendatangkan menstruasi dan dipakai untuk menangani wanita yang mempunyai masalah datang bulan yang tak teratur) dapat dipakai saat kehamilan 7 bulan ke atas, karena dapat membantu kelancaran persalinan, merangsang kontraksi apabila waktu telah lewat, mengurangi rasa sakit, serta memperlancar air susu. Minyak essential yang aman mulai trimester ketiga sebagai tambahan minyak esensial dari bulan ke 4 hingga ke 7 adalah : *rose, jasmine, clary sage, eucalyptus*. Pada trimester terakhir, aromaterapi sangat membantu ibu untuk menyiapkan mental, emosional, fisik, dan spiritual menjelang saat kelahiran. Beberapa minyak esensial berkhasiat memperkuat dan memperbanyak kontraksi juga mempunyai efek analgesik (Poerwadi, 2004).

Kerja simultan minyak esensial pada uterus dapat melancarkan persalinan. Ini bukan berarti bahwa minyak esensial tersebut tidak akan memberikan khasiat yang mendukung, karena memudahkan ibu untuk mencapai relaksasi menuju tujuan yang sangat penting dan hasilnya bukan hanya mengurangi nyeri yang dirasakan ibu selama proses persalinan. Efek kerja simultan minyak esensial ini akan bereaksi seketika ibu menghirup aromaterapi (Reed & Norfolk (1993) dikutip oleh Price, 199).

2.4.5 Mekanisme kerja aromaterapi

Minyak mawar yang dihirup dengan indra penciuman diterapkan dalam sebuah konsep seleksi aromaterapi yang memiliki kekuatan penyembuhan dan memberikan efek relaksasi dan ketenangan.

Mawar bekerja dengan cara mempengaruhi otak. Saraf penciuman yang terangsang dengan adanya mawar secara langsung berhubungan dengan hipotalamus, bagian otak yang mengendalikan sistem kelenjar yang mengatur hormone yang mempengaruhi pertumbuhan dan aktivitas tubuh lainnya, seperti detak jantung, fungsi pernapasan, pernapasan, suhu tubuh dan rasa lapar. Saat mawar dihirup, sel saraf penciuman terangsang dan mempengaruhi kerja system limbic yang berhubungan dengan daerah otak. Berkaitan dengan fungsi ingatan, sirkulasi darah, serta sistem kelenjar. Demikian pula saat minyak mawar digunakan untuk memijat. Tidak hanya merangsang kerja saraf penciuman tetapi juga menyerap ke kulit sehingga dapat menembus ke jaringan tubuh dan masuk ke aliran darah kemudian tersebar ke organ-organ tubuh (Fery, 2004 dikutip oleh Puji, 2007).

Akses jalur nasal merupakan cara yang paling cepat dan efektif untuk pengobatan permasalahan emosional seperti stress dan depresi. Hal ini terjadi karena hidung mempunyai hubungan langsung dengan otak yang bertanggung jawab memicu efek minyak esensial tanpa memperdulikan jalur yang dipakai untuk mencapai otak. Hidung sendiri bukan organ pembau tetapi mengubah suhu serta kelembapan udara yang dihirup dan mengumpulkan setiap benda asing yang terhirup masuk bersama udara pernapasan. *Nervus cranialis* pertama yaitu *nervus olfaktorius* bertanggung jawab atas sensasi bau dan menampung impuls dari sel

reseptor yang terdiri atas dua kelompok. Tiap sel reseptor mempunyai sekitar 25 juta sel dan menempati suatu daerah kecil yang luasnya sekitar 4 cm² pada puncak saluran hidung(Price, 1997).

Kalau minyak esensial dihirup, molekul atsiri dalam minyak mawar akan terbawa oleh arus turbulen ke langit-langit hidung. Pada langit hidung terdapat bulu halus atau *silia* yang mejujur dari sel reseptor *olfaktorius* ke dalam saluran hidung. Reseptor *olfaktorius* kemudian mengirimkan informasi mengenai bau yang tercium kepada *neuron olfaktorii*. Pada *neuron olfaktorii* ini terdapat *silis olfaktorii* yang berfungsi sebagai mengaktivasi banyak molekul *adenili siklase* di bagain dalam membran *olfakrorii*. Dari membrane *olfaktorii* kemudian diteruskan ke *bulbus olfaktorius*, dalam *bulbus olfaktorius* tampak akson-akson pendek yang berakhir di struktur *globular* yang multiple disebut *gromeruli*. Sel *gromeruli* ini kemudian mengirimkan akson melalui *traktus olfaktorius* untuk kemudian dijalarkan sensasi *olfaktori* ke dalam sistem saraf pusat. Dari sistem saraf pusat sensasi olfaktorii diteruskan menuju sistem limbik lalu ke hipotalamus yang menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak yang lain dan bagian tubuh lainnya. Pesan yang diterima akan diubah menjadi kerja sehingga terjadi pelepasan zat-zat neurokimia yang bersifat *euforik*, *sedative* atau *stimulant* menurut keperluannya (Price, 1997).

2.4.6 Metode penggunaan aromaterapi

Dalam melakukan pengobatan dengan aromaterapi, tidak hanya menyesuaikan jenis wewangian yang digunakan dengan jenis penyakit yang diderita namun juga memilih metode penggunaan yang paling sesuai. Ada banyak metode penggunaan aromaterapi :

1. Inhalasi secara langsung

Menghirup aromaterapi secara langsung sangat baik untuk mengatasi masalah pernapasan, stress, gangguan emosional, dan perut kembung atau mual. Caranya diteteskan langsung pada tissue dan sapu tangan 3 sampai 6 tetes minyak esens. Dicampur dalam air panas dan uapnya dihirup, tetesannya 2-4 tetes per 100ml, atau dengan menggunakan *steamer* atau tungku dengan 15-20 tetes per 25ml (5-6 tetes untuk anak-anak, pasien lanjut usia dan wanita hamil) pada ruangan 9m² (Agusta, 2002). .Duduk dengan santai dan kemudian hirup uap wangi tersebut selama 5 atau 10 menit. Metode inhalasi memberikan efek seketika aromaterapi tersebut dihirup (Price, 1997).

2. Campuran untuk mandi

Metode ini merupakan salah satu metode yang paling populer. Dapat digunakan sebagai penenang, relaksasi, pendinginan dan pemanasan. Digunakan untuk menghilangkan nyeri otot dan masalah kulit, juga dapat menurunkan stress (Price, 1997).

Cara pemakaian yang bermanfaat dengan melibatkan air dan inhalasi adalah penambahan 6-8 tetes minyak esensial ke dalam air untuk berendam setelah air tersebut diatur suhunya dengan benar. Minyak esensial tidak sepenuhnya larut didalam air, kita dapat mencampurkannya dengan mudah lewat pengocokan air kuat-kuat (Price, 1997).

3. Kompres

Kompres panas dan dingin sering dianjurkan untuk mengatasi luka fisik dan nyeri akibat kondisi kronis seperti radang sendi. Kompres berkhasiat mengurangi rasa sakit serta mengurangi memar dan radang. Untuk

mempersiapkan kompres panas, sediakan air panas dalam wadah. Pastikan air tersebut cukup panas, namun masih dapat diterima oleh kulit. Tambahkan 5 hingga 7 tetes minyak esens. Celupkan kain atau handuk bersih yang sudah terlebih dahulu disimpul beberapa kali untuk menyerap air. Peras air atau handuk, kemudian kompreskan pada bagian tubuh yang terluka atau nyeri. Bila handuk mulai dingin, segera ganti dengan mencelupkannya lagi ke dalam air kompresan. Untuk kompres dingin, sediakan air es dan lakukan langkah yang sama dengan kompres panas (Hariana, 2004).

4. Dioleskan langsung

Seharusnya tidak dengan minyak esensial murni, karena untuk beberapa jenis minyak dapat mengakibatkan kulit iritasi, luka dan gatal (Angusta, 2002).

5. Diminum

Meskipun pencapaian dosis tinggi dapat dijumpai dalam buku aromaterapi, pedoman untuk pemakaian yang aman dengan dosis maksimal adalah tiga tetes tiga kali sehari selama tiga minggu. Kendati keadaan pasien dan jenis minyak yang digunakan juga harus dipertimbangkan. Meskipun cara ini tidak berbahaya kalau dilakukan dengan benar, pemakaian internal yang terus menerus dalam waktu yang sangat lama akhirnya dapat menumpuk di dalam hati dan menyebabkan keracunan. Terutama terjadi pada jenis minyak yang kuat. Karena alasan ini, setelah pemberian selama 3 minggu pasien harus diberi waktu beberapa hari tanpa menggunakan minyak esensial sehingga hati memperoleh kesempatan untuk menghilangkan setiap bahan yang toksik (Price, 1997).

6. Sebagai parfum

Cara penyegaran udara yang cepat ketika mengganti kasa pada pasien-pasien dekubitus, gangrene dan lain-lain. Dilakukan dengan menggunakan 10-12 tetes minyak esensial dalam 250 ml air, mengocoknya dalam botol sebelum menyeprotkannya kee ruangan (Price, 1997).

7. Pemijatan

Pijatan aromaterapi sangat efektif untuk menyembuhkan berbagai keluhan, baik keluhan gangguan fisik, mental, emosional, maupun kombinasi gangguan-gangguan tersebut. Pemijatan sendiri berkhasiat untuk merangsang sirkulasi, mengeluarkan racun dari dalam otot, melega pernapasan dan kejang otot, serta mengurangi kegelisahan. Bila dipadukan dengan aromaterapi, pemijatan akan berkhasiat ganda. Khasiat penyembuhan yang terkandung dalam minyak aromaterapi disalurkan ke dalam tubuh melalui pijatan dan dihirup melalui hidung, sementara manfaat pijatan juga dapat dirasakan di seluruh tubuh (Hariana,2004).

Penelitian di Inggris pemijatan menggunakan aromaterapi yang dilakukan pada wanita hamil dengan keluhan nyeri punggung bawah. Pemijatan ini dilakukan oleh seorang terapis dengan teknik efflureuge selama 20 menit dan hasilnya nyeri punggung yang di derita wanita hamil tersbut berkurang (Price, 1997).

8. Kumur dan pembersih mulut

Perawatan aromaterapi mulut berkhasiat untuk mengatasi berbagai keluhan misalnya luka atau nyri di daerah mulut dan gusi. Perawatan ini juga dapat dilakukan setiap hari untuk menjaga kebersihan dan kesehatan daerah mulut. Untuk membuat pembersih mulut dan campurkan 3 hingga 5 tetes

minyak esens dengan 1 sendok the vodka, kemudian larutkan campuran tersebut kedalam setengah gelas air matang hangat dan aduk hingga rata (Hariana, 2004).

2.4.7 Aromaterapi Mawar

Minyak mawar diperoleh dengan cara penyulingan kelopak bunga atau *distillation*. *Rosa damascene (rosse otto)* seperti hormon (mengandung lebih dari 60% alkohol). Kandungan *eugenol* yang ada di mawar biasa di temukan di minyak cengkeh yang biasa digunakan sebagai *analgesic* (Price, 1997). *Rosse otto* beberapa kali disebut sebagai preparat antihemorhagik, namun tidak ada sumber rujukan yang menyebutkan bahwa minyak tanaman ini menyebabkan bahwa minyak tanaman ini bersifat emenagogik. Minyak tanaman ini mengatur haid karena mempunyai efek hormonal tetapi bukan emenagogik (Hariana, 2004).

Beberapa bahan kimia yang terkandung dalam *rossa damacene* diantaranya adalah *linalil asetat, sitral, sitronelol, geraniol, linalool, netrol, eugenol, feniletil alcohol farnisol, noniladehida*. Komponen *linalil asetat* atau ester dan *linalool* atau alkohol tidak mempunyai efek samping yang berbahaya bagi kesehatan. Mempunyai khasiat fisik sebagai anti alergi, menghilangkan rasa sakit, anti depresan, anti septic, melancarkan sirkulasi darah, menormalkan siklus haid, anti radang (Hariana, 2004).

Indikasi fisik Aromaterapi Mawar

1. Sistem saraf

Mengatasi depresi, insomnia, migren, sakit kepala, sters yang terus menerus melankolik, kesedihan, sakit hati, kekecewaan, depresi sehabis melahirkan, meningkatkan rasa bahagia.

2. Sistem kulit

Baik untuk segala jenis kulit, jerawat, kulit kering dan sensitive, kulit menua dan berkerut, pembuluh darah yang pecah, eksim, herpes, sangat baik untuk bayi, infeksi pada kulit, sariawan, inflamasi, terbakar karena pengobatan radiasi.

3. Sistem pernapasan

Membantu penyembuhan asma, bronchitis, batuk, sakit tenggorokan.

4. Sistem otot

Menenangkan otot yang terkilir

5. Sistem jantung dan pembuluh darah :

Mengurangi kesemutan, melancarkan peredaran darah, menurunkan tekanan darah tinggi, menurunkan kolesterol.

6. Sistem kekebalan tubuh

Meningkatkan kekebalan tubuh

7. Sistem pencernaan

Mengurangi infeksi, inflamasi pada saluran empedu, mual, diare, muntah, sariawan pada saluran pencernaan

8. Sistem alat reproduksi dan ginjal

Infeksi pada saluran kemih, melancarkan datang bulan, PMS, impoten yang disebabkan oleh pikiran, frigid, steril, memperbaiki kelemahan seksual pada pria maupun wanita.

9. Khasiat psikologi

Memberi rasa gembira, meningkatkan girah seksual, menstabilkan.

10. Indikasi psikologi

Mendatangkan mimpi yang baik, menguatkan daya ingat, meningkatkan konsentrasi, membantu melepaskan diri dari trauma, meredakan rasa marah dan benci, menghilangkan ketagihan, mengobati emosi yang sakit, menguatkan aura.

Kontraindikasi aromaterapi mawar

Minyak esensial mawar (*rosa damascene*) tidak dapat dipakai pada trimester pertama dan kedua (1 sampai 7 bulan) dikarenakan efek *emmenagoguic* yaitu mampu mendatangkan menstruasi



Gambar 2.9 Tanaman mawar (*Rosa damascene*)

2.5 Konsep Adaptasi

2.5.1 Teori Adaptasi dalam Antropologi

Konsep adaptasi datang dari dunia biologi yaitu evolusi genetik berfokus pada umpan balik dari interaksi lingkungan dan adaptasi biologi yang berfokus pada perilaku dari organisme selama masa hidupnya. Organisme tersebut berusaha menguasai faktor lingkungan juga proses kognitif dan level gerak yang terus-menerus.

Proses adaptasi dalam evolusi melibatkan seleksi genetik dan varian budaya yang dianggap sebagai jalan terbaik untuk menyelesaikan permasalahan lingkungan. Adaptasi merupakan juga suatu proses yang dinamik karena baik organisme maupun lingkungan sendiri tidak ada yang bersifat konstan atau tetap.

