

TESIS

**PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP PENURUNAN
NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU POST SEKSIO SESAR
DENGAN PENDEKATAN TEORI *COMFORT* KOLCABA**



Oleh :

DEWI KARTIKA SARI

NIM : 131141003

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

2013

TESIS

**PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP PENURUNAN
NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU POST SEKSIO SESAR
DENGAN PENDEKATAN TEORI *COMFORT* KOLCABA**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh:

**DEWI KARTIKA SARI
NIM:131141003**

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

2013

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : DEWI KARTIKA SARI

NIM :131141003

Tanggal :12 Juli 2013

Tanda Tangan :



LEMBAR PERSETUJUAN

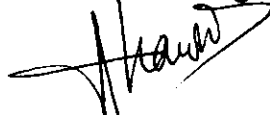
**PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP
PENURUNAN NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU
POST SEKSIO SESAR DENGAN PENDEKATAN
TEORI *COMFORT* KOLCABA**

**Dewi Kartika Sari
NIM. 131141003**

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 24 JUNI 2013

Oleh:

Pembimbing Ketua



Dr. Aditiawarman, dr, Sp. OG (K)
NIP. 195811011986101002

Pembimbing Kedua



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, M.Kes
NIP. 19710292003122002



Mengetahui,
Ketua Program Studi



Prof. Dr. Sebartus, dr, M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 19470812 197412 1 001

PENGESAHAN PANITIA PENGUJI TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Dewi Kartika Sari

NIM : 131141003

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing terhadap Penurunan Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Seksio Sesar Dengan Pendekatan Teori *Comfort Kolcaba*

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 10 Juli 2013

Panitia penguji,

1. Ketua Penguji : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

(.....)

2. Anggota : Dr. Aditiawarman, dr, Sp.OG (K)

(.....)

3. Anggota : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, M.Kes

(.....)

4. Anggota : Dr. Pudji Lestari, dr, M.Kes

(.....)

5. Anggota : Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes

(.....)



Mengetahui,
Ketua Program Studi

(Signature)

Prof. Dr. Sunarto, dr, M.Sc., M.PDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM

NIP 19470812 197412 1 001

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pemurah lagi Maha Penyayang. Segala puji bagi Allah Tuhan semesta alam yang memiliki hari pembalasan. Hanya kepada-Mu kami menyembah dan hanya kepada-Mu kami memohon pertolongan.

Puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul ” Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing terhadap Penurunan Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Seksio Sesar Dengan Pendekatan Teori *Comfort Kolcaba*”.

Adapun penulisan tesis ini untuk melengkapi sebagian persyaratan guna mencapai gelar Magister Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Magister.
2. Ibu Purwaningsih, SKp, M. Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan Program Magister di Fakultas Keperawatan.

3. Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,DTM & H.,Sp.PD-KTI, FINASIM, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Dr. Aditiawarman, dr, Sp.OG (K), selaku pembimbing ketua yang telah banyak memberikan sumbangan pemikiran yang dengan penuh perhatian dan kesabaran dalam membimbing untuk terselesainya tesis ini.
5. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu serta memberikan banyak masukan dalam penulisan tesis ini.
6. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Dr. Pudji Lestari, dr, M.Kes, dan Ibu Esti Yunitasari, S.Kp, M.Kes selaku penguji tesis yang banyak memberikan kontribusi dan masukan yang positif untuk perbaikan penulisan tesis ini.
7. drg. Basoeki Soetarjo, MMR, selaku direktur RSUD Dr Moewardi Surakarta yang telah memberikan ijin, kesempatan dan fasilitas dalam pengambilan data penelitian.
8. Seluruh Staf Dosen Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dalam rangka penyusunan tesis ini.
9. Badan Pelaksana Harian, pimpinan, dosen dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) 'Aisyiyah Surakarta yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dalam menempuh studi lanjut di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
10. Semua responden yang telah bersedia dan meluangkan waktu dalam penelitian ini.

11. Andi Prasetya, ST suamiku tercinta dan kedua anakku (Reyvan Satria Atsaal dan Vania Reyza Chalila) yang selalu pengertian dan tidak pernah berhenti memberikan dukungan dan semangatnya.
12. Orang tua tercinta Ayahanda Ir. Bambang Darjoko, dan Ibunda Hj. Rusdiyanti, adik-adikku (Irma Damayanti, A.Md.Keb, Agil Wisudanto, Adi Cahyanto, ST, Yeni Kurniawati, A.Md) serta ibu mertuaku Siti Hartati yang selalu memberikan doa dan dukungan
13. Sahabat seperjuanganku Riyani Wulandari, S.Kep, Ns yang telah menyumbangkan suara emasnya dalam penelitian ini dan selalu memberikan motivasi untuk menyelesaikan S2 bersama.
14. Ikrima Rahmasari, S.Kep, Ns dan Mita Dwi Ayudha, SKM yang senantiasa membantu dan memberikan semangat kepada peneliti.
15. Teman-teman seperjuangan Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 4 yang senantiasa saling memberikan semangat
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari keterbatasan kemampuan penulis dalam penyusunan tesis ini sehingga masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu saran, kritik dan masukan berbagai pihak sangat diharapkan untuk perbaikan dan kesempurnaan tesis ini. Akhirnya, semoga tesis ini bermanfaat dan bisa memberikan wawasan serta pengalaman baik untuk penulis maupun untuk pembaca

Surabaya, 17 Juni 2013

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dewi Kartika Sari
NIM : 131141003
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Maternitas
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP
PENURUNAN NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU POST SEKSIO
SESAR DENGAN PENDEKATAN TEORI *COMFORT* KOLCABA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : Juni 2013
Yang menyatakan



Dewi Kartika Sari

RINGKASAN

PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP PENURUNAN NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU POST SEKSIO SESAR DENGAN PENDEKATAN TEORI *COMFORT* KOLCABA

Oleh: Dewi Kartika Sari

Permasalahan yang terjadi pada ibu post seksio sesar selain nyeri adalah cemas. Kecemasan pada ibu post seksio sesar disebabkan oleh krisis situasi dalam menghadapi persalinan seksio sesar, ancaman terhadap konsep dirinya terkait dengan kesejahteraan ibu maupun bayinya, dan transmisi interpersonal, yang ditandai dengan peningkatan ketegangan, distress, ketakutan akan sesuatu yang terjadi, perasaan tidak mampu merawat bayinya dengan maksimal, dan gelisah (Doenges, 2001). Selama periode post partum, peningkatan stress dan kecemasan ibu dapat berisiko terjadinya depresi post partum (Procelli, 2005). Relaksasi imajinasi terbimbing merupakan salah satu teknik relaksasi yang melibatkan pikiran-tubuh dimana sangat membantu dalam mengurangi nyeri dan gejala yang berhubungan dengan kecemasan, stres, dan kondisi kesehatan mental lainnya (Menzies, 2006). Tujuan diberikannya relaksasi imajinasi terbimbing adalah untuk mengalihkan perhatian dari rangsang nyeri atau kecemasan kepada hal-hal yang bersifat menyenangkan.

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan relaksasi imajinasi terbimbing sudah pernah dilakukan diberbagai wilayah pada kondisi yang beragam serta dosis pemberian relaksasi imajinasi terbimbing yang bermacam-macam pula, salah satunya penelitian tentang relaksasi imajinasi terbimbing pada anak yang akan dilakukan tindakan invasif menyebutkan bahwa 65% dapat mengurangi kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan invasif, 30% dapat mengurangi rasa nyeri, dan 5% mengurangi efek samping dari dampak hospitalisasi (Church, 2006).

Studi pendahuluan di Ruang Mawar I RSUD Dr Moewardi pada 10 orang ibu post seksio sesar didapatkan bahwa 40% pasien post seksio sesar mengalami nyeri berat, selebihnya mengalami nyeri sedang, ringan dan tidak nyeri. Tingkat kecemasan pasien 50% mengalami cemas sedang, selebihnya mengalami cemas ringan dan tidak cemas. Sejauh ini pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar dengan pendekatan Teori *Comfort* Kolcaba di RSUD Dr Moewardi Surakarta belum pernah diteliti.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu Post seksio sesar.

Jenis penelitian ini adalah *Quasy Experimental* dengan rancangan penelitian *Non-randomized Pretest – postest Control Group Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Sampel diambil dengan teknik *Consecutive Sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi terdiri dari 32 reponden yang terdiri dari 16 orang sebagai kelompok perlakuan dan 16 orang sebagai kelompok kontrol. Intervensi relaksasi imajinasi terbimbing diberikan sebanyak 1 kali selama 15 menit pada ibu post

seksio sesar yang menggunakan analgetik ketorolac 30 mg intravena pada saat jam istirahat.

Instrumen yang digunakan dalam memberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing adalah *MP3 Player* yang berisi rekaman *script* relaksasi imajinasi terbimbing yang dibuat oleh Dyke (2000) dengan *background relaxing music and impressions The Waters Of Life* oleh Dr. Hans Joechler dan Wealter Poeham produksi Emperor Edutainment tahun 2006. Instrumen yang digunakan untuk mengukur nyeri menggunakan lembar observasi *Numerical Pain Rating Scale* (NPRS). Tingkat kecemasan diukur menggunakan lembar observasi *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) yang diadopsi dari William W.K. Zung.

Hasil analisis data penelitian pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan kecemasan sebelum dan sesudah (pre dan post test) menggunakan uji *Wilcoxon sign rank test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$, Sedangkan untuk mengetahui perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol digunakan uji statistik *Mann Whitney Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

Hasil analisis data didapatkan pada kelompok perlakuan menunjukkan penurunan tingkat nyeri dari nyeri berat terkontrol menjadi nyeri ringan dengan nilai $p=0,000$ artinya $p \leq 0,005$ sehingga ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri ibu post seksio sesar dan penurunan tingkat kecemasan dari cemas sedang menjadi tidak cemas dengan nilai $p=0,000$ artinya $p \leq 0,005$ sehingga dapat dikatakan ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap tingkat kecemasan ibu post seksio sesar. Uji *Mann Whitney* untuk melihat perbedaan tingkat nyeri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p=0,000$ artinya $p \leq 0,005$, sehingga ada perbedaan nyeri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dan untuk melihat perbedaan tingkat kecemasan didapatkan nilai $p=0,000$ artinya $p \leq 0,005$, sehingga ada perbedaan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing.

Teori yang disampaikan oleh Kolcaba (2002) menyatakan bahwa perawatan kenyamanan setidaknya mempunyai tiga tipe intervensi kenyamanan yaitu pengukuran kenyamanan, *coaching* (mengajarkan), dan *comfort food*. Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan mencakup tiga tipe intervensi kenyamanan tersebut yaitu pengukuran tingkat nyeri yang dilakukan yaitu dengan melakukan skala nyeri nyeri menggunakan instrumen yang sudah baku yaitu *numerical pain rating scale* (NPRS), untuk tipe yang kedua yaitu *coaching* (mengajarkan) dengan cara mengajarkan kepada pasien salah satu cara/ metode untuk mengurangi nyeri atau meningkatkan kenyamanan pasien dengan memanfaatkan media audio MP3 untuk mendapatkan *comfort food* yang berupa relaksasi imajinasi terbimbing.

Relaksasi Imajinasi Terbimbing berfungsi sebagai pengalih perhatian dari stimulus menyakitkan sehingga dapat mengurangi respon nyeri (Jacobson, 2006). Relaksasi imajinasi terbimbing merangsang sistim limbik untuk mengeluarkan GABA, *enkephalin* dan β endorfin. Peningkatan β endorfin merupakan respon intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi kecemasan (Price & Wilson, 2005). Peneliti menganalisa bahwa selama intervensi *guided imagery* berlangsung dapat memberikan rasa tenang dan nyaman pada ibu post seksio sesar karena relaksasi imajinasi terbimbing memiliki irama musik lembut disertai dengan tempo lambat serta suara yang lembut sehingga ibu merasa lebih

rileks, santai dalam membayangkan suasana yang terdengar dalam rekaman. Kondisi ibu saat relaksasi menjadi lebih santai, rileks, tenang, dan nyaman tersebut mampu mengurangi rasa nyeri bahkan sampai tidak merasakan nyeri sama sekali, maka dapat dikatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing mampu mengurangi nyeri dan kecemasan ibu post seksio sesar. Penelitian selanjutnya hendaknya menghubungkan faktor-faktor biologis yang dapat mempengaruhi penurunan nyeri dan tingkat kecemasan pasien post seksio sesar seperti pengukuran tanda-tanda vital, kadar *β endorfin* dan kortisol.

SUMMARY

THE EFFECTS OF GUIDED IMAGINATION RELAXATION TO REDUCE PAIN AND ANXIETY LEVEL IN POST CAESAREAN SECTION MOTHER BY KOLCABA'S COMFORT THEORY APPROACH

By: Dewi Kartika Sari

The problems that occur in post caesarean section women, besides the pain, is anxiety. Anxiety in post caesarean section women is caused by the crisis situation in facing of caesarean section childbirth, the threat to the self-concept related to the well-being of both mother and baby, and interpersonal transmission, which is indicated by the increase of tension, distress, fear of something happening, unable feeling to care for her baby optimally, and restless (Doenges, 2001). During the postpartum period, the increase maternal stress and anxiety may be at risk of post partum depression (Procelli, 2005). Guided imagination relaxation is one relaxation technique that involves mind-body which greatly helps in reducing the pain and symptoms related with anxiety, stress, and other mental health conditions (Menzies, 2006). The purpose of giving guided imagination relaxation is to distract the attention from its sense of pain or anxiety to the things those are fun.

Some researches related to guided imagination relaxation have been carried out in several areas in diverse conditions and also the diverse dosage of giving guided imagination relaxation, one of the studies of guided imagination relaxation in children that will be treated an invasive action mentions that 65% can reduce anxiety before and after invasive action, 30% can reduce pain, and 5% can reduce the side effects of the hospitalization impact (Church, 2006).

Preliminary research conducted in the Rose Room I Dr. Moewardi Hospital on 10 post caesarean section mothers found that 40% of post-caesarean section patients experienced severe pain, the rest had moderate pain, and mild pain. Anxiety levels of patients 50% had moderate anxiety, the rest having mild anxiety and zero. So far the influence of guided imagination relaxation toward pain and anxiety levels in post caesarean section women by Kolcaba's Comfort Theory approach in Dr Moewardi Surakarta Hospital has not been conducted yet.

This research aims to analyze the influence of guided imagination relaxation toward pain and anxiety levels in Post caesarean section mothers.

This research is Quasy Experimental with non-randomized of pretest - posttest control group design. The population in this research is the post caesarean section mother at Dr. Moewardi Surakarta Hospital. Consecutive sampling was taken as the sampling technique which was accordance with the inclusion criteria of thirty two respondents consisting of sixteen people as the treatment group and sixteen people as the control group. The intervention of guided imagination

relaxation was given once for fifteen minutes in the post caesarean section mother using ketorolac analgesic 30 mg intravenously during the recess.

The instruments used in giving intervention of guided imagination relaxation was MP3 Player which contained of the record of guided imagination relaxation script made by Dyke (2000) with relaxing background music and impressions of *The Waters Of Life* by Dr. Hans Joechler and Wealter Poeham by Emperor Edutainmet production in 2006. The instrument used to measure pain was observation sheets of Numerical Pain Rating Scale (NPRS). Levels of anxiety were measured by the observation sheet of Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) adopted from William WK Zung.

The analysis results of research data on guided imagination relaxation effect toward pain and anxiety before and after (pre and post test) using the Wilcoxon signed rank test at significance level $\alpha = 0.05$, whereas to figure out the difference between the treatment and control groups used statistical test by Mann Whitney at significance level $\alpha = 0.05$.

The results of the data analysis obtained in the treatment group showed a decrease in the level of pain, from controlled severe pain to mild pain at $p = 0.000$ meaning $p \leq 0.005$ so that there was the effect of guided imagination relaxation toward pain level of post caesarean section mothers and decrease the level of anxiety, from mild anxiety to zero anxiety $p = 0.000$ meaning $p \leq 0.005$ so that it can be concluded there was the effect of guided imagination relaxation on maternal anxiety levels of post caesarean section mother. Mann Whitney's test observed the difference in the level of pain in the treatment group and the control group at $p = 0.000$ meaning $p \leq 0.005$, so there was a difference in pain level in the control group and the treatment group and to observe the difference level of anxiety at $p = 0.000$ meaning $p \leq 0.005$, so that there was the difference level of anxiety in the control group and the treatment group after the intervention of imagination guided relaxation.

Kolcaba (2002) stated that comfort treatment has at least three types of interventions. They are comfort measures, coaching (teaching), and comfort food. In this research, interventions which were given included three types of interventions; first, the measurement of the pain level by the pain scale that is standard instruments namely numerical pain rating scale (NPRS), second was coaching (teaching) by coaching to the patient one technique or method to reduce pain or increase patients' comfort by MP3 audio media to get comfort food in the form of guided relaxation imagination.

Guided Imagination Relaxation functions as a distraction of painful stimuli so that it can reduce the pain response (Jacobson, 2006). The guided imagination relaxation stimulates limbic system to release GABA, enkephalin and β endorphins. The increase of β endorphin is the intervention response of guided imagination relaxation which is able to reduce anxiety (Price & Wilson, 2005). Researchers analyzed that during the guided imagery intervention taking place may provide a

sense of calm and comfortable in post caesarean section women due to that guided imagination relaxation has a gentle rhythm went along with a slow tempo and soft sounds so that mothers feel more relaxed and get calm atmosphere in imagining the sounds on the tape. Mother's condition while the relaxation becoming more calm, relaxed, quiet, and comfortable is able to reduce pain and even no pain at all, it can be concluded that the guided imagination relaxation can reduce the pain and anxiety of the post caesarean section mother. Future studies should connect the biological factors that can affect the decrease of pain and anxiety levels of post caesarean section patients such as measuring vital signs, β endorphin and cortisol levels.

ABSTRAK

**PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING TERHADAP
PENURUNAN NYERI DAN TINGKAT KECEMASAN IBU POST SEKSIO
SESAR DENGAN PENDEKATAN TEORI *COMFORT* KOLCABA**

Dewi Kartika Sari

Permasalahan yang sering dialami oleh ibu post seksio sesar adalah nyeri dan cemas. Nyeri post seksio sesar apabila tidak segera diatasi dapat menurunkan kemampuan ibu dalam menyusui dan merawat bayinya, sedangkan peningkatan stress dan kecemasan ibu dapat berisiko terjadinya depresi post partum. Teknik relaksasi imajinasi terbimbing merupakan salah satu teknik relaksasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri dan mengurangi kecemasan. Sejauh ini pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar dengan pendekatan Teori *Comfort* Kolcaba di RSUD Dr Moewardi Surakarta belum pernah diteliti.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu Post seksio sesar. Metode penelitian menggunakan desain penelitian *Quasy Experimental* dengan rancangan penelitian *Non-randomized Pretest - postest Control Group Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu post seksio sesar. di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Sampel diambil dengan teknik *Consecutive Sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi terdiri dari 32 reponden yang terdiri dari 16 orang sebagai kelompok perlakuan dan 16 orang sebagai kelompok kontrol. Intervensi relaksasi imajinasi terbimbing diberikan sebanyak 1 kali selama 15 menit.

Hasil Uji statistik *Wilcoxon signed ranks test* didapatkan nilai $p=0,000$, sehingga ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar. Teknik relaksasi imajinasi terbimbing menurunkan tingkat nyeri ibu post seksio sesar berdasarkan skor Numerical Pain Rating Scale melalui stimulus hipotalamus untuk mengurangi produksi hormon *corticotrophin-releasing factor* (CRF) sehingga kelenjar hipofise anterior (*pituitary*) akan menurunkan sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormon*), sehingga meningkatkan kadar POMC dan β *endorfin*. Peningkatan β *endorfin* merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi nyeri.

Kata Kunci: Relaksasi imajinasi terbimbing, Nyeri, Kecemasan, Seksio Sesar

ABSTRACT

THE EFFECTS OF GUIDED IMAGINATION RELAXATION TO REDUCE PAIN AND ANXIETY LEVEL IN POST CAESAREAN SECTION MOTHER BY KOLCABA'S COMFORT THEORY APPROACH

By: Dewi Kartika Sari

Introduction: Problems that are often experienced by the post caesarean section mother is pain and anxiety. If the pain caused post caesarean section is not immediately overcome, it will reduce the mothers' ability to breastfeed and take care the baby, whereas the increase of maternal stress and anxiety can be risk on the occurrence of post partum depression. Guided imagination relaxation techniques is one of the relaxation techniques that can be conducted to reduce pain and anxiety. So far the influence of guided imagination relaxation toward pain and anxiety levels in post caesarean section women by Kolcaba's Comfort Theory approach in Dr Moewardi Surakarta Hospital has not been conducted yet.

Methods: This research aims to analyze the influence of guided imagination relaxation toward pain and anxiety levels in Post caesarean section mothers. *Quasy Experimental* methodology design is used in this research non-randomized of pretest - posttest control group design. The population in this research is the post caesarean section mother at Dr. Moewardi Surakarta Hospital. Consecutive sampling was taken as the sampling technique which was accordance with the inclusion criteria of thirty two respondents consisting of sixteen people as the treatment group and sixteen people as the control group.

Result: Statistical test results of Wilcoxon signed ranks test was p value = 0.000, so there was the effect of guided imagination relaxation toward pain and anxiety levels in post caesarean section women.

Discussion: Guided imagination relaxation techniques reduce pain post caesarean section mothers, based on Numerical Pain Rating Scale score, through the hypothalamic stimulus to reduce production of the hormone corticotrophin-releasing factor (CRF), so that the anterior pituitary gland (pituitary) to lower the secretion of ACTH (adrenocorticotropic hormone), thereby increasing the levels of POMC and β endorphins. Increased β endorphin is the response of the guided imagination relaxation interventions that can reduce the pain and anxiety.

