

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

LAMPIRAN
JADWAL KEGIATAN
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ‘AISYIYAH SURAKARTA

No	Jadwal Kegiatan	Bulan																											
		Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
1.	Pengajuan Judul																												
2.	Bimbingan Proposal																												
3.	Penerapan																												
4.	Bimbingan Karya Tulis Ilmiah																												
5.	Ujian Hasil																												

Lampiran 2 Surat Ijin Studi Pendahuluan



Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Nomor : 14098/C.5-PN/MHN/2025 15 Dzulkodah 1446 H
Lampiran : - 13 Mei 2025 M
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

Kepada : **Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta**
di Tempat

Dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah mahasiswa UNIVERSITAS 'AISYIYAH SURAKARTA, maka dengan ini kami mohon ijin untuk dapat melaksanakan Studi Pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta.

Adapun mahasiswa tersebut adalah sebagai berikut :

Nama : Revilia Kania Larasati
NIM : 202212092
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul KTI : Penerapan Pemberian Magic-cool Aromaterapi Jeruk Masam terhadap Penurunan Nyeri Dismenorea pada Remaja

Demikian permohonan ini kami sampaikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Atas Kerjasama dan perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan



Sri Kustiyati, SST/M.Keb.
NIK. 26.05.03

Kampus I : Jl. Ki hajar Dewantara No. 10 Kentingan Jebres Surakarta 57126
Telp. 0271- 631141, 631143 Fax. 0271-631142
Kampus 2 : Jl. Kapulogo No. 3 Pajang Laweyan Surakarta 57141 Telp./Fax. 0271-711270
Kampus 3 : Jl. Melon Raya Delegan RT.04 RW.07 Pabelan, Kartasura, Sukoharjo
Email : info@aiska-university.ac.id Website : www.aiska-university.ac.id

Lampiran 3 Surat Ijin Penerapan


Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Nomor : 14864/C.5-PN/MHN/2025 3 Dzulhijjah 1446 H
Lampiran : - 31 Mei 2025 M
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada : Yth. Kepala Kelurahan Jebres
di Tempat

Dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah mahasiswa UNIVERSITAS 'AISYIYAH SURAKARTA, maka dengan ini kami mohon ijin untuk dapat melaksanakan Penelitian di Kelurahan Jebres.

Adapun mahasiswa tersebut adalah sebagai berikut :

Nama : Revilia Kania Larasati
NIM : 202212092
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul KTI : Penerapan Pemberian Magic-cool Aromaterapi Jeruk Masam terhadap Penurunan Nyeri Dismenorea pada Remaja

Demikian permohonan ini kami sampaikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Atas Kerjasama dan perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Sri Kusiyati, SST/M.Keb.
NIK. 26.05.03

Kampus I - II Ki Hajar Dewantara No. 10 Kentingan Indah Surakarta 57126

Lampiran 4 Balasan Surat Ijin Penerapan

**PEMERINTAH KOTA SURAKARTA**
DINAS KESEHATAN
Jln. Jendral Sudirman No.2; Telp. (0271) 632202 Fax. (0271) 632202
Web : dinkes.surakarta.go.id E-mail : dinkes@surakarta.go.id
SURAKARTA 57111

SURAT IZIN
Nomor : B/ PN.01.01 / 3232

TENTANG
IZIN STUDI PENDAHULUAN

Dasar : Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah
Surakarta Nomor : 14098/C.5-PN/MHN/2025 Tanggal 13 Mei 2025.

MEMBERI IZIN

Kepada :
Nama : Revilia Kania Larasati
NIM : 202212092
Untuk : Melakukan Studi Pendahuluan di Dinas Kesehatan Surakarta
Judul : **Penerapan Pemberian Magic-cool Aromaterapi Jeruk Masam Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Pada Remaja.**

Catatan : 1. Lokasi pengambilan data di Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Puskesmas Ngoresan.
2. Data yang diperlukan : Data Jumlah Remaja Putri yang Mengalami Dismenore Tahun 2024.
3. Tetap mengikuti protokol kesehatan dan prosedur yang berlaku.

Ditetapkan di : Surakarta
Pada tanggal : 21 Mei 2025

a.n. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Surakarta
Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan


Anom Wulansyah, S.Farm. Apt.
Pembina
NIP.19740731 200604 1 003


KEPALA BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT
IBNU DITACHYONO, ST
NIP.19830321 201101 1 003

Tembusan :
1. Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan
2. Kepala Puskesmas Ngoresan
3. Arsip

Lampiran 5 Informed Consent

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nn. R

Umur : 12 tahun

Setelah saya mendapatkan informasi dan membaca penjelasan tentang penelitian ini, saya memahami keikut sertaan saya sebagai responden dalam penelitian yang berjudul **"Penerapan Pemberian *Magic-cool* Aromaterapi Jeruk Masam Terhadap Penurunan Nyeri Dismenorea pada Remaja Putri"** yang dimaksudkan untuk mengetahui nilai ankle brachial index pada pasien diabetes melitus. Saya menyadari bahwa penelitian ini menjunjung hak-hak saya sebagai responden dan menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap saya. Oleh karena itu, dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Surakarta, 05 Juni 2025



Responden

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nn . S .