Sedangkan Roy Ellen membagi tahapan adaptasi dalam 4 tipe. Antara lain adalah (1) tahapan phylogenetic yang bekerja melalui adaptasi genetik individu lewat seleksi alam, (2) modifikasi fisik dari ciri-ciri fisik, (3) proses belajar, dan (4) modifikasi kultural.

Daya tahan hidup populasi tidak bekerja secara pasif dalam menghadapi kondisi lingkungan tertentu. Melainkan memberikan ruang bagi individu dan populasi untuk bekerja secara aktif memodifikasi perilaku mereka dalam rangka memelihara kondisi tertentu, menanggulangi resiko tertentu pada suatu kondisi yang baru, atau mengimprovisasi kondisi yang ada. Beberapa adaptasi juga adalah kesempatan, efek dari sosial dan praktek kultural yang secara tidak sadar mempengaruhinya.

Menurut Hardestry ada 2 macam perilaku yang adaptif yaitu perilaku yang bersifat *idiosyncratic* yaitu cara-cara unik individu dalam mengatasi permasalahan lingkungan dan adaptasi budaya yang bersifat dipolakan yaitu dibagi rata sesama anggota kelompok, dan tradisi. Perilaku adaptif merupakan term yang lebih umum dan mengacu pada bentuk perilaku yang menyesuaikan pada tujuan, pencapaian kepuasan, dan putusan.

2.5.2 Teori Adaptasi dalam Lingkungan

Ada dua hal utama dalam teori adaptasi lingkungan yaitu:

1. Teori Ekologi Populasi (*Population Ecology Theory*)

Teori sebagai teori yang menjelaskan mekanisme utama pada perubahan organisasi tidak terjadi oleh adanya adaptasi dalam organisasi secara individual. Seperti yang digambarkan oleh teori Darwin tentang seleksi alam, yang menggambarkan ada yangl ahir dan ada yang mati, dimana perubahan pada

berbagai tingkatan populasi mengakibatkan organisasi yang tidak mampu menyesuaikan diri akan dikeluarkan dari sebuah populasi organisasi dan akan diganti atau lahir organisasi baru yang lebih mampu beradaptasi (Hanan dan Freeman, 1977 dalam Donaldson, 1995).

2. Teori Inkonsistensi oleh Donaldson (1995)

Subyek biologi adalah lahir dan mati, sementara organisasi dapat digabungkan menjadi satu dan tidak mati. Seleksi alam akan mengeluarkan organisasi kecil tetapi kemudian akan lahir organisasi besar. Sementara Hannan dan Freeman (1977) tidak menjelaskan faktor-faktor yang membuat organisasi dapat bertahan pada proses adaptasi yang sangat penting bagi organisasi. Hannan dan Freeman (1977) menjelaskan matinya organisasi hanya terjadi pada level agregat dalam sebuah populasi tidak pada level individual organisasi.

2.5.3 Konsep Adaptasi Roy

Teori yang dikembangkan oleh Roy menggunakan konsep model adaptif. Konsep adaptasi Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki pandangan serta nilai antara lain:

1. Individu sebagai makhluk biopsikososial selalu berinteraksi dengan lingkungannya, dikatakan sehat apabila mampu menjalankan fungsinya.
2. Setiap individu memiliki coping yang berbeda dengan individu lainnya, baik itu yang bersifat positif maupun negative untuk dapat beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.

3. Setiap individu memiliki respon terhadap kebutuhan fisiologis, konsep diri untuk mengenal pola-pola interaksi social, kemampuan untuk hidup mandiri, serta menjalankan fungsi secara optimal.
4. Setiap individu tidak terlepas dari rentang sehat dan sakit yang berpengaruh terhadap kemampuan beradaptasi.

Teori adaptasi Roy memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi. Menurut Roy, tujuan dari keperawatan adalah membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit (Marriner-Tomery, 1994). Kebutuhan asuhan keperawatan muncul, ketika klien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal. Seluruh individu harus beradaptasi terhadap kebutuhan berikut:

1. Pemenuhan kebutuhan fisiologis dasar
2. Pengembangan konsep diri positif
3. Penampilan peran social
4. Pencapaian keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan

Manusia mempunyai kebutuhan dasar untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Manusia mempunyai karakteristik yang unik yaitu kebutuhan dasarnya sama. Perbedaannya dalam cara pemenuhan kebutuhan dasar tersebut (Asmadi, 2009).

Empat elemen yang termasuk dalam model adaptasi keperawatan, yaitu (1) manusia, (2) Lingkungan; (3) kesehatan; (4) keperawatan. Unsur keperawatan terdiri dari dua bagian yaitu tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan, juga termasuk dalam elemen penting pada konsep adaptasi.

1. Manusia

Manusia sebagai sebuah sistem adaptif dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik. Input adalah menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu subsistem regulator dan subsistem kognator. Subsistem regulator adalah respon yang berkaitan dengan perubahan pada sistem saraf, kimia tubuh dan organ endokrin. Subsistem kognator adalah respon yang berkaitan dengan perubahan kognitif dan emosi. Proses kontrol kognator berhubungan dengan persepsi, proses informasi, pembelajaran, membuat alasan dan emosional. Termasuk mempertahankan untuk mencari bantuan. Regulator dan kognator sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

1. Fungsi Fisiologis

Fungsi fisiologis berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Sembilan kebutuhan dasar fisiologis untuk mempertahankan integritas dibagi menjadi dua bagian yaitu fungsi fisiologis tingkat dasar terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari 4 bagian yaitu :

1. Oksigenasi yaitu kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan prosesnya yaitu ventilasi, pertukaran gas dan transpor gas (Vairo,1984 dalam Roy 1991).
2. Nutrisi yaitu mulai dari proses ingesti dan asimilasi makanan untuk mempertahankan fungsi, meningkatkan pertumbuhan dan mengganti jaringan yang rusak (Servonsky, 1984 dalam Roy 1991).

3. Eliminasi yaitu ekskresi hasil dari metabolisme dari instestinal dan ginjal (Servonsky, 1984 dalam Roy 1991).
4. Aktivitas dan istirahat yaitu kebutuhan keseimbangan aktivitas fisik dan istirahat yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi fisiologis dalam memperbaiki dan memulihkan semua komponen-komponen tubuh (Cho, 1984 dalam Roy, 1991).
5. Proteksi atau perlindungan yaitu dasar defens tubuh termasuk proses imunitas dan struktur integumen (kulit, rambut dan kuku) dimana hal ini penting sebagai fungsi proteksi dari infeksi, trauma dan perubahan suhu (Sato, 1984 dalam Roy 1991).
6. Perasaan meliputi penglihatan, pendengaran, perkataan, rasa dan bau memungkinkan seseorang berinteraksi dengan lingkungan. Sensasi nyeri penting dipertimbangkan dalam pengkajian perasaan (Driscoll, 1984, dalam Roy, 1991).
7. Cairan dan elektrolit, keseimbangan cairan dan elektrolit di dalamnya termasuk air, elektrolit, asam basa dalam seluler, ekstrasel dan fungsi sistemik. Sebaliknya inefektif fungsi sistem fisiologis dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit. (Parly, 1984, dalam Roy 1991).
8. Fungsi syaraf yaitu mempunyai fungsi untuk mengendalikan dan mengkoordinasi pergerakan tubuh, kesadaran dan proses emosi kognitif yang baik untuk mengatur aktivitas organ-organ tubuh (Robertson, 1984 dalam Roy, 1991).
9. Fungsi endokrin adalah pengeluaran horman sesuai dengan fungsi neurologis, untuk menyatukan dan mengkoordinasi fungsi tubuh. Aktivitas endokrin

mempunyai peran yang signifikan dalam respon stress dan merupakan dari regulator koping mekanisme (Howard & Valentine dalam Roy, 1991).

2. Konsep diri

Konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.

1. *The physical self*

Berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuh individu. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.

2. *The personal self*

Berhubungan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.

3. Fungsi Peran

Fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder, dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya.

4. Interdependensi

Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk individu. Ketergantungan ditunjukkan dengan

kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interpredensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

Output dari manusia sebagai suatu sistem adaptif adalah respon adaptif dan maladaptif. Respon adaptif mempertahankan atau meningkatkan integritas. Respon yang maladaptif mengganggu integritas. Melalui proses umpan balik respon-respon memberikan lebih lanjut input pada manusia sebagai suatu sistem.

1. Lingkungan

Lingkungan merupakan input bagi individu sebagai sistem yang adaptif. Lingkungan sebagai *stimulus eksternal* dan *internal*. *Stimulus* dibagi menjadi tiga jenis *stimulus* yaitu *fokal*, *konseptual*, dan *residual*. *Stimulus fokal* adalah respon yang diberikan secara langsung terhadap input yang masuk. *Stimulus konseptual* adalah semua *stimulus* lain yang merangsang baik *internal* maupun *eksternal* serta mempengaruhi situasi dan dapat diukur, diobservasi, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. *Stimulus residual* adalah karakteristik atau riwayat seseorang dan timbul secara relevan sesuai dengan situasi tetapi sulit diukur secara obyektif (Nursalam, 2008).

2. Kesehatan

Keadaan dan proses menjadi individu secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Integritas individu secara tidak langsung menyatakan kesehatan mengacu pada kelengkapan dari pemenuhan potensi manusia. Definisi

kesehatan lebih dari tidak adanya sakit tapi penekanan pada kondisi sehat sejahtera.

Dalam model adaptasi keperawatan konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi. Adaptasi dari coping yang efektif dan mengizinkan manusia berespon terhadap stimulus yang lain. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi dipertimbangkan baik proses coping terhadap stressor dan produk akhir dari coping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistik untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas.

3. Keperawatan

Keperawatan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Sebagai ilmu, keperawatan mengobservasi, mengklasifikasikan dan menghubungkan proses yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan. Sebagai praktek, keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan untuk menyediakan pelayanan pada orang-orang. Keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk meningkatkan kesehatan sebagai tujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan meningkatkan adaptasi individu dan kelompok dalam situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan tersebut. Tujuan dari adaptasi adalah membantu perkembangan aktivitas keperawatan yang digunakan pada proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, tujuan, intervensi dan evaluasi.

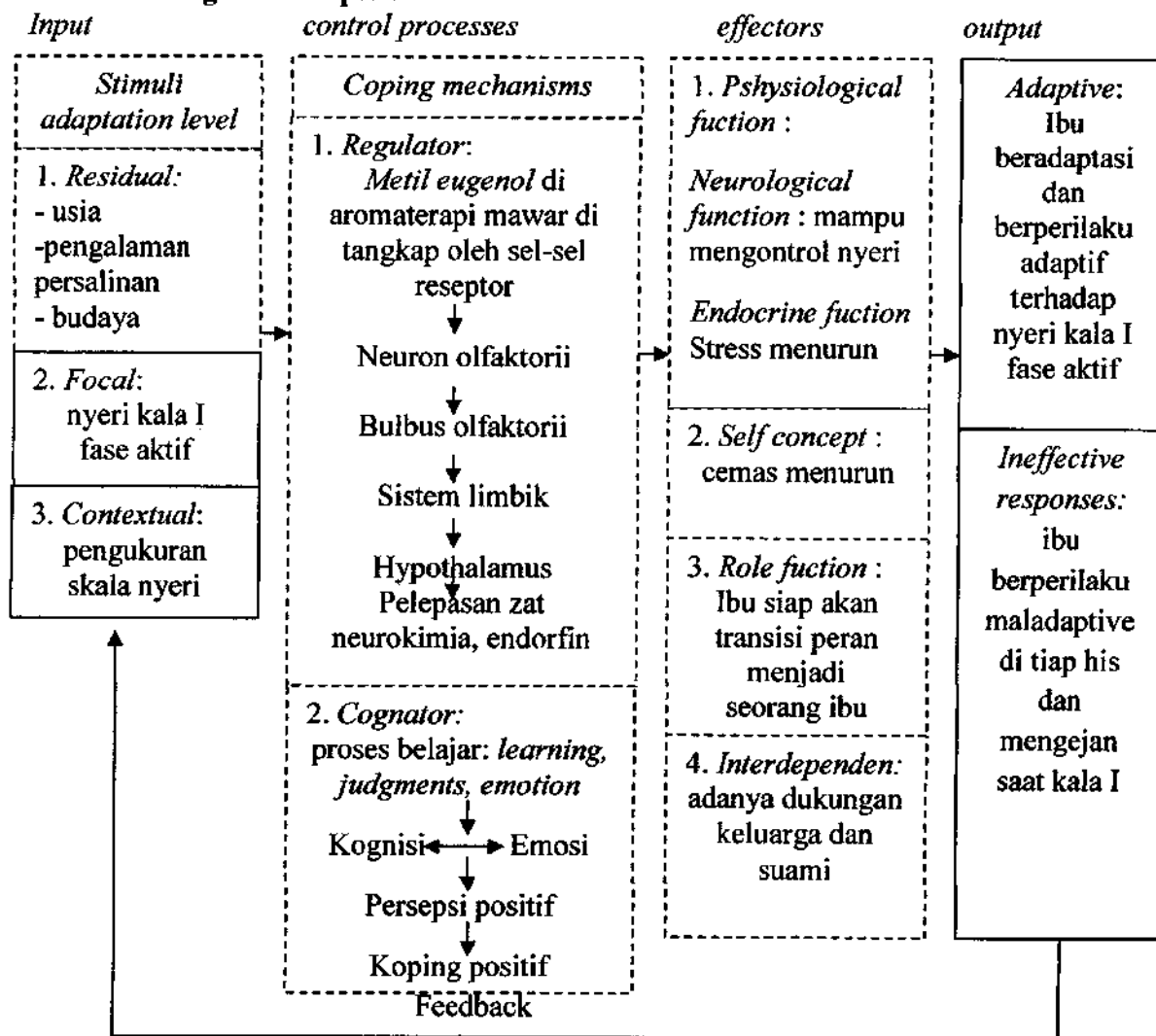
Teori keperawatan yang dikemukakan Roy memberikan kontribusi dalam perkembangan proses keperawatan. Keperawatan menggunakan enam tahapan di antaranya mengkaji tingkah laku klien, mengkaji faktor yang mempengaruhinya, mengidentifikasi masalah, merumuskan tujuan, melakukan intervensi keperawatan, melakukan seleksi, dan melakukan evaluasi. Konsep inilah yang sampai saat ini dipegang oleh praktisi kesehatan, khususnya perawat (Hidayat, 2007).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

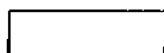
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

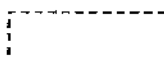


Gambar 3.1: Kerangka konseptual teori adaptasi Roy pengaruh aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida (Calista Roy, 1939).

Keterangan :



Diukur



Tidak diukur

Dari kerangka konseptual dapat dijelaskan bahwa input sebagai suatu stimulus. Tingkat adaptasi ditentukan oleh stimulus *focal*, *contextual* dan *residual*. Stimulus *focal* yang secara langsung pada ibu inpartu adalah nyeri kala I fase aktif. Stimulus *contextual* yang dapat diobservasi dan diukur adalah skala nyeri. Stimulus *residual* yang sulit diukur secara obyektif adalah usia, pengalaman persalinan dan budaya.