Keywords: Guided Imagination Relaxation, Pain, Anxiety, Caesarean Section

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Lembar Persetujuan	v
Pengesahan Penguji	vi
Ucapan Terima Kasih	vii
Persetujuan Publikasi	x
Ringkasan	xi
Summary	xiii
Abstrak	xv
Abstract	xvi
Daftar Isi	xvii
Daftar Tabel.....	xx
Daftar Gambar	xxi
Daftar Lampiran	xixi
Daftar Singkatan.....	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan umum	8
1.4.2 Tujuan khusus	8
1.5 Manfaat	9
1.5.1 Teoritis	9
1.5.2 Praktis	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep Nyeri	11
2.1.1 Definisi Nyeri.....	11
2.1.2 Fisiologi Nyeri	11
2.1.3 Teori-teori Transmisi Nyeri	13
2.1.4 Klasifikasi Nyeri	14
2.1.5 Respon Terhadap Nyeri	16
2.1.6 Pengkajian Nyeri.....	17
2.1.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri	21
2.2 Konsep Cemas	26
2.2.1 Definisi Cemas.....	26
2.2.2 Tingkat Kecemasan	26
2.2.3 Stressor Pencetus.....	27
2.2.4 Mekanisme Terjadinya Kecemasan.....	29

2.2.5 Respon Kecemasan	30
2.2.6 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Kecemasan ..	31
2.2.7 Kaitan Nyeri dengan Kecemasan Post Seksio Sesar	32
2.3 Konsep Pembedahan	33
2.3.1 Definisi pembedahan.....	33
2.3.2 Tipe Pembedahan.....	33
2.3.3 Paska Pembedahan	35
2.4 Konsep Seksio Sesar	36
2.3.1 Definisi Seksio Sesar	36
2.3.2 Jenis-jenis Seksio Sesar	37
2.3.3 Komplikasi Seksio Sesar	38
2.5 Konsep Teori Kenyamanan	38
2.5.1 Konsep Mayor dan Definisi	38
2.5.2 Penjelasan Bagan Model Konsep	41
2.5.3 Asumsi Mayor	43
2.6 Konsep Relaksasi Imajinasi Terbimbing	45
2.6.1 Definisi	45
2.6.2 Manfaat	46
2.6.3 Jenis-jenis teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing.....	47
2.6.4 Prosedur Relaksasi Imajinasi Terbimbing	48
2.7 Theoretical Mapping	50
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	55
3.1 Kerangka Konseptual	55
3.2 Hipotesis	57
BAB 4 METODE PENELITIAN	58
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	58
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	59
4.2.1 Populasi	59
4.2.2 Sampel	59
4.2.3 Besar sampel	60
4.2.4 Teknik pengambilan sampel	60
4.3 Variabel dan Definisi Operasional	61
4.4 Responden	62
4.5 Instrumen Penelitian	62
4.6 Lokasi Dan Waktu Penelitian	63
4.7 Prosedur Pengambilan Data	63
4.8 Pengolahan Data Dan Analisis Data	64
4.9 Kerangka Operasional	66
4.10 Etik Penelitian.....	66
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS	68
5.1 Deskripsi Data Umum	69
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	69
5.1.2 Uji Homogenitas.....	70
5.1.3 Karakteristik usia responden	71

5.1.4 Karakteristik tingkat pendidikan responden	71
5.1.5 Karakteristik pekerjaan responden	72
5.1.6 Karakteristik penghasilan responden	72
5.1.7 Karakteristik indikasi operasi Seksio Sesar	73
5.2 Deskripsi Data Variabel Penelitian	73
5.2.1 Distribusi Tingkat Nyeri Responden	73
5.2.2 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden.....	74
5.2.3 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri	75
5.2.4 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Kecemasan	76
5.2.5 Perbedaan Tingkat Nyeri pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	77
5.2.6 Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	79
BAB 6 PEMBAHASAN	81
6.1 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri ..	81
6.2 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Kecemasan	83
6.3 Perbedaan Tingkat Nyeri pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	85
6.4 Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	89
6.5 Keterbatasan Penelitian	92
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	93
7.1 Kesimpulan	93
7.2 Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	95

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Skala Intensitas Nyeri..... 17
Tabel 2.2	Teoritical Mapping..... 45
Tabel 4.1	Definisi Operasional 56
Tabel 5.1	Distribusi Usia Responden 64
Tabel 5.2	Distribusi Tingkat Pendidikan Responden..... 65
Tabel 5.3	Distribusi Pekerjaan Responden 65
Tabel 5.4	Distribusi Penghasilan Responden 66
Tabel 5.5	Distribusi Indikasi Operasi SC Responden..... 66
Tabel 5.6	Distribusi Tingkat Nyeri Responden..... 67
Tabel 5.7	Distribusi Tingkat Kecemasan Responden 68
Tabel 5.8	Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri 69
Tabel 5.9	Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Kecemasan..... 71

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Kajian Masalah Penelitian	5
Gambar 2.1 Fisiologi Nyeri	11
Gambar 2.2 Skala Intensitas Nyeri	17
Gambar 2.3 Model Konsep Teori <i>Comfort</i> Katherine Kolcaba	38
Gambar 4.1 Skema Rancangan Penelitian	53
Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian	60

- Lampiran 18 Lembar Konsultasi
- Lampiran 19 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian dari Fakultas
- Lampiran 20 Surat Ijin Penelitian dari RSUD Dr Moewardi Surakarta
- Lampiran 21 Surat Keterangan Laik Etik
- Lampiran 22 Surat Pengantar Penelitian
- Lampiran 23 Surat Keterangan Selesai Penelitian

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Untuk Menjadi Responden
- Lampiran 2 Persetujuan Untuk Menjadi Responden
- Lampiran 3 Satuan Acara Kegiatan *Guided Imagery Relaxation*
- Lampiran 4 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 5 Lembar Observasi Nyeri Post Seksio Sesar (NPRS)
- Lampiran 6 Kuesioner Tingkat Kecemasan (SAS)
- Lampiran 7 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 8 Tabulasi Hasil Penelitian Data Umum Kelompok Perlakuan
- Lampiran 9 Data Umum Kelompok Kontrol
- Lampiran 10 Data Variabel Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol
- Lampiran 11 Analisis Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri Pada Kelompok Perlakuan
- Lampiran 12 Analisis Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri Pada Kelompok Kontrol
- Lampiran 13 Analisis Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan
- Lampiran 14 Analisis Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Kecemasan Pada Kelompok Kontrol
- Lampiran 15 Analisis Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol
- Lampiran 16 Analisis Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol
- Lampiran 17 Curriculum Vitae

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adrenocorticotropic Hormon</i>
CRF	: <i>Corticotropin Releasing Factor</i>
KB	: Keluarga Berencana
GABA	: <i>Gamma Amino Butiryc Acid</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
HSBs	: <i>Health Seeking Behaviors</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IV	: Intravena
NICU	: <i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
NPRS	: <i>Numeric Pain Rating Scale</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSDM	: RSUD Dr Moewardi
SAS	: <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penelitian yang dilakukan oleh Departemen Anestesiologi di Universitas Colorado di Denver dan Ilmu Kesehatan Pusat tahun 2007 menyatakan bahwa lebih dari 50% wanita memilih untuk menggunakan analgesik dan anestesi untuk menghilangkan rasa nyeri persalinan, sehingga tindakan Seksio Sesar dilakukan (Caulfield, 2013).

Hasil observasi di RSUD Dr Moewardi pada tanggal 30 Desember 2012 ditemukan bahwa 90% ibu post seksio sesar mengalami nyeri. Nyeri post seksio sesar apabila tidak segera diatasi dapat menurunkan kemampuan ibu dalam menyusui dan merawat bayinya (Storm, 2007). Permasalahan yang terjadi pada ibu post seksio sesar selain nyeri adalah cemas. Kecemasan pada ibu post seksio sesar disebabkan oleh krisis situasi dalam menghadapi persalinan seksio sesar, ancaman terhadap konsep dirinya terkait dengan kesejahteraan ibu maupun bayinya, dan transmisi interpersonal, yang ditandai dengan peningkatan ketegangan, distress, ketakutan akan sesuatu yang terjadi, perasaan tidak mampu merawat bayinya dengan maksimal, dan gelisah (Doenges, 2001). Kecemasan yang berlebihan dapat membawa dampak buruk bagi ibu dan bayi, misalnya ibu dapat mengalami depresi post partum (Skouteris, et al, 2008), dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi (Fertl, et al, 2009), serta terhambatnya fungsi fisiologi dan perkembangan psikologis bayi (Monk, 2011).

Selama periode post partum, peningkatan stress dan kecemasan ibu dapat berisiko terjadinya depresi post partum (Procelli, 2005). Relaksasi imajinasi terbimbing merupakan salah satu teknik relaksasi yang melibatkan pikiran-tubuh dimana sangat membantu dalam mengurangi nyeri dan gejala yang berhubungan dengan kecemasan, stres, dan kondisi kesehatan mental lainnya (Menzies, et al, 2006). Tujuan diberikannya relaksasi imajinasi terbimbing adalah untuk mengalihkan perhatian dari rangsang nyeri atau kecemasan kepada hal-hal yang bersifat menyenangkan (Ackerman & Turkoski, 2000).

Penelitian tentang relaksasi imajinasi terbimbing pada anak yang akan dilakukan tindakan invasif menyebutkan bahwa 65% dapat mengurangi kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan invasif, 30% dapat mengurangi rasa nyeri, dan 5% mengurangi efek samping dari dampak hospitalisasi (Church, 2006). Penelitian pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar belum dapat dibuktikan.

Penelitian Heron, et al (2004) di Inggris menyatakan 21% wanita hamil menunjukkan gejala kecemasan dan 64% nya akan berlanjut menjadi kecemasan post partum. Insiden nyeri post seksio sesar dalam penelitian Kainu, et al (2010) di Finland sebanyak 18% ibu post seksio sesar mengalami nyeri.

Studi pendahuluan di Ruang Mawar I RSUD Dr Moewardi pada tanggal 30 Desember 2012 tentang nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar pada 10 orang didapatkan hasil bahwa 40% pasien post seksio

sesar mengalami nyeri berat, selebihnya mengalami nyeri sedang, ringan dan tidak nyeri. Tingkat kecemasan pasien 50% cemas sedang, selebihnya mengalami cemas ringan dan tidak cemas. Kepala ruang Mawar I mengatakan bahwa manajemen nyeri yang dilakukan pada ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi hanya diberikan analgetik pada hari pertama dan kedua post operasi seksio sesar sesuai advis dokter. Intervensi yang sudah dilakukan perawat ruangan untuk mengurangi cemas pada pasien adalah memberikan support mental melalui komunikasi terapeutik. Penelitian Sumanto, dkk (2011) tentang hubungan nyeri dengan tingkat kecemasan pada pasien post Seksio Sesar menyatakan bahwa ada hubungan tingkat nyeri dengan tingkat kecemasan pada pasien post Seksio Sesar. Semakin tinggi tingkat nyeri seseorang maka semakin tinggi pula tingkat kecemasan.

Salah satu tanggung jawab perawat adalah memberi kenyamanan dan rasa aman kepada pasien dengan cara membantu pasien dalam menemukan cara untuk mengatasi nyeri (Perry & Potter, 2005). Khaterine Kolcaba dalam Teori *Comfort* menyatakan bahwa kenyamanan dalam dunia keperawatan dipandang sebagai suatu kepuasan secara aktif, pasif maupun kooperatif dari kebutuhan dasar manusia dalam memenuhi perasaan ringan, reda, dan lebih baik dari kondisi kesehatan yang menimbulkan kecemasan.

Penelitian Kolcaba & Fox (1999) menyatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing merupakan intervensi efektif untuk meningkatkan kenyamanan pasien kanker payudara stadium awal yang akan menjalani terapi radiasi. relaksasi imajinasi terbimbing merupakan salah satu intervensi

keperawatan mandiri yang bermanfaat dalam membantu mengurangi nyeri dan kecemasan, khususnya pada ibu post seksio sesar.

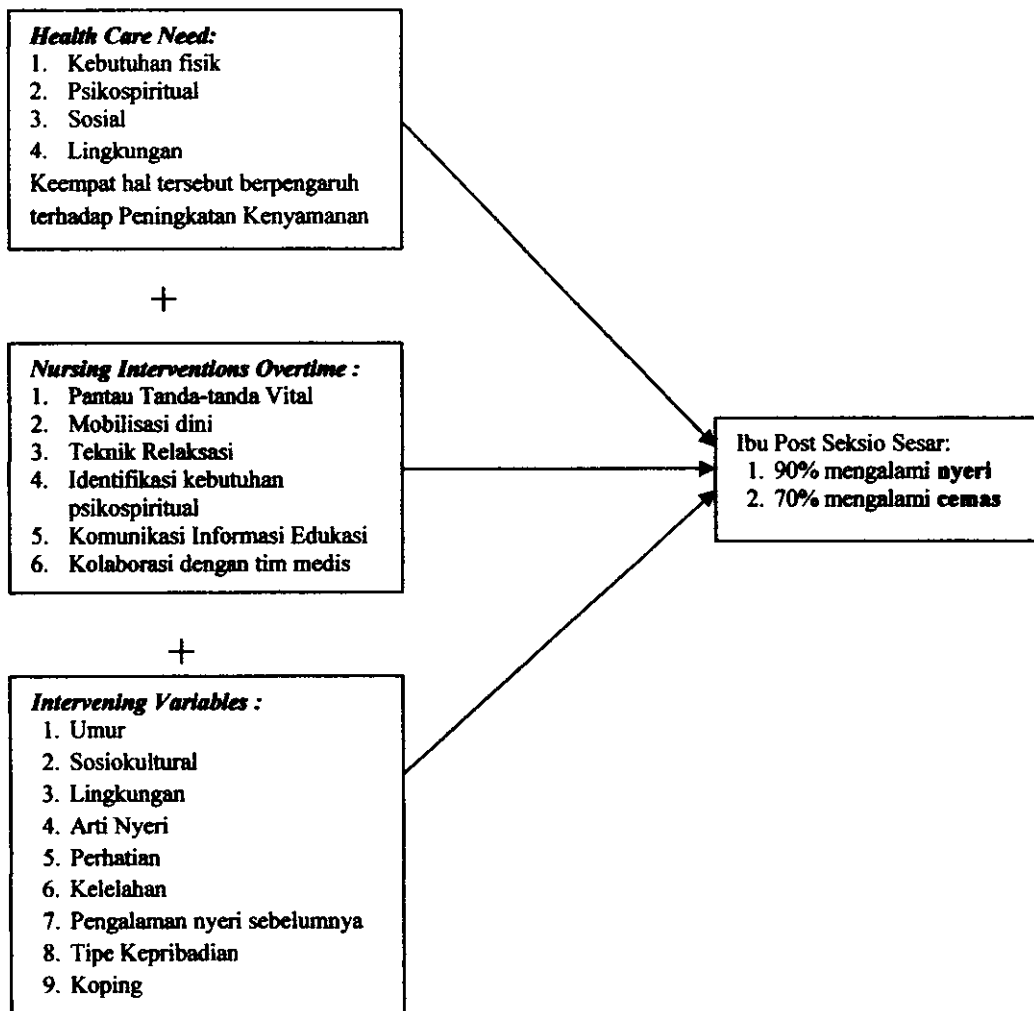
Pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing dapat merangsang hipotalamus untuk mengurangi produksi hormon *corticotrophin-releasing factor* (CRF) sehingga kelenjar hipofise anterior (*pituitary*) akan menurunkan sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormon*). Penurunan sekresi ACTH menyebabkan kadar *kortisol* juga mengalami penurunan sehingga terjadilah peningkatan kadar β *endorfin*. Peningkatan β *endorfin* merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi nyeri dan cemas.

Literatur review yang dilakukan Menzies, et al (2011) pada 8 penelitian tentang penggunaan teknik relaksasi imajinasi terbimbing didapatkan bahwa hasil penelitian tersebut tidak konsisten mengenai efektivitas relaksasi imajinasi terbimbing. Terdapat perbedaan yang bermakna diantara penelitian tersebut, antara lain masih bervariasinya durasi paparan relaksasi imajinasi terbimbing yang ditetapkan, lama penelitian, jumlah sampel dan dosis relaksasi imajinasi terbimbing yang diberikan. Alasan pemilihan teknik relaksasi imajinasi terbimbing dilakukan karena teknik relaksasi imajinasi terbimbing merupakan teknik yang sederhana, murah dan berpotensi efektif dalam mengobati kelelahan, menurunkan nyeri dan mengurangi kecemasan. Selain itu teknik relaksasi imajinasi terbimbing selain dilakukan di rumah sakit dapat juga dilakukan di rumah oleh pasien secara mandiri.

Beberapa penelitian menunjukkan efektivitas teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan kecemasan pada berbagai subyek seperti pada pasien dengan *fibromyalgia* (Menzies, et al, 2006), pasien kanker payudara stadium awal yang sedang menjalani terapi radiasi (Kolcaba & Fox, 1999), pasien cedera kepala ringan (Rahayu, dkk, 2010), pasien angina pectoris pada sindroma koroner akut (Sumartini, 2012), pasien kanker ginekologi dan payudara yang menjalani *brachytherapy* (Pizarro, et al, 2007), pada anak yang mengalami nyeri abdomen (Weydert, et al, 2006), dan pada anak usia 7-13 tahun saat dilakukan pemasangan infus (Mariyam & Sri Widodo, 2012).

Melihat penggunaan teknik relaksasi imajinasi terbimbing pada ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta belum pernah dilakukan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada Ibu post seksio sesar dengan Pendekatan Teori *Comfort* Kolcaba di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, dengan harapan bahwa peningkatan kenyamanan yang dirasakan oleh pasien sesuai dengan konsep dan asumsi dasar teori *comfort* yang dikemukakan oleh Kolcaba.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian masalah Nyeri dan Kecemasan pada Ibu Post Seksio Sesar dengan pendekatan Teori *Comfort* Kolcaba

Health Care Need didefinisikan oleh Kolcaba sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, yang dihasilkan dari situasi pelayanan kesehatan yang stressful, yang tidak dapat dipenuhi oleh penerima *support system* tradisional. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, yang kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis,

membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling financial dan intervensi.

Nursing Intervention Over time merupakan suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik (Alligood & Tomey, 2009).

Intervening Variables didefinisikan sebagai kekuatan yang berinteraksi sehingga dapat mempengaruhi persepsi resipien dari *comfort* secara keseluruhan. Variabel ini meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, *support system*, prognosis, financial, dan keseluruhan elemen dalam pengalaman si resipien (Alligood & Tomey, 2009).

Berdasarkan penerapan konsep Kolcaba tersebut, menunjukkan bahwa kebutuhan fisik dan psiko spiritual pada pasien post seksio sesar belum maksimal, dimana di RSUD Dr Moewardi Surakarta didapatkan sebanyak 90% ibu post seksio sesar mengalami nyeri dan 70% ibu post seksio sesar mengalami cemas, perawat bertanggung jawab dalam memberikan kenyamanan kepada pasien dapat memberikan intervensi non farmakologis untuk mengatasi masalah pada pasien. Teknik relaksasi merupakan upaya pencegahan untuk membantu tubuh segar kembali dengan meminimalkan nyeri secara efektif dan dapat digunakan saat individu dalam kondisi sehat atau sakit (Perry & Potter, 2005). Relaksasi Imajinasi Terbimbing diberikan dengan tujuan untuk mengurangi nyeri dan cemas pada pasien post seksio sesar. Sejauh ini pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan

tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar dengan pendekatan Teori *Comfort Kolcaba* di RSUD Dr Moewardi Surakarta belum pernah diteliti.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah Relaksasi Imajinasi Terbimbing berpengaruh terhadap nyeri ibu Post seksio sesar?
2. Apakah Relaksasi Imajinasi Terbimbing berpengaruh terhadap tingkat kecemasan ibu Post seksio sesar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membuktikan pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu Post Seksio Sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan di RSUD Dr Moewardi Surakarta.
2. Menganalisis pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap kecemasan ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan di RSUD Dr Moewardi Surakarta
3. Menganalisis perbedaan nyeri ibu Post Seksio Sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

4. Menganalisis perbedaan kecemasan ibu Post Seksio Sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Dapat menjelaskan pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada ibu Post seksio sesar dengan pendekatan teori *comfort* Kolcaba, sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas.

1.4.2 Praktis

1. Perawat

Penelitian ini dapat menjadi dasar perawat dalam melakukan asuhan keperawatan maternitas terutama ibu Post seksio sesar.

2. Peneliti lain

Dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya dalam mengembangkan ilmu keperawatan mengenai teknik relaksasi lain sebagai upaya meningkatkan kenyamanan dan menurunkan kecemasan terutama pada ibu Post seksio sesar.

3. Instansi terkait

Dapat menjadi panduan melakukan terapi relaksasi pada ibu Post seksio sesar.

4. Bagi Ibu Post seksio sesar

Dapat menjadikan sebagai salah satu alternatif terapi relaksasi guna mengurangi nyeri dan cemas sehingga dapat meningkatkan kenyamanan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Nyeri

2.1.1 Definisi Nyeri

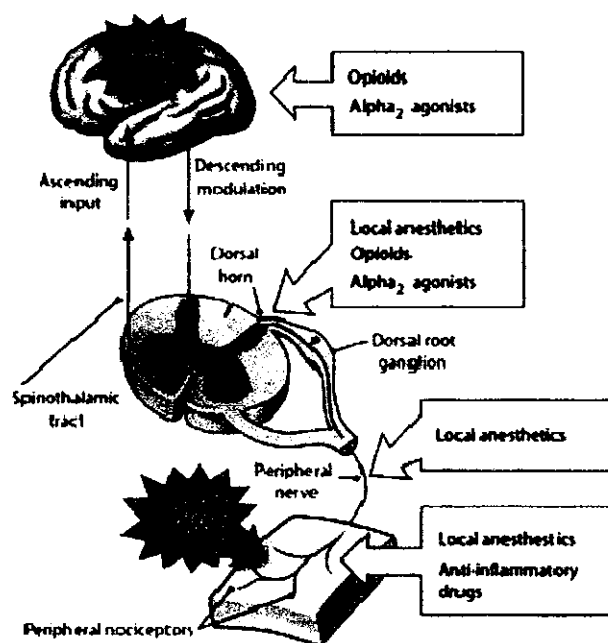
Smeltzer & Bare (2001: 212) mengatakan bahwa nyeri dianggap sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial. Sementara menurut *International Association for The Study of Pain* (1994) dalam Price & Wilson (2005: 1063) menggambarkan nyeri sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang dirasakan akibat kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

2.1.2 Fisiologi Nyeri

Nyeri merupakan gabungan reaksi fisik, emosi dan perilaku, dimana menurut Perry & Potter (2005: 1504-1508) ada 3 komponen fisiologi nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Resepsi (reseptor nyeri) yang disebut sebagai *nociceptor* merupakan ujung-ujung saraf bebas, tidak bermyelin atau sedikit bermyelin dan neuron dari neuron aferen. *Nociceptor* tersebar luas pada kulit visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu (Smeltzer & Bare, 2001: 215). Semua kerusakan selular yang disebabkan oleh stimulus termal, mekanik, kimiawi, atau stimulus listrik menyebabkan pelepasan substansi yang menghasilkan

nyeri. Pemaparan terhadap panas atau dingin, tekanan, friksi, dan zat-zat kimia menyebabkan pelepasan substansi seperti histamin, bradikinin, dan kalium yang bergabung dengan lokasi reseptor di *nociceptor* (McVicar, 1992 dalam Perry & Potter, 2005: 1504). Impuls-impuls nyeri disalurkan ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat (serabut A-delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls yang ditransmisikan oleh serabut-serabut delta A mempunyai sifat inhibitasi yang ditransmisi ke serabut C. Serabut-serabut saraf aferen masuk ke spinal lewat *dorsal root* dan *sinaps* pada *dorsal horn*. Impuls-impuls menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron-interneuron dan bersambung dengan jalur spinalis ascendens. Paling sedikit terdapat enam jalur ascendens untuk impuls-impuls nociceptor terletak pada belahan sentral dari sumsum tulang belakang. *Spinothalamic Tract (STT)* merupakan sistem yang diskriminatif dan membawa informasi mengenai sifat dan lokasi dari stimulus kepada talamus kemudian ke korteks untuk diinterpretasi (Perry & Potter, 2005: 1504). Sementara itu, komponen fisiologis nyeri yang kedua adalah persepsi yang dianggap sebagai titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Stimulus nyeri ditransmisikan naik ke medula spinalis ke talamus dan otak tengah. Setelah transmisi saraf berakhir di dalam pusat otak yang lebih tinggi, maka individu akan mempersepsikan sensasi nyeri. Persepsi akan menyadarkan individu dan mengartikan nyeri itu sehingga kemudian individu dapat bereaksi (Perry & Potter, 2005: 1508). Komponen fisiologis nyeri yang terakhir adalah reaksi. Reaksi terhadap nyeri merupakan respon fisiologis dan perilaku

yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri (Perry & Potter, 2005: 1508). Reaksi nyeri meliputi respon sistem saraf otonom dan respon perilaku terhadap nyeri. Respon sistem saraf otonom adalah reaksi otomatis tubuh yang sering kali melindungi individu dari bahaya lebih lanjut. Misalnya, tangan ditarik secara otomatis dari kompor yang panas. Respon perilaku adalah respon yang dipelajari yang digunakan sebagai metode koping terhadap nyeri (Kozier, et al, 2009: 416)



Gambar 2.1 Fisiologi Nyeri (Perry & Potter, 2005)

2.1.3 Teori-Teori Transmisi Nyeri

Teori-teori transmisi nyeri ada 4 yaitu teori pemisahan, teori pola (*pattern*), teori pengontrolan nyeri (*gate control*), dan teori transmisi dan inhibisi (Mubarak & Chayatin, 2007: 206). Teori pemisahan (*specificity*) ditandai dengan adanya reseptor-reseptor nyeri tertentu yang menyalurkan

impuls-impuls ke seluruh jalur nyeri ke otak tidak memperhitungkan aspek-aspek fisiologis dari persepsi dan respon nyeri. Sedangkan teori pola (*pattern*) menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi adalah karena adanya efek-efek kombinasi intensitas stimulus dan jumlah impuls-impuls pada dorsal ujung dari sumsum tulang belakang dan tidak termasuk aspek-aspek fisiologi (Mubarak & Chayatin, 2007: 206). Teori transmisi nyeri berikutnya adalah teori pengontrolan nyeri (*gate control theory*) dimana impuls-impuls nyeri dapat dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal dari sumsum tulang belakang untuk memungkinkan atau menahan transmisi. Faktor-faktor gerbang terdiri dari efek atau lamban dan efek-efek impuls yang turun dari batang otak dan korteks (Melzack, 1965 dalam Perry & Potter, 2005: 1507). Teori transmisi dan inhibisi yang merupakan teori transmisi nyeri keempat ditandai dengan stimulus kepada nociceptor-nociceptor memulai transmisi impuls-impuls syaraf. Transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Inhibisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls kepada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut-serabut lamban dan endogen apiate sistem supresif (Mubarak & Chayatin, 2007: 206).

2.1.4 Klasifikasi Nyeri

Menurut Asmadi (2008: 146-147) nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan. Nyeri berdasarkan tempatnya

dibedakan menjadi 4 yaitu: (1) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa, (2) *Deep pain*, yaitu yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh viSeksio Sesareral, (3) *Refered pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri, dan (4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sisitem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lain. Nyeri berdasarkan sifatnya terdiri dari 3 macam yaitu: (1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang, (2) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama, dan (3) *Paroxymal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi. Nyeri berdasarkan berat ringannya dibagi menjadi 3 macam yaitu Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah, Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi, dan Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi. Klasifikasi yang terakhir yaitu nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan, dibagi menjadi 2 yaitu: (1) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosklerosis pada arteri koroner, (2) Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan

bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus-menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma.

2.1.5 Respon Terhadap Nyeri

Respon terhadap nyeri meliputi respon fisiologis dan respon perilaku. Respon fisiologis nyeri dibedakan menjadi stimuli simpatik dan stimuli parasimpatik. Stimuli simpatik dapat berupa dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernafasan, peningkatan frekuensi denyut jantung, vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah), peningkatan kadar glukosa darah, diaforesis, peningkatan ketegangan otot, dilatasi pupil, penurunan motilitas saluran cerna. Sedangkan stimulasi parasimpatik dapat berupa pucat, ketegangan otot, penurunan denyut jantung dan tekanan darah, pernafasan yang cepat dan tidak teratur, mual dan muntah, kelemahan atau kelelahan. Sedangkan respon perilaku ditandai dengan gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri yang meliputi menggeretakkan gigi, memegang bagian tubuh yang merasa nyeri, postur tubuh membengkok, dan ekspresi wajah menyeringai (Perry & Potter, 2005: 1509).