Umur : 15 tahun

Setelah saya mendapatkan informasi dan membaca penjelasan tentang penelitian ini, saya memahami keikut sertaan saya sebagai responden dalam penelitian yang berjudul **"Penerapan Pemberian *Magic-cool* Aromaterapi Jeruk Masam Terhadap Penurunan Nyeri Dismenorea pada Remaja Putri"** yang dimaksudkan untuk mengetahui nilai ankle brachial index pada pasien diabetes melitus. Saya menyadari bahwa penelitian ini menjunjung hak-hak saya sebagai responden dan menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap saya. Oleh karena itu, dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Surakarta, 05 Juni 2025



Responden

Lampiran 6 Instrumen *Magic-cool* Aromaterapi Jeruk Masam

SOP MAGIC-COOL AROMATERAPI JERUK MASAM

Nama Responden : Nn. R

Hari/ Tanggal Kegiatan : Kamis, 5 Juni 2025

1. Lembar observasi diisi oleh peneliti
2. Berilah tanda checklist (V) pada kolom peneliti!

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
1.	Instruksikan pasien untuk duduk sebelum melakukan pemeriksaan.	√	√
2.	Mengukur skala nyeri responden sebelum di lakukan penerapan magic-cool aromaterapi jeruk masam	√	√
3.	Lembabkan sapu tangan dan dinginkan dengan dicelup pada air es.	√	√
4.	Setelah dicelupkan pada air es, kemudian diperas	√	√
5.	Meneteskan aromaterapi jeruk masam sebanyak 2 tetes yang diaplikasikan pada sapu tangan yang sebelumnya sudah dilembabkan	√	√
6.	Posisikan pasien duduk, lalu sapu tangan yang sudah ditetesi aromaterapi ini yang nantinya akan di usapkan pada wajah, leher dan tangan sambil dihirup aromanya selama 15 menit.	√	√
7.	Kemudian setelah perlakuan, dilakukan pengukuran skor nyerinya lagi untuk mengetahui akibat dari perlakuan yang diberikan. Pengujian efektifitas dilakukan dengan cara perbandingan hasil pra-tes dan pasca-tes.	√	√

Keterangan:

Ya : Skor 1

Tidak : Skor 0

SOP *MAGIC-COOL* AROMATERAPI JERUK MASAM

Nama Responden : Nn. S

Hari/ Tanggal Kegiatan : Kamis, 5 Juni 2025

1. Lembar observasi diisi oleh peneliti
2. Berilah tanda checklist (V) pada kolom peneliti!

No.	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
1.	Instruksikan pasien untuk duduk sebelum melakukan pemeriksaan.	√	√
2.	Mengukur skala nyeri responden sebelum di lakukan penerapan magic-cool aromaterapi jeruk masam	√	√
3.	Lembabkan sapu tangan dan dinginkan dengan dicelup pada air es.	√	√
4.	Setelah dicelupkan pada air es, kemudian diperas	√	√
5.	Meneteskan aromaterapi jeruk masam sebanyak 2 tetes yang diaplikasikan pada sapu tangan yang sebelumnya sudah dilembabkan	√	√
6.	Posisikan pasien duduk, lalu sapu tangan yang sudah ditetesi aromaterapi ini yang nantinya akan di usapkan pada wajah, leher dan tangan sambil dihirup aromanya selama 15 menit.	√	√
7.	Kemudian setelah perlakuan, dilakukan pengukuran skor nyerinya lagi untuk mengetahui akibat dari perlakuan yang diberikan. Pengujian efektifitas dilakukan dengan cara perbandingan hasil pra-tes dan pasca-tes.	√	√

Keterangan:

Ya : Skor 1

Tidak : Skor 0

Lampiran 7 Dokumentasi Kegiatan

Nn. R



Nn. S



Lampiran 8 Lembar Konsultasi



Universitas 'Aisyiyah Surakarta

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Revilia Kania Larasati
 NIM : 202212092
 Judul : Penerapan Magic-cool Aromaterapi Jeruk Masam terhadap penurunan Nyeri
 Nama Pembimbing : Tri Susilowati S.Kep.Ns,M.Kep

No	Hari/Tgl	Materi	Masukan Pembimbing	TTD
1.	Kamis, 26 Desember 2024	Konsul Judul KTI	Revisi Jurnal Pendukung	
2.	Jum'at 27 Desember 2024	Acc Judul KTI		
3.	Rabu, 19 Februari 2025	Konsul dan Acc Pergantian judul KTI	Tambah kan Jurnal Pendukung.	
4.	Senin, 10 Maret	Konsul BAB 1	Revisi: Prevalensi, Tujuan Spasi Judul.