Mekanisme yang mengontrol mekanisme koping adalah regulator dan kognator. Mekanisme regulator adalah saat senyawa metil eugenol dari aromaterapi mawar ditangkap oleh epitel olfaktorii yang kemudian diteruskan menuju neuron olfaktorii. Sili olfaktori yang terdapat pada neuron olfaktorii berfungsi sebagai alat padat pada mucus yang bereaksi terhadap bau di udara. Bau tersebut kemudian berikatan dengan protein reseptor yang mengaktifasi kompleks protein G. Kompleks protein G mengaktifasi banyak molekul *adenili siklase* di bagian dalam membrane olfaktorii. Membrane olfaktorii meneruskan ke bulbus olfaktorius, dalam bulbus olfaktorius tampak akson-akson pendek yang berakhir di struktur globular yang multiple disebut glomeruli. Sel glomeruli kemudian mengirimkan akson melalui traktus olfaktorius untuk kemudian dijalarkan sensasi olfaktori ke dalam sistem saraf pusat. System saraf pusat meneruskan sensasi olfaktorii menuju ke system limbik lalu ke hypothalamus yang bekerja sebagai pemancar serta regulator yang menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak yang lain dan bagian tubuh yang lainnya. Pesan yang diterima diubah menjadi kerja sehingga pelepasan beberapa zat neurokimia yang bersifat relaksan yaitu *endorphin*.

Meknisme kognator melalui proses belajar yaitu *learning*, *judgments*, dan

emotion. Mekanisme belajar merupakan suatu proses di dalam sistem adaptasi (*cognator*) yang mencakup mempersepsikan satu informasi dengan kata lain proses kendali kognisi berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Proses persepsi informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode dan ingatan. Persepsi yang positif berdampak pada koping yang positif. Penggunaan koping yang positif akan berpengaruh terhadap perubahan adaptasi terhadap nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primipara.

Effectors dari rangsangan melalui empat mode adaptasi yaitu *pshysiological fuction*, konsep diri, fungsi peran dan interdependen. *Pshysiological fuction* pada *neurological function* adalah mampu mengontrol nyeri. *Pshysiological fuction* pada *endocrine fuction* adalah stress menurun. *Effectors self concept* adalah cemas menurun. *Effectors role fuction* adalah ibu siap akan transisi peran menjadi seorang ibu. *Effectors interdependen* dalam adanya dukungan keluarga dan suami. Output dalam sistem adaptasi ini adalah ibu yang *adaptive* mampu beradaptasi dan berperilaku adaptif terhadap nyeri kala I fase aktif. Atau *ineffective responses* adalah ibu berperilaku maladaptive di tiap his dan mengejan saat kala I.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: Ada pengaruh adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu primigravida di BPS di wilayah kerja PKM Rungkut, Surabaya setelah diberikan intervensi aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara pemecahan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam & Pariani, 2001). Dalam metode penelitian ini dijelaskan secara rinci mengenai desain penelitian yang digunakan, populasi, sampel, besar sampel, identifikasi variable, definisi operasional, pengumpulan data, dan etika penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *pra eksperimental* dengan rancangan *pra-pascates* dalam satu kelompok (*one-group pra-post test design*). Penelitian ini menggunakan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi.

Table 4.1 Rancangan penelitian “ Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*Rosa Damascena*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida.”

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca
K	O	I	OI
K-B	Time 1	Time 2	Time 3

(Sumber: Nursalam, 2008)

Keterangan :

- K : Subjek eksperimen (ibu inpartu primipara kala I fase aktif)
- O :Observasi nyeri persalinan sebelum pemberian aromaterapi mawar
- I : Intervensi (pemberian aromaterapi mawar)
- OI :Observasi adaptasi nyeri persalinan setelah pemberian aromaterapi mawar.

Dalam rancangan ini, kelompok eksperimen diberi intervensi aromaterapi mawar. Pada kelompok diawali dengan *pre test* yaitu pengukuran nyeri kala I fase

aktif dan setelah pemberian intervensi aromaterapi mawar menganalisis adaptasi nyeri kala I fase aktif (*post test*).

4.2 Populasi, sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Populasi target dalam penelitian ini adalah ibu inpartu yang melakukan persalinan di BPS Tini, Kyai Abdul Karim, Rungkut Surabaya dan BPS Hanik, Pandugo, Rungkut Surabaya pada saat penelitian.

4.2.2 Sampel

Peneliti menerapkan criteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat,2010).

Kriteria inklusi penelitian ini adalah :

1. Ibu dengan persalinan fisiologis
2. Pembukaan servik mulai 4 cm-7cm
3. Menyukai bau mawar

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel kerana tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2010). Kriteria eksklusi penelitian ini adalah :

1. Ibu dengan nilai poedji rochjati ≥ 6
2. Ibu yang mendapatkan obat analgesik dan uterotonika.

4.2.3 Sampling

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode

non probability yaitu *purposive sampling*. Sampel diambil sesuai dengan yang dikehendaki peneliti yaitu semua subjek yang memenuhi kriteria inklusi kemudian ditentukan sampel yang dibutuhkan (Stastroasmoro & Ismail, 2002). Peneliti menentukan subyek dari daftar kunjungan pasien di BPS Tini dan BPS Hanik. Subyek adalah ibu inpartu primigravida.

4.3 Identifikasi Variable

Penelitian ini menggunakan dua variable yaitu variable dependen dan variable independen.

4.3.1 Variable Independen

Variable independen dalam penelitian ini adalah aromaterapi mawar (*Rosa Damacena*).

4.3.2 Variable Dependen

Variable dependen dalam penelitian ini adalah adaptasi nyeri pada ibu inpartu primigravida kala I fase aktif dan intensitas nyeri pada ibu inpartu primigravida.

4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena (Nursalam, 2008).

Table 4.2 Definisi perasional penelitian pengaruh pemberian aromaterapi mawar terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida tanggal 12 Juni – 25 Juni 2011

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen : Aromaterapi mawar	Pemberian terapi melalui wewangian dengan menggunakan minyak esensial mawar (rosa damascena) pada ibu inpartu primigravida yang maladaptive terhadap nyeri kala I fase aktif dilatasi maksimal.	1. Minyak mawar 5-6 tetes dicampur dengan air 12,5 cc yang dipanaskan menggunakan tungku dengan lilin 2. Pemberian aromaterapi dengan metode inhalasi melalui penguapan 3. Pemberian aromaterapi selama 1 jam 4. Jarak penempatan ibu dengan aromaterapi adalah ± 1 meter	SOP		
Variabel Dependen : 1. adaptasi nyeri pada ibu inpartu primigravida kala I fase aktif dilatasi maksimal	Ibu dapat beradaptasi dengan sakit yang dirasakan akibat penipisan dan pembukan serviks pada kala I fase aktif dilatasi maksimal.	Ibu mampu beradaptasi dengan nyeri yang dialami sesudah pemberian aromaterapi, dengan tingkat adaptasi sesuai dengan <i>Adaptive Behavior Assesment System</i> sebagai berikut : 130-lebih : sangat unggul 120 - 129 : unggul 110 – 119 : rata-rata atas 90 - 109 : rata-rata 90-109 : rata-rata 80-89 : dibawah rata-rata 71-79 : perbatasan 70-kurang: sangat rendah	<i>Adaptive Behavior Assesment System</i>	Ordinal	Skor yang dicapai : 1. 130-lebih : sangat unggul 2. 120 - 129 : unggul 3. 110 – 119 : rata-rata atas 4. 90 - 109 : rata-rata 5. 80 - 89 : dibawah rata-rata 6. 71 - 79 : perbatasan 7. 70 – kurang : sangat rendah

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
2. intensitas nyeri pada ibu inpartu primigravida	Rasa sakit yang dirasakan dan diungkapkan oleh ibu saat sebelum melahirkan yang diakibatkan oleh penipisan dan pembukaan serviks	Ibu menunjukkan tingkat nyeri yang dirasakan sebelum pemberian aromaterapi dengan tingkat nyeri seagai berikut : 0 : Pasien tidak menyatakan nyeri. 1-3 : Pasien dapat berkomunikasi dengan baik. 4-6 : Pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. 7-9 : Pasien kadang tidak dapat mengiuti perintah tapi masih respon terhdap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang dan distraksi. 10 : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.	Kuisisioner skala nyeri Bourbanais	Ordinal	Skor yang dicapai : 0 : tidak nyeri 1-3 : nyeri sedang 4-6 : nyeri ringan 7-9 : nyeri berat 10 : nyeri sangat berat

4.4 Instrument penelitian

Penelitian ini, peneliti melakukan intervensi dengan menggunakan minyak esensial mawar beserta tungku pemanas. Peneliti mengidentifikasi nyeri kala I fase aktif pada ibu menggunakan alat ukur skala nyeri Bourbonis (1981). Sedangkan untuk menganalisis adaptasi nyeri kala I fase aktif peneliti menggunakan alat ukur adaptasi menurut Harrison dan Oakland tahun 2000 yaitu *Adaptive Behavior Assessment System (ABAS)*. *Adaptive Behavior Assessment System* menjelaskan perilaku umum adaptif dan fungsinya dalam sepuluh bidang keterampilan. Klasifikasi keterampilan adaptif dibagi menjadi tiga domain yaitu *domain conceptual* mencakup area keterampilan *communication*, fungsional pendidikan dan *self direction*. *Domain social* mencakup area keterampilan *social* dan *leisure*. *Domain practical* mencakup area keterampilan *self care, home or school living, community use, health and safety* dan bekerja.

Peneliti menggunakan lembar observasi yang disesuaikan dengan adaptasi terhadap nyeri kala I fase aktif yang mengacu pada *Adaptive Behavior Assessment System*. Penelitian ini menggunakan lima bidang keterampilan dalam tiga domain yaitu dalam *domain conceptual* mencakup area keterampilan *communication* dan *self-direction*, *domain social* mencakup area keterampilan sosial dan *domain practical* mencakup area keterampilan *self-care* dan *health and safety*. Data demografi pada pengumpulan data untuk umur ibu sesuai dengan kehamilan resiko tinggi (KRT) menurut Poedji Rochyati. Berapa lama menikah dan kehamilan terencana sesuai dengan ada potensi gawat obstretri (APGO) pada primi tua menurut Poedji Rochyati. Status obstretri tentang pembukaan servik,

kontraksi per sepuluh menit dan durasi sesuai dengan karakteristik nyeri kala I fase aktif.

4.5 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di BPS Tini dan BPS Hanik Surabaya . Penelitian ini dilakukan pada 12 Juni- 25 Juni 2011.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

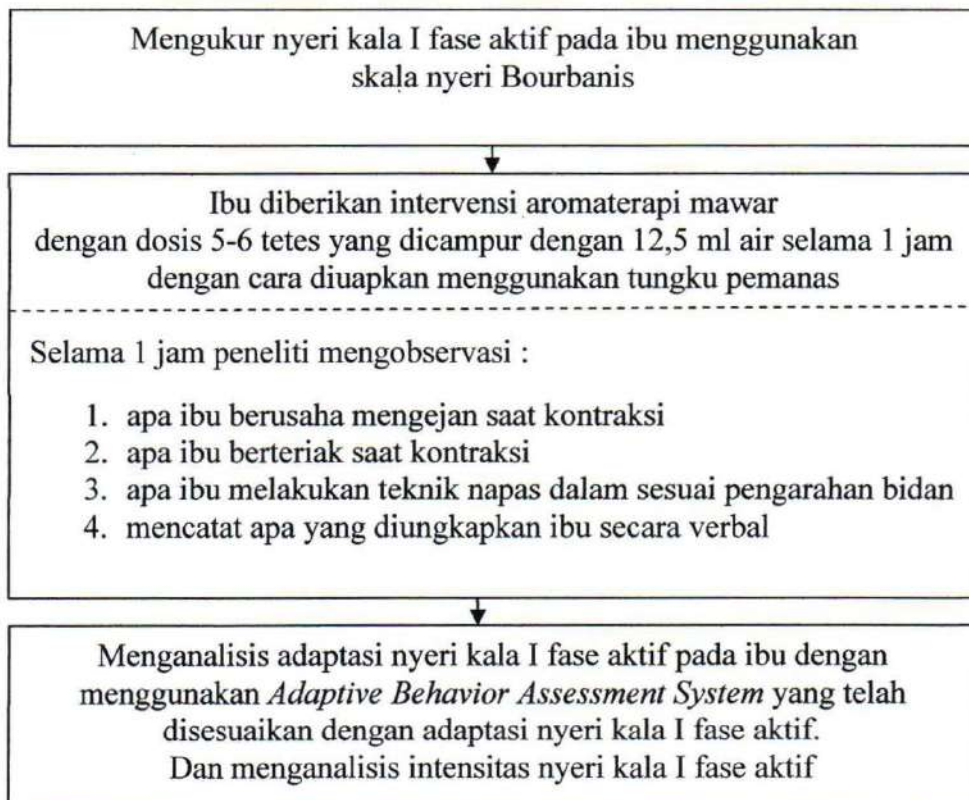
Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti di BPS Hanik dengan praktik langsung di lapangan. Peneliti menemui subyek yaitu ibu inpartu primigravida yang datang ke BPS Hanik. Pengumpulan data di BPS Tini dilakukan oleh peneliti dengan bantuan bidan yang bertugas. Peneliti datang ke BPS Tini saat ada inpartu pada ibu primigravida. Peneliti menawarkan ibu untuk menjadi responden dan memberikan *informed consent* jika ibu setuju. Peneliti melakukan wawancara tentang status nyeri ibu. Prosedur selanjutnya peneliti menggunakan format pengumpulan data untuk mengetahui data demografi dan status obstetric yang diperoleh dari catatan bidan melalui patograf.

Peneliti melakukan pre test yaitu mengukur nyeri kala I fase aktif dengan menggunakan skala nyeri Bourbanis. Sebelum pengungkuran ibu diajarkan mengenai penggunaan skala nyeri tersebut yaitu semakin besar nilai yang dipilih semakin sakit nyeri yang dirasakan oleh ibu. Setelah melakukan *pre test*, peneliti memberikan intervensi aromaterapi mawar pada kelompok eksperimen dengan dosis 5-6 tetes yang dicampur dengan 12,5 ml air dengan cara diuapkan menggunakan tungku pemanas selama 1 jam. Selama 1 jam peneliti melakukan observasi ibu terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif yaitu apakah ibu berteriak saat kontraksi, apakah ibu berusaha mengejan saat kontraksi, apakah ibu

melakukan teknik napas dalam saat kontraksi sesuai dengan pengarahannya. Setelah 1 jam peneliti menghentikan aromaterapi mawar dan melakukan *post test* yaitu menganalisis adaptasi nyeri kala I fase aktif dengan menggunakan *Adaptive Behavior Assessment System* yang telah disesuaikan dengan adaptasi nyeri kala I fase aktif. Peneliti dalam penelitian ini menggunakan lima bidang ketrampilan dalam tiga domain yaitu pada *domain conceptual* mencakup area ketrampilan *communication* dan *self-direction*, pada *domain social* mencakup area ketrampilan sosial dan pada *domain practical* mencakup area ketrampilan *self-care* dan *health and safety*.