2.1.6 Pengkajian Nyeri

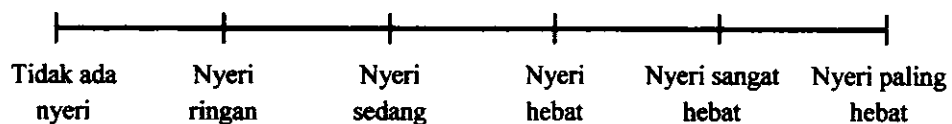
Pengkajian nyeri yang aktual dan akurat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, menegakkan diagnosa yang tepat, menyeleksi terapi yang cocok dan untuk mengevaluasi respon klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien adalah bahwa nyeri diidentifikasi, dikenali sebagai sesuatu yang nyata, dapat diukur, dan dapat dijelaskan serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Perry & Potter, 2005: 1515). Pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat untuk menetapkan status nyeri klien, lebih bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap perawatan yang diberikan, serta lebih berorientasi pada sifat kemitraan dalam melakukan penatalaksanaan nyeri (Muttaqin, 2008: 515).

Salah satu cara untuk pengkajian nyeri adalah dengan teknik PQRST. Berdasarkan cara ini akan dapat diketahui hal yang menyebabkan timbulnya nyeri pada seseorang atau faktor yang memperberat atau meringankan nyeri (*Provocating*). dengan cara ini pula dapat didefinisikan seberapa jauh kualitas nyeri (*Quality*), apakah nyeri bersifat tumpul, tajam atau merobek. Pengkajian dengan PQRST, diharapkan akan mampu juga diketahui daerah penyebaran nyeri (*Region*), dan sejauh mana keganasan atas intensitas nyeri yang terjadi (*Severity*), disamping juga akan dapat dikaji kapan nyeri dan berapa lama nyeri berlangsung (*Time*) (Mubarak & Chayatin, 2007: 213). Seseorang yang mengalami nyeri dapat dilihat dari indikasi nyeri. Perry & Potter (2005: 1516) menyatakan bahwa indikator nyeri dibedakan dalam empat kategori yaitu berdasarkan vokalisasi yang

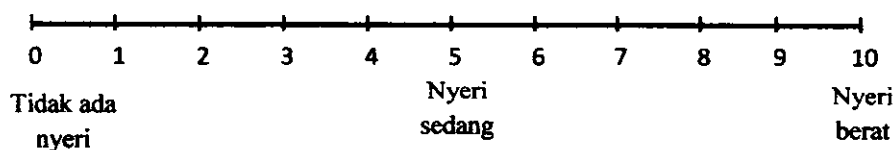
ditandai dengan menangis, mengaduh, sesak nafas, mendengkur; ekspresi wajah yang dapat dilihat perilaku efek nyerinya melalui meringis, mengetukkan gigi, mengernyitkan dahi, menutup mata atau mulut secara lebar, dan menggigit bibir. Indikator nyeri yang berikutnya adalah gerakan tubuh yang disimbolkan dengan adanya perilaku efek nyeri gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, aktifitas melangkah yang tunggal ketika berlari atau berjalan, gerakan ritmik atau gerakan menggosok, dan gerakan melindungi bagian tubuh dimana nyeri dirasakan. Sementara itu indikator nyeri yang terakhir adalah interaksi sosial yang ditandai dengan perilaku menghindari percakapan, fokus hanya pada aktifitas untuk menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial, dan penurunan rentang perhatian (Perry & Potter, 2005: 1516).

Adapun alat-alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang, menurut Smeltzer & Bare (2001: 217-218) adalah dengan skala intensitas nyeri yang meliputi skala intensitas nyeri deskriptif sederhana, skala intensitas nyeri numerik (0-10), dan Skala Analog Visual (VAS). Secara lebih detail, dapat digambarkan berikut :

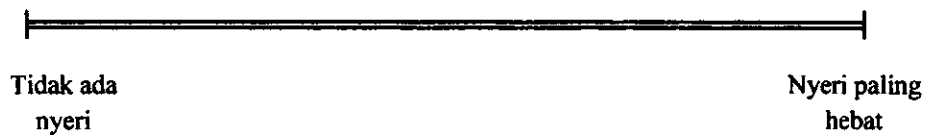
Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



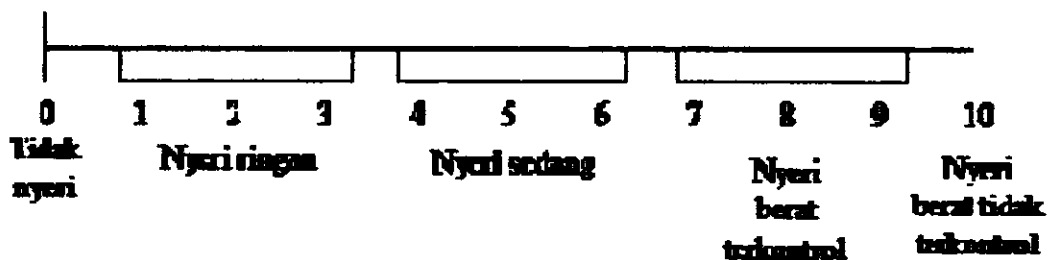
Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10



Skala Analog Visual (VAS)



Skala Intensitas Nyeri NPRS 0-10



Gambar 2.2. Skala Intensitas Nyeri (Smeltzer & Bare, 2001)

Sedangkan menurut Hayward (1975) dalam Mubarak & Chayatin (2007: 212) menjelaskan pembagian skala nyeri sebagai berikut :

Tabel 2.1. Skala Intensitas Nyeri

Skala	Keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan
4-6	Nyeri sedang
7-9	Sangat nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan
10	Sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol

Sumber: Hayward (1975) dalam Mubarak & Chayatin (2007: 212)

Smeltzer & Bare (2001: 217-218) menyatakan bahwa individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatnya.

Informasi yang diperlukan harus menggambarkan nyeri individual dalam beberapa cara berikut :

- 1) Intensitas nyeri. Individu dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat, atau sangat hebat; atau 0 sampai 10; 0= tidak ada nyeri, 10= nyeri sangat hebat).
- 2) Karakteristik nyeri, termasuk letak, durasi (menit, jam, hari, bulan, dan sebagainya), irama (misal: terus-menerus, hilang timbul, periode bertambah dan berkurangnya intensitas atau keberadaan dari nyeri), dan kualitas (misal: nyeri seperti ditusuk, seperti terbakar, sakit, nyeri seperti digencet).
- 3) Faktor-faktor yang meredakan nyeri (misal: gerakan, kurang bergerak, pengurangan tenaga, istirahat, obat-obat bebas) dan apa yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyerinya. Banyak orang yang mempunyai ide-ide tertentu tentang apa yang akan menghilangkan nyerinya. Perilaku ini sering didasarkan pada pengalaman atau *trial and error*.
- 4) Efek nyeri terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari (misal: tidur, napsu makan, konsentrasi, interaksi dengan orang lain, gerakan fisik, bekerja, dan aktivitas-aktivitas santai). Nyeri akut sering berkaitan dengan ansietas dan nyeri kronis dengan depresi.
- 5) Kekhawatiran individu tentang nyeri. Dapat meliputi berbagai masalah yang luas, seperti beban ekonomi, prognosis, pengaruh terhadap peran dan perubahan citra diri.

Didalam pengkajian kemungkinan terjadi kesalahan dalam menginterpretasikan nyeri yang dirasakan. Perry & Potter (2005: 1517) mengidentifikasi terdapat 5 (lima) kesalahan yang sering terjadi dalam pengkajian nyeri. Kesalahan yang pertama adalah akibat adanya bias dimana perawat secara konsisten salah dalam memperkirakan nyeri yang dirasakan oleh klien. Kesalahan ini umumnya dilakukan dengan menggambarkan perasaan nyeri klien secara berlebihan atau sebaliknya justru kurang/lebih rendah dari apa yang dirasakan klien. Kesalahan yang kedua adalah pertanyaan yang diajukan pada klien tidak jelas/samar yang menyebabkan klien tidak mampu menjawab secara akurat sehingga data yang dihasilkan tidak dapat diandalkan.

Lebih lanjut dijelaskan oleh Perry & Potter (2005: 1517), bahwa kesalahan lain dalam pengkajian nyeri yang sering terjadi adalah menggunakan alat pengkajian nyeri yang tidak valid, sehingga tidak berfokus pada tanda-tanda nyeri yang dirasakan klien. Kesalahan berikutnya adalah akibat klien yang tidak selalu memberikan informasi tentang nyeri yang dirasakan secara akurat, lengkap, dan berhubungan. Klien yang tidak memiliki pengetahuan cukup tentang medis juga dapat menjadi penyebab terjadinya kesalahan dalam pengkajian klien.

2.1.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

McCaffery (1999) dalam Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan.

Oleh karena itulah dikatakan klien sebagai *expert* tentang nyeri yang ia rasakan. Terdapat berbagai factor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi masing-masing individu terhadap nyeri. Seorang perawat harus menguasai dan memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami masalah nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada kedua orang tuanya ataupun pada perawat. Sebagian anak-anak terkadang segan untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang ia alami, mereka takut akan tindakan perawatan yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia seorang perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu.

Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen.

Sebagian lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan, mereka menganggap bahwa hal itu merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percobaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/ sensitivitas terhadap nyeri. Bagaimanapun, pada manusia lebih kompleks, dipengaruhi oleh personal, sosial, budaya dan lain-lain.

3) Kebudayaan

Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka, meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Sementara itu makna nyeri, makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri

tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman atau tantangan.

4) Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Seorang wanita yang merasakan nyeri saat bersalin akan mempersepsikan nyeri secara berbeda dengan wanita lainnya yang nyeri karena dipukul oleh suaminya.

5) Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang berat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri seperti ditusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

6) Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkatkan terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing, dan masase.

7) Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Sebagai contoh seseorang yang menderita kanker kronis dan merasa takut akan kondisi penyakitnya akan semakin meningkatkan persepsi nyerinya.

8) Keletihan

Keletihan/ kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

9) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman dekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.2 Konsep Cemas

2.2.1 Definisi Cemas

Cemas merupakan fenomena universal, yang secara jelas memperlihatkan bahwa manusia itu tidak sempurna. Cemas sebenarnya merupakan cara manusia memberikan reaksi terhadap peristiwa/ kejadian di dalam kehidupan (Brench, 2002). Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk mempertahankan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang parah dapat mengancam kehidupan. Kecemasan adalah suatu keadaan emosi yang kompleks dan kronis yang diiringi kekhawatiran dan ketakutan sebagai komponen utamanya, dicirikan dengan berbagai bentuk kegelisahan dan gangguan jiwa (Wibisono, 2002). Kondisi ini dialami secara subyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal (Stuart & Sundeen, 2005).

2.2.2 Tingkat Kecemasan

Kecemasan dibagi menjadi 4 tingkat yaitu :

1. Kecemasan ringan

Kecemasan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan perkembangan.

2. Kecemasan sedang

Kecemasan yang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Orang

tersebut mengalami perhatian selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3. Kecemasan berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

4. Panik

Kecemasan yang berhubungan terperangah, ketakutan dan teror. Kehilangan kendali dapat menyebabkan orang tersebut yang mengalami panik sehingga tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Seseorang dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian (Stuart & Sundeen, 2005).

2.2.3 Stressor Pencetus

Stressor pencetus mungkin berasal dari sumber internal atau eksternal yang ditafsirkan lain karena adanya distorsi persepsi dari realitas lingkungannya. Kecemasan dapat muncul bila individu tidak mampu

mengatasi stress psikologis. Keadaan stress dapat bersumber dari frustrasi, konflik, tekanan atau krisis.

1. Frustrasi

Timbul bila individu sedang berusaha mencari kebutuhan/tujuan tetapi mendadak timbul halangan atau aral melintang yang merupakan frustrasi dan dapat menimbulkan stress baginya.

2. Konflik

Terjadi bila individu tidak dapat memilih antara dua atau lebih macam kebutuhan/tujuan.

3. Tekanan

Tekanan sehari – hari biar pun kecil tetapi bila tertumpuk dapat menyebabkan stress yang hebat.

4. Krisis

Suatu keadaan yang mendadak menimbulkan stress pada individu ataupun suatu kelompok, seperti kematian, kecelakaan, penyakit yang harus dioperasi, masuk sekolah pertama kali. Krisis terjadi bila individu mengalami suatu permasalahan yang tidak terselesaikan dan pengalaman yang meningkatkan kecemasan dan ketidakmampuan fungsi (Maramis, 2005).

Secara umum stressor dipengaruhi oleh faktor internal yaitu pengetahuan, keturunan, usia ataupun faktor eksternal seperti kondisi sosial ekonomi, pekerjaan dan pendidikan (Ismed, 2000).

2.2.4 Mekanisme Terjadinya Kecemasan

Proses terjadinya kecemasan melibatkan tiga aspek yaitu aspek kognisi (persepsi), reaksi fisiologis (kesiapan melakukan aksi), dan perasaan takut. Ketiga aspek tersebut saling mempengaruhi satu sama lain (Kalat, 2007)

Mekanisme terjadinya kecemasan ketika *gamma amino butyric acid* (GABA) tidak dapat mengikat secara akurat ke sel reseptor, atau ketika ada tapi terlalu sedikit reseptor GABA, neuron yang berlebihan akan menyebabkan seseorang tidak mampu menerima pesan yang cukup untuk “berhenti”, akibatnya orang tersebut terus menerus tegang, cemas dan terlalu gelisah yang dapat memicu peningkatan saraf simpatis sehingga menimbulkan gejala-gejala fisiologis maupun psikologis (Silbernagl & Florian, 2007).

Gejala fisiologis kecemasan meliputi gejala yang menyangkut kondisi tubuh seseorang yang mengalami kecemasan, terutama yang menyangkut fungsi sistim saraf yang ditunjukkan dari ekspresinya seperti gemetar, pucat, tidak dapat tidur nyenyak, menggigit kuku, perut mual, keringat berlebihan, telapak tangan berkeringat, terasa akan pingsan, perasaan kering di mulut/ tenggorokan, sulit bicara, nafas pendek, jantung berdebar-debar, suara bergetar, jari-jari terasa dingin, lemas, sulit menelan, kepala pusing, kekakuan leher atau punggung tangan terasa dingin, sering buang air kecil, dan diare. Gejala psikologis meliputi gejala yang terkait dengan kondisi emosi dan pikiran seseorang yang mengalami kecemasan seperti takut dan khawatir yang tidak terkendali, merasa tertekan, merasa

tidak mudah menghadapi sesuatu yang buruk akan terjadi, terus menerus mengomel/ marah tentang perasaan takut terhadap masa depan, percaya sesuatu yang menakutkan akan terjadi dengan sebab yang tidak jelas, kepekaan yang tajam dengan sensasi tubuh, terancam dengan orang lain atau keadaan yang secara normal tidak diperhatikan, takut kehilangan kontrol, takut tidak bisa menghadapi permasalahan, berpikir hal tertentu berulang-ulang, ingin melarikan diri, bingung, kesulitan berkonsentrasi, perilaku dependen, dan perilaku agitatif (Maimunah & Sofia, 2011).

2.2.5 Respon Kecemasan

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan. Respon kecemasan sebagai berikut:

1. Respon fisiologis

Kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah turun dan denyut nadi menurun. Respon pernapasan: nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik dan terengah-engah. Respon neuromuskuler: reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, dan gerakan yang janggal. Respon gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar

pada jantung, dan diare. Respon traktus urinarius: tidak dapat menahan kencing dan sering berkemih. Pada kulit: wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, dan berkeringat seluruh tubuh.

2. Respon perilaku

Perilaku yang terjadi antara lain: gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah, hiperventilasi dan menghindar.

3. Respon kognitif

Respon kognitif yang terjadi yaitu perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, hambatan berpikir, salah dalam memberi penilaian, bidang persepsi menurun, kreatifitas menurun, bingung, sangat waspada, takut kehilangan kontrol, takut cedera atau kematian.

4. Respon afektif

Respon afektif yang biasa terjadi antara lain: teror, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, tremor, gugup, dan mudah terganggu.

2.2.6 Faktor – Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Varcarolis, et al (2010) antara lain:

1. Potensial stresor

Stresor psikososial menyebabkan perubahan dalam kehidupan sehingga seseorang terpaksa beradaptasi.

2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang mudah mengalami stres.

3. Tipe kepribadian

Tipe kepribadian Sanguinis cenderung ingin populer, ingin disenangi orang lain, suka berbicara, gejolak emosinya tidak stabil. Orang sanguinis juga agak pelupa, sulit berkonsentrasi, cenderung berpikir pendek, dan hidupnya serba tak beratur. Sedangkan tipe kepribadian melankolis sebaliknya yaitu cenderung melihat masalah dari sisi negatif, murung dan mudah tertekan, mempunyai sifat pendendam, mudah merasa bersalah, lebih menekankan pada cara daripada tercapainya tujuan, terlalu menganalisa dan merencanakan, standar tinggi, sulit bersosialisasi, sensitif terhadap kritik yang menentang dirinya, sulit mengungkapkan perasaan (Littauer, 2011).

4. Umur

Seseorang yang lebih muda lebih mudah terkena stres.

5. Jenis kelamin

Wanita lebih mudah mengalami stres dari pada laki – laki.

2.2.7 Kaitan Nyeri dengan Kecemasan Post Seksio Sesar

Barbara (2002) menjelaskan bahwa tindakan pembedahan dan nyeri akibat pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat meningkatkan kecemasan. Menurut Gill (2002) menyatakan bahwa nyeri dapat menyebabkan kecemasan,

karena rasa nyeri sangat mengganggu kenyamanan seseorang sehingga menimbulkan kecemasan. Kecemasan tersebut timbul akibat seseorang merasa dirinya terancam atau adanya akibat yang lebih buruk dari nyeri tersebut. Penelitian Sumanto, dkk (2011) membuktikan bahwa ada hubungan nyeri dengan tingkat kecemasan. Semakin tinggi tingkat nyeri yang dialami oleh pasien post operasi seksio sesar semakin tinggi pula tingkat kecemasannya karena nyeri merupakan suatu perasaan yang tidak nyaman yang menyebabkan kecemasan pada pasien post seksio sesar. Hal tersebut dapat dicegah melalui tindakan yang dapat menurunkan tingkat nyeri sehingga tingkat kecemasan dapat menurun. Dengan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh pasien tentang kondisi pasien sangat membantu dalam mencegah terjadinya peningkatan kecemasan.

2.3 Konsep Pembedahan

2.3.1 Definisi Pembedahan

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan tubuh yang akan ditangani (Jong & Sjamsoehidajat, 2005).

2.3.2 Tipe pembedahan

Tipe pembedahan berdasarkan beberapa literatur dibedakan menjadi 4 macam yaitu:

1. Menurut lokasi dibedakan menjadi bedah internal dan eksternal.

2. Menurut luas jaringan dibedakan menjadi operasi mayor / besar dan operasi minor / kecil (Long, 2006).
3. Menurut tujuan tindakan bedah dibedakan menjadi tiga yaitu: bedah diagnostik, yang bertujuan untuk menentukan diagnosa; Explorasi untuk menyelidiki tingkat perluasan penyakit dan atau menentukan diagnosa; dan Kuratif untuk mengangkat atau memperbaiki kerusakan jaringan otot/ organ yang sakit. Pembedahan kuratif ada dua macam yaitu ablative yang bertujuan untuk menghilangkan dari organ yang sakit, serta rekonstruktif: memperbaiki sebagian atau seluruh dari jaringan / organ yang rusak (Polaski, 1999).
4. Menurut pada urgensinya dibedakan menjadi lima yaitu (1) Kedaruratan, dimana pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi tanpa ditunda. (2) Pasien membutuhkan perhatian segera. Indikasi untuk pembedahan dalam 24-30 jam. (3) Diperlukan, yaitu pasien harus menjalani pembedahan. Indikasi: operasi direncanakan beberapa minggu atau bulan. (4) Efektif yaitu pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasinya yaitu jika tidak terlalu membahayakan. (5) Pilihan/ Elektif yang merupakan keputusan mutlak pada pasien (Smeltzer & Bare, 2001)

2.3.3 Pasca Pembedahan

1. Fase Pembedahan

Fase pasca pembedahan adalah dimulai dari masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Smeltzer & Bare, 2001).

Pasca pembedahan dapat dibagi menjadi 2 fase yaitu fase :

- 1) Periode post anestesi, segera dan periode post operatif yaitu beberapa jam pertama setelah pembedahan ketika pasien sedang mengalami pemulihan dari efek anestesi.
- 2) Post operatif akhir yaitu waktu penyembuhan dan pencegahan dari komplikasi. Periode ini boleh berakhir dalam beberapa minggu/berbulan-bulan setelah pembedahan (Polaski, 1999).

Pada fase pasca operasi berlangsung, fokus pengkajian termasuk mengkaji efek dari agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi (Smeltzer & Bare, 2001).

2. Akibat tindakan pembedahan :

1). Perubahan sirkulasi

Karena seriusnya komplikasi sehingga prioritas utamanya adalah mengkaji nadi, tekanan darah, perubahan sirkulasi perifer untuk mengetahui adanya perdarahan dan syok.

2). Perubahan oksigenasi

Pada pasien pasca bedah terjadi hiperventilasi karena efek sedatif dan nyeri.

3). Perubahan rasa nyaman

Pasien mungkin akan merasa nyeri, mual dan muntah.

4). Perubahan eliminasi

Mengobservasi abdomen untuk mengetahui adanya distensi dan auskultasi suara usus. Bila suara usus terdengar berarti fungsi usus telah kembali normal.

5). Perubahan integritas kulit

Terjadi gangguan integritas kulit karena luka operasi.

6). Perubahan aktifitas

Kemampuan pasien untuk bergerak di tempat tidur penting dalam meningkatkan dan mempercepat penyembuhan.

7). Perubahan psikososial

Setelah pembedahan efek psikososial harus diperhatikan. Adanya terapeutik dan observasi perilaku non verbal akan memudahkan untuk mengetahui perubahan psikososial (Long, 2006).

2.4 Konsep Seksio Sesar

2.4.1 Definisi Seksio Sesar

Cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2011)

2.4.2 Jenis- jenis Seksio Sesar

Secara umum jenis seksio sesar dibagi menjadi dua yaitu seksio sesar Abdominalis dan seksio sesar Vaginalis. Selama ini seksio sesar yang paling sering dilakukan adalah jenis seksio sesar Abdominalis, dimana seksio sesar Abdominalis itu sendiri dibagi menjadi dua yaitu seksio sesar Transperitonealis dan seksio sesar Ekstraperitonealis dimana seksio sesar dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdomen.

Seksio Sesar Transperitonealis dibagi menjadi dua yaitu: (1) Seksio Sesar Klasik/ Corporal yang dilakukan dengan insisi memanjang pada corpus uteri. Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada corpus uteri kira – kira 10 cm. Kelebihannya yaitu waktu mengeluarkan janin lebih cepat, tidak menyebabkan komplikasi tertariknya vesica urinaria, dan sayatan bisa diperpanjang proximal atau distal. Sedangkan kekurangannya mudah terjadi penyebaran infeksi intra abdominal karena tidak ada retroperitonealisasi yang baik, dan sering terjadi rupture uteri pada persalinan berikutnya. (2) Seksio Sesar ismika/ profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim. Dilakukan dengan membuat sayatan melintang (konkaf) pada segmen bawah rahim, kira – kira 10 cm. Kelebihannya yaitu penutupan luka lebih mudah, penutupan luka dengan retroperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, perdarahan kurang, dan kemungkinan terjadi rupture uteri spontan kurang / lebih kecil daripada cara klasik. Sedangkan kekurangannya, luka dapat

melebar ke kiri, ke kanan dan ke bawah sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus sehingga terjadi pendarahan hebat, keluhan pada vesica urinaria post operatif tinggi.

2.4.3 Komplikasi Seksio Sesar

Komplikasi seksio sesar ada 4 yaitu :

1. Infeksi puerperal (nifas) terdiri dari tiga kondisi yaitu (1) Ringan ditandai dengan kenaikan suhu beberapa hari saja, (2) Sedang, ditandai dengan kenaikan suhu lebih tinggi, dehidrasi dan perut kembung, dan (3) Berat, disertai dengan peritonitis, sepsis atau ileus paralitik.
2. Pendarahan, yang disebabkan oleh banyak pembuluh darah yang terputus, atonia uteri, dan perdarahan pada *plasental bed*.
3. Luka Vesica Urinaria, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila retroperitonealisasi terlalu tinggi.
4. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang (Mochtar, 2011)

2.5 Konsep Teori Kenyamanan

2.5.1 Konsep Mayor dan Definisi

Teori *Comfort* dari Kolcaba dalam Alligood & Tomey (2009) menekankan pada beberapa konsep utama berikut definisinya, antara lain :

1. Health Care Needs

Kolcaba mendefinisikan kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, yang dihasilkan dari situasi pelayanan

kesehatan yang stressful, yang tidak dapat dipenuhi oleh penerima support system tradisional. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, yang kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling financial dan intervensi.