4.7 Kerangka Operasional

Kerangka kerja pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka operasional pengaruh aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

4.8 Analisis data

Analisa data merupakan suatu analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang dikumpulkan. Peneliti mengolah data yang telah terkumpul melalui observasi.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian aromaterapi mawar terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif. Digunakan alat ukur adaptasi yaitu *Adaptive Behavior Assesment System* yang telah disesuaikan dengan adaptasi nyeri kala I fase aktif untuk mengetahui pengaruh tersebut. Lima bidang ketrampilan yang dianalisis dalam tiga domain *Adaptive Behavior Assesment System*. *Domain conceptual* mencakup area ketrampilan *communication* adalah bagaimana komunikasi ibu dengan peneliti dan bidan, apakah ibu dapat mengungkapkan apa yang ibu rasakan. Analisis yang dilakukan pada *domain conceptual* area ketrampilan *self direction* adalah apakah ibu melakukan apa yang telah diajarkan oleh peneliti untuk menghirup aromaterapi, melakukan teknik napas dalam saat kontraksi sesuai yang dianjurkan oleh bidan. Analisis yang dilakukan pada *domain social* area ketrampilan sosial adalah apakah ibu dapat berinteraksi dengan orang disekitar ibu dengan baik. Analisis yang dilakukan pada *domain practical* area ketrampilan *self care* adalah apakah ibu mengubah perilaku maladaptive menjadi adaptif terhadap nyeri kala I fase aktif. Analisis yang dilakukan pada *domain practical* area ketrampilan *health and safety* adalah apakah ibu tetap berperilaku maladaptive yaitu berteriak dan mengejan meskipun ibu mengetahui resikonya yaitu ibu kelelahan dan tidak memiliki tenaga untuk mendorong saat kala II.

Skala data yang digunakan adalah ordinal menggunakan alat ukur adaptasi yaitu *Adaptive Behavior Assesment System* sebagai berikut :

1. Sangat unggul : 130 - lebih
2. Unggul : 120 - 291
3. Rata-rata atas : 110 - 119
4. Rata-rata : 90 - 109
5. Dibawah rata-rata : 80 - 89
6. Perbatasan : 71 - 79
7. Sangat rendah : 70 - kurang

Data yang didapatkan pada saat *pre test* dan *post test* akan dikumpulkan dan dianalisa dengan uji *Wilcoxon Signed-rank test*, dengan hasil kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Artinya, bila uji *Wilcoxon Signed-rank test* menghasilkan $p \leq 0,05$, maka H_0 atau hipotesis penelitian diterima.

4.9 Masalah Etik

Penelitian ini dilakukan sesuai dengan etika penelitian. Adapun masalah etika penelitian meliputi (1) *informed consent* atau lembar persetujuan sebagai responden, (2) *anonimity* atau tanpa nama dan (3) *confidentiality* atau kerahasiaan.

4.9.1 Surat Persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian sebelum dilakukan penelitian ibu inpartu primipara dengan persalinan fisiologis. Ibu menandatangani lembar persetujuan menjadi subjek jika ibu bersedia menjadi subjek penelitian. Peneliti menghormati hak-hak ibu jika tidak bersedia menjadi responden.

4.9.2 Tanpa Nama (*anonimity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama subjek penelitian pada lembar kuesioner untuk kerahasiaan identitas subjek penelitian. Cukup memberikan kode pada masing-masing lembar kuesioner.

4.9.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan subjek penelitian pemberian aromaterapi terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif dijamin oleh peneliti. Kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.9.4 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan riset keperawatan yang menjelaskan keterbatasan dalam penulisan riset, dalam setiap penelitian pasti mempunyai kelemahan yang ada, kelemahan tersebut ditulis dalam keterbatasan.

Keterbatasan yang ada dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Instrument nyeri yang digunakan bersifat subyektif.
2. Instrument adaptasi yang digunakan belum pernah diuji realibilitas dan validitas untuk nyeri persalinan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS di PKM Rungkut Surabaya yaitu di BPS Tini, Kyai Abdul Karim Rungkut, Surabaya dan BPS Ny. Hanik, Pandugo Rungkut, Surabaya. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk gambar, table dan narasi.

Pembahasan menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test dengan taraf signifikansi 0,05 artinya jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak yang berarti ada perubahan yang signifikan antara skala nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida saat sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) dan adaptasi terhadap nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di BPS di PKM Rungkut Surabaya. BPS yang digunakan adalah BPS Tini dan BPS Ny. Hanik. BPS Tini yang berlokasi di jalan Kyai Abdul Karim, Rungkut Surabaya. BPS (Bidan Praktek Swasta) merupakan tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak yang meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, pelayanan KB dan imunisasi. Batas wilayah BPS Tini adalah sebagai berikut, sebelah utara adalah Polsek Rungkut, Surabaya, sebelah selatan, barat dan timur adalah pemukiman penduduk. Menurut batas wilayahnya, BPS Tini berada

pada lingkungan yang kondusif dan jauh dari keramaian jalan raya, keadaan ini dapat menunjang penelitian pengaruh aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif.

BPS Tini terdiri dari 1 ruang bersalin yang terdiri dari tempat tidur dan 1 meja obstetric, 2 ruang nifas masing-masing 1 tempat tidur, 1 ruang pemeriksaan yang melayani ANC (*antenatal care*), KB, imunisasi, 1 ruang tunggu untuk bidan dan 1 ruang tunggu untuk keluarga. Jumlah tenaga di BPS Tini berjumlah 5 orang yang terdiri dari 3 orang bidan yang sudah berpengalaman, 1 orang pembantu bidan, dan 1 orang untuk administrasi. Menurut data tahun 2011 jumlah persalinan rata-rata 15 orang dengan prosentase ibu primipara 50% (6-7 orang) dan ibu multipara 50% (6-7 orang). Ibu inpartu yang datang ke BPS Tini dengan keluhan nyeri sebanyak 85% sedangkan 15% tidak ada keluhan nyeri tetapi datang dengan keluhan keluar cairan lendir atau darah. Manajemen nyeri yang dilakukan oleh BPS Tini adalah dengan teknik napas dalam untuk mengontrol rasa nyeri selama kala I fase aktif.

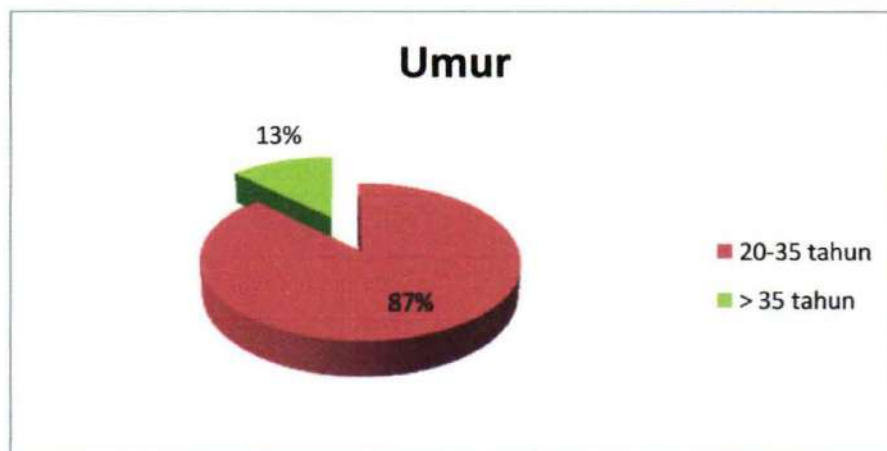
Penelitian juga dilakukan di BPS Ny. Hanik yang berlokasi di jalan Pandugo, Rungkut Surabaya. BPS (Bidan Praktek Swasta) merupakan tempat pelayanan kesehatan ibu dan anak yang meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, pelayanan KB dan imunisasi. Batas wilayah BPS Ny Hannik adalah sebagai berikut, sebelah utara adalah SDN Pandugo, Surabaya, sebelah selatan, barat dan timur adalah pemukiman penduduk. Menurut batas wilayahnya, BPS Ny. Hanik berada pada lingkungan yang kondusif dan jauh dari keramaian jalan raya, keadaan ini dapat menunjang penelitian pengaruh aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif.

BPS Ny. Hanik terdiri dari 2 ruang bersalin yang terdiri dari 2 tempat tidur dan 2 meja obstetric, 3 ruang nifas masing-masing 3 tempat tidur, 1 ruang pemeriksaan yang melayani ANC (*antenatal care*), KB, imunisasi, 1 ruang tunggu untuk bidan dan 2 ruang tunggu untuk keluarga. Jumlah tenaga di BPS Ny. Hanik berjumlah 6 orang yang terdiri dari 4 orang bidan yang sudah berpengalaman, 2 orang pembantu bidan. Menurut data tahun 2011 jumlah persalinan rata-rata 25 orang dengan prosentase ibu primipara 62% (15 orang) dan ibu multipara 38% (9 orang). Ibu inpartu yang datang ke BPS Ny. Hanik dengan keluhan nyeri sebanyak 85% sedangkan 15% tidak ada keluhan nyeri tetapi datang dengan keluhan keluar cairan lendir atau darah. Manajemen nyeri yang dilakukan oleh BPS Ny Hanik adalah dengan teknik napas dalam untuk mengontrol rasa nyeri selama kala I fase aktif.

5.1.2 Data umum

5.1.2.1 Karakteristik demografi ibu

1. Umur



Gambar 5.1 Distribusi ibu berdasarkan umur di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.1 dapat dilihat bahwa sebagian besar berusia antara 20-35 tahun yang berarti menurut umur ibu tidak termasuk dalam ada potensi gawat obstetric.

2. Pekerjaan



Gambar 5.2 Distribusi ibu berdasarkan pekerjaan di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga hal ini berhubungan dengan tuntutan kerja yang berbeda dalam tiap keluarga sehingga sikap ibu merespon nyeri juga berbeda.

3. Pendidikan

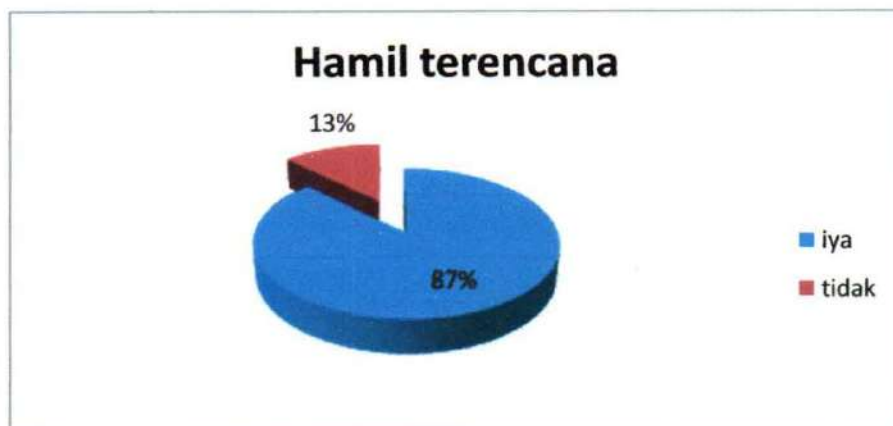


Gambar 5.3 Distribusi ibu berdasarkan pendidikan di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.3 dapat dilihat bahwa sebagian besar berpendidikan terakhir SMA hal ini berhubungan dengan informasi yang dimiliki ibu tentang

persalinan.

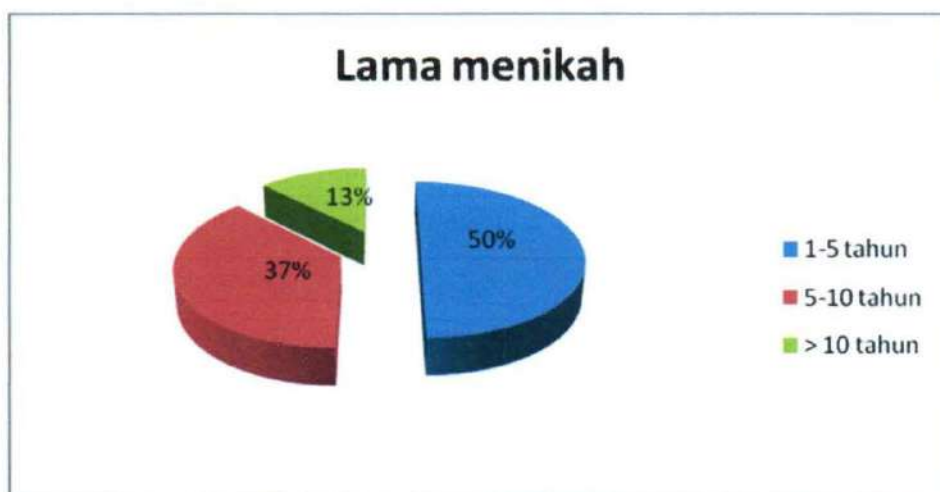
4. Hamil terencana



Gambar 5.4 Distribusi ibu berdasarkan rencana hamil di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.4 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu merencanakan kehamilannya. Kehamilan yang direncanakan membuat ibu lebih mampu beradaptasi terhadap nyeripersalinan.

5. Lama menikah



Gambar 5.5 Distribusi ibu berdasarkan lama menikah di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar telah menikah selama 1-5 tahun yang berarti secara lama perkawinan ibu tidak termasuk dalam ada potensi gawat obstetric.

5.1.2.2 Karakteristik obstetri ibu

1. Pembukaan serviks



Gambar 5.6 Distribusi ibu berdasarkan pembukaan serviks di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.6 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu mengalami pembukaan sebesar 4 cm yang berarti saat dilakukan intervensi aromaterapi mawar ibu dalam pembukaan yang sama.

2. Frekuensi kontraksi per 10 menit



Gambar 5.7 Distribusi ibu berdasarkan frekuensi kontraksi per 10 menit di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.7 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu mengalami kontraksi sebanyak 3x per 10 menit yang berarti ibu mengalami intensitas nyeri yang sama.

3. Durasi kontraksi

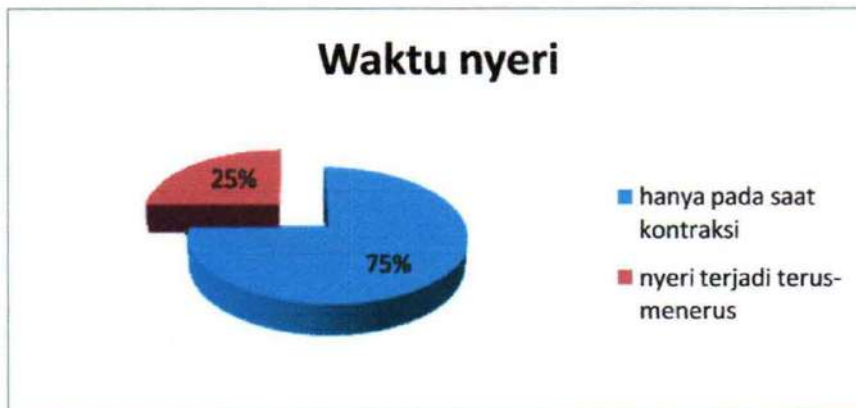


Gambar 5.8 Distribusi ibu berdasarkan durasi kontraksi di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.8 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu durasi kontraksinya selama 31-40 detik yang berarti kontraksi yang dialami ibu adekuat.

5.1.2.3 Karakteristik pola nyeri ibu

1. Waktu nyeri



Gambar 5.9 Distribusi ibu berdasarkan waktu nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.9 dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu merasakan nyeri hanya terjadi saat kontraksi yang berarti waktu ibu merasakan nyeri sama.

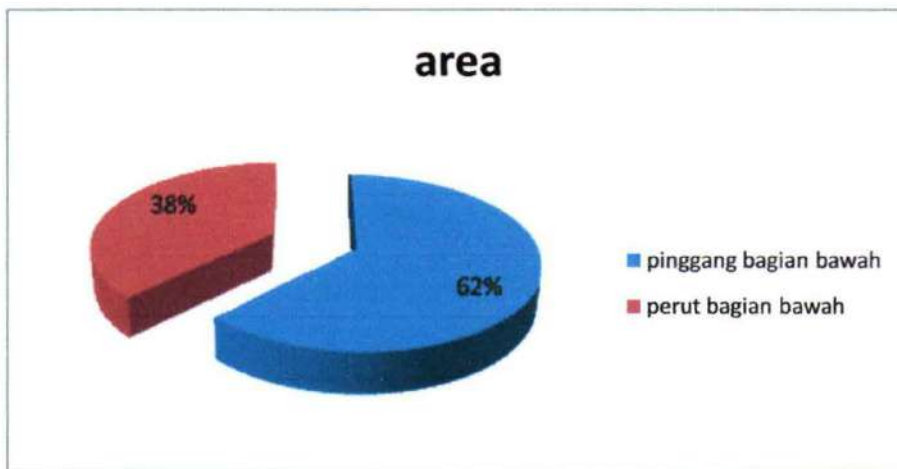
2. Sifat nyeri



Gambar 5.10 Distribusi ibu berdasarkan sifat nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.10 dapat dilihat bahwa, seluruh ibu nyeri yang dirasakan seperti tertekan benda.

3. Area nyeri



Gambar 5.11 Distribusi ibu berdasarkan area nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.11 dapat dilihat bahwa sebagian besar nyeri dirasakan pada pinggang bagian bawah karena rangsangan nyeri dihantarkan ke dalam *medulla spinalis thoracal X,XI,XII*.

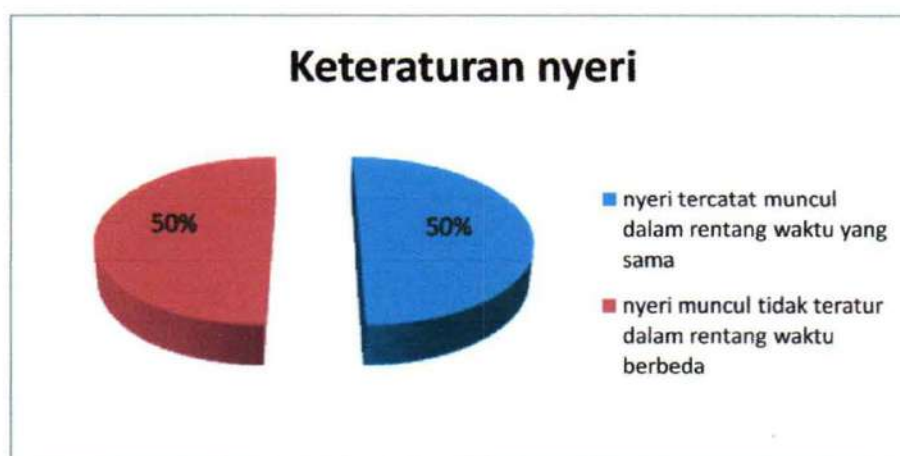
4. Keparahan nyeri



Gambar 5.12 Distribusi ibu berdasarkan keparahan nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.12 dapat dilihat bahwa seluruh ibu nyeri dirasakan semakin lama semakin kuat karena semakin banyak ibu mengalami pembukaan semakin nyeri.

5. Keteraturan Nyeri

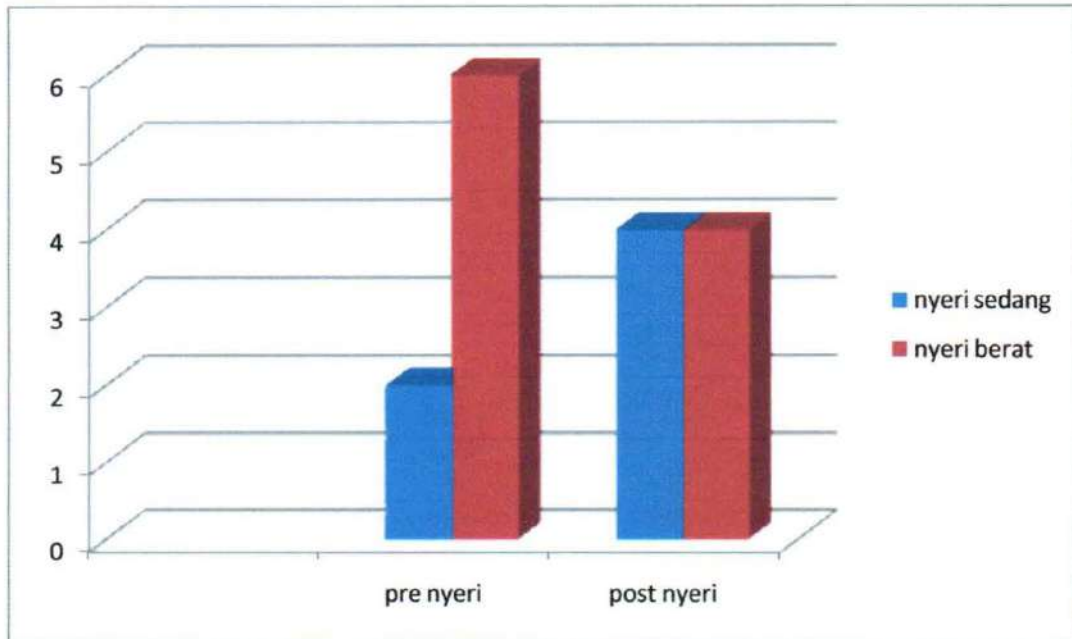


Gambar 5.13 Distribusi ibu berdasarkan keteraturan nyeri di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Berdasarkan gambar 5.13 dapat dilihat bahwa separuh ibu nyeri tercatat muncul dalam rentang waktu yang sama dan separuhnya lagi nyeri muncul tidak teratur dalam rentang waktu berbeda. Sebagian ibu merasakan nyeri saat kontraksi terjadi.

5.1.3 Data khusus

5.1.3.1 Nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).



Gambar 5.14 A. Nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) dan B Nyeri kala I fase aktif pada ibu sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Gambar 5.14 menjelaskan sebelum diberikan aromaterapi mawar (*rosa damascene*) sebagian besar ibu mengalami nyeri berat. Setelah diberikan aromaterapi mawar (*rosa damascene*), hanya separuh ibu mengalami nyeri berat terkontrol hal ini berarti aromaterapi mawar menurunkan skala nyeri kala I fase aktif pada ibu primigravida.

5.1.3.2 Hasil uji statistik pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*)

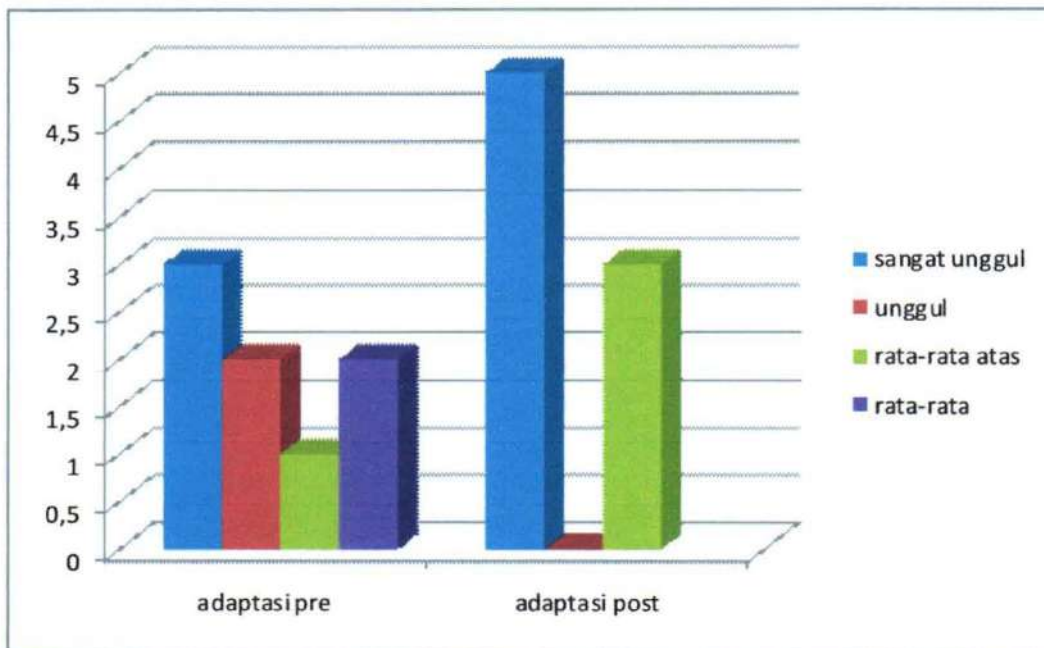
terhadap nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

Table 5.1 Hasil uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap intensitas nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

No responden	Nyeri sebelum pemberian aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>)	Nyeri sesudah pemberian aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>)	skor Δ
1	9	9	0
2	8	6	-2
3	8	6	-2
4	9	8	-1
5	8	7	-1
6	5	4	-1
7	8	8	0
8	6	5	-1
Hasil	SD = 7,6	SD = 6,6	mean Δ = -1
<i>Wilcoxon Signed Rank Test p = 0,157</i>			

Table 5.1 menyimpulkan bahwa tingkat signifikansi $p = 0,157$ yang berarti H_0 diterima diterima atau H_1 ditolak. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada penurunan nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya setelah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

5.1.3.3 Adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).



Gambar 5.15 A. adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu sebelum pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011 dan B adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu sesudah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

Gambar 5.15 menjelaskan sebelum diberikan aromaterapi mawar (*rosa damascene*), sebagian besar ibu adaptasi terhadap nyeri sangat unggul. Setelah diberikan aromaterapi mawar (*rosa damascene*) ibu yang adaptasi terhadap nyeri sangat unggul meningkat hal ini berarti aromaterapi mawar meningkatkan adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu primigravida.

5.1.3.4 Hasil uji statistik pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

Table 5.1 Hasil uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya tanggal 12 Juli 2011 – 25 Juli 2011.

No responden	Adaptasi nyeri sebelum pemberian aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>)	Adaptasi nyeri sesudah pemberian aromaterapi mawar (<i>rosa damascene</i>)	skor Δ
1	108	113	+5
2	128	141	+13
3	128	151	+23
4	107	113	+6
5	129	136	+7
6	139	144	+5
7	115	117	+2
8	146	161	+15
Hasil	SD = 125	SD = 134,5	mean Δ = +9,5
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p = 0,083			

Table 5.2 menyimpulkan bahwa tingkat signifikansi p = 0,083 yang berarti H0 diterima atau H1 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada beda adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida di BPS wilayah PKM Rungkut Surabaya setelah pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*).

5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menyebutkan bahwa seluruh ibu mengalami nyeri pada kala I fase aktif. Nyeri merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses persalinan. Nyeri yang dirasakan pada setiap persalinan merupakan suatu proses yang alamiah, tidak ada persalinan tanpa nyeri. Menurut Bustan dan Hadijanto (2003) nyeri persalinan merupakan proses fisiologis dengan intensitas yang berbeda-beda pada setiap ibu. Setiap wanita merasakan sakit kontraksi yang

berbeda-beda. Sebagian wanita merasa bahwa rasa sakit yang tidak dapat dielakkan (Stoppart, 2005).

Menurut hasil penelitian adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida berbeda-beda. Sebagian besar adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida sebelum pemberian aromaterapi mawar terhadap nyeri adalah unggul. Ibu sedikit atau kadang memerlukan bantuan untuk mengatasi nyerinya. Nyeri kala I fase aktif sebagian besar yang dinyatakan oleh ibu adalah nyeri berat terkontrol.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat pada table 5.1 sebagian besar ibu menyatakan nyeri yang dialami adalah nyeri berat terkontrol. Nyeri berat terkontrol secara obyektif ibu kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, nyeri tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang dan distraksi. Nyeri yang dirasakan oleh ibu dikarenakan pada kala I fase aktif kualitas kontraksi uterus menjadi sering. His dianggap adekuat apabila his bersifat teratur, minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik (Yayasan Bakti Husada, 2005). His yang semakin sering dan adekuat pada kala I fase aktif membuat ibu merasakan nyeri di bagian pinggang dan perut bagian bawah.

Ibu sebagian besar dalam penelitian ini mengalami kontraksi sebanyak 3x dalam 10 menit dengan durasi 41-50 detik. Memasuki kala I fase aktif, ibu akan mulai mengalami peningkatan rasa nyeri karena kontraksi uterus semakin lama (berlangsung selama 40-60 detik), kuat dan sering (3-4 menit sekali) (Danuatmaja dan Mila, 2004). Menurut Cuningham (2006) penyebab nyeri pada saat kontraksi adalah hipoksia miometrium yang berkontraksi, kompresi ganglia saraf di serviks dan uterus bawah oleh berkas-berkas otot, peregangan serviks pada waktu dilatasi

dan peregangan peritoneum. Kontraksi yang dialami ibu dalam penelitian ini adalah kontraksi yang adekuat karena mengalami kontraksi sebanyak 3x dalam 10 menit dengan durasi 41-50 detik. Semakin banyak pembukaan serviks yang dialami ibu inpartu maka kontraksi akan semakin sering dan ibu akan lebih merasakan nyeri.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilihat pada gambar 5.9 sebagian besar ibu merasakan nyeri terjadi waktu kontraksi. Nyeri yang dirasakan oleh ibu inpartu kala I fase aktif dipicu oleh kontraksi rahim. Rasa sakit terjadi karena adanya aktivitas besar didalam tubuh guna mengeluarkan bayi (Danuatmaja dan Mila, 2004). Persalinan diartikan sebagai peregangan dan pelebaran mulut rahim. Kejadian ini terjadi ketika otot-otot rahim berkontraksi untuk mendorong bayi keluar. Otot-otot rahim menegang selama kontraksi. Bersamaan dengan kontraksi, kandung kemih, rectum, tulang belakang, tulang pubis menerima tekanan yang kuat dari rahim. semua itu terasa menyakitkan bagi ibu.