2. *Comfort*

Comfort merupakan sebuah konsep yang mempunyai hubungan yang kuat dalam keperawatan. *Comfort* diartikan sebagai suatu keadaan yang dialami oleh penerima yang dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan keringanan (*relief*), ketenangan (*ease*), dan (*transcendence*) yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan.

Beberapa tipe *Comfort* didefinisikan sebagai berikut:

- 1) *Relief*, suatu keadaan dimana seorang penerima (*recipient*) memiliki pemenuhan kebutuhan yang spesifik
- 2) *Ease*, suatu keadaan yang tenang dan kesenangan
- 3) *Transcendence*, suatu keadaan dimana seorang individu mencapai diatas masalahnya.

Kolcaba, (2002) kemudian menderivasi konteks diatas menjadi beberapa hal berikut :

- 1) Fisik, berkenaan dengan sensasi tubuh
- 2) Psikospiritual, berkenaan dengan kesadaran internal diri, yang meliputi harga diri, konsep diri, seksualitas, makna kehidupan hingga hubungan terhadap kebutuhan lebih tinggi.
- 3) Lingkungan, berkenaan dengan lingkungan, kondisi, pengaruh dari luar.
- 4) Sosial, berkenaan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial

3. Comfort Measures

Tindakan kenyamanan diartikan sebagai suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik.

4. Enhanced Comfort

Sebuah *outcome* yang langsung diharapkan pada pelayanan keperawatan, mengacu pada teori *comfort* ini.

5. Intervening variables

Didefinisikan sebagai kekuatan yang berinteraksi sehingga mempengaruhi persepsi resipien dari *comfort* secara keseluruhan. Variabel ini meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, *support*

system, prognosis, financial, dan keseluruhan elemen dalam pengalaman si resipien.

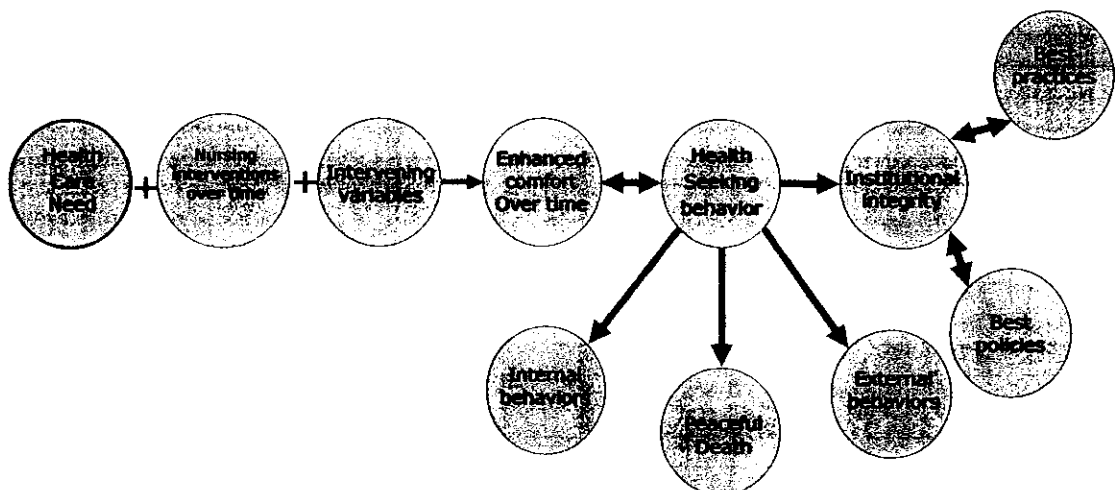
6. *Health Seeking Behavior (HSBs)*

Merupakan sebuah kategori yang luas dari *outcome* berikutnya, berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh resipien saat konsultasi dengan perawat. *HSBs* ini dapat berasal dari eksternal (aktivitas yang terkait dengan kesehatan), internal (penyembuhan, fungsi imun, dll.)

7. *Institutional integrity*

Didefinisikan sebagai nilai-nilai, stabilitas financial, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area lokal, regional, dan nasional. Pada sistem rumah sakit, definisi institusi diartikan sebagai pelayanan kesehatan umum, agensi *home care*, dan lain-lain.

2.5.2 Penjelasan Bagan Model Konsep



Gambar 2.2 Model Konsep Teori *Comfort* Katherine Kolcaba

Dalam perspektif pandangan Kolcaba *Holistic comfort* didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan pengurangan *relief, ease, and transcendence* yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan (Kolcaba, 2002).

Asumsi-asumsi lain yang dikembangkan oleh Kolcaba bahwa Kenyamanan adalah suatu konsep yang mempunyai suatu hubungan yang kuat dengan ilmu perawatan. Perawat Menyediakan kenyamanan ke pasien dan keluarga-keluarga mereka melalui intervensi dengan orientasi pengukuran kenyamanan. Tindakan penghiburan yang dilakukan oleh perawat akan memperkuat pasien dan keluarga-keluarga mereka yang dapat dirasakan seperti mereka berada di dalam rumah mereka sendiri. Kondisi keluarga dan pasien diperkuat dengan tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan melibatkan perilaku (Alligood & Tomey, 2009).

Peningkatan Kenyamanan adalah sesuatu hasil ilmu perawatan yang merupakan bagian penting dari teori *comfort*. apalagi, ketika intervensi kenyamanan dikirimkan secara konsisten dan terus-menerus, maka mereka secara teoritis dihubungkan dengan suatu kecenderungan ke arah kenyamanan yang ditingkatkan setiap saat, dan dengan sendirinya klien akan mencapai kesehatan yang diinginkan dalam mencari kesembuhan (*HSBs*).

2.5.3 Asumsi Mayor

Kolcaba (2002) menjabarkan definisinya sebagai berikut :

1. Keperawatan

Keperawatan adalah penilaian kebutuhan akan kenyamanan, perancangan kenyamanan digunakan untuk mengukur suatu kebutuhan, dan penilaian kembali digunakan untuk mengukur kenyamanan setelah dilakukan implementasi. Pengkajian dan evaluasi dapat dinilai secara subjektif, seperti ketika perawat menanyakan kenyamanan pasien, atau secara objektif, misalnya observasi terhadap penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan perilaku.

2. Pasien

Penerima perawatan seperti individu, keluarga, institusi, atau masyarakat yang membutuhkan perawatan kesehatan.

3. Lingkungan

Lingkungan adalah aspek dari pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau orang tercinta untuk meningkatkan kenyamanan.

4. Kesehatan

Kesehatan adalah fungsi optimal, seperti yang digambarkan oleh pasien atau kelompok, dari pasien, keluarga, atau masyarakat.

Kolcaba (2002) menyatakan bahwa perawatan untuk kenyamanan memerlukan sekurangnya tiga tipe intervensi *comfort* yaitu :

1. Teknis pengukuran kenyamanan, merupakan *intervensi* yang dibuat untuk mempertahankan *homeostasis* dan mengontrol nyeri yang ada, seperti memantau tanda-tanda vital, hasil kimia darah, juga termasuk pengobatan nyeri. Tehnis tindakan ini didesain untuk membantu mempertahankan atau mengembalikan fungsi fisik dan kenyamanan, serta mencegah komplikasi.
2. *Coaching* (mengajarkan) meliputi intervensi yang didesain untuk menurunkan kecemasan, memberikan informasi, harapan, mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan (*recovery*) dan integrasi secara realistis atau dalam menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya. Agar *Coaching* ini efektif, perlu dijadwalkan untuk kesiapan pasien dalam menerima pengajaran baru.
3. *Comfort food* untuk jiwa, meliputi intervensi yang menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Terapi untuk kenyamanan psikologis meliputi pemijatan, adaptasi lingkungan yang meningkatkan kedamaian dan ketenangan, relaksasi imajinasi terbimbing, terapi musik, mengenang, dan lain lain. Saat ini perawat umumnya tidak memiliki waktu untuk memberikan *comfort food* untuk jiwa (kenyamanan jiwa/psikologis), akan tetapi tipe *intervensi comfort* tersebut difasilitasi oleh sebuah komitmen oleh institusi terhadap perawatan kenyamanan.

2.6 Konsep Relaksasi Imajinasi Terbimbing

2.6.1 Definisi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Prasetyo, 2010: 65). Relaksasi imajinasi terbimbing diperoleh dari kata Imajinasi dan terbimbing. Imajinasi disebut juga dengan Imajinasi mental yaitu pengalaman perceptual seolah-olah nyata dialami individu tanpa kehadiran stimulus eksternal yang diimajinasikan. Saat individu sedang berimajinasi, maka dalam bayangannya bisa muncul berupa benda, pemandangan, sensasi seperti benar-benar melihat, mendengar, dan merasakan layaknya mendapati stimulus yang sebenarnya (Kozier, et al, 2009). Jika imajinasi yang dilakukan individu seperti bekerja secara tidak disadari, maka relaksasi imajinasi terbimbing berusaha mengarahkan imajinasi secara sengaja untuk mencapai tujuan yang diharapkan, dengan demikian, bisa dipahami bahwa relaksasi imajinasi terbimbing melibatkan imajinasi dengan panduan yang ditampilkan dalam bentuk audio, audio-visual, dan bisa pula panduan audio dipadukan dengan musik relaksasi.

Anderson (2006), mengatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing adalah sebuah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri memelihara kesehatan atau relaks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh dan jiwa.

Irama musik relaksasi sama dengan irama detak jantung manusia, sehingga musik relaksasi mampu memberikan efek relaksasi yang optimal. Musik relaksasi sebagai gelombang suara yang dapat meningkatkan respon β *endorphin*, yang dapat mempengaruhi suasana hati dan dapat menurunkan kecemasan pasien. Musik yang didengarkan pasien diterima meatus akustikus eksternus sehingga menyebabkan membran tympani bergetar. Getaran-getaran tersebut selanjutnya diteruskan menuju *inkus* dan *stapes* melalui *malleus* yang terkait pada membran itu. Aksi hidrolis dan pengungkit memperbesar energi bunyi untuk menggerakkan medium cairan *perilimfe* dan *endolimfe* untuk meneruskan getaran ke organ *corti* dalam *kokhlea* dimana getaran diubah dari sistem konduksi ke sistem saraf melalui *nervus auditorius* dan kemudian diantarkan ke otak. Impuls pendengaran tersebut berlanjut ke sistem limbik dan merangsang pengeluaran *gamma amino butyric acid* (GABA), *enkephalin* dan β *endorphin*, dimana zat-zat tersebut menimbulkan efek analgesia sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan pasien (Price & Wilson, 2005)

2.6.2 Manfaat Relaksasi imajinasi terbimbing

Relaksasi imajinasi terbimbing diperoleh dari penggabungan Imajinasi dan terbimbing. Imajinasi disebut juga dengan imajinasi mental yaitu pengalaman perseptual seolah olah nyata dialami individu tanpa kehadiran stimulus eksternal yang diimajinasikan (Kozier, et al, 2009). Jika imajinasi yang dilakukan individu bekerja secara tidak disadari, maka relaksasi imajinasi terbimbing berusaha mengarahkan imajinasi secara sengaja untuk

mencapai tujuan yang diharapkan. Dengan demikian, bisa dipahami bahwa relaksasi imajinasi terbimbing melibatkan imajinasi dengan panduan yang ditampilkan dalam bentuk audio, audio-visual, dan bisa pula panduan audio dipadukan dengan musik relaksasi (Greenberg, 2002).

2.6.3 Jenis-Jenis Teknik Relaksasi imajinasi terbimbing

1) *Guided Walking Imagery*

Pada teknik ini, pasien dianjurkan untuk mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai, dan lain-lain.

2) *Aurigenic Abreaction*

Dalam teknik ini pasien diminta untuk memilih sebuah perilaku negatif yang ada dalam pemikirannya kemudian pasien diminta mengungkapkan secara verbal tanpa batasan, segala pemikiran, perasaan maupun sensasi yang ia rasakan saat itu. Bila berhasil akan tampak perubahan dalam hal emosional, dan raut muka pasien.

3) *Covert Sensitization*

Teknik ini berdasarkan pada paradigma *reinforcement* yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi berdasarkan pada prinsip yang sama dalam modifikasi perilaku. Teknik ini, awalnya pasien diperintahkan untuk menggunakan beberapa perilaku buruk pada dirinya yang ingin diubah, kemudian diikuti dengan mengimajinasikan suatu kejadian yang sangat tidak

menyenangkan akibat perilaku buruknya tersebut, dan akhirnya pasien akan dapat menyadari bahwa perilaku buruknya dapat mengakibatkan suatu kejadian yang tidak menyenangkan, sehingga perilaku buruk tersebut dapat dikurangi pada masa yang akan datang.

4) *Covert Behavior Rehearsal*

Teknik ini mengajak seseorang untuk mengimajinasikan perilaku koping yang dia inginkan, teknik ini lebih banyak digunakan pada bidang olahraga.

2.6.4 **Prosedur Relaksasi Imajinasi Terbimbing**

Bentuk relaksasi imajinasi terbimbing yang digunakan pada prosedur penelitian ini adalah *guided walking imagery*, karena teknik ini sangat bermanfaat untuk mengkaji kekuatan pikiran saat sadar maupun tidak sadar untuk menciptakan bayangan gambar yang membawa ketenangan dan keheningan dan bertujuan untuk mengurangi stress serta mampu meningkatkan perasaan tenang, damai, dan merupakan obat penenang untuk situasi yang sulit dalam kehidupan. (National Safety Council, 2004). Adapun langkah-langkahnya relaksasi imajinasi terbimbing menurut National Safety Council (2004) adalah sebagai berikut:

1. Cari posisi yang nyaman.

Teknik relaksasi imajinasi terbimbing dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja dimana pasien dapat memejamkan matanya serta menutup diri dari lingkungan sekitarnya, sehingga imajinasi dapat

menciptakan bayangan yang tenang dan hening. Pasien dapat melakukan dengan posisi duduk maupun berbaring dalam keadaan rileks.

2. Konsentrasi dan sikap

Relaksasi imajinasi terbimbing membutuhkan konsentrasi penuh. Pada awal pelaksanaan dapat berlangsung selama 5 menit, dimana dalam kurun waktu tersebut memungkinkan terbentuknya kekuatan konsentrasi. Saat menggunakan indera dalam menciptakan imajinasi, pasien diminta memusatkan perhatian pada warna, bentuk, tekstur, suara, bunyi, ketenangan, bau, dan semua perasaan dari lingkungan yang kita ciptakan. Jika pikiran mulai menyimpang, harus dikendalikan perhatiannya ke rincian yang ada dalam pemandangan tersebut.

3. Tema Visual

Pilihan bayangan tidak terbatas, kita dapat memulai dengan menentukan tujuan imajinasi, yaitu sebagai pengalihan perhatian sementara untuk menjernihkan pikiran atau untuk menyembuhkan tubuh. Begitu kita putus, sesuaikan bayangan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, kemudian memejamkan mata dan mengikuti bayangan tersebut.

Teknik ini akan berhasil dengan baik apabila dilatih secara rutin, namun bagi seorang pemula, imajinasi terbimbing ini dapat dilakukan dengan bantuan kaset rekaman yang berisi tentang panduan

imajinasi terbimbing. Rekaman tersebut membantu seseorang untuk menciptakan bayangan yang seolah-olah nyata. (Carpenito, 2000)

2.7 Theoretical Mapping / Riset Pendukung

No	Judul, Peneliti, Sumber, Tahun	Metode	Hasil
1	<p><i>Effects of guided imagery on outcomes of pain, functional status, and self efficacy in persons diagnosed with fibromyalgia</i></p> <p>Menzies V, Taylor AG, Bourguignon C</p> <p>2006</p> <p><i>Journal Alternative Complementer Med. Florida International University, Miami. USA</i></p>	<p>Desain: <i>Prospective, two group, randomized, controlled clinical trial</i></p> <p>Independen: <i>Guided imagery</i></p> <p>Dependen: <i>Pain, functional status, self efficacy</i></p> <p>Sampel: 48 orang</p> <p>Instrumen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>SF-MPQ (Short Form-Mc Gill Pain Questionnaire)</i> 2) <i>ASES (Arthritis Self-Efficacy Scale)</i> 3) <i>FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Skor <i>FIQ</i> menurun dari waktu ke waktu pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok perawatan biasa. 2) Peringkat <i>self efficacy</i> dalam manajemen nyeri dan gejala lain dari <i>fibromyalgia</i> juga meningkat secara signifikan dari waktu ke waktu pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok perawatan biasa. 3) Nyeri yang diukur dengan <i>SF-MPQ</i> tidak berubah dari waktu ke waktu pada semua kelompok. Dosis penggunaan <i>guided imagery</i> tidak signifikan. 4) Penggunaan <i>Relaksasi imajinasi terbimbing</i> efektif pada peningkatan status fungsional dan <i>self efficacy</i> untuk mengelola nyeri dan gejala lain dari <i>fibromyalgia</i>. Namun, nyeri tidak berubah.

2	<p><i>The effect of guided imagery on comfort women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy.</i></p> <p>Kolcaba K, Fox C</p> <p>1999</p> <p><i>Oncology Nursing Forum</i> University Akron, Ohio, USA</p>	<p>Desain: <i>Experimental longitudinal, random assignment to groups</i></p> <p>Independen: <i>Guided imagery</i></p> <p>Dependen: <i>Comfort</i></p> <p>Sampel: 53 orang (26 orang di kelompok perlakuan, dan 27 orang pada kelompok kontrol), berusia 37-81 tahun, 80% eropa, dan 10% afrika amerika dengan stadium I atau II kanker payudara yang akan memulai terapi radiasi.</p> <p>Instrumen: <i>The Radiation Therapy Comfort Questionnaire</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kelompok perlakuan memiliki kenyamanan lebih tinggi dari kelompok kontrol dari waktu ke waktu. 2) <i>Guided imagery</i> merupakan intervensi yang efektif untuk meningkatkan kenyamanan pasien kanker payudara stadium awal yang akan menjalani terapi radiasi. 3) Intervensi tersebut efektif terutama pada 3 minggu pertama terapi.
3	<p>Pengaruh <i>Guide Imagery Relaxation</i> terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan</p> <p>Urip Rahayu, Nursiswati, Aat Sriati</p> <p>2010</p> <p>Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. Bandung</p>	<p>Desain: quasi eksperimen dengan pretest dan posttest tanpa control</p> <p>Independen: <i>Guided Imagery</i></p> <p>Dependen: Nyeri kepala</p> <p>Sampel: 15 orang dengan kriteria: pasien rawat inap, jenis penyakit cedera kepala ringan, umur 20 – 40 tahun, sedangkan criteria eksklusi pasien yang tidak kooperatif dan buta huruf.</p> <p>Instrumen: <i>visual analog Scale</i></p> <p>Analisis data: <i>Paired T test</i></p>	<p><i>Guided Imagery</i> berpengaruh secara signifikan dalam menurunkan tingkat nyeri pasien cedera kepala ringan, tetapi pasien belum terbebas rangsang nyeri.</p>

4	<p>Pengaruh <i>Guided Imagery Relaxation</i> terhadap intensitas nyeri Angina Pectoris pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RSUP Hasan Sadikin Bandung</p> <p>Sri Sumartini</p> <p>2012</p> <p>Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. Bandung</p>	<p>Desain: quasi eksperimen</p> <p>Independen: <i>Guided Imagery</i></p> <p>Dependen: Intensitas Nyeri angina pectoris</p> <p>Sampel: 46 orang (23 orang kelompok intervensi dan 23 orang kelompok kontrol)</p> <p>Instrumen: <i>visual analog Scale</i></p> <p>Analisis data: <i>Mann Whitney</i> dan <i>Wilcoxon</i></p>	<p>Terdapat perbedaan bermakna intensitas nyeri angina pectoris sebelum dan sesudah perlakuan baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol, dan hasil kelompok intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol.</p> <p><i>Guided Imagery</i> dapat menurunkan intensitas nyeri angina pectoris pada pasien sindroma koroner akut.</p>
5	<p><i>A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients</i></p> <p>Concha Leon Pizarro, Ignasi Gich, Emma Barthe, et al</p> <p>2007</p> <p><i>Psycho-Oncology Wiley Inter Science, Spain</i></p>	<p>Desain: quasi eksperimen</p> <p>Independen: <i>Guided imagery</i> dan Relaksasi</p> <p>Dependen: Depresi, Kecemasan, Kualitas hidup</p> <p>Sampel: 66 orang (32 orang pada kelompok intervensi, dan 34 orang pada kelompok kontrol)</p> <p>Instrumen: <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>, dan kuesioner tentang kualitas hidup: <i>Cuestionario de Calidad de Vida QL-CAAFex (CCV)</i></p>	<p>Kelompok intervensi menunjukkan penurunan signifikan secara statistik pada kecemasan ($p = 0,008$), depresi ($p = 0,003$) dan ketidaknyamanan tubuh ($p = 0,004$) dibandingkan dengan kelompok kontrol.</p> <p>Penggunaan teknik relaksasi dan <i>guided imagery</i> efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan, depresi dan ketidaknyamanan tubuh pada pasien yang harus tetap terisolasi sementara menjalani <i>brachytherapy</i>.</p> <p>Intervensi ini sederhana dan murah dalam meningkatkan kesehatan psikologis pada pasien yang menjalani <i>brachytherapy</i>.</p>

6	<p><i>Evaluation of guided imagery as Treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial</i></p> <p>Joy A Weydert, Daniel E Saphiro, Sari A Acra, et al</p> <p>2006</p> <p><i>BMC Pediatris University of Arizona Departement of Pediatrics</i></p>	<p>Desain: <i>Randomized controlled trial</i></p> <p>Independen: <i>guided imagery, progressive muscle relaxation, breathing exercise</i></p> <p>Dependen: Lamanya nyeri, intensitas nyeri dan berapa hari anak meninggalkan aktivitas karena sakit perut</p> <p>Sampel: 22 anak, usia 5 - 18 tahun dengan riwayat 3 bulan terakhir mengalami nyeri perut selama 3 kali atau lebih dengan intensitas nyeri yang mengganggu aktivitas sehari-hari</p> <p>Instrumen: <i>Phone Call</i></p>	<p>Anak yang menerima <i>guided imagery</i> mengalami nyeri lebih lama pada bulan-bulan sebelumnya (23 vs 14 hari, P= 0,04)</p> <p>Tidak ada perbedaan pada intensitas nyeri atau psikologis dasar antara kedua kelompok.</p> <p>Anak yang belajar <i>guided imagery</i> dengan PMR secara signifikan mempunyai penurunan lama nyeri lebih besar dibanding anak yang hanya latihan pernafasan saja selama 1 bulan (67% vs 21%, p=0,02) dan selama 2 bulan (95% vs 77%)</p> <p>Selama dua bulan <i>follow up</i> lebih banyak anak yang telah belajar <i>guided imagery</i> memenuhi ambang ≤ 4 hari rasa sakit setiap bulan dan tidak meninggalkan aktivitas (RR = 7,3, 95% CI [1.1,48.6]) daripada anak-anak yang belajar hanya latihan pernafasan.</p>
7	<p>Pengaruh <i>guided imagery</i> terhadap tingkat nyeri anak usia 7-13 Tahun saat dilakukan pemasangan infus di RSUD Kota Semarang</p> <p>Mariyam, Sri Widodo</p> <p>2012</p>	<p>Desain: quasi eksperimen</p> <p>Independen: <i>guided imagery</i></p> <p>Dependen: Tingkat Nyeri saat tindakan pemasangan infus</p> <p>Sampel : 28 anak pada kelompok intervensi dan 28 anak pada kelompok</p>	<p>Hasil: Ada pengaruh pemberian <i>guided imagery</i> terhadap tingkat nyeri pada anak usia 7-13 tahun saat pemasangan infus.</p> <p>Umur responden antara umur 7-13 tahun yang banyak berjenis kelamin laki-laki, saat responden dilakukan tindakan</p>

	<p>e-journal LPPM Unimus</p>	<p>kontrol</p> <p>Instrumen : kuesioner untuk mengetahui karakteristik anak, lembar pengkajian tingkat nyeri yaitu <i>Wong Baker Faces Pain Rating Scale</i>, dan MP4 yang berisi rekaman <i>guided imagery</i>.</p> <p>Analisis data: Independen T tes</p>	<p>pemasangan infus selalu didampingi oleh keluarga dan didominasi oleh kehadiran ibu dan sebagian besar responden tidak memiliki pengalaman infus sebelumnya. Rata-rata tingkat nyeri anak usia 7-13 tahun yang tidak diberikan <i>guided imagery</i> saat dilakukan pemasangan infus adalah 4,18 dan rata-rata tingkat nyeri anak usia 7-13 tahun yang diberikan <i>Guided imagery</i> saat dilakukan pemasangan infus adalah 1,68. Tingkat nyeri responden saat dilakukan pemasangan infus pada kelompok kontrol sebagian besar mengalami nyeri hebat (skala 5) yaitu 42,9 % sebanyak 12 anak, hal ini berbeda dengan tingkat nyeri responden pada kelompok intervensi yang sebagian besar mengalami tingkat nyeri skala 2 (sedikit lebih nyeri) yaitu 39,3 %.</p>
--	------------------------------	--	---

BAB 3

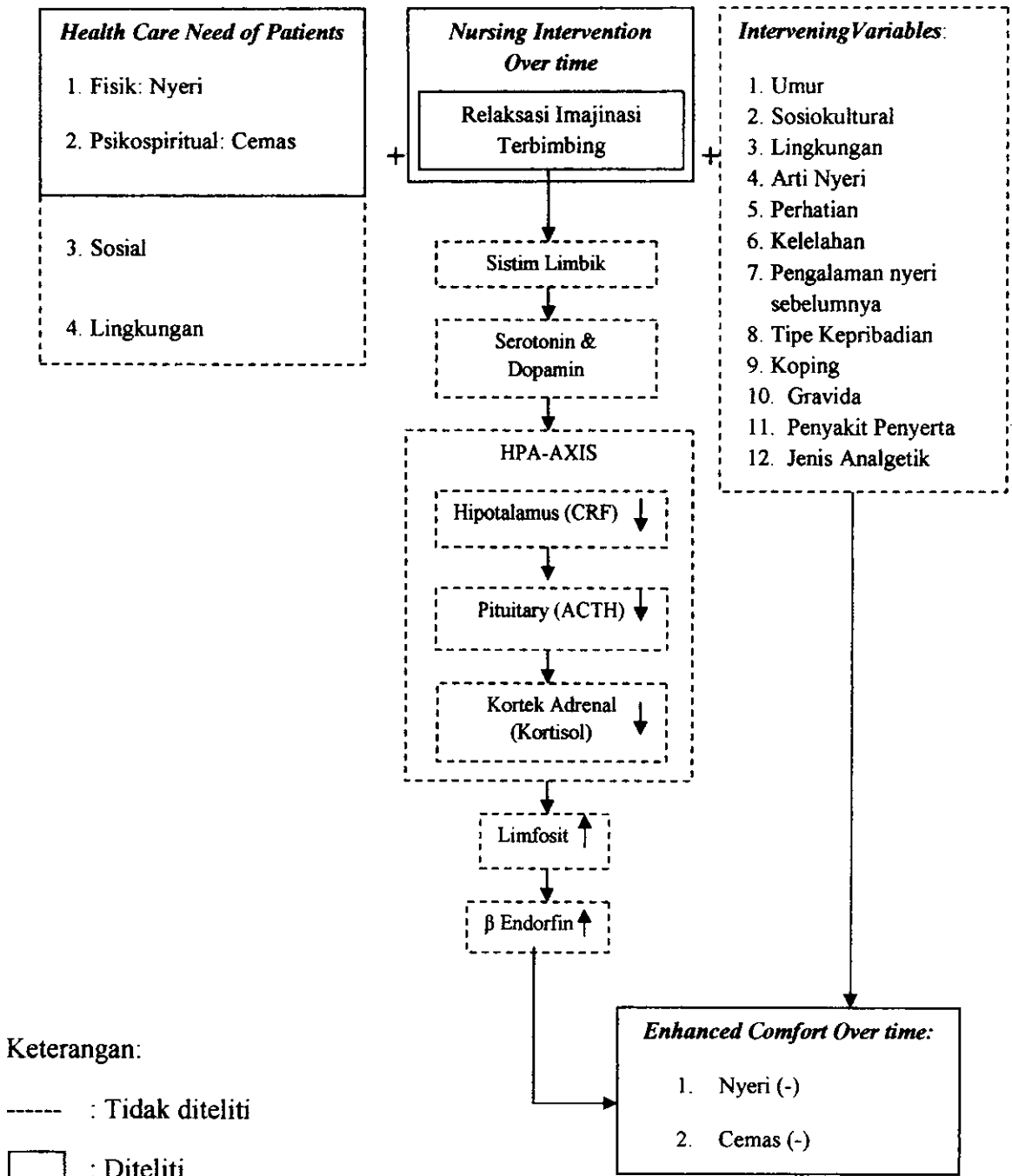
KERANGKA KONSEPTUAL

DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual Penelitian Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri Dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Seksio Sesar Dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba (Kolcaba, 2002)

Kolcaba dalam teorinya mendefinisikan *comfort* sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan pengurangan *relief, ease, and transcendence* yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan (Alligood & Tomey, 2009). Pada ibu Post seksio sesar, nyeri merupakan ketidaknyamanan fisik, sedangkan cemas disebabkan karena kebutuhan psikospiritualnya tidak terpenuhi. Perawat sebagai pemberi pelayanan kepada pasien akan menyediakan kenyamanan kepada pasien dan keluarganya melalui intervensi dengan orientasi pengukuran kenyamanan (Alligood & Tomey, 2009). Intervensi yang akan diberikan kepada ibu post seksio sesar adalah teknik relaksasi relaksasi imajinasi terbimbing, yang diharapkan dengan pemberian relaksasi imajinasi terbimbing dapat meningkatkan kenyamanan pada pasien.

Peningkatan Kenyamanan merupakan hasil dari ilmu keperawatan yang merupakan bagian penting dari teori *comfort*. Apalagi, ketika intervensi kenyamanan (*comfort food*) diberikan secara konsisten dan terus-menerus, maka secara teoritis didapatkan suatu kecenderungan untuk mendapatkan tingkat kenyamanan yang lebih tinggi sehingga dengan sendirinya pasien akan mencapai kesehatan yang diinginkan dalam mencari kesembuhan.

Pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing dapat merangsang hipotalamus untuk mengurangi produksi hormon *corticotrophin-releasing factor* (CRF) sehingga kelenjar hipofise anterior (pituitary) akan menurunkan sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormon*). Penurunan sekresi ACTH menyebabkan kadar kortisol juga mengalami penurunan sehingga terjadilah peningkatan kadar β

endorfin. Relaksasi imajinasi terbimbing juga merangsang sistim limbik di otak untuk merangsang pengeluaran *gamma amino butyric acid* (GABA), *enkephalin* dan β endorfin. Peningkatan β endorfin merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi nyeri dan cemas.

3.2 Hipotesis

Hipotesis (H1) penelitian ini adalah:

1. Ada Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing terhadap Nyeri Ibu Post Seksio Sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.
2. Ada Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Post Seksio Sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.
3. Ada Perbedaan Tingkat Nyeri ibu Post Seksio Sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di RSUD Dr Moewardi Surakarta.
4. Ada Perbedaan Tingkat Kecemasan ibu Post Seksio Sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang jenis dan rancangan penelitian; populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel; variabel penelitian; responden, instrumen penelitian; lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data; cara pengolahan dan analisis data serta kerangka operasional.

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah "*Quasy Experimental*" dengan rancangan penelitian *Non-randomized Pretest – posttest Control Group Design* yaitu peneliti memberikan perlakuan tertentu pada suatu kelompok subjek yang diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, dan tanpa memberikan intervensi pada kelompok kontrol.

Berikut ini adalah skema rancangan penelitian *Non-randomized Pretest – posttest Control Group Design* :

Subjek	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
K-P	O-P	I(+)	O1-P
K-K	O-K	I(-)	O1-K

Gambar 4.1 Skema rancangan penelitian

Keterangan :

K-P : Kelompok Perlakuan

K-K : Kelompok Kontrol

O-P : Observasi nyeri dan tingkat kecemasan sebelum relaksasi imajinasi terbimbing (kelompok perlakuan)

- O-K : Observasi nyeri dan tingkat kecemasan sebelum relaksasi imajinasi terbimbing (kelompok kontrol)
- I (+) : Intervensi relaksasi imajinasi terbimbing
- I (-) : Tidak diberi Intervensi relaksasi imajinasi terbimbing
- O1-P : Observasi nyeri dan tingkat kecemasan sesudah relaksasi imajinasi terbimbing (kelompok perlakuan)
- O1-K : Observasi nyeri dan tingkat kecemasan sesudah relaksasi imajinasi terbimbing (kelompok kontrol)

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi dengan memperhatikan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi berikut ini :

4.2.2.1 Kriteria inklusi

- 1) Ibu Primipara Post seksio sesar hari ke 1 dan ke 2
- 2) Mendapatkan analgetik Ketorolac 3 x 30 mg melalui intravena
- 3) Bayi lahir hidup dan normal
- 4) Komunikasi lisan baik

4.2.2.2 Kriteria eksklusi

- 1) Mempunyai komplikasi penyakit penyerta yang lain: DM, Jantung, Pre Eklampsi, Eklampsi.

- 2) Mengalami gangguan pendengaran.
- 3) Mempunyai gangguan jiwa.
- 4) Terdistraksi kunjungan keluarga/ kegiatan lain saat pemberian intervensi Relaksasi Imajinasi Terbimbing.

4.2.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan rumus Federer (dalam Sastroasmoro, 2002) sebagai berikut:

$$(t-1)(n-1) \geq 15$$

Keterangan:

n = perkiraan besar sampel

t = jumlah perlakuan intervensi

Karena ada 2 perlakuan maka:

$$(t-1)(n-1) \geq 15$$

$$(2-1)(n-1) \geq 15$$

$$n \geq 16$$

Berdasarkan hasil penghitungan, didapatkan jumlah sampel untuk masing-masing kelompok sebanyak 16. Dimana 16 orang sebagai kelompok perlakuan dan 16 orang sebagai kelompok kontrol sehingga jumlah keseluruhan sampel sebanyak 32 orang.

4.2.4 Teknik pengambilan sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara *consecutive sampling* yaitu teknik pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun

waktu tertentu sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 2002:49; Nursalam, 2008:94).

4.3 Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri dan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Post Seksio Sesar dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba di RSUD Dr Moewardi Surakarta

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala
Variabel Bebas : <i>Relaksasi Imajinasi Terbimbing</i>	Suatu teknik relaksasi yang melibatkan indera pendengaran dan pedoman untuk menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk relaksasi dengan membayangkan sesuatu yang menyenangkan dan menenangkan.	Relaksasi Imajinasi Terbimbing dilakukan pada pasien Post seksio sesar yang menggunakan analgetik Ketorolac 3 x 30 mg melalui intravena sebanyak 1 kali selama 15 menit saat jam istirahat pasien (jam 11.00 - 14.00) dengan MP3 Player.	SPO dan Observasi	-
Variabel tergantung terdiri dari :				
1. Nyeri	Nyeri adalah suatu perubahan perasaan tidak nyaman yang dirasakan seseorang secara subjektif, dan hanya dapat dijelaskan oleh orang yang merasakannya.	Skor 0 : Tidak nyeri Skor 1-3 : Nyeri ringan Skor 4-6 : Nyeri sedang Skor 7-9 : Nyeri berat terkontrol Skor 10 : Nyeri berat tak terkontrol	<i>Numerical Pain Rating Seksio Sesarale (NPRS)</i>	Ordinal
2. Kecemasan	Kecemasan merupakan reaksi emosional dari keadaan jiwa individu dimana gejalanya bisa bersifat psikologis maupun fisiologis yang muncul akibat gangguan atau ancaman fisik maupun psikologis.	Skor 20-44: normal/ tidak cemas Skor 45-59: kecemasan ringan Skor 60-74: kecemasan sedang Skor 75-80: kecemasan berat	<i>Zung Self-Rating Anxiety Seksio Sesarale (SAS)</i>	Ordinal

4.4 Responden

Responden dalam penelitian ini adalah ibu Post seksio sesar yang dipilih dengan memperhatikan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Di mana responden penelitian terdiri dari 32 orang yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu 16 orang sebagai kelompok perlakuan dan 16 orang sebagai kelompok kontrol.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam memberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing adalah *MP3 Player* yang berisi rekaman *Script Relaksasi Imajinasi Terbimbing* yang di buat oleh Dyke (2000) dimodifikasi sebagian *relaxing music and impressions The Waters Of Life* oleh Dr. Hans Joechler dan Wealter Poeham produksi Emperor Edutainment tahun 2006 sebagai *background* musiknya. Instrumen tersebut dibuat atas prakarsa peneliti untuk keperluan penelitian dengan melakukan rekaman ulang di studio dibantu oleh narator yaitu seorang *hypnoterapist* yang sudah tersertifikasi.

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kenyamanan/ nyeri menggunakan lembar observasi *Numerical Pain Rating Scale (NPRS)* dari McCaffery, Beebe, et al (1993) yang merupakan skala penilaian nyeri numerik sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah

intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Perry & Potter, 2005).

Tingkat kecemasan diukur menggunakan lembar observasi *Zung Self-Rating Anxiety Seksio Sesarale* (SAS) yang diadopsi dari William W.K. Zung tahun 1971. Alasan menggunakan instrumen ini karena *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) merupakan penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan *favorable* (item 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20) dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). dan 5 pertanyaan *unfavorable* (item nomor 5, 9, 13, 17, 19) dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: hampir setiap waktu, 2: sebagian waktu, 3: kadang-kadang, 4: tidak pernah).

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Dr Moewardi Surakarta. Penelitian ini dilakukan selama 6 bulan yaitu dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2013, sedangkan pengumpulan data dilakukan selama tiga (3) minggu yaitu pada tanggal 2–23 Mei 2013.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

Pengambilan data dalam penelitian ini dimulai dengan mengajukan surat pengantar ijin penelitian kepada Magister keperawatan Fakultas

Keperawatan Universitas Airlangga. Selanjutnya mengajukan surat permohonan ijin penelitian ke bagian pendidikan dan penelitian RSUD Dr Moewardi Surakarta dengan memberikan surat pengantar dari fakultas.

Setelah mendapatkan ijin penelitian dari direktur RSUD Dr Moewardi Surakarta, peneliti menentukan responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, kemudian melakukan pendekatan kepada responden untuk membina hubungan saling percaya dengan responden. Lembar persetujuan diberikan kepada responden bagi responden yang bersedia untuk dilakukan penelitian.

Sebelum diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing, dilakukan penjelasan kepada responden tentang cara dan apa yang harus dilakukan oleh responden. Sebelum dilakukan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing, responden diukur skala nyeri dan tingkat kecemasannya menggunakan instrumen yang sudah ditetapkan oleh peneliti. Kemudian dilakukan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebanyak 1 kali selama 15 menit. Setelah pemberian intervensi selesai, peneliti mengukur kembali skala nyeri dan tingkat kecemasan responden.

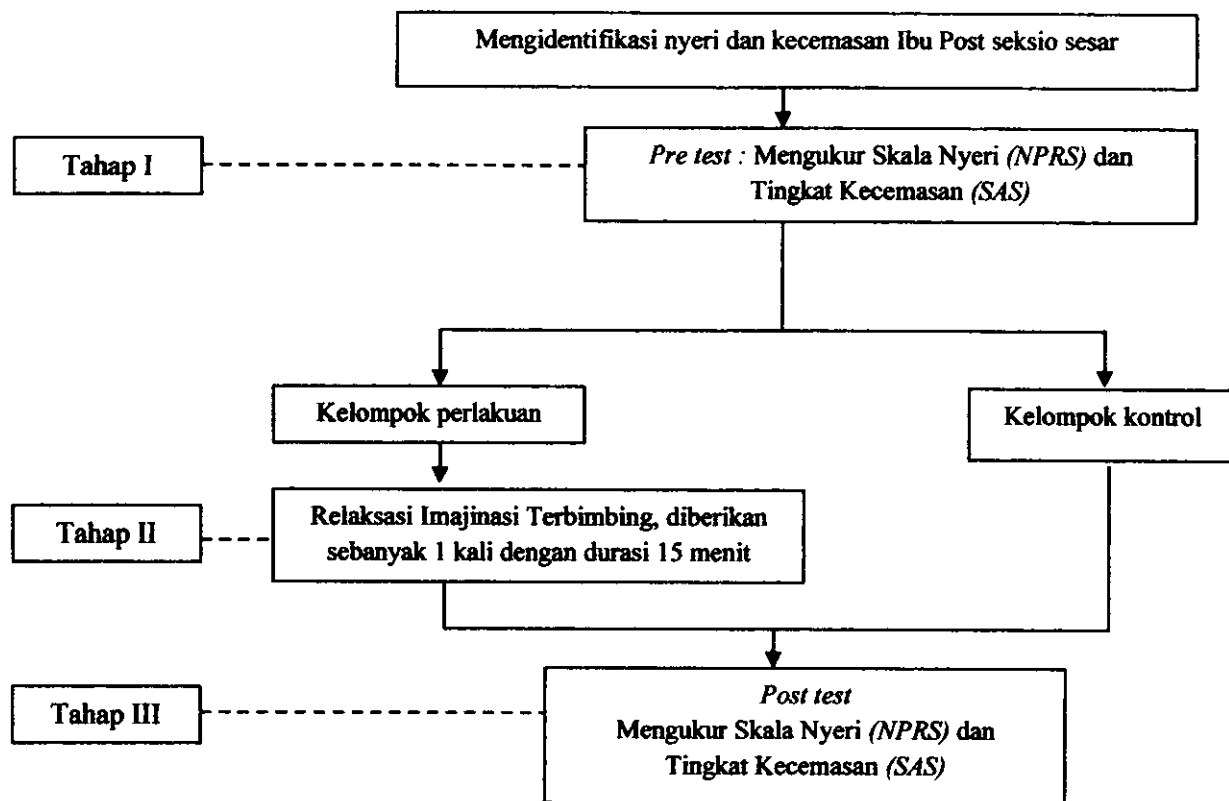
4.8 Pengolahan Data dan Analisis Data

Pengolahan data dalam penelitian ini melalui proses *editing* (memeriksa data, memeriksa jawaban, melakukan pengecekan terhadap data yang dikumpulkan dan memeriksa kelengkapan serta kesalahan), *coding* (memberi kode jawaban responden sesuai dengan indikator pada instrumen), *transferring* (memindahkan jawaban atau kode dalam media tertentu pada *master table*),

tabulating (dari data mentah dilakukan penyesuaian data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat di jumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis).

Data yang sudah diolah dilakukan analisis pengaruh nyeri dan tingkat kecemasan sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Wilcoxon sign rank test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Jika hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} \leq \alpha$ atau nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan ibu post seksio sesar. Sebaliknya bila uji statistik menunjukkan $p\text{-value} > \alpha$ atau nilai $p > 0,005$ maka H_0 diterima artinya tidak ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan ibu post seksio sesar. Kemudian untuk mengetahui perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol digunakan uji statistik *Mann Whitney Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Jika hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} \leq \alpha$ atau nilai $p \leq 0,05$ artinya ada perbedaan nyeri dan tingkat kecemasan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan pada Ibu Post Seksio Sesar dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba di RSUD Dr Moewardi Surakarta

4.10 Etik Penelitian

4.10.1 *Inform consent*

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.10.2 *Anominty*

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden atau subyek penelitian tidak harus dicantumkan. Peneliti akan

memberikan kode-kode pada tiap lembar jawaban yang telah diisi oleh responden.

4.10.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.10.4 *Justice*

Subyek penelitian pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tetap mendapat keadilan, oleh karena itu maka kelompok kontrol tetap diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing setelah dilakukan *post test*.

4.10.5 *Beneficiency dan non maleficiency*

Prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semaksimal untuk memberi manfaat pada responden. Perlakuan di semua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS

Bab ini akan diuraikan hasil penelitian pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap penurunan nyeri dan tingkat kecemasan ibu post Seksio Sesar. Hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden sebagai subyek penelitian dimana akan dibahas dalam bentuk Tabel yang meliputi usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, dan indikasi operasi Seksio Sesar. Variabel yang diukur meliputi skala nyeri dan tingkat kecemasan pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr Moewardi Surakarta selama 3 minggu terhitung dari tanggal 2 – 23 Mei 2013. Responden dalam penelitian ini terdiri dari 32 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan masing-masing kelompok terdiri dari 16 orang. Pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing diberikan sebanyak 1 kali selama 15 menit pada saat jam istirahat pasien yaitu jam 11.00 sampai jam 14.00. Pengukuran skala nyeri dan tingkat kecemasan dilakukan 2 kali yaitu pada kelompok perlakuan dilakukan sebelum pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing dan sesudah pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing. Kelompok kontrol dilakukan 2 kali pengukuran skala nyeri dan tingkat kecemasan dengan selang waktu pengukuran pertama dan kedua selama 15 menit, untuk menjaga asas keadilan pada kelompok kontrol kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing. Setiap kegiatan penelitian, peneliti didampingi oleh seorang perawat sebagai fasilitator. Seluruh pelaksanaan

penelitian dari awal pengukuran awal skala nyeri dan tingkat kecemasan, pemberian intervensi relaksasi imajinasi terbimbing serta pengukuran akhir skala nyeri dan tingkat kecemasan dilakukan oleh peneliti.

5.1 Deskripsi Data Umum

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Dr. Moewardi (RSDM) Surakarta yang berlokasi di Jl. Kol. Soetarto 132 Surakarta. RSDM adalah rumah sakit tipe A milik pemerintah Propinsi Jawa Tengah yang merupakan rumah sakit pendidikan bagi calon dokter Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret dan Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I), tempat praktik calon perawat dengan jenjang pendidikan DIII maupun Program Pendidikan Ners di seluruh wilayah Jawa Tengah dan Institusi yang bekerjasama dengan RSDM, serta tenaga kesehatan yang lain. Selain itu RSDM juga sebagai rumah sakit rujukan wilayah Jawa Tengah khususnya bagian timur. RSDM mempunyai ketenagaan dengan jumlah 1300 orang yang terdiri atas 209 tenaga medis, 188 paramedis keperawatan, 465 paramedis non keperawatan.

Pelayanan kesehatan ibu khususnya yang berkaitan dengan obstetri dan ginekologi diantaranya meliputi pelayanan kebidanan dan kandungan yaitu pemeriksaan kehamilan di poliklinik kehamilan, pertolongan persalinan normal dan patologis, pemeriksaan USG, pemeriksaan dan penanganan penyakit kandungan, program

kehamilan, KB, Seksologi, konsultasi gangguan reproduksi, Klinik laktasi, imunisasi. Pada ibu post partum normal dilakukan IMD, namun untuk persalinan patologis belum dilakukan IMD. Pelayanan post operasi sesar dilakukan di ruang Mawar I yaitu setelah keluar dari ruang operasi dan ruang pemulihan segera dipindahkan ke ruang perawatan ibu nifas bersama bayi yang sehat/ rawat gabung (*Rooming In*), sedangkan bayi yang sakit dirawat di ruang HCU Neonatus maupun NICU. Pelayanan yang dilakukan di ruang nifas baik pada ibu post partum normal maupun seksio sesar terdiri dari pelayanan medis, keperawatan, laboratorium, pemeriksaan penunjang, maupun fisioterapi. Untuk pelayanan keperawatan setiap ibu nifas dilakukan mobilisasi bertahap, senam nifas bersama, perawatan payudara, dan pendidikan kesehatan berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak yang terprogram setiap hari.

5.1.2 Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk menentukan apakah data hasil penelitian berdistribusi normal atau tidak. Penelitian ini tidak dilakukan uji homogenitas karena variabel intervening sudah dikendalikan dengan cara menghomogenkan responden.

5.1.3 Karakteristik usia responden

Tabel 5.1. Distribusi Usia Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 – 23 Mei 2013

Usia (tahun)	Kelompok	
	Perlakuan dan Kontrol	
	f	%
20 – 25	7	43,75
26 – 30	9	56,25
Total	16	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebagian besar adalah usia 26-30 tahun yaitu sebanyak 9 orang (56,25%).

5.1.4 Karakteristik tingkat pendidikan responden

Tabel 5.2. Distribusi Tingkat Pendidikan Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 – 23 Mei 2013

Tingkat pendidikan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
SMP	3	18,75	4	25
SMA	10	62,50	8	50
PT	3	18,75	4	25
Total	16	100	16	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden pada kelompok perlakuan sebagian besar SMA yaitu sebanyak 10 orang (62,50%) dan pada kelompok kontrol sebagian besar juga SMA yaitu sebanyak 8 orang (50%).

5.1.5 Karakteristik pekerjaan responden

Tabel 5.3. Distribusi Pekerjaan Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 – 23 Mei 2013

Pekerjaan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
Pegawai/Karyawan	12	75	11	68,75
Wiraswasta	2	12,5	3	18,75
Lainnya : IRT	2	12,5	2	12,5
Total	16	100	16	100

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pekerjaan responden pada kelompok perlakuan sebagian besar adalah pegawai/karyawan yaitu sebanyak 12 orang (75%), dan untuk kelompok kontrol sebagian besar juga pegawai/karyawan yaitu sebanyak 11 orang (68,75%).

5.1.6 Karakteristik penghasilan responden

Tabel 5.4. Distribusi Penghasilan Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 – 23 Mei 2013

Penghasilan (Rupiah)	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
≤915.900	10	62,5	9	56,25
>915.900	6	37,5	7	43,75
Total	16	100	16	100

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar penghasilan responden pada kelompok perlakuan lebih dari 915.900 yaitu sebanyak 10 orang (62,5%). Demikian pula pada kelompok kontrol sebagian besar juga berpenghasilan lebih dari 915.900 yaitu sebanyak 9 orang (56,25%).

5.1.7 Karakteristik Indikasi Operasi Seksio Sesar

Tabel 5.5 Distribusi Indikasi Operasi Seksio Sesar Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

Indikasi Operasi Seksio Sesar	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
Plasenta Previa	3	18,75	1	6,25
Letak Lintang	2	12,5	1	6,25
Letak Sungsang	2	12,5	1	6,25
CPD	2	12,5	2	12,5
Induksi Gagal	3	18,75	8	50
Bayi Besar	2	12,5	1	6,25
Serotinus	2	12,5	2	12,5
Total	16	100	16	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa indikasi seksio sesar pada kelompok perlakuan sebagian besar karena induksi gagal dan plasenta previa yaitu masing-masing sebanyak 3 orang (18,75%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar indikasi seksio sesar karena induksi gagal yaitu sebanyak 8 orang (50%).