Pengamatan selama penelitian dapat dinyatakan bahwa perasaan sakit saat kontraksi subyektif, tidak hanya tergantung pada intensitas kontraksi tetapi juga tergantung pada keadaan psikologis ibu. Ibu yang tahu apa yang terjadi dan apa yang akan terjadi padanya, maka ibu akan merasa tenang. Ibu yang belum mengalami proses persalinan dan tidak mengerti penyebab nyeri persalinan maka ibu tidak mampu untuk mengurangi serta tidak mempunyai ketrampilan teknik menurunkan nyeri persalinan tersebut, maka yang muncul adalah kecemasan (Bobak, 2005). Ketegangan dapat membuat perasaan sakit hanya sedikit atau sama sekali tidak terasa (Winkjosastro, 2002).

Setelah pemberian intervensi aromaterapi mawar rentang adaptasi nyeri berada pada rentang sangat unggul dan rata-rata atas. Sebagian kecil ibu yang

tingkat adaptasi terhadap nyerinya berubah menjadi sangat unggul dan sebagian besar ibu tidak mengalami peningkatan adaptasi nyeri kala I fase aktif atau tetap pada saat dilakukan *post test*. Rentang skala nyeri yang dialami ibu setelah diberikan intervensi aromaterapi berada dalam rentang nyeri berat terkontrol dan nyeri sedang. Separuh ibu tetap nyeri berat terkontrol dan sebagian besar tidak mengalami penurunan skala nyeri kala I fase aktif atau tetap saat dilakukan *post test*.

Gambar 5.14 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar skala nyeri kala I fase aktif yang dirasakan ibu tetap. Gambar 5.15 sebagian besar ibu tidak mengalami peningkatan adaptasi nyeri kala I fase aktif atau tetap. Gambar 5.16 diatas dapat dilihat bahwa separuh ibu skala nyeri yang dirasakan tetap nyeri berat terkontrol setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi mawar selama 1 jam. Gambar 5.17 diatas dapat dilihat bahwa hanya sebagian kecil ibu mengalami peningkatan adaptasi menjadi sangat unggul setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi mawar selama 1 jam.

Setelah dilakukan analisis data dan menguji hasil penelitian secara kuantitatif didapatkan bahwa tidak ada beda adaptasi nyeri kala I fase aktif dan skala nyeri kala I fase aktif setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi mawar. Tingkat adaptasi dan skala nyeri memang tidak berubah secara statistic karena skala dalam bentuk ordinal namun responden no 2, 3, 4, 5, 6 dan 8 menyatakan mengalami penurunan dalam skala nyeri.

Responden no 2 dan 3 mengalami penurunan 2 skala nyeri yaitu dari 8 menjadi 6. Kedua responden mengalami penurunan dari nyeri berat terkontrol menjadi nyeri sedang. Responden no 4, 5, 6 dan 8 mengalami penurunan 1 skala nyeri yaitu responden no 4 dari 9 menjadi 8, responden no 5 dari 8 menjadi 7,

responden no 6 dari 5 menjadi 4 dan responden no 8 dari 6 menjadi 5. Responden tersebut tetap dalam skala nyeri berat dan nyari sedang, namun secara skor mereka mengalami penurunan 1 skala nyeri. Rerata skor adaptasi nyeri kala I fase aktif pada seluruh responden mengalami peningkatan. Responden no 4 mengalami peningkatan 1 tingkat adaptasi dari rata-rata menjadi rata-rata atas.

Selama 1 jam peneliti mencatat yang diutarakan oleh ibu dan mengobservasi ibu. Hasil yang didapatkan peneliti adalah responden no 1 menganggu dan menggeleng saat berkomunikasi dengan peneliti, tidak dapat mengungkapkan nyeri yang dirasakan secara verbal, ibu berteriak dan menangis karena nyeri, namun ibu dapat melakukan napas dalam sesuai arahan bidan.

Responden no 2 mengutarakan nyeri yang dirasakan hilang dan timbul, nyeri pada perut bagian bawah dan terasa tertekan, wajah ibu menyeringai saat menahan nyeri, ibu istighfar setiap his, ibu melakukan teknik napas dalam sesuai arahan bidan. Responden no 3 mengutarakan nyeri yang dirasakan pada punggung belakang, wajah ibu menyeringai saat menahan nyeri, ibu melakukan teknik napas dalam sesuai arahan bidan.

Responden no 4 tidak mampu berkomunikasi dan berinteraksi sosial, tidak mempedulikan lingkungan sekitar, wajah ibu menyeringai menahan nyeri. Ibu berteriak dan menangis karena nyeri, ibu melakukan teknik napas dalam sesuai arahan bidan. Responden no 5 mampu menunjukkan lokasi nyeri, intensitas nyeri yang dialami, mampu berinteraksi sosial dengan keluarga maupun bidan, mengutarakan nyeri yang dialami hilang timbul.

Responden no 6 mampu menangani nyeri yang dirasakan dengan memijat punggung belakang secara mandiri, mampu berinteraksi sosial dengan keluarga maupun bidan, mengutarakan nyeri yang dialami hilang timbul. Responden no 7

sulit diajak berkomunikasi oleh peneliti, tidak memperdulikan lingkungan sekitar, ibu berteriak dan menangis karena nyeri. Responden no 8 mengungkapkan nyeri hilang dan timbul, mampu menunjukkan intensitas nyeri, lokasi nyeri, melakukan teknik napas dalam sesuai arahan bidan.

Pemberian intervensi aromaterapi mawar dengan cara inhalasi melalui metode penguapan dapat bersifat menenangkan. Senyawa *metil eugenol* dari aromaterapi mawar ditangkap oleh *epitel olfaktorii* yang kemudian diteruskan menuju *neuron olfaktorii*. *Sili olfaktorii* yang terdapat pada *neuron olfaktorii* berfungsi sebagai alat padat pada *mucus* yang bereaksi terhadap bau di udara. Bau tersebut kemudian berikatan dengan protein reseptor yang mengaktifasi kompleks protein G. Kompleks protein G mengaktifasi banyak molekul *adenili siklase* di bagian dalam *membrane olfaktorii*. *Membrane olfaktorii* meneruskan ke *bulbus olfaktorius*, dalam *bulbus olfaktorius* tampak akson-akson pendek yang berakhir di struktur *globular* yang *multiple* disebut *glomeruli*. Sel *glomeruli* kemudian mengirimkan akson melalui *traktus olfaktorius* untuk kemudian dijalarkan sensasi *olfaktori* ke dalam sistem saraf pusat. System saraf pusat meneruskan sensasi *olfaktorii* menuju ke system limbik lalu ke *hypothalamus* yang bekerja sebagai pemancar serta regulator yang menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak yang lain dan bagian tubuh yang lainnya.

Pesan yang diterima diubah menjadi kerja sehingga pelepasan beberapa zat neurokimia yang bersifat relaksan yaitu *endorphin* (Price, 1997). Produksi *endorphin* memberikan ketenangan dan kenyamanan pada ibu inpartu, sehingga ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dialami. Endorphin juga menghambat pelepasan substansi P yang merupakan mediator kimia yang dilepaskan oleh nosiseptor sehingga dapat menurunkan intepretasi nyeri kala I fase aktif.

Pemberian aromaterapi mawar dapat menjadi alternative tambahan sebagai metode nonfarmakologis adaptasi nyeri kala I fase aktif.

Responden no 1 dan 7 menyatakan tidak mengalami penurunan skala tingkat nyeri atau tetap setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi mawar. Sebelum intervensi pemberian aromaterapi mawar, skala nyeri kala I fase aktif yang dinyatakan oleh responden no 1 adalah nyeri berat terkontrol dengan skor 9. Responden no 7 skala nyeri yang dinyatakan adalah nyeri berat terkontrol dengan skor 8. Setelah dilakukan intervensi pemberian aromaterapi mawar dan dilakukan pengukuran skala nyeri kala I fase aktif kembali, responden 1 dan 7 skala nyeri yang dinyatakan adalah tetap nyeri berat terkontrol.

Proses dilatasi dan peregangan serviks adalah salah satu faktor fisiologis yang mempengaruhi nyeri persalinan. Semakin tinggi pembukaan serviks pada ibu nyeri yang dirasakan ibu juga semakin kuat (Yuliatun, 2008). Responden no 1 dan 7 yang menyatakan tidak mengalami peningkatan rasa nyeri mempunyai adaptasi yang baik terhadap nyeri persalinan. Ibu merasakan nyeri yang dirasakan tetap meskipun selama 1 jam ibu mengalami peningkatan pembukaan serviks.

Responden yang menyatakan skala nyerinya tetap setelah intervensi pemberian aromaterapi mawar dapat dikarenakan nyeri merupakan perasaan yang sangat subyektif dan individual tergantung dari kemampuan adaptasi seseorang. Setiap individu berbeda-beda dalam merespon dan mempersepsikan nyeri yang dialami. Beberapa faktor yang mempengaruhi adaptasi seseorang terhadap nyeri antara lain umur, budaya, pengalaman persalinan sebelumnya dan kecemasan. Long (1996) menyatakan bahwa nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang subyektif dan hanya orang yang menderitanya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasinya.

Seluruh responden dalam penelitian ini adalah ibu inpartu primigravida. Nyeri berat terkontrol yang tetap dirasakan oleh ibu setelah intervensi pemberian aromaterapi mawar dapat disebabkan ibu primigravida belum memiliki pengalaman melahirkan sebelumnya. Yuliatun (2008) menyebutkan salah satu factor yang mempengaruhi nyeri persalinan adalah pengalaman melahirkan sebelumnya. Seseorang belajar untuk mengatasi nyeri yang sedang dialami dengan menggunakan coping yang sama yang digunakan untuk mengatasi nyeri sebelumnya. Menurut Jordan (2003) pengalaman seseorang yang dipelajari merupakan determinan yang menentukan adaptasi nyeri.

Analgesik yang paling mujarab sesungguhnya berada dalam individu, keterlibatan otak dalam menginterpretasikan nyeri merupakan kunci utama dalam pengendalian adaptasi nyeri. Ibu yang memiliki strategi coping yang positif terhadap nyeri persalinan lebih tahan terhadap stress dan nyeri persalinan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan penelitian tentang pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di BPS di PKM Rungkut Surabaya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebelum pemberian intervensi aromaterapi mawar (*rosa damascene*) tingkat adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida adalah sangat unggul dan skala nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida adalah nyeri berat terkontrol.
2. Setelah pemberian intervensi aromaterapi mawar (*rosa damascene*) tingkat adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida adalah sangat unggul dan skala nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida adalah nyeri sedang.
3. Aromaterapi mawar (*rosa damascene*) tidak meningkatkan tingkat adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida namun rerata adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida mengalami peningkatan.

Saran

1. Bagi perawat maternitas di BPS Hanik dan BPS Tini pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) melalui metode inhalasi dapat sebagai asuhan keperawatan penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi untuk adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.
2. Bagi penelitian lebih lanjut untuk menggunakan lebih dari dua BPS atau Rumah Sakit Bersalin sebagai tempat penelitian agar jumlah sampel memenuhi kriteria dan intervensi lebih efektif dalam pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damascene*) terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Angusta, A (2002). *Aromaterapi Cara Sehat Dengan Wewangian Alami*. Jakarta : penebar Swadaya, hal 53, 60, 87-88, 94-96.
- Alligood, Martha raile and Tomey ann mariner (2006). *Nursing Theorists and Their Work Seven Edition*. United State of America : Mosby Inc, page 355-375
- Asmadi. 2009. *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika.
- Bobak, L (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Alih bahasa Maria A Wijayarini. Jakarta : EGC, hal 253-258.
- Chopra, D (2006). *A Holistic Guide to Pregnancy and Childbirth*. New York : Three rivers, page 85 and 226.
- Cunningharm (2005). *William Obstetrics Twenty Second Edition*. United States of America : McGraw-Hill Companies page 409 – 494.
- Danuatmaja dan Mila (2004). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta : Puspa Swara, hal 2, 7.
- Education, Pearson (2008). *Adaptive Behavior Assessment System Technical Supplement*. Diakses melalui www.hawthorne-ed.com/images/adaptive%20behavior/samples/swf%20files/h03750.pdf tanggal 15 Mei 2010 jam 10.00 WIB.
- Education, Pearson (2008). *Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition Interpretive System*. Diakses melalui www.harcourtassessment.com tanggal 15 Mei 2010 jam 10.10 WIB.
- Farrer, H (2001). *Perawatan maternitas*. Jakarta : EGC, hal 67.
- Guide, Texas Autisme Resouce (2010). *Adaptive Behavior Assessment*. Diakses melalui www.txautism.net/docs/Guide/Evaluation/AdaptiveBehavior.pdf tanggal 15 Mei 2010 jam 11.00 WIB.
- Hariana, Arief (2004). *Tumbuhan Obat dan Khasiatnya*. Jakarta : Penebar Swadaya hal 59.
- Harrison, P.L., & Oakland, T. (2004). *Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition. Journal of Psychoeducational Assessment*. vol 22, hal 367-373.
- Hidayat, Aziz Alimul (2010). *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Surabaya : Health Book, hal 52, 78, 132.