5.2 Deskripsi Data Variabel Penelitian

5.2.1 Distribusi Tingkat Nyeri Responden

Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Nyeri Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

Kategori Nyeri	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tidak Nyeri	0	0	7	43,75	0	0	0	0
Nyeri Ringan	0	0	9	56,25	0	0	0	0
Nyeri Sedang	8	50	0	0	6	37,5	7	43,75
Nyeri Berat Terkontrol	8	50	0	0	10	62,5	9	56,25
Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar responden pada kedua kelompok mempunyai kategori nyeri berat terkontrol, yaitu pada kelompok perlakuan sebanyak 8 orang (50%) dan kelompok kontrol sebanyak 10 orang (62,5%). Sesudah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar responden pada kelompok perlakuan mempunyai kategori nyeri ringan yaitu sebanyak 9 orang (56,25%). Kelompok kontrol sebagian besar mempunyai kategori nyeri berat terkontrol yaitu sebanyak 9 orang (56,5%).

5.2.2 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden

Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

Kategori Kecemasan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tidak Cemas	0	0	9	56,25	0	0	0	0
Kecemasan Ringan	0	0	7	43,75	1	6,25	3	18,75
Kecemasan Sedang	14	87,5	0	0	13	81,25	11	68,75
Kecemasan Berat	2	12,5	0	0	2	12,5	2	12,5
Total	16	100	16	100	16	100	16	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa tingkat kecemasan sebelum diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan masing-masing mempunyai kategori kecemasan sedang, yaitu pada kelompok perlakuan sebanyak 14 orang (87,5%), dan pada kelompok kontrol sebanyak 13 orang (81,25%). Sesudah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian

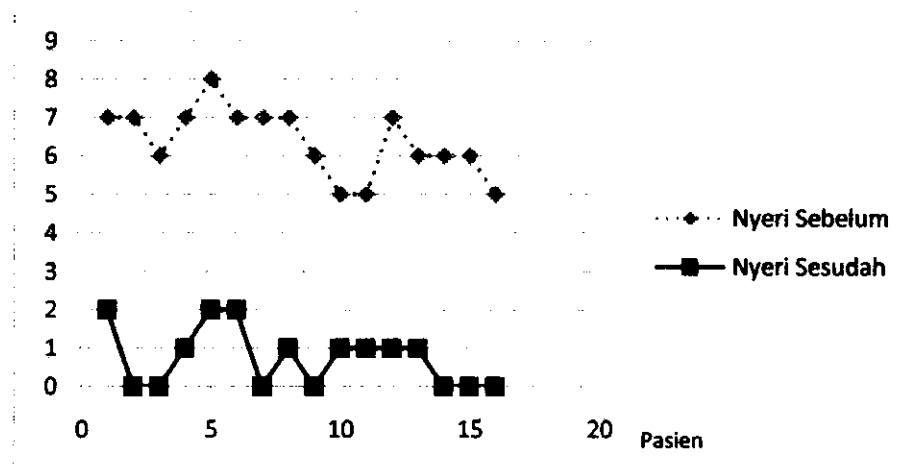
besar responden pada kelompok perlakuan mempunyai kategori tidak cemas yaitu sebanyak 9 orang (56,25%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian mempunyai kategori kecemasan sedang yaitu sebanyak 11 orang (68,75%).

5.2.3 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri

Tabel 5.8. Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

Komponen	Sebelum		Sesudah		Harga p
	Min	Max	Min	Max	
Kelompok perlakuan : Nyeri	5	8	0	2	0,000

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa setelah diuji dengan menggunakan *Wilcoxon* dengan $\alpha = 0,05$ didapatkan skor nyeri pada kelompok perlakuan mempunyai harga $p = 0,000$ maka $p < 0,05$ yang artinya bahwa H_0 ditolak sehingga ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.



Gambar 5.1 Perbedaan Nyeri Pada Kelompok Perlakuan di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

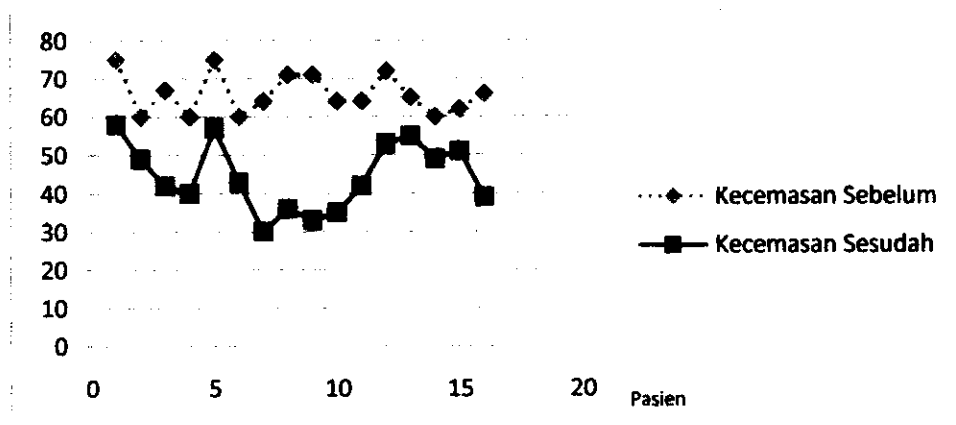
Gambar 5.1 tampak bahwa skor kelompok perlakuan mengalami penurunan tingkat nyeri dimana nyeri pada kelompok perlakuan sebelum intervensi relaksasi imajinasi terbimbing minimal 5 (nyeri sedang) dan maksimal 8 (nyeri berat terkontrol), setelah intervensi relaksasi imajinasi terbimbing didapatkan tingkat nyeri pada kelompok perlakuan menurun menjadi minimal 0 (tidak nyeri) dan maksimal 2 (nyeri ringan). Disimpulkan bahwa ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

5.2.4 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Kecemasan

Tabel 5.9. Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Kecemasan di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

Komponen	Sebelum		Sesudah		Harga p
	Min	Max	Min	Max	
Kelompok perlakuan : Kecemasan	60	75	30	58	0,000

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa setelah diuji dengan menggunakan *Wilcoxon* dengan $\alpha = 0,05$ didapatkan kecemasan pada kelompok perlakuan mempunyai harga $p = 0,000$ maka $p \leq 0,05$ yang artinya bahwa ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap kecemasan ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.



Gambar 5.2. Perbedaan Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan di RSDM Surakarta pada tanggal 2 - 23 Mei 2013

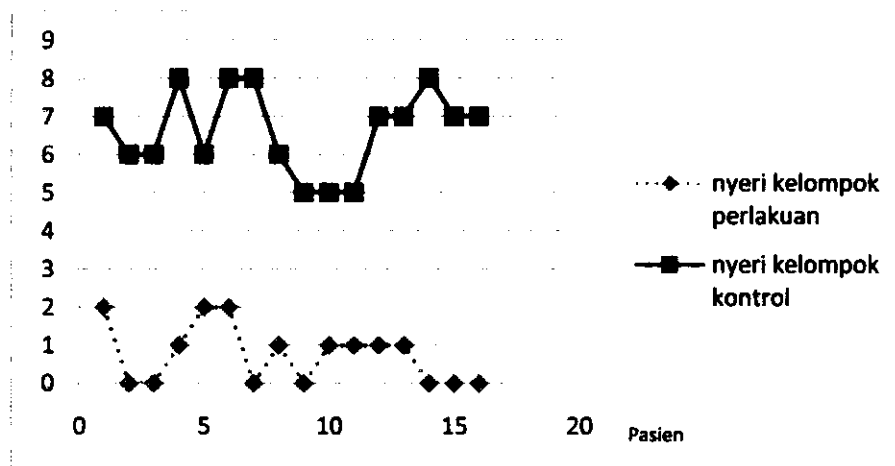
Gambar 5.2 menunjukkan bahwa skor kecemasan pada kelompok perlakuan sebelum intervensi minimal 60 (kecemasan sedang) dan maksimal 75 (kecemasan berat), setelah *post test* didapatkan skor kecemasan menurun yaitu minimal 30 (tidak cemas) dan maksimal 58 (kecemasan ringan). Disimpulkan bahwa ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap kecemasan ibu post seksio sesar di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

5.2.5 Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.10. Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di RSDM Surakarta pada tanggal 2-23 Mei 2013

Komponen	Sesudah		Harga p
	Min	Max	
Kelompok perlakuan : Nyeri	0	2	0,000
Kelompok kontrol : Nyeri	5	8	

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa setelah diuji dengan *Mann-Whitney* menggunakan $\alpha = 0,05$ diperoleh nilai $p = 0,000$ maka $p \leq 0,05$ yang artinya H_0 ditolak sehingga ada perbedaan tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.



Gambar 5.3 Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di RSDM Surakarta pada tanggal 2-23 Mei 2013

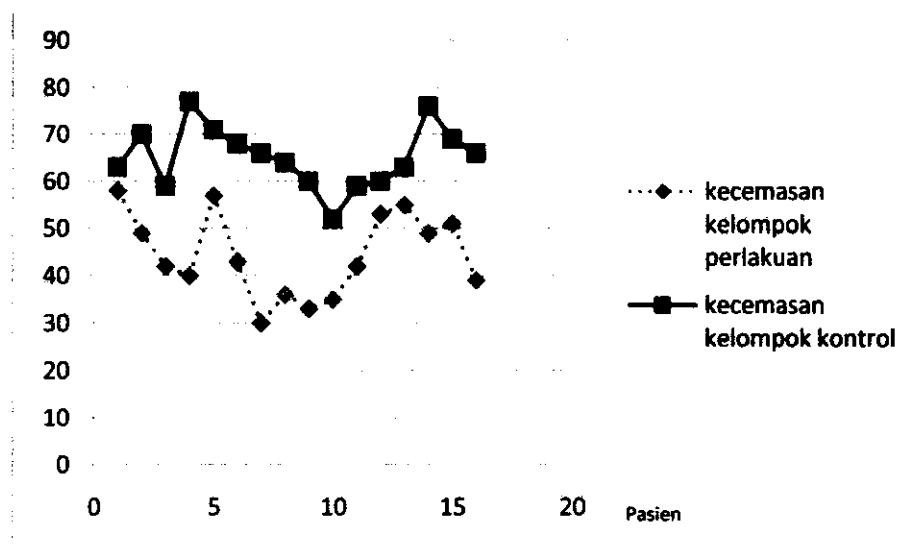
Gambar 5.3 menunjukkan bahwa skor nyeri pada kelompok perlakuan mengalami penurunan dimana nyeri pada kelompok perlakuan sesudah intervensi relaksasi imajinasi terbimbing diperoleh skor minimal 0 (tidak nyeri) dan maksimal 2 (nyeri ringan), pada kelompok kontrol didapatkan skor minimal 5 (nyeri sedang) dan maksimal 8 (nyeri berat terkontrol). Disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat nyeri ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.2.6 Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.11. Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di RSDM Surakarta pada tanggal 2-23 Mei 2013

Komponen	Sesudah		Harga p
	Min	Max	
Kelompok perlakuan : Kecemasan	30	58	0,000
Kelompok kontrol : Kecemasan	52	77	

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa setelah diuji dengan *Mann-Whitney* menggunakan $\alpha = 0,05$ diperoleh nilai $p \leq 0,05$ yaitu $p = 0,000$ artinya H_0 ditolak sehingga ada perbedaan tingkat kecemasan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.



Gambar 5.4 Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di RSDM Surakarta pada tanggal 2-23 Mei 2013

Gambar 5.4 menunjukkan bahwa skor kecemasan pada kelompok perlakuan mengalami penurunan dimana kecemasan pada

kelompok perlakuan sesudah intervensi relaksasi imajinasi terbimbing diperoleh skor minimal 30 (tidak cemas) dan maksimal 58 (kecemasan ringan), pada kelompok kontrol didapatkan skor minimal 52 (kecemasan ringan) dan maksimal 77 (kecemasan berat). Disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat kecemasan ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas mengenai analisis hasil penelitian yang sesuai dengan tujuan khusus penelitian yang meliputi pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri dan tingkat kecemasan serta perbedaan nyeri dan kecemasan ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

6.1 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Nyeri Pada Ibu Post Seksio Sesar

Ada pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri pada ibu post seksio sesar dengan $p=0,000$. Kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar nyeri berat terkontrol, sesudah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar mengalami penurunan menjadi nyeri ringan. Variasi tingkat nyeri pada ibu post seksio sesar kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yaitu dari tidak nyeri sampai nyeri ringan. Sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Kolcaba (2002) bahwa perawatan kenyamanan mempunyai tiga tipe intervensi kenyamanan yaitu pengukuran kenyamanan, *coaching* (mengajarkan), dan *comfort food*. Dalam penelitian ini intervensi yang diberikan yaitu relaksasi imajinasi terbimbing sudah mencakup tiga tipe intervensi kenyamanan tersebut yaitu pengukuran kenyamanan yang dilakukan yaitu dengan melakukan skala nyeri nyeri menggunakan instrumen yang sudah baku yaitu NPRS, untuk tipe yang kedua

yaitu *coaching* (mengajarkan) dengan cara mengajarkan kepada pasien salah satu cara/ metode untuk mengurangi nyeri atau meningkatkan kenyamanan pasien dengan memanfaatkan media audio MP3 untuk mendapatkan *comfort food* yang berupa *Relaksasi Imajinasi Terbimbing*. Penelitian ini mendukung penelitian Rahayu, dkk (2010) tentang pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan yang menyatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing berpengaruh secara signifikan ($p=0,001$) dalam menurunkan tingkat nyeri pasien cedera kepala ringan, namun pasien belum terbebas dari rangsang nyeri. Sesuai dengan penelitian ini bahwa relaksasi imajinasi terbimbing mampu menurunkan tingkat nyeri dari nyeri berat terkontrol menjadi nyeri ringan, namun pasien belum terbebas sama sekali dari rangsang nyeri karena nyeri yang dirasakan tergolong skala nyeri ringan.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat nyeri pada ibu post seksio sesar pada masing-masing responden sangat bervariasi atau tidak sama, kategori tingkat nyeri yang paling banyak pada kelompok perlakuan sesudah intervensi relaksasi imajinasi terbimbing adalah nyeri ringan. Bervariasinya tingkatan nyeri pada responden secara tidak langsung dipengaruhi oleh karakteristik responden yang berbeda. Data penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar usia responden berada pada rentang 26-30 tahun yang tergolong usia dewasa dimana responden sudah mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialaminya. Variasi tingkat nyeri juga dipengaruhi oleh banyak faktor yang turut berperan dalam mempengaruhi respon nyeri seseorang, seperti sosiokultural, lingkungan, arti nyeri, kecemasan, mobilisasi dan

aktivitas ibu, perasaan senang dan bahagia yang dirasakan ibu, serta koping individu maupun pengalaman nyeri sebelumnya. Hal tersebut sesuai dengan asumsi dasar kenyamanan yang dikemukakan oleh Kolcaba bahwa manusia mempunyai respon holistik terhadap rangsangan yang kompleks, peningkatan kenyamanan akan memperkuat respon perilaku pencarian kesehatan (Alligood & Tomey, 2009).

6.2 Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Kecemasan pada Ibu Post Seksio Sesar

Relaksasi imajinasi terbimbing mempengaruhi tingkat kecemasan ibu post seksio sesar dengan $p = 0,000$. Kelompok perlakuan sebelum intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar mempunyai kecemasan sedang, sesudah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing sebagian besar mengalami penurunan kecemasan pada kategori tidak cemas. Penelitian ini mendukung penelitian Choi (2010) tentang pengaruh terapi relaksasi terhadap kecemasan dan stress pada ibu yang melahirkan bayi prematur bahwa terapi relaksasi efektif mengurangi tingkat kecemasan dan mengurangi stres pada ibu yang melahirkan bayi prematur dengan hasil penelitian bahwa skor kecemasan pada kelompok perlakuan lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Seperti diketahui bahwa kecemasan merupakan suatu keadaan kegelisahan mental, keprihatinan, ketakutan, firasat ataupun putus asa yang disebabkan adanya suatu ancaman yang akan terjadi atau antisipasi yang tidak dapat diidentifikasi oleh individu itu sendiri (Kozier, 2010). Faktor-faktor yang

mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang antara lain tingkat pendidikan, usia, tipe kepribadian, jenis kelamin, dan potensial stressor (Varcarolis, 2010). Variasi tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing dari kecemasan sedang sampai tidak cemas.

Faktor-faktor yang berperan dalam mengurangi kecemasan tersebut tidak hanya berasal dari segi usia, tingkat pendidikan, indikasi operasi, akan tetapi akibat adanya stresor psikososial yang menyebabkan perubahan dalam kehidupannya sehingga seseorang terpaksa harus beradaptasi. Proses adaptasi tersebut yang akan memicu kecemasan pada pasien.

Kecemasan pada ibu post seksio sesar dapat dipengaruhi oleh stressor tindakan pembedahan yang baru saja dialami, sehingga ibu merasa takut, khawatir, putus asa dan merasa terancam akan sesuatu hal yang akan terjadi setelah ibu mengalami operasi seksio sesar diantaranya khawatir jika ibu tidak mampu melaksanakan peran sebagai ibu khususnya dalam merawat bayinya, takut untuk bergerak karena luka operasinya masih terasa nyeri, untuk itu peran orang terdekat, keluarga, lingkungan, maupun perawat dalam hal ini sangat diperlukan untuk membantu ibu mengurangi beban psikologis kecemasan yang dialaminya. Sesuai dengan pendapat Barbara (2002) bahwa tindakan pembedahan dan nyeri akibat pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang sehingga dapat menyebabkan kecemasan.

Kecemasan terjadi ketika *gamma amino butyric acid* (GABA) tidak dapat mengikat secara akurat ke sel reseptor, atau ketika ada tapi terlalu

sedikit reseptor GABA, neuron yang berlebihan akan menyebabkan seseorang tidak mampu menerima pesan yang cukup untuk “berhenti”, akibatnya orang tersebut terus menerus tegang, cemas dan terlalu gelisah yang dapat memicu peningkatan saraf simpatis sehingga menimbulkan gejala-gejala fisiologis maupun psikologis (Silbernagl & Florian, 2007). Gejala fisiologis dan psikologis yang dirasakan oleh pasien dapat mengganggu kenyamanan pasien, untuk itu relaksasi imajinasi terbimbing dilakukan agar kecemasan berkurang. Relaksasi imajinasi terbimbing dalam teori *comfort* Kolcaba merupakan salah satu *Comfort food* untuk jiwa, meliputi intervensi yang menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Sesuai dengan tipe *comfort* Kolcaba bahwa penurunan kecemasan ibu post seksio sesar akibat intervensi relaksasi imajinasi terbimbing menjadikan pasien *relief*, dimana pasien (*recipient*) memiliki pemenuhan kebutuhan yang spesifik dalam hal ini kecemasan menurun. Pasien juga merasakan *ease*, dimana pada saat diberikan intervensi relaksasi imajinasi terbimbing pasien mengalami suatu keadaan yang tenang dan menyenangkan. Kondisi *transcendence* juga dirasakan pasien ketika kecemasannya sudah menurun yang berarti pasien sudah berhasil mencapai kenyamanan diatas masalah yang sebelumnya dirasakan.

6.3 Perbedaan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tingkat nyeri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mengalami perbedaan dengan $p = 0,000$. Rata-rata nyeri (lampiran 15) pada

kelompok perlakuan adalah 8,50 dan pada kelompok kontrol 24,50, hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah intervensi relaksasi imajinasi terbimbing. Perbedaan tingkat nyeri pada ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya karena adanya pengaruh dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang diberikan pada kelompok perlakuan, sedangkan kelompok kontrol tidak.

Intervensi relaksasi imajinasi terbimbing tersebut menuntun ibu post seksio sesar untuk membayangkan sebuah pemandangan alam yang seakan-akan tampak nyata dengan panduan rekaman audio. Rangsangan tersebut akan dikirimkan ke sensori thalamus melalui batang otak. Di thalamus rangsangan tersebut akan diproses dan dikirimkan ke korteks serebri, hipokampus dan amigdala, sehingga akan terbentuk emosi positif yang akan memberikan respon berupa perasaan tenang, rileks yang dapat meningkatkan kenyamanan dan pada akhirnya dapat mengurangi nyeri.

Pemberian intervensi telah sesuai dengan kriteria inklusi yaitu diberikan pada ibu primipara post seksio sesar hari pertama dan kedua, dimana pada hari pertama dan kedua responden masih mendapatkan terapi analgetik ketorolac 30 mg melalui intravena sebanyak 3 kali dalam 24 jam, demikian juga pada kelompok kontrol juga mendapatkan terapi yang sama. Ketorolac merupakan jenis analgetik non narkotik yang merupakan obat anti inflamasi non steroid dengan aktivitas anti piretik lemah dan anti inflamasi, dimana ketorolac sebagai analgetik yang bekerja perifer karena tidak

mempunyai efek terhadap opiat (Yudhowibowo, 2011). Relaksasi imajinasi terbimbing bekerja melalui mekanisme HPA Axis dimana relaksasi imajinasi terbimbing akan menstimulasi hipotalamus untuk mengurangi produksi hormon *corticotrophin-releasing factor* (CRF) sehingga kelenjar hipofise anterior (*pituitary*) akan menurunkan sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormon*), sehingga meningkatkan kadar POMC dan β *endorfin*. Peningkatan β *endorfin* merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi nyeri.

Relaksasi Imajinasi Terbimbing merupakan teknik perilaku kognitif dimana seseorang dipandu untuk membayangkan suatu kondisi yang santai atau pengalaman yang menyenangkan Rank (2011). Mekanisme imajinasi positif dapat melemahkan psikoneuroimmunologi yang mempengaruhi respon stres, selain itu dapat melepaskan endorfin yang melemahkan respon rasa sakit dan dapat mengurangi rasa sakit atau meningkatkan ambang nyeri (Hart, 2008).

Perbedaan tingkat nyeri yang signifikan pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dapat dikaitkan dengan mekanisme relaksasi imajinasi terbimbing yang mampu mempengaruhi respon stres, serta berkaitan dengan teori *Gate Control* yang menyatakan bahwa hanya ada satu impuls saja yang dapat berjalan melalui sumsum tulang ke otak pada satu waktu dan apabila impuls ini diisi dengan pikiran lain dalam hal ini relaksasi imajinasi terbimbing maka sensasi nyeri tidak dapat dikirim ke otak oleh karena itu rasa nyeri akan berkurang. Ibu post seksio sesar mengalami kerusakan jaringan akibat pembedahan yang dapat merangsang nosireseptor untuk

mentransmisikan nyeri ke otak namun dengan adanya relaksasi imajinasi terbimbing maka transmisi nyeri akan berkurang sehingga nyeri menurun atau bahkan tidak dirasakan.

Penelitian ini mendukung penelitian Kolcaba (1999) tentang pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing pada kenyamanan wanita dengan kanker payudara stadium awal yang akan menjalani terapi radiasi, dengan hasil bahwa kelompok perlakuan memiliki kenyamanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol dari waktu ke waktu. Sesuai dengan teori *Comfort* Kolcaba bahwa dengan pemberian intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dalam penelitian ini adalah relaksasi imajinasi terbimbing, maka *outcome* yang didapatkan pasien adalah *comfort*/kenyamanan dalam hal ini adalah penurunan nyeri.

Relaksasi imajinasi terbimbing dapat mengurangi nyeri pada pasien post seksio sesar. Jacobson (2006) menyatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing dapat berfungsi sebagai pengalih perhatian dari stimulus yang menyakitkan dengan demikian dapat mengurangi respon nyeri. Peneliti menganalisa bahwa selama intervensi relaksasi imajinasi terbimbing berlangsung dapat memberikan rasa tenang dan nyaman pada ibu post seksio sesar karena relaksasi imajinasi terbimbing memiliki irama musik lembut disertai dengan tempo lambat serta suara yang lembut sehingga ibu merasa lebih rileks, santai dalam membayangkan suasana yang terdengar dalam rekaman. Kondisi ibu saat relaksasi menjadi lebih santai, rileks, tenang, dan nyaman tersebut mampu mengurangi rasa nyeri bahkan sampai tidak

merasakan nyeri sama sekali, maka dapat dikatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing mampu mengurangi nyeri ibu post seksio sesar.

6.4 Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tingkat kecemasan ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mengalami perbedaan dengan $p = 0,000$. Rata-rata tingkat kecemasan (lampiran 16) pada kelompok perlakuan adalah 8,75 dan rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok kontrol adalah 24,25, dapat dikatakan bahwa perbedaan tingkat kecemasan pada ibu post seksio sesar pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya karena adanya pengaruh dari intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan, sedangkan kelompok kontrol tidak. Intervensi yang diberikan dapat mempengaruhi tingkat kecemasan ibu post seksio sesar karena relaksasi imajinasi terbimbing menghubungkan persepsi, respon emosional dan respon psikologis (Eller, 1995 dalam Menzies, 2011).