- Mander, Rosemary (2004). *Nyeri Persalinan*. Alih bahasa: dr. Betha Sugiarto. Jakarta :EGC, hal 75-87.
- Mulyata, Stepanus (2002). *Paket Penyuluhan Kognitif Dan Senam Hamil Prapersalinan Pada Primigravida Mengurangi Cemas Dan Nyeri Persalinan, Meningkatkan Score Apgar Bayi Serta Mempercepat Luka Persalinan*. Disertasi tidak dipublikasikan, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya.
- Nolan, J (2003). *Kehamilan dan Melahirkan*. Alih bahasa : Susi Purwoko. Jakarta : Arcan, hal 90-108.
- Nursalam (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba MEDika,hal 86-87, 91-92, 98.
- Nursalam dan Pariani, S (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : UD Sagung Seto, hal 65.
- Price, S (1997). *Aromaterapi Bagi Profesi Kesehatan*. Alih bahasa: dr. Andry Hartono. Jakarta : EGC, hal 18, 45, 77, 106-115, 176.
- Sari, Anis Pramita (2010). *Pengaruh Pemberian Aroma Terapi Lavender (lavandula angustifolia) Terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primipara*. Skripsi tidak dipublikasikan, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.
- Sumarah, Widyastuti Yani, Wiyati Nining (2008). *Perawatan Ibu Bersalin*. Jakarta : Fitramaya, hal 2-4.
- Yuliatun, L (2008). *Penanganan Nyeri Persalinan Dengan Metode Nonfarmakologi*. Malang : Bayumedia Publising.
- Wiknjosastro, H (2002). *Ilmu Kebidanan edisi 3*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwo Prawirohardjo, hal 171-191.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
 IRP PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
 Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 8 Juni 2011

Nomor : 1021 /H3.1.12/PPd/2011
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
 BPS Hanik, Pandugo Surabaya
 di –
 Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Pramita Fridia Nofriandani
 NIM : 010710173 B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (Rosa Damuscene) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS Wilayah PKM Rungkut Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 NIP. 19661212000032001



UNIVERSITAS AIRLANGGA
IR PERPEUSUKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 8 Juni 2011

Nomor : 1021 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.
BPS Tini, Abdul Karim Surabaya
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Pramita Fridia Nofriandani
NIM : 010710173 B
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (Rosa Damuscene) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS Wilayah PKM Rungkut Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001 *ve*



**BIDAN PRAKTEK SWASTA
TINI**
Jl. Kyai Abdul Karim 48,
Rungkut – Surabaya
Telp. (031) 8708978



Surabaya, 9 Juni 2011

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
di -
Tempat

Dengan hormat,

Menanggapi surat permohonan bantuan fasilitas penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Maka dengan ini kami menyampaikan tidak keberatan dan akan memberikan kesempatan kepada mahasiswa atas nama **Pamita Fridia N (010710173B)** untuk mengumpulkan data sesuai tujuan penelitian yang berjudul “Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*rosa damascene*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS Wilayah Kerja PKM Rungkut, Surabaya.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala BPS Tini

Wati Tini



**BIDAN PRAKTEK SWASTA
NY. HANIK**
Jl. Pandugo, Rungkut – Surabaya
Telp. (031) 71964030



Surabaya, 9 Juni 2011

Kepada Yth,

Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

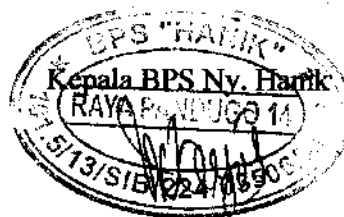
di –

Tempat

Dengan hormat,

Menanggapi surat permohonan bantuan fasilitas penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Maka dengan ini kami menyampaikan tidak keberatan dan akan memberikan kesempatan kepada mahasiswa atas nama **Pamita Fridia N (010710173B)** untuk mengumpulkan data sesuai tujuan penelitian yang berjudul “ Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (rosa damascene) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS Wilayah Kerja PKM Rungkut, Surabaya.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.



Hanik Luthfiah, SST



**BIDAN PRAKTEK SWASTA
TINI**
Jl. Kyai Abdul Karim 48,
Rungkut – Surabaya
Telp. (031) 8708978



SURAT KETERANGAN

Dengan ini kami selaku kepala BPS Tini menerangkan bahwa :

Nama : Pramita Fridia N

NIM : 010710173B

Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Telah melakukan pengambilan data di BPS kami pada tanggal 12-25 Juni 2011 guna keperluan penelitian dengan judul “ Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*rosa damascene*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif di BPS di Wilayah Kerja PKM Rungkut, Surabaya.

Demikian surat keterangan ini kami buat, untuk dapat digunakan dengan seperlunya.

Kepala BPS Tini

Wartini



**BIDAN PRAKTEK SWASTA
NY. HANIK**
JL. Pandugo, Rungkut – Surabaya
Telp. (031) 71964030



SURAT KETERANGAN

Dengan ini kami selaku kepala BPS Ny. Hanik menerangkan bahwa :

Nama : Pramita Fridia N

NIM : 010710173B

Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Telah melakukan pengambilan data di BPS kami pada tanggal 12-25 Juni 2011 guna keperluan penelitian dengan judul “ Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*rosa damascene*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif di BPS di Wilayah Kerja PKM Rungkut, Surabaya.

Demikian surat keterangan ini kami buat, untuk dapat digunakan dengan seperlunya.



Hanik Luthfiyah, SST

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Judul penelitian : Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*rosa damascene*)
Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu
Primigravida di BPS di Wilayah Kerja PKM Rungkut,
Surabaya.

Peneliti : Pramita Fridia N, mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian aromaterapi mawar terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu primigravida. Penelitian ini akan dilakukan selama 1 jam. Sebelum dan sesudah intervensi aromaterapi mawar peneliti akan melakukan pengukuran nyeri kala I fase aktif. Hasil dari penelitian ini akan sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup.

Untuk itu kami mohon partisipasi ibu untuk menjadi responden. Kami akan menjamin kerahasiaan identitas ibu. Bila ibu berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Kami ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2011

Hormat kami

(Pramita Fridia N)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Setelah saya mendapat penjelasan dari peneliti, kemudian saya sudah paham, mengerti dengan tujuan, maksud dan mekanisme penelitian ini, maka saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia untuk menjadi peserta penelitian.

Judul penelitian : Pengaruh Pemberian Aromaterapi Mawar (*rosa damascene*) Terhadap Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida di BPS di Wilayah Kerja PKM Rungkut, Surabaya.

Peneliti : Pramita Fridia N, mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, Juni 2011

Peserta penelitian

(Responden)

No. responden :

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Judul :Pengaruh pemberian aromaterapi mawar (*rosa damacena*)
terhadap adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu inpartu
primigravida.

Tanggal penelitian :

No. kode penelitian :

Peneliti :

A. Data Demografi**1. Umur responden**

- a. < 20 tahun
- b. 20-35 tahun
- c. > 35 tahun

2. Pekerjaan

- a. PNS
- b. Swasta
- c. Wiraswasta
- d. Ibu rumah tangga

3. Pendidikan

- a. SD
- b. SMP
- c. SMA
- d. Perguruan Tinggi

B. Status Obstetri

1. Pembukaan serviks

- a. 4 cm
- b. 5 cm
- c. 6 cm
- d. 7 cm

2. Kontraksi per 10 menit

- a. 1X
- b. 2X
- c. 3X
- d. 4X

3. Durasi

- a. 20-30 detik
- b. 31-40 detik
- c. 41-50 detik
- d. 51-60 detik

C. Pengkajian pola nyeri

1. Bagaimana nyeri ibu muncul ?

- a. Hanya pada saat kontraksi
- b. Nyeri terjadi terus menerus

2. Bagaimana sifat nyeri ibu rasakan ?

- a. Seperti meledak dan robek
- b. Seperti kram dan kaku
- c. Seperti tertekan benda

3. Di area mana ibu merasakan nyeri ?

- a. Pinggang bagian bawah
- b. Pada paha bagian bawah
- c. Perut bagian bawah
- d. Pada perineum

4. Bagaimana keparahan nyeri yang ibu rasakan ?

- a. Semakin lama, semakin kuat
- b. Semakin lama, semakin bertambah luas

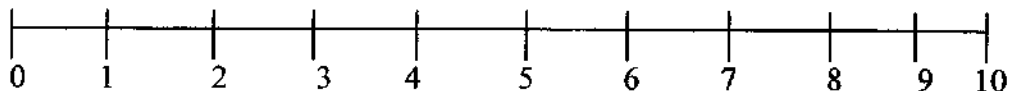
5. Kapan ibu merasakan nyeri ?

- a. Nyeri tercatat muncul dalam rentang waktu yang sama
- b. Nyeri muncul secara tidak teratur dalam rentang waktu berbeda

E. Pengkajian Skala Nyeri

1. Sebelum intervensi pemberian aromaterapi mawar.

Tunjukkan pada titik mana yang ibu rasakan saat ini :



Kuesioner skala nyeri

(berdasarkan skala nyeri Bourbonais, 2002)

Petunjuk pengisian :

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan melingkari nomor pada pilihan yang mewakili jawaban anda.

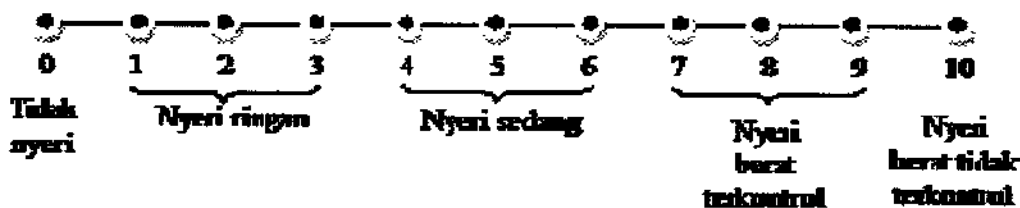
No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Kode diisi petugas

Jika nyeri dapat dinilai dengan angka, tunjukkan di nomor

berapa nyeri yang anda rasakan saat ini (lingkari pada nomor) ?



keterangan skala nyeri Bourbonais :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan (secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik).

4-6 : Nyeri sedang (secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik).

7-9 : Nyeri berat (secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang dan distraksi).

10 : Nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, berteriak histeris, tidak dapat mengikuti perintah, mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik, memukul benda di sekitarnya, tidak responsive terhadap tindakan, tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri yang dirasakan).

CARA MENGGUNAKAN LEMBAR OBSERVASI

Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida

Yang Mengacu Pada *Adaptive Behavior Assessment System*.

1. Mengobservasi ibu :

1. *Domain conceptual*

1. ketrampilan *communication* adalah bagaimana komunikasi ibu dengan peneliti dan bidan, apakah ibu dapat mengungkapkan apa yang ibu rasakan
2. ketrampilan *self direction* adalah apakah ibu melakukan apa yang telah diajarkan oleh peneliti untuk menghirup aromaterapi dan melakukan teknik napas dalam saat kontraksi sesuai yang dianjurkan oleh bidan.

2. *Domain social area* ketrampilan sosial adalah apakah ibu dapat berinteraksi dengan orang disekitar ibu dengan baik

3. *Domain practical area* ketrampilan *self care* adalah apakah ibu mengubah perilaku maladaptive menjadi adaptif terhadap nyeri kala I fase aktif.

4. *Domain practical area* ketrampilan *health and safety* adalah apakah ibu tetap berperilaku maladaptive yaitu berteriak dan mengejan meskipun ibu mengetahui resikonya yaitu ibu kelelahan dan tidak memiliki tenaga untuk mendorong saat kala II.

2. Lakukan penilaian sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan peneliti.

1-6 : tidak pernah atau jarang mengikuti instruksi dari bidan maupun peneliti

7-12 : kadang mengikuti instruksi dari bidan maupun peneliti

13-19 : sering atau selalu mengikuti instruksi dari bidan maupun peneliti

3. Masukkan nilai sesuai dengan area ketrampilan yang di observasi

4. Jumlah semua nilai area ketrampilan sesuai dengan domainnya masing-masing

5. Lihat pada table untuk observasi oleh orang lain yang tersedia dengan sesuai usia ibu.

6. Cocokkan nilai yang di dapat pada setiap domain dengan nilai pada table untuk mendapatkan *composite score*, *percentile rank* dan *general daptive composite (GAC)*.

7. Semua nilai yang didapat dari observasi lalu dikonversikan dengan nilai tingkat adaptasi

8. Karena peneliti menggunakan lima area ketrampilan dari sepuluh area ketrampilan yang ada maka untuk nilai pada area ketrampilan fungsional pendidikan, *leisure*, *home or school living*, *community use* dan bekerja peneliti beri nilai maksimal yaitu 19. Karena mempengaruhi nilai tingkat adaptasi ibu.

LEMBAR OBSERVASI

Nama ibu :

Usia ibu :

Tanggal observasi :

Catat yang peneliti observasi pada ibu dalam 1 jam selama intervensi diberikan

Mengobservasi saat kontraksi	Ya	Tidak	Frekuensi
Mengejan			
Berteriak, menangis			
Teknik napas dalam			
Ungkapan secara verbal			

LEMBAR OBSERVASI

Adaptasi Nyeri Kala I Fase Aktif Pada Ibu Inpartu Primigravida

Yang Mengacu Pada *Adaptive Behavior Assessment System*.

Nama Ibu :

Usia :

Tanggal :

Konfersi nilai

Area ketrampilan	Scaled scores
<i>Communication</i>	
<i>Self direction</i>	
Sosial	
<i>Self care</i>	
<i>Health and safety</i>	

Jumlah dari scaled score sesuai dengan domain untuk *composite score conversions*

<i>Composite</i>	<i>Sum of scaled scores</i>	<i>Composite score</i>	<i>Percentile rank</i>	<i>Qualitative range</i>
GAC				
Conceptual				
Social				
Practical				

STANDART OPERATING PROCEDURE (SOP)

1. Alat dan Bahan Aromaterapi Mawar

- 1) Minyak esensial Mawar (*rosa damacena*).
- 2) Air 12,5 ml
- 3) Tunggu pemanas atau *steamer*.