Isi rekaman dalam relaksasi imajinasi terbimbing yang diberikan pada ibu post seksio sesar dibuat khusus untuk kepentingan penelitian ini berdasarkan script imajinasi terbimbing Dyke (2000) yang ditambahkan background musik relaksasi *the waters of life* karya Joechler & Wealter (2006) dimana irama musik relaksasi tersebut sama dengan irama detak jantung manusia, sehingga musik relaksasi mampu memberikan efek relaksasi yang optimal. Musik relaksasi sebagai gelombang suara yang dapat meningkatkan respon β *endorphin*, yang dapat mempengaruhi suasana hati

dan dapat menurunkan kecemasan pasien. Musik yang didengarkan pasien diterima meatus akustikus eksternus sehingga menyebabkan membran tympani bergetar. Getaran-getaran tersebut selanjutnya diteruskan menuju *inkus* dan *stapes* melalui *malleus* yang terkait pada membran itu. Aksi hidrolik dan pengungkit memperbesar energi bunyi untuk menggerakkan medium cairan *perilimfe* dan *endolimfe* untuk meneruskan getaran ke organ *corti* dalam *kokhlea* dimana getaran diubah dari sistem konduksi ke sistem saraf melalui *nervus auditorius* dan kemudian diantarkan ke otak. Impuls pendengaran tersebut berlanjut ke sistem limbik dan merangsang pengeluaran *gamma amino butyric acid* (GABA), *enkephalin* dan β *endorphin*, dimana zat-zat tersebut menimbulkan efek analgesia sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan pasien (Price & Wilson, 2005)

Relaksasi imajinasi terbimbing mempengaruhi kerja sistim limbik, untuk mensekresi serotonin dan dopamin. Dopamin merupakan neurotransmitter susunan saraf pusat yang mampu menurunkan stress dan kecemasan. Serotonin meningkatkan produksi dopamin dan menurunkan produksi kortisol (Field, et al, 2005).

Relaksasi imajinasi terbimbing yang diberikan pada kelompok perlakuan secara langsung berpengaruh terhadap tingkat kecemasan ibu post seksio sesar hal tersebut terjadi karena relaksasi imajinasi terbimbing juga merangsang sistim limbik di otak untuk merangsang pengeluaran *gamma amino butyric acid* (GABA), *enkephalin* dan β *endorfin*. Peningkatan β *endorfin* merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi kecemasan (Price & Wilson, 2005). Sesuai dengan

teori *Comfort Kolcaba* bahwa dengan pemberian intervensi keperawatan dari waktu ke waktu (*nursing intervention over time*) yang sesuai dengan kebutuhan pasien dalam penelitian ini adalah pemberian tindakan keperawatan yang didalamnya terdapat intervensi relaksasi imajinasi terbimbing, maka *outcome* yang didapatkan pasien adalah *comfort/kenyamanan* dalam hal ini adalah penurunan tingkat kecemasan (Alligood & Tomey, 2009).

Penelitian ini mendukung penelitian Pizzaro (2007) tentang pengaruh relaksasi dan relaksasi imajinasi terbimbing terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani *brachytherapy* dimana hasilnya menyatakan bahwa relaksasi imajinasi terbimbing efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan, depresi dan ketidaknyamanan tubuh pasien yang harus tetap terisolasi sementara menjalani *brachytherapy*. Penelitian ini juga mendukung penelitian Church (2006) bahwa relaksasi imajinasi terbimbing mampu mengurangi kecemasan pada anak sebelum dan sesudah dilakukan tindakan invasif sebanyak 65%,

Peneliti menganalisa bahwa relaksasi imajinasi terbimbing merupakan salah satu teknik relaksasi yang melibatkan pikiran dan tubuh dimana audio yang diperdengarkan pada ibu post seksio sesar bersifat menenangkan, menimbulkan perasaan senang, membantu pelepasan endorfin, mengalihkan perhatian dari rasa cemas, serta membuat ibu menjadi rileks sehingga dapat mengurangi kecemasan. Kecemasan yang berkurang dapat memberikan pengaruh psikologis, ibu menjadi lebih tenang, rileks, tidak merasa takut maupun khawatir akan terjadi sesuatu serta dapat meningkatkan motivasi ibu

dalam proses perawatan dirinya maupun perawatan bayinya, sehingga ibu menjadi lebih percaya diri.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai beberapa keterbatasan antara lain:

- 1) Peneliti mengabaikan faktor yang mungkin dapat mempengaruhi hasil penelitian, seperti isi *script* imajinasi yang dapat menyebabkan pasien menjadi lebih cemas dan nyeri, misalnya pasien yang takut ketinggian atau takut binatang tertentu seperti yang disebutkan dalam *script* imajinasi.
- 2) Peneliti tidak melibatkan faktor biologis yang benar-benar dapat menggambarkan hasil penelitian berdasarkan pengukuran klinis.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Teknik relaksasi imajinasi terbimbing menurunkan tingkat nyeri ibu post seksio sesar berdasarkan skor Numerical Pain Rating Scale melalui stimulus hipotalamus untuk mengurangi produksi hormon *corticotrophin-releasing factor* (CRF) sehingga kelenjar hipofise anterior (*pituitary*) akan menurunkan sekresi ACTH (*adrenocorticotropic hormon*), sehingga meningkatkan kadar POMC dan β *endorfin*. Peningkatan β *endorfin* merupakan respon dari intervensi relaksasi imajinasi terbimbing yang dapat mengurangi nyeri.
2. Teknik relaksasi imajinasi terbimbing menurunkan tingkat kecemasan ibu post seksio sesar dengan cara mempengaruhi sistim limbik, untuk mensekresi serotonin dan dopamin. Dopamin merupakan neurotransmitter susunan saraf pusat yang mampu menurunkan stress dan kecemasan. Serotonin meningkatkan produksi dopamin dan menurunkan produksi kortisol, sehingga tingkat kecemasan ibu post seksio sesar akan menurun dan ibu merasa nyaman (*comfort*).

7.2 Saran

Berdasarkan hasil dan beberapa keterbatasan penelitian, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

- 1) Teknik relaksasi imajinasi terbimbing dapat diterapkan pada ibu post seksio sesar untuk mengurangi nyeri dan menurunkan kecemasan.
- 2) Bagi pihak instansi kesehatan diharapkan dapat menerapkan teknik relaksasi imajinasi terbimbing untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien, untuk itu diperlukan kerjasama yang baik antara pasien dan perawat dalam pelaksanaan relaksasi imajinasi terbimbing.
- 3) Penelitian selanjutnya hendaknya menghubungkan faktor-faktor biologis yang dapat mempengaruhi penurunan nyeri dan tingkat kecemasan pasien post seksio sesar seperti pengukuran tanda-tanda vital, kadar β *endorfin* dan kortisol.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R & Tomey, A.M (2009), *Nursing Theorist And Their Work*, 7th edition, Mosby Inc, USA, hal: 726-742
- Anderson, Robert A. (2006). Townsend Letter: Immunity, Guided Imagery and Relaxation. *International Journal of Childbirth Education*, USA, 1 Juli 2006, hal 67-75
- Asmadi (2008), *Teknik prosedur keperawatan: konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*, Salemba Medika, Jakarta.
- Ackerman CJ, Turkoski B. (2000), Using Guided Imagery To Reduce Pain And Anxiety. *Home Healthcare Nurse*. Volume 18, Issue 8, hal. 524-530.
- Barbara, A (2002). *Paradigma for Psychopatology*. EGC. Jakarta.
- Brench, Grant, (2002), *Mengenal dan Menanggulangi Kekhawatiran (Seri Mengenal Diri)*, PT. Prehalindo, Jakarta.
- Carpenito, L.J (2000). *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi pada Praktik Klinis*. Edisi 6. EGC. Jakarta. Hal 394-399
- Caulfield, Anne.(2013). *Obstetric Anesthesia*. www.ucidenver.edu diakses tanggal 26 Februari 2013
- Choi, Myung Sook, Park, Young Joo, (2010), The Effects of Relaxation Therapy on Anxiety and Stress of Pregnant Women with Preterm Labor. *Korean Journal Women Health Nursing*, Volume 16 No 6, p. 336-347
- Church, J (2006). *Guided Imagery In Colateral Surgery*. <http://www.guidedimageryinc.com> diakses tanggal 7 Desember 2012
- Dahlan, M. Sopiudin. (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Doenges, M.E (2001). *Rencana Perawatan Maternal/Bayi: Pedoman Untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien*, Edisi 2, Alih Bahasa Monica Ester. EGC, Jakarta.
- Dyke, Pat & Colin (2000). *Relaksasi dalam Sepekan*. Kesaint Blanc, Bekasi. Hal 18-23, 47-50
- Fertl, K.I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and Effects of Different From of Anxiety During Pregnancy After A Prior Miscarriage. *European Journal of Obstetric & Gynecologic And Reproductive Biology*. 142: 23-29

- Field, T., Hernandez, M., Diego, M. (2005). Cortisol Decreases and Serotonin and Dopamin Increases Following Massage Theraphy. *International Journal Neuroscience*. Vol 115. P: 1397-1413
- Gill, S. (2002). *Berhasil Mengatasi Nyeri*. Arcan. Jakarta.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Emotions*. American Psychologic Association, Washington
- Hart, J. (2008). *Guided Imagery*. Mary Ann Liebert Inc, 14(6), 295-299.
- Heron, J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. (2005). The ALSPAC Study Team: The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and The Postpartum in Community Sampel. *Journal of Affective Disorder*, 80(1):65-73
- Ismed, Y. (2000), *Manajemen Stress Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Menurut Sudut Pandang Biomedis dan Islam*, FK. Unisula, Semarang.
- Jacobson, A.F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for IV insertion pain. *AORN JOURNAL*, 84(6), 1031-1045.
- Joechler, Hans & Wealter Poeham. (2006). *Relaxing music and impressions The Waters Of Life*, Emperor Edutainment, Jakarta.
- Jong, Wim De, R. Sjamsoehidajat. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*, EGC, Jakarta.
- Kainu, J.P, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmaki E, Korttila KT. (2010). Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study, *International Journal of Obstetric Anesthesia*, Jan;19(1):4-9
- Kalat, J.W. (2007). *Biological Psychology*. Thompson Learning Inc. California.
- Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26(1), 67-72.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Kolcaba, K. (2002). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*, Springer Publishing Company
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: a framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(2), 102-114.
- Kozier, B., Erb, G, Berman, A., Snyder, S, (2009). *Buku ajar praktik keperawatan klinik*. Alih bahasa: Eny Meiliya, Esty Wahyuningsih, Devi Yulianti. Edisi 5. EGC, Jakarta.

- Kozier, B. Glenora, E, Berman, A., Snyder, S (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, EGC, Jakarta.
- Littauer, F. (2011). *Personality Plus For Couple*. Revell, Washington.
- Long, C. Barbara. (2006), *Perawatan Medikal Bedah (Suatu Pendekatan Proses Keperawatan)*, Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran, Bandung.
- Maimunah, A.& Sofia R. (2011). Pengaruh Pelatihan Relaksasi Dengan Dzikir Untuk Mengatasi Kecemasan Ibu Hamil Pertama. *Jurnal Psikologi Islam PSIKOISLAMIKA*, Vol 8, no 1, hal 1-22
- Maramis, W.F. (2005), *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Mariyam, Sri Widodo. (2012). Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Nyeri Anak Usia 7-13 Tahun Saat Dilakukan Pemasangan Infus di RSUD Kota Semarang. *Journal Universitas Muhammadiyah Semarang*. LPPM Unimus. Semarang
- McCaffery, M, & Beebe,A. (1993). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*, Mosby Company, Baltimore
- Menzies, V, Taylor, AG, Bourguignon C. (2006). Effect of Guided Imagery on Outcomes of Pain, Functional Status, and Self Efficacy in Persons Diagnosed With Fibromyalgia. *Journal Alternative Complementer Med.* Jan-Feb(I): 23-30
- Mochtar, R. (2011), *Sinopsis Obstetri*, Edisi 3 , EGC, Jakarta
- Monk, C. (2011). Stress And Mood Disorders During Pregnancy Implications For Child Development. *Journal Of Psychiatric Quarterly.* 72 (4): 347-357
- Mubarak, W.I., Chayatin, N. (2007). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia teori dan aplikasi dalam praktek*. EGC, Jakarta
- Muttaqin, A. (2008). *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, edisi 2, Salemba Medika, Jakarta.
- Perry & Potter. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4, EGC, Jakarta.

- Pinel, J.P.J (2009). *Biopsikologi*. Edisi ketujuh (terjemahan). Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Pizzaro, C.L, Ignasi, G, Barthe E, Roviroso A, Farrus B, et al. (2007). A Randomized Trial Of The effect of Training In Relaxation And Guided Imagery Techniques in Improving Psychological and Quality of Life Indices for Gynecologic and Breast Brachytherapy Patients. *Psycho-Oncology*. Wiley Inter Science. Spain, Nov;16(11):971-9
- Polaski, L. Arlene. (1999). *Core Principle And Practise of Medical Surgical Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Prasetyo, S.N. (2010). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2005). *Patofisiologi : Konsep klinis proses-proses penyakit (Pathophysiology : Clinical concepts of disease processes)*. Alih bahasa : Brahm, U. Pendit. Edisi 6. Volume 2. EGC, Jakarta.
- Procelli, D.E. (2005). *The Effects of Music Therapy and Relaxation Prior to Breastfeeding on the Anxiety of New Mothers and the Behavior State of Their Infants during Feeding*, Thesis, Florida State University
- Rahayu, Urip, Nursiswati, Aat Sriati. (2010). *Pengaruh Guide Imagery Relaxation Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan*. Laporan Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. Bandung
- Rank. (2011). *Guided Imagery therapy*. Diakses pada 10 Maret 2013 dari <http://www.minddisorders.com>.
- Sastroasmoro,S. (2002). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Sagung Seto, Jakarta
- Sibernagl, S., Florian Lang. (2007). *Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi*, EGC, Jakarta.
- Skouteris, H., Wertheim, E.H., Rallis, S., Milgrom, J & Paxton, S. (2008). Depressions and Anxiety Through Pregnancy And The Early Post Partum: An Examination of Prospective Relationship. *Journal of Affective Disorders*, 113. 303-308
- Smeltzer & Bare. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, Vol. 2, edisi 8, EGC, Jakarta.
- Storm, Karl. (2007). Pascaoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Vol 36 no 5, hal 430-440

- Stuart & Sundeen. (2005). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 3, EGC, Jakarta
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*, cetakan ke-10, Alfabeta, Bandung.
- Sumanto, R, Mursito, Ernawati. (2011). Hubungan Tingkat Nyeri dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di RSUD PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Volume 7, No. 2, Juni 2011
- Sumartini, S. (2012). *Pengaruh Guided Imagery Relaxation Terhadap Intensitas Nyeri Angina Pectoris Pada Pasien Sindrom Koroner Akut di RSUP Hasan Sadikin Bandung*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. Bandung
- Townsend, Mary C. (2004). *Pedoman Obat dalam Keperawatan Psikiatri*, Edisi 2. EGC, Jakarta.
- Tusek, D. Cywnar ,RE. (2000). Strategies for Implementing a Guided Imagery Program to Enhance Patient Experience. *AACN Clinical Issues Advanced Practice in Acute and Critical Care*. February, Volume 11, Issue 1, hal. 68-76.
- Varcarolis, EM, Carson, VB, Shoemaker, N. (2010). *Foundation of Psychiatric Nursing Mental Health Nursing*, WB. Saunders Company, Philadelphia.
- Weydert, J.A, Shapiro, D.E, Acra, S.A, Monheim, C.J, Chambers, A.S, Ball, T.M. (2006). Evaluation of Guided Imagery as treatment for Recurrent Abdominal Pain in Children: A Randomized Controlled Trial. *BMC Pediatrics*. Arizona USA. Nov 8;6:29.
- Wibisono, A. (2002). *Hubungan Sholat Dengan Kecemasan*, Studio Press, Jakarta
- Yudhowibowo, Ifar Irianto, Hari Hendrianto Satoto, Himawan Sasongko. (2011). Obat-obat Anti Nyeri. *Jurnal Anestesiologi Indonesia*. Volume III Nomor 3, hal 182-205
- Zung, William WK. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorders. 12(6): *Psychosomatics*. 371-379.

LAMPIRAN

Lampiran 1

PERMOHONAN UNTUK MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Calon Responden

Di Ruang Mawar I RSUD DR. Moewardi Surakarta

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dewi Kartika Sari

NIM : 131 141 003

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Relaksasi Imajinasi Terbimbing Terhadap Nyeri dan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Post Seksio Sesar dengan Pendekatan teori *Comfort* Kolcaba Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden, tidak ada ancaman bagi saudara.

Jika saudara telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk mengundurkan diri, maka saudara diperbolehkan.

Apabila saudara menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan ini. Atas perhatian dan kesediaannya sebagai responden dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Dewi Kartika Sari

Lampiran 2

PERSETUJUAN UNTUK MENJADI RESPONDEN

Dengan mendatangi lembar ini, saya memberi persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Dewi Kartika Sari

NIM : 131 141 003

Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh relaksasi imajinasi terbimbing terhadap kenyamanan dan tingkat kecemasan pada ibu post Seksio Sesar dengan Pendekatan Teori *Comfort Kolcaba* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Saya mengerti resiko yang terjadi sangat kecil dan saya telah diberitahu bahwa jawaban terhadap pertanyaan yang diberikan ini bersifat sukarela dan jawaban tidak akan diberitahukan kepada siapapun, dan saya bersedia mengikuti kegiatan yang telah diprogramkan oleh peneliti.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif dan merugikan saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

Surakarta, ... Mei 2013

Saksi

Hormat Saya

(.....)

(.....)

Lampiran 3

**SATUAN ACARA KEGIATAN
RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING**

Topik	: Relaksasi Imajinasi Terbimbing
Sasaran	: Responden Penelitian (Ibu Post Seksio Sesar)
Waktu	: 2-23 Mei 2013
Tempat	: Ruang Mawar I RSUD Dr Moewardi Surakarta

A. Latar Belakang

Tindakan seksio sesar terus meningkat karena berbagai sebab. Di Amerika Serikat, kejadian seksio sesar berkisar antara 25-30%, tampaknya angka ini akan terus meningkat karena perubahan demografi dan perubahan kebijakan tindakan obstetri. Hal ini terbukti dengan meningkatnya angka persalinan seksio sesar di Indonesia dari 5% menjadi 20% dalam 20 tahun terakhir. Tercatat dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35.7% - 55.3% ibu melahirkan dengan proses seksio sesar (Kasdu, 2003).

Hasil observasi di RSUD Dr Moewardi pada tanggal 30 Desember 2012 ditemukan bahwa 90% ibu post seksio sesar mengalami nyeri. Nyeri post seksio sesar apabila tidak segera diatasi dapat menurunkan kemampuan ibu dalam menyusui dan merawat bayinya (Storm, 2007). Masalah pada ibu post seksio sesar selain nyeri adalah cemas. Kecemasan pada ibu post seksio sesar disebabkan oleh krisis situasi dalam menghadapi persalinan seksio sesar, ancaman terhadap konsep dirinya terkait dengan kesejahteraan ibu maupun bayinya, dan transmisi interpersonal, yang ditandai dengan peningkatan

ketegangan, distress, ketakutan akan sesuatu yang terjadi, perasaan tidak adekuat/ tidak mampu merawat bayinya dengan maksimal, dan gelisah (Doenges, 2001)

Selama periode post partum, peningkatan stress dan kecemasan ibu dapat berisiko terjadinya depresi post partum (Procelli, 2005). Relaksasi Imajinasi Terbimbing merupakan salah satu teknik relaksasi yang melibatkan pikiran-tubuh dimana sangat membantu dalam mengurangi nyeri dan gejala yang berhubungan dengan kecemasan, stres, dan kondisi kesehatan mental lainnya (Menzies, 2006).

B. Tujuan

Setelah diberikan Relaksasi Imajinasi Terbimbing, diharapkan nyeri dan cemas pada ibu post seksio sesar akan berkurang.

C. Peserta

Ibu post seksio sesar yang termasuk dalam kelompok perlakuan penelitian, sesuai dengan kriteria pemilihan sampel.

D. Lama Aktivitas

Relaksasi Imajinasi Terbimbing dilaksanakan 1 kali selama 15 menit pada hari senin sampai sabtu antara jam 11.00-14.00 WIB sampai selesai.

E. Kepanitiaan

Pelaksana : Dewi Kartika Sari (peneliti)

Fasilitator : Kepala Ruang Mawar I

F. Rencana Kegiatan

No	Waktu	Kegiatan	Penanggung Jawab
1.	Pendahuluan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menyampaikan salam dan perkenalan - Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian - Menjelaskan kegiatan yang akan dilaksanakan - Melakukan pengukuran nyeri dan tingkat kecemasan 	Dewi Kartika Sari
2.	Inti Kegiatan 15 menit	Melakukan Relaksasi Imajinasi Terbimbing dengan alat bantu <i>MP3 Player</i> yang berisi rekaman Relaksasi Imajinasi Terbimbing	Dewi Kartika Sari
3.	Penutup 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengukuran nyeri - Melakukan pengukuran tingkat kecemasan - Menutup kegiatan dengan ucapan terimakasih dan salam 	Dewi Kartika Sari

G. Metode

Demonstrasi

H. Materi

1. *Relaxing music and impressions The Waters Of Life* oleh Dr. Hans Joechler dan Wealter Poeham produksi Emperor Edutainment tahun 2006
2. Script Relaksasi Imajinasi Terbimbing (Dyke, Pat & Colin, 2000)

I. Media

1. CD Relaksasi Imajinasi Terbimbing

2. MP3 Player dan Earphone
3. Kuesioner data demografi
4. Lembar observasi nyeri NPRS
5. Kuesioner tingkat kecemasan SAS
6. Bolpoint
7. Lembar permohonan menjadi responden penelitian
8. Lembar persetujuan menjadi responden penelitian

J. Evaluasi Kegiatan

1. Evaluasi Struktur
 - a. Perlengkapan yang dibutuhkan tersedia.
 - b. Melakukan kontrak sebelum kegiatan.
2. Evaluasi Proses
 - a. Peserta mengikuti kegiatan Relaksasi Imajinasi Terbimbing dari awal hingga akhir.
 - b. Kegiatan berlangsung sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
3. Evaluasi Hasil
 - a. Ibu Post seksio sesar tertib selama mengikuti kegiatan.
 - b. Ibu post seksio sesar merasa lebih nyaman setelah mengikuti kegiatan

SCRIPT REKAMAN AUDIO

TEKNIK RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING

1. Pembentukan konsentrasi dan sikap awal klien (5 menit)

Tutup mata anda dengan perlahan..... Lepaskan segala beban pikiran yang ada dalam pikiran anda.....

Tarik nafas dalam melalui hidung.....hembuskan perlahan-lahan melalui mulut. Bernafaslah dengan santai...rasakan udara masuk ke hidung, rasakan sampai ke paru-paru. Rasakanlah.....rasakanlah hangatnya. Bernafaslah dengan santai.....

Sekarang saya akan ajak anda untuk berjalan-jalan menikmati indahnya pemandangan pedesaan dan merasakan tenteramnya suasana pedesaan dan sejuknya udara pedesaan di pagi hari.

2. Inti Imajinasi

Bayangkan.....anda sedang berjalan-jalan di daerah pedesaan yang tenteram dan indah. Sekarang anda berjalan menyusuri jalanan yang sempit dengan rumputnya yang hijau dan ada semak-semak di kanan kirinya. Jalanan itu berkelok-kelok, berbelok-belok, menuruni bukit. Maka anda sekarang menjadi sadar dan merasakan lembutnya suara angin pedesaan itu. Rasakanlah...rasakanlah...pada setiap belokan jalanan kecil itu anda lihat pemandangan baru.

Sambil berjalan terus dapatkah anda melihat bunga-bunga liar, tepian sungai yang berumput dan tanah yang hijau...Disana ada kambing-kambing besar dengan anak-anaknya yang sedang makan rumput.

Sekarang mereka berlari melompat-lompat. Mungkin anda sekarang lebih senang berhenti, lalu duduk, mendengarkan suara kambing dan anak-anaknya sambil memperhatikan keriangannya. Rasakanlah..... rasakanlah suasana tenang dan tenang di sekitarnya....

Sekarang anda berjalan lagi dengan hati yang tenang, tenang dan tersenyum....Begitu anda sampai di ujung bawah jalan, sebelum anda meneruskan perjalanan, anda melihat sungai dengan aliran airnya yang lembut dan berliku, sangat jernih airnya dan tampak batu-batuan dasarnya. Mungkin anda juga melihat bunga liar dan tanaman liar disana...apa lagi yang anda lihat?Yang anda rasakan?... dan anda dengarkan?.....Bau udara yang segar dan bersih.....suara gemericik air yang sejuk....dan anda sekarang sedang mengamati serangga yang meluncur ke dalam air..... Tampak seekor bebek berenang turun mengikuti aliran air, sambil keluar masuk semak-semak yang tumbuh di tepian sungai.

Mungkin sekarang anda ingin mencelupkan kaki, merasakan airnya yang dingin, menyentuh batu-batuan di dasarnya. Mungkin sekarang tampak ranting-ranting yang hanyut mengikuti aliran sungai dan anda mengikutinya....dan akhirnya ranting itu berhenti di tepian sungai. Sambil memandang air sungai tampaklah bayangan matahari di dalam air sungai itu.....tiba-tiba anda merasakan sesuatu yang damai dan tenang. Begitu indah semua ciptaanNya semua ini.

Anda menengadah ke langit dan tampaklah awan putih yang berarak melintasi langit biru. Setelah itu anda berjalan lagi di sepanjang

jalan tadi. Kemudian anda mengikuti jalan setapak yang mendaki bukit dan menuju ke sebuah hutan kecil. Jalan setapak itu lebih lunak daripada jalan sebelumnya. Bagaimanakah kaki anda merasakannya?...Anda mempercepat langkah anda sambil menikmati kekuatan yang diberikan oleh tubuh anda untuk mencapai puncak bukit.

Begitu sampai di hutan kecil itu, anda mendengar suara burung kukuk di kejauhan dan ketika anda mendengarkan, maka anda sadar, bahwa disana ada berbagai macam burung, kecil, besar dan bermacam bentuk. Burung-burung itu sedang berputar-putar dan keluar masuk dalam sinar matahari. Anda mendengar suara gembira burung-burung tadi yang sebagian bertengger di pepohonan.

Anda perhatikan pohon-pohon tersebut yang tunasnya mulai tumbuh dengan lebat. Ketika anda menyentuhnya, apakah tunas-tunas itu keras atau lunak atau lengket? Atau anda memperhatikan kulit pohon yang keras tapi rapuh. Apakah anda ingin tahu bagaimana rasanya apabila anda merabanya?..... Anda terus berjalan sambil merasakan dan bernafas dengan tenang, merasakan sejuknya, bersihnya udara didalam hutan kecil itu.

Sekarang anda telah berada di puncak bukit, kembali anda bernafas dalam-dalam dan melepaskan dengan perlahan...Nafas terus dengan santai....Anda berpaling ke bawah dan menikmati pemandangan sawah yang menghijau dengan jalan setapak yang berkelok-kelok dan sungai kecil di kaki bukit. Warna apa saja yang anda rasakan dan anda lihat? Sekarang anda merasa satu dengan alam.

Sementara anda terus mengikuti langkah anda, berjalan santai sambil menikmati sentuhan angin sepoi-sepoi yang mempermainkan rambut anda. Awan putih yang berarak di langit kini menjadi lebih banyak lagi. Anda merasa senang dan meneruskan perjalanan anda dengan tersenyum bahagia membawa ketenangan dan kedamaian,....terus berjalan.....bahkan anda ingin mengulangi pengalaman ini pada suatu hari nanti....Tarik nafas.....hembuskan perlahan....nikmati ketenangan ini....Bukalah mata anda dengan lembut.....

(Dyke, Pat & Collin, 2000)

Lampiran 4

DATA DEMOGRAFI

No responden :

Tanggal pengisian :

I. DATA UMUM

Petunjuk : Isilah secara langsung atau dengan melingkari alternatif pilihan

1. Umur :

- A. 20- 25 tahun
- B. 26-30 tahun
- C. 31-35 tahun
- D. Lebih dari 35 tahun

2. Pendidikan terakhir:

- A. SD
- B. SMP/ sederajat
- C. SMA/ sederajat
- D. Perguruan tinggi

3. Pekerjaan

- A. Petani
- B. Pegawai/ Karyawan
- C. Wiraswasta
- D. Lainnya

4. Apakah Kehamilan direncanakan?

- A. Ya
- B. Tidak

5. Apakah bayi anda sesuai dengan harapan anda?

- A. Ya
- B. Tidak

6. Penghasilan keluarga per bulan:

- A. ≤ 915.900
- B. > 915.900

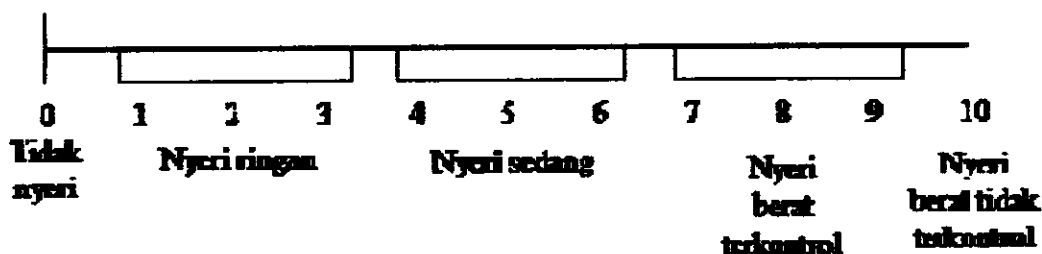
Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI NYERI POST SEKSIO SESAR
“NUMERICAL PAIN RATING SCALE”

Petunjuk :

Lingkarilah angka (skala nyeri) yang menunjukkan tingkat nyeri yang Saudara rasakan.

SKALA INTENSITAS NYERI NPRS 0-10

**Keterangan :**

- 0 : tidak ada nyeri
- 1 : nyeri kadang-kadang mengganggu sampai mengganggu sedikit
- 2 : mengganggu sedikit sampai kadang-kadang mengganggu kuat
- 3 : gangguan nyeri yang cukup hanya dengan distraksi (alih perhatian).
- 4 : nyeri dapat dikesampingkan saat bekerja tetapi juga dengan distraksi
- 5 : nyeri tidak dapat dikesampingkan lebih dari 30 menit
- 6 : nyeri tidak dapat dikesampingkan untuk waktu yang lama tetapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi pada aktifitas sosial
- 7 : mengganggu konsentrasi, mengganggu tidur, tetapi pasien masih dapat beraktifitas dengan suatu usaha
- 8 : aktifitas fisik sangat terbatas serta menyebabkan mual dan pusing
- 9 : tidak dapat berbicara, menangis atau merintih yang tidak terkontrol sampai dengan suatu kondisi delirium (kesadaran menurun).
- 10 : nyeri tidak terkontrol, tidak sadar sampai menyebabkan pingsan.

Lampiran 6

**INSTRUMEN PENILAIAN TINGKAT KECEMASAN
ZUNG SELF-RATING ANXIETY SCALE (SAS/SRAS)
(William W.K. Zung, 1971)**

Nama :
Tanggal /jam :

Berilah tanda centang (v) pada salah satu kolom disebelah kanan sesuai dengan apa yang paling menggambarkan seberapa sering anda merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan dibawah ini:

NO	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali				
3	Saya mudah marah atau merasa panik				
4	Saya merasa seperti jatuh terpisah dan akan hancur berkeping-keping				
5	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk akan terjadi				
6	Tangan dan kaki saya gemetar				
7	Saya terganggu oleh nyeri kepala leher dan nyeri punggung				
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah				
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah				
10	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar				
11	Saya merasa pusing tujuh keliling				
12	Saya telah pingsan atau merasa seperti itu				
13	Saya dapat bernapas dengan mudah				
14	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki mati rasa dan kesemutan				
15	Saya terganggu oleh nyeri lambung atau gangguan pencernaan				
16	Saya sering buang air kecil				
17	Tangan saya biasanya kering dan hangat				
18	Wajah saya terasa panas dan merah merona				
19	Saya mudah tertidur dan dapat istirahat malam dengan baik				
20	Saya mimpi buruk				
	TOTAL SKOR				

Interpretasi:

Skor 20-44: normal/ tidak cemas

Skor 45-59: kecemasan ringan

Skor 60-74: kecemasan sedang

Skor 75-80: kecemasan berat

Lampiran 7

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Kegiatan	Bulan
Penentuan Topik	November 2012
Studi Pendahuluan	Desember 2012
Penyusunan Proposal	Januari 2013 – Februari 2013
Seminar Proposal	Maret 2013
Ujian Etik	April 2013
Pengambilan Data	Mei 2013
Analisis Data dan Pembahasan	Mei 2013 – Juni 2013
Sidang Tesis	Juli 2013

Lampiran 8

**TABULASI HASIL PENELITIAN
DATA UMUM KELOMPOK PERLAKUAN**

NO RESPONDEN	UMUR	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGHASILAN	INDIKASI OPERASI
1	2	3	2	1	3
2	2	3	4	2	7
3	2	3	2	2	1
4	2	3	2	1	3
5	2	2	2	1	1
6	2	2	3	1	1
7	2	4	2	2	2
8	2	3	2	1	8
9	1	3	2	1	4
10	1	4	4	2	6
11	1	3	2	2	4
12	1	4	2	2	7
13	1	2	2	1	6
14	1	3	2	1	2
15	2	3	3	1	8
16	1	3	2	1	6

KETERANGAN:

	KATEGORI	
UMUR	20-25 th	1
	26-30 th	2
	31-35 th	3
	> 35 th	4
PENDIDIKAN TERAKHIR	SD	1
	SMP	2
	SMA	3
	PT	4
PEKERJAAN	Petani	1
	Pegawai/Karyawan	2
	Wiraswasta	3
	Lainnya	4
PENGHASILAN	≤ 915.900	1
	> 915.900	2
INDIKASI OPERASI	Plasenta previa	1
	Letak Lintang	2
	Letak Sungsang	3
	CPD	4
	Gemelli	5
	Induksi Gagal	6
	Bayi Besar	7
	Serotinus	8

Lampiran 9

**TABULASI HASIL PENELITIAN
DATA UMUM KELOMPOK KONTROL**

NO RESPONDEN	UMUR	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGHASILAN	INDIKASI OPERASI
1	2	4	2	2	3
2	2	2	2	1	6
3	1	3	4	1	1
4	1	3	2	2	6
5	1	4	3	2	4
6	1	3	2	2	8
7	2	2	2	1	7
8	1	3	2	1	8
9	2	2	3	1	6
10	2	4	3	2	6
11	2	4	2	2	6
12	2	3	4	2	6
13	1	2	2	1	2
14	2	3	2	1	4
15	1	3	2	1	6
16	2	3	2	1	6

KETERANGAN

:

	KATEGORI	
UMUR	20-25 th	1
	26-30 th	2
	31-35 th	3
	> 35 th	4
PENDIDIKAN TERAKHIR	SD	1
	SMP	2
	SMA	3
	PT	4
PEKERJAAN	Petani	1
	Pegawai/Karyawan	2
	Wiraswasta	3
	Lainnya	4
PENGHASILAN	≤ 915.900	1
	> 915.900	2
INDIKASI OPERASI	Plasenta previa	1
	Letak Lintang	2
	Letak Sungsang	3
	CPD	4
	Gemelli	5
	Induksi Gagal	6
	Bayi Besar	7
	Serotinus	8

Lampiran 10

**TABULASI HASIL PENELITIAN DATA VARIABEL
KELOMPOK PERLAKUAN DAN KELOMPOK KONTROL**

No	Nyeri				Kecemasan			
	Kontrol		Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1	7	7	7	2	63	63	75	58
2	6	6	7	0	70	70	60	49
3	6	6	6	0	61	59	67	42
4	8	8	7	1	77	77	60	40
5	7	6	8	2	71	71	75	57
6	8	8	7	2	68	68	60	43
7	8	8	7	0	66	66	64	30
8	6	6	7	1	64	64	71	36
9	5	5	6	0	60	60	71	33
10	5	5	5	1	52	52	64	35
11	5	5	5	1	60	59	64	42
12	7	7	7	1	60	60	72	53
13	7	7	6	1	63	63	65	55
14	8	8	6	0	76	76	60	49
15	7	7	6	0	69	69	62	51
16	7	7	5	0	66	66	66	39

KETERANGAN :

	SKOR	KATEGORI
SKALA NYERI	SKOR 0	Tidak Nyeri
	SKOR 1-3	Nyeri ringan
	SKOR 4-6	Nyeri sedang
	SKOR 7-9	Nyeri berat terkontrol
	SKOR 10	Nyeri berat tidak terkontrol
TINGKAT KECEMASAN	SKOR 20-44	Tidak cemas
	SKOR 45-59	Kecemasan ringan
	SKOR 60-74	Kecemasan sedang
	SKOR 75-80	Kecemasan berat

Lampiran 11

**ANALISIS PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING
TERHADAP NYERI PADA KELOMPOK PERLAKUAN**

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
nyeri perlakuan sebelum	16	6.38	.885	5	8
nyeri perlakuan sesudah	16	.75	.775	0	2

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nyeri perlakuan sesudah - nyeri perlakuan sebelum Negative Ranks	16(a)	8.50	136.00
Positive Ranks	0(b)	.00	.00
Ties	0(c)		
Total	16		

- a nyeri perlakuan sesudah < nyeri perlakuan sebelum
b nyeri perlakuan sesudah > nyeri perlakuan sebelum
c nyeri perlakuan sesudah = nyeri perlakuan sebelum

Test Statistics(b)

	nyeri perlakuan sesudah - nyeri perlakuan sebelum
Z	-3.574(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

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

Lampiran 12

**ANALISIS PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING
TERHADAP NYERI PADA KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Nyeri kontrol Sebelum	16	6.69	1.078	5	8
nyeri kontrol sesudah	16	6.63	1.088	5	8

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
nyeri kontrol sesudah - Nyeri kontrol Sebelum	Negative Ranks	1(a)	1.00	1.00
	Positive Ranks	0(b)	.00	.00
	Ties	15(c)		
	Total	16		

- a nyeri kontrol sesudah < Nyeri kontrol Sebelum
 b nyeri kontrol sesudah > Nyeri kontrol Sebelum
 c nyeri kontrol sesudah = Nyeri kontrol Sebelum

Test Statistics(b)

	nyeri kontrol sesudah - Nyeri kontrol Sebelum
Z	-1.000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

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

Lampiran 13

**ANALISIS PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING
TERHADAP KECEMASAN PADA KELOMPOK PERLAKUAN**

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kecemasan perlakuan sebelum	16	66.00	5.304	60	75
kecemasan perlakuan sesudah	16	44.50	8.847	30	58

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kecemasan perlakuan sesudah - kecemasan perlakuan sebelum	Negative Ranks	16(a)	8.50	136.00
	Positive Ranks	0(b)	.00	.00
	Ties	0(c)		
	Total	16		

a kecemasan perlakuan sesudah < kecemasan perlakuan sebelum

b kecemasan perlakuan sesudah > kecemasan perlakuan sebelum

c kecemasan perlakuan sesudah = kecemasan perlakuan sebelum

Test Statistics(b)

	kecemasan perlakuan sesudah - kecemasan perlakuan sebelum
Z	-3.519(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 14

**ANALISIS PENGARUH RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING
TERHADAP KECEMASAN PADA KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kecemasan kontrol sebelum	16	65.38	6.428	52	77
kecemasan kontrol sesudah	16	65.19	6.595	52	77

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kecemasan kontrol sesudah - kecemasan kontrol sebelum	Negative Ranks	2(a)	1.50	3.00
	Positive Ranks	0(b)	.00	.00
	Ties	14(c)		
	Total	16		

- a kecemasan kontrol sesudah < kecemasan kontrol sebelum
 b kecemasan kontrol sesudah > kecemasan kontrol sebelum
 c kecemasan kontrol sesudah = kecemasan kontrol sebelum

Test Statistics(b)

	kecemasan kontrol sesudah - kecemasan kontrol sebelum
Z	-1.342(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.180

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

Lampiran 15

**ANALISIS PERBEDAAN NYERI IBU POST SEKSIO SESAR PADA
KELOMPOK PERLAKUAN DAN KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
nyeri	perlakuan	16	8.50	136.00
	kontrol	16	24.50	392.00
Total		32		

Test Statistics(b)

	nyeri
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	136.000
Z	-4.887
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kelompok

Lampiran 16

**ANALISIS PERBEDAAN KECEMASAN IBU POST SEKSIO SESAR
PADA KELOMPOK PERLAKUAN DAN KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
cemas	perlakuan	16	8.75	140.00
	kontrol	16	24.25	388.00
	Total	32		

Test Statistics(b)

	cemas
Mann-Whitney U	4.000
Wilcoxon W	140.000
Z	-4.676
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kelompok

Lampiran 17

CURRICULUM VITAE**I. IDENTITAS DIRI**

1. Nama Lengkap & Gelar : Dewi Kartika Sari, S.Kep, Ns
2. NIM : 131104003
3. Tempat/Tanggal Lahir : Surakarta, 17 Juni 1980
4. Agama : Islam
5. Status Perkawinan : Kawin
6. Alamat : Jl Sidoluhur Selatan No 26 Songgalaan
RT 001/ RW003
7. Kelurahan : Pajang
8. Kecamatan : Laweyan
9. Kabupaten / Kota : Surakarta 57146
10. Propinsi : Jawa Tengah
11. No Telp/HP : (0271) 5878687/ 08122983144
12. Asal Instansi : STIKES 'Aisyiyah Surakarta

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

Riwayat Pendidikan mulai dari SD sampai Pendidikan Terakhir

No	Pendidikan	Tahun Lulus	Nama Sekolah
1	SD	1992	SDN 54 Laweyan Surakarta
2	SMP	1995	SMPN 9 Surakarta
3	SLTA	1998	SMAN 7 Surakarta
4	D III KEPERAWATAN	2001	AKPER UMS Surakarta
5	S1KEPERAWATAN	2004	UNIVERSITAS DIPONEGORO
6	NERS	2005	UNIVERSITAS DIPONEGORO

III. RIWAYAT SUAMI/ISTRI

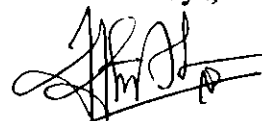
1. Nama Suami/Istri : Andi Prasetya, ST
2. Tanggal Lahir : 9 Juni 1977
3. Pekerjaan : Swasta

IV. RIWAYAT ANAK

No	Nama Anak	JK	Tgl Lahir	Status Anak	Status Pekerjaan
1	Reyvan Satria Atsaal	L	Surakarta, 19 Juli 2007	AK	SD
2	Vania Reyza Chalila	P	Surakarta, 10 November 2010	AK	-

Surabaya, 10 April 2013



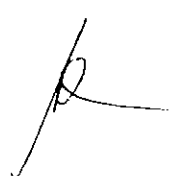
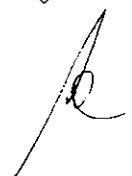
Hormat Saya,



Dewi Kartika Sari, S.Kep, Ns






IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Dewi Kartika Sari
NIM : 131141003
Nama pembimbing : Dr. Aditiawarman, dr, Sp. OG (K)

No.	Tanggal	Masukan pembimbing	Tanda tangan
1	17 Des 2012	<p>BAB I. Pendahuluan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rumusan masalah - Pendahuluan hanya 2 halaman, terdiri 4 paragraf - Identifikasi Masalah masalah - Rumusan masalah terlalu panjang (lihat kriteria) - Balasan Indonesia sudah baik & benar → pertahankan 	
2	10-1-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Kriteria BAB I - Identifikasi skala untuk analisis 	
3	15-2-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Pengelompokan pada kerangka konseptual di perbaiki 	
4	28-2-2013	<p>acc memo proposal</p>	

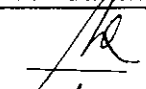

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Dewi Kartika Sari
 NIM : 131141003
 Nama pembimbing : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, M.Kes

No.	Tanggal	Masukan pembimbing	Tanda tangan
1	19/12 2012	Konsultasi Bab I	
2	9/1 2013	Bab I diperbaiki	
3	13/2 2013	Bab II ok	
4	22/2 2013	Koreksi Bab III & IV	
5	28/2 2013	all input proposal	




LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Dewi Kartika Sari
 NIM : 131141003
 Nama pembimbing : Dr. Aditiawarman, dr, Sp.OG (K)

No.	Tanggal	Masukan pembimbing	Tanda tangan
1	19-06-2013	Tabel & pendahuluan direvisi narasi -	
2	20-06-2013	penyaji	

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Dewi Kartika Sari
 NIM : 131141003
 Nama pembimbing : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp, M.Kes

No.	Tanggal	Masukan pembimbing	Tanda tangan
1	19/6 2013	Tata cara penulisan perhatikan pedoman Tabel Bab <u>v</u> diperbaiki Pembahasan tambahkan Opini peneliti	
2	21/6 2013	Ringkasan diperbaiki Kesimpulan sesuai dengan tignan luhurs Pembahasan masukkan data luhur. Opini belum tampak	
3	21/6 2013	Mapping penelitian sebelumnya/ tabel. disesuaikan w/ penulisan Prinsip ALL. seminar.	



Surabaya, 27 Maret 2013

Nomor : 148 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta
di --

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan 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 : Dewi Kartika Sari, S.Kep.Ns
NIM : 131141003
Judul Penelitian : Pengaruh *Guided Imagery Relaxation* terhadap nyeri dan tingkat kecemasan Ibu Post sectio caesarea dengan pendekatan teori *comfort* kolcaba di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Tempat : RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Kepala Bidang Diklit RSUD Dr. Moewardi Surakarta
2. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Dr. Moewardi Surakarta
3. Kepala Ruang Mawar I RSUD Dr. Moewardi Surakarta



IP. PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD Dr. MOEWARDI

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

Surakarta, 09 April 2013

Nomor : 423.4 / 6.614 / 2013
Lampiran : -
Perihal : Balasan Permohonan data

Kepada Yth. :

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
di

SURABAYA

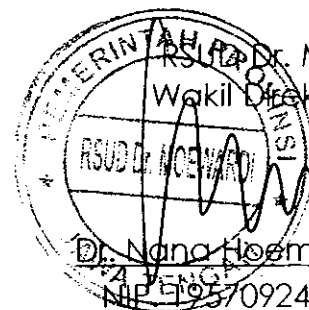
Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomer: 148/UN3.1.12/PPd/S2/2013, tentang Permohonan bantuan fasilitas penelitian dengan judul "**Pengaruh Guided Imagery Relaxation terhadap Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba di RSUD Dr. Moewardi**" yang dilaksanakan oleh mahasiswa:

Nama : Dewi Kartika Sari, S.Kep.Ns
Prodi : Magister Keperawatan UNAIR Surabaya

Pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk menerima mahasiswa yang dimaksud

Demikian untuk menjadikan periksa. Atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



RSUD Dr. Moewardi
Wakil Direktur Umum

Dr. Nana Hoemar Dewi, M.Kes
NIP. 19570924 198603 2 003

Tembusan:

1. Direktur RSUD Dr. Moewardi (sebagai laporan)
2. Ka.bag. Diklit RSUD Dr. Moewardi
3. Peringgal.



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 17-431/UN3.14/PPd/2013

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

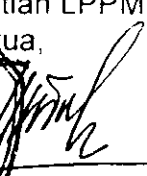
**“Pengaruh *Guided Imagery Relaxation* Terhadap
Penurunan Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu
Post *Sectio Caesarea* Dengan Pendekatan
Teori *Comfort Kolcaba*”**

Peneliti	: Dewi Kartika Sari, S.Kep.Ns.
N I M	: 131141003
Program Studi / Fakultas	: Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian	: RSUD Dr. Moewardi Jl. Kol. Soetarto 132 Surakarta

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 24 April 2013

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR
Ketua,



G. M. Astika, Apt.
NIP. 194305241973021001

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSUD Dr. MOEWARDI

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

Surakarta, 02 Mei 2013

Nomor : 507 / DIK / V / 2013
 Lampiran : -
 Perihal : Pengantar Penelitian

Kepada Yth. :
Ka. Ruang Mawar 1

RSUD Dr. Moewardi
 di-

SURAKARTA

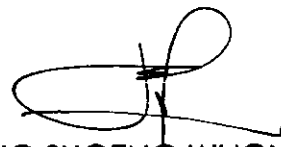
Memperhatikan Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, nomor : 148/UN3.1.12/PPd/S2/2013; Perihal Ijin Penelitian dan Disposisi Direktur tanggal 04 April 2013, maka dengan ini kami menghadapkan mahasiswa :

Nama : Dewi Kartika Sari
NIM : 131 141 003
Institusi : Prodi Magister Keperawatan Fak. Keperawatan UNAIR

Untuk melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan **Tesis** dengan judul :
"Pengaruh Guided Imagery Relaxation terhadap Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba di RSUD Dr. Moewardi".

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala
 Bagian Pendidikan & Penelitian,



BAMBANG SUGENG WIJONARKO
 NIP. 19650308 199003 1 007

Tembusan Kepada Yth.:

1. Wadir Umum RSDM (sebagai laporan)
2. Ka. Inst Ranap 1
3. Arsip



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
 PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH

RSUD Dr. MOEWARDI

Jl. Kol. Soetarto 132 Telp. 634 634 Fax. 637412 Surakarta 57126

SURAT KETERANGAN

Nomor : 045 / 12.500 / 2013

Yang bertanda tangan di bawah ini, Wakil Direktur Umum RSUD Dr. Moewardi menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Dewi Kartika Sari

NPM : 131 141 003

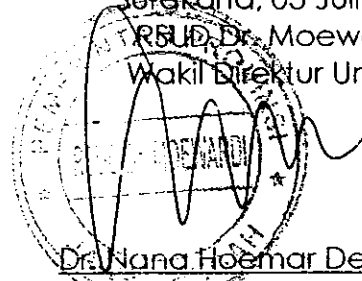
Institusi : Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya

Telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Dr. Moewardi dalam rangka penulisan **Tesis** dengan judul "**Pengaruh Guided Imagery Relaxation Terhadap Penurunan Nyeri dan Tingkat Kecemasan Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba**".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 03 Juli 2013

RSUD Dr. Moewardi
 Wakil Direktur Umum



Dr. Nana Hoemar Dewi, M.Kes

NPE 19570924 198603 2 003

RSUDM Cepat, Tepat, Nyaman dan Mudah