2. Prosedur pelaksanaan pemberian aromaterapi

- 1) Ibu diposisikan secara nyaman sesuai kehendak ibu di atas tempat tidur.
- 2) Peneliti menyiapkan aromaterapi mawar, air dan tungku pemanas di ruang bersalin, jarak ibu dengan tungku \pm 1 meter.
- 3) Pelaksanaan pemberian aromaterapi dimulai. Peneliti mulai mencampur 5-6 tetes aromaterapi dengan 12,5 ml di atas tungku.
- 4) Peneliti menyalakan tungku dan mulai mengasapkan aromaterapi.
- 5) Responden dianjurkan menghirup aromaterapi dengan rileks selama 1 jam.
- 6) Setelah 1 jam selesai, peneliti mematikan tungku pemanas.
- 7) Peneliti merapikan alat dan bahan.
- 8) Peneliti mulai mengobservasi dan menganalisis adaptasi nyeri kala I fase aktif pada ibu dengan *adaptive b*

Tabulasi data hasil penelitian

No	Umur	Pekerjaan	Pendidikan	Hamil terencana	Lama menikah	Status obstetri			Pola nyeri					Skala nyeri		Adaptasi	
						Pembukaan servik	Kontraksi uterus		Waktu	Sifat	Area	Keparahannya	Ketepatan	Pre	Post	Pre	Post
							Frekuensi	Durasi									
1	2	4	3	1	1	3	4	3	2	3	1	1	1	4	4	4	3
2	3	4	3	2	3	1	2	2	1	3	3	1	2	4	3	1	1
3	2	4	3	1	1	1	4	3	1	3	1	1	2	4	3	2	1
4	2	4	3	1	2	1	3	2	2	3	1	1	1	4	4	4	3
5	2	2	3	1	1	1	3	2	1	3	3	1	1	4	4	2	1
6	2	2	3	1	2	1	3	2	1	3	3	1	2	3	3	1	1
7	2	2	4	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	4	4	3	3
8	2	4	3	1	2	1	2	2	1	3	1	1	2	3	3	1	1
No	Keterangan																
	Mengejan		Berteriak		Teknik napas dalam			Ungkapan secara verbal									
1	2		1		1			Hanya menggeleng saat diajak komunikasi, tidak dapat mengungkapkan nyeri secara verbal									
2	2		2		1			Nyeri yang dirasakan hilang timbul, wajah ibu menyeringai, rasa tertekan pada perut bagian bawah, ibu istigfar setiap his									
3	2		1		1			Ibu menyatakan nyeri pada pinggang bawah, wajah ibu menyeringai									
4	2		1		1			Wajah ibu menyeringai, tidak mampu berkomunikasi dan interaksi sosial, tidak memperdulikan lingkungan sekitar									
5	2		2		1			Nyeri yang dirasakan di perit bawah, nyeri hilang dan timbul, mampu berkomunikasi dan berinteraksi dengan baik									
6	2		2		1			Komunikasi dan interaksi dengan sekitar baik, dapat menjelaskan nyeri yang dialami, mampu mengatasi nyeri yang dialami secara mandiri									
7	2		1		1			Sulit diajak berkomunikasi, tidak memperdulikan lingkungan sekitar									

8	2	2	1	Nyeri yang dirasakan hilang timbul, komunikasi dan interaksi baik
---	---	---	---	---

Keterangan :

Umur :	Pekerjaan :	Pendidikan:	Hamil terencana :	Lama menikah :
1 = <20 tahun	1 = PNS	1 = SD	1 = ya	1 = 1-5 tahun
2 = 20-35 tahun	2 = Swasta	2 = SMP	2 = tidak	2 = 5-10 tahun
3 = > 35 tahun	3 = Wiraswasta	3 = SMA		3 = > 10 tahun
	4 = Ibu rumah tangga	4 = Perguruan tinggi		

Pembukaan serviks:	Frekuensi kontraksi:	Durasi kontraksi :	Waktu nyeri :	Sifat nyeri :
1 = 4 cm	1 = 1x/10 menit	1 = 20-30 detik	1 = hanya pada saat kontraksi	1 = seperti meledak dan robek
2 = 5 cm	2 = 2x/10 menit	2 = 31-40 detik	2 = nyeri terjadi terus-menerus	2 = seperti kram dan kaku
3 = 6 cm	3 = 3x/10 menit	3 = 41-50 detik		3 = seperti tertekan benda
4 = 7 cm	4 = 4x/10 menit	4 = 51-60 detik		

Area nyeri :	Keparahan nyeri :	Keteraturan nyeri :
1 = pinggang bagian bawah	1 = semakin lama, semakin kuat	1 = nyeri tercatat muncul dalam rentang waktu yang sama
2 = paha bagian bawah	2 = semakin lama, semakin luas	2 = nyeri muncul tidak teratur dalam rentang waktu berbeda
3 = perut bagian bawah		
4 = pada perineum		

Skala nyeri :	
1 = 0 (tidak nyeri)	4 = 7-9 (nyeri berat terkontrol)
2 = 1-3 (nyeri ringan)	5 = 10 (nyeri berat tidak terkontrol)
3 = 4-6 (nyeri sedang)	

Tingkat adaptasi:

- 1 = 130 – lebih (sangat unggul)
- 2 = 120 – 129 (unggul)
- 3 = 110 – 119 (rata-rata atas)
- 4 = 90 – 109 (rata-rata)
- 5 = 80 – 89 (dibawah rata-rata)
- 6 = 71 – 79 (perbatasan)
- 7 = 70 - kurang (sangat rendah)

Keterangan :

Mengejan : Ya : 1
 Tidak : 2

Berteriak : Ya : 1
 Tidak : 2

Teknik napas dalam : Ya : 1
 Tidak : 2

Agas 30-39

		GAC w/out Work	GAC w/Work	CON	SO	PR w/out Work	PR w/Work			GAC w/out Work	GAC w/Work	CON	SO	PR w/out Work	PR w/Work
90% Confidence Interval ±		2	2	3	5	3	3	90% Confidence Interval ±		2	2	3	5	3	3
95% Confidence Interval ±		3	3	4	6	4	4	95% Confidence Interval ±		3	3	4	6	4	4
Composite Score	Percentile Rank	Sums of Scaled Scores						Composite Score	Percentile Rank	Sums of Scaled Scores					
40	<0.1	9	10	-	-	-	-	81	10	61	70-71	-	13	27	35
41	<0.1	10	11	-	-	-	5	82	12	62-63	72-73	20	-	28	36
42	<0.1	11	12	-	-	-	-	83	13	64-65	74	-	-	29	37
43	<0.1	12	13	-	-	4	6	84	14	66-67	75-76	21	-	30	38
44	<0.1	13	14	-	-	-	-	85	16	68-69	77-78	22	14	31	39
45	<0.1	14	15	-	-	5	7	86	18	70-71	79	-	-	32	40
46	<0.1	15	16	-	-	-	-	87	19	72-73	80-81	23	-	33	41
47	<0.1	16	17	-	-	6	8	88	21	74-75	82-83	24	15	34	42
48	<0.1	17	18	-	-	-	-	89	23	76-77	84-85	-	-	-	43
49	<0.1	18	19	3	-	7	9	90	25	78-79	86-87	25	16	35	44
50	<0.1	19	20	-	-	-	-	91	27	80	88-89	26	17	36	45
51	0.1	20	21	4	-	8	10	92	30	81-82	90-91	27	-	37	46
52	0.1	21	22	-	-	-	7	93	32	83-84	92-93	-	18	38	47
53	0.1	22	23	5	-	9	11	94	34	85-86	94-95	28	-	-	48
54	0.1	23	24	-	2	-	-	95	37	87	96-97	29	19	39	49
55	0.1	24	25	6	-	10	12	96	39	88-89	98-99	30	20	40	50
56	0.2	25	26	-	-	-	-	97	42	90-91	100-101	-	-	41	51
57	0.2	26	27-28	7	3	11	13	98	45	92	102-103	31	21	-	52
58	0.3	27	29-30	-	-	-	14	99	47	93-94	104-105	32	-	42	-
59	0.3	28	31-32	8	-	12	15	100	50	95-96	106	-	-	-	53
60	0.4	29-30	33-34	-	4	-	16	101	53	97	107-108	33	22	43	54
61	0.5	31-32	35-36	9	-	13	17	102	55	98-99	109-110	34	-	44	-
62	1	33-34	37-38	-	5	-	18	103	58	100	111-112	-	-	-	55
63	1	35-36	39-40	10	-	14	19	104	61	101	113	35	23	45	56
64	1	37-38	41-42	-	6	-	20	105	63	102-103	114-115	-	-	-	-
65	1	39-40	43-44	11	-	15	21	106	66	104	116-117	-	-	46	57
66	1	41-42	45-46	-	7	-	22	107	68	105	118	36	-	-	-
67	1	43-44	47-48	12	-	16	23	108	70	106-107	119	-	24	47	58
68	2	45-46	49-50	-	8	-	24	109	73	108	120-121	-	-	-	-
69	2	47-48	51-52	13	-	17	25	110	75	109	122	37	-	48	59
70	2	49-50	53-54	14	9	18	26	111	77	110	123	-	-	-	-
71	3	51	55	-	-	-	27	112	79	111-112	124	-	25	-	-
72	3	52	56-57	15	10	19	-	113	81	113	125	38	-	49	60
73	4	53	58	-	-	20	28	114	82	114	126	-	-	-	-
74	4	54	59-60	-	-	21	29	115	84	115	127	-	-	-	-
75	5	55	61	16	11	22	30	116	86	116	128	-	-	-	61
76	5	56	62-63	-	-	23	31	117	87	117	129	39	26	50	-
77	6	57	64	17	-	24	-	118	88	118	130	-	-	-	-
78	7	58	65-66	-	12	25	32	119	90	119	131	-	-	-	-
79	8	59	67-68	18	-	-	33	120	>90	120-125	132-138	40-57	27-38	51-76	62-95
80	9	60	69	19	-	26	34								

Note. CON = Conceptual Adaptive Domain; SO = Social Adaptive Domain; PR = Practical Adaptive Domain.

Table A.4 GAC and Adaptive Domain Composite Equivalents of Sums of Scaled Scores: Adult Form, Rated by Others

Copyright © 2008 by Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved.

Ages 22-29															
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA															
		GAC w/out Work		GAC w/Work		CON		SO		PR w/out Work		PR w/Work			
90% Confidence Interval ±		2	2	3	4	3	3	2	2	3	4	3	3		
95% Confidence Interval ±		3	3	4	5	4	4	3	3	4	5	4	4		
Composite Score	Percentile Rank	Sums of Scaled Scores						Composite Score	Percentile Rank	Sums of Scaled Scores					
40	<0.1	9	10	-	-	-	-	68	10	19	13	26	32-33		
41	<0.1	10	11	-	-	-	5	69	12	20	-	27	34		
42	<0.1	11	12	-	-	-	-	70	13	69-70	-	28	35		
43	<0.1	12	13	-	-	4	6	71	14	71-72	21	14	29		
44	<0.1	13	14	-	-	-	-	72	16	73-75	22	-	30		
45	<0.1	14	15	-	-	5	7	73	18	76-77	-	-	31		
46	<0.1	15	16	-	-	-	-	74	19	78-80	23	15	32		
47	<0.1	16	17	-	-	6	8	75	21	81-82	24	-	33		
48	<0.1	17	18	-	-	-	-	76	23	83-84	-	-	34		
49	<0.1	18	19	3	-	7	9	77-78	25	85-87	25	16	35		
50	>0.1	19	20	-	-	-	-	79-80	27	88-89	26	-	36		
51	0.1	20	21	4	-	8	10	81-82	30	90-91	27	17	37		
52	0.1	21	22	-	-	-	-	83-84	32	92-94	-	-	38		
53	0.1	22-23	23	5	-	9	11	85-86	34	95-96	28	18	39		
54	0.1	24-25	24	-	2	-	-	87-88	37	97-98	29	19	40		
55	0.1	26-27	25-26	6	-	10	12	89-90	39	99-100	30	-	41		
56	0.2	28-29	27-28	-	-	-	-	91	42	101-102	-	20	42		
57	0.2	30-31	29-30	7	3	11	13	92-93	45	103-104	31	-	43		
58	0.3	32-33	31-32	-	-	-	14	94-95	47	105	-	21	44		
59	0.3	34-35	33-34	8	-	12	15	96	50	105-107	32	-	45		
60	0.4	36-37	35-36	-	4	-	16	97-98	53	108-109	33	-	46		
61	0.5	38-39	37-38	9	-	13	17	99	55	110	-	22	47		
62	1	40-41	39-40	-	5	-	18	100-101	58	111-112	34	-	48		
63	1	42-43	41-42	10	-	14	19	102	61	113	-	-	49		
64	1	44-45	43-44	-	6	-	20	103	63	114-115	-	23	50		
65	1	46-47	45-46	11	-	15	21	104	66	116	35	-	51		
66	1	48-49	47-48	-	7	-	22	105	68	117-118	-	-	52		
67	1	50-51	49-50	12	-	16	23	106	70	119	36	-	53		
68	2	52-53	51-52	-	8	-	24	107	73	120	-	24	54		
69	2	54-55	53-54	13	-	17	25	108	75	121	-	-	55		
70	2	56-57	55-56	14	9	18	26	109	77	122	37	-	56		
71	3	58	57	-	-	-	-	110	79	123	-	-	57		
72	3	59	58	15	10	19	27	111	81	124	-	25	58		
73	4	60	59	-	-	20	-	112	82	125	38	-	59		
74	4	61	60	-	-	-	-	113	84	126	-	-	60		
75	5	62	61	16	11	21	28	114	86	127	-	-	61		
76	5	63	62	-	-	22	-	115	87	128	-	-	62		
77	6	64	63	17	-	23	29	116	88	129	39	26	63		
78	7	65	64	-	12	24	-	117	90	130	-	-	64		
79	8	66	65	18	-	25	30	118	92	131-138	40-57	27-38	65-95		
80	9	67	66	-	-	-	31	119	>90	-	-	-	-		

Note. CON = Conceptual Adaptive Domain; SO = Social Adaptive Domain; PR = Practical Adaptive Domain.

Table A.4 GAC and Adaptive Domain Composite Equivalents of Sums of Scaled Scores: Adult Form, Rated by Others

p
Frequency Table

umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-35 tahun	7	87,5	87,5	87,5
> 35 tahun	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Swasta	3	37,5	37,5	37,5
Ibu rumah tangga	5	62,5	62,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMA	7	87,5	87,5	87,5
Perguruan tinggi	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

hamil_terencana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	7	87,5	87,5	87,5
tidak	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

lama_menikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-5 tahun	4	50,0	50,0	50,0
5-10 tahun	3	37,5	37,5	87,5
> 10 tahun	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

pembukaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4 cm	7	87,5	87,5	87,5
6 cm	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

frekuensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2x/10 menit	2	25,0	25,0	25,0
3x/10 menit	4	50,0	50,0	75,0
4x/10 menit	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

durasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 31-40 detik	6	75,0	75,0	75,0
41-50 detik	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

waktu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hanya pada saat kontraksi	6	75,0	75,0	75,0
nyeri terjadi terus-menerus	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

sifat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid seperti tertekan benda	8	100,0	100,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

area

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pinggang bagian bawah	5	62,5	62,5	62,5
perut bagian bawah	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

keparahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid semakin lama, semakin kuat	8	100,0	100,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

keteraturan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nyeri tercatat muncul dalam rentang waktu yang sama	4	50,0	50,0	50,0
nyeri muncul tidak teratur dalam rentang waktu berbeda	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

nyeri_pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nyeri sedang	2	25,0	25,0	25,0
nyeri berat	6	75,0	75,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

nyeri_post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nyeri sedang	4	50,0	50,0	50,0
nyeri berat	4	50,0	50,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

adaptasi_pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat unggul	3	37,5	37,5	37,5
unggul	2	25,0	25,0	62,5
rata-rata atas	1	12,5	12,5	75,0
rata-rata	2	25,0	25,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

adaptasi_post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sangat unggul	5	62,5	62,5	62,5
rata-rata atas	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
adaptasi_post - adaptasi_pre Negative Ranks	3(a)	2,00	6,00
Positive Ranks	0(b)	,00	,00
Ties	5(c)		
Total	8		

- a adaptasi_post < adaptasi_pre
- b adaptasi_post > adaptasi_pre
- c adaptasi_post = adaptasi_pre

Test Statistics(b)

	adaptasi_post - adaptasi_pre
Z	-1,732(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,083

- a Based on positive ranks.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nyeri_post - nyeri_pre Negative Ranks	2(a)	1,50	3,00
Positive Ranks	0(b)	,00	,00
Ties	6(c)		
Total	8		

- a nyeri_post < nyeri_pre
- b nyeri_post > nyeri_pre
- c nyeri_post = nyeri_pre

Test Statistics(b)

	nyeri_post - nyeri_pre
Z	-1,414(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,157

- a Based on positive ranks.
- b Wilcoxon Signed Ranks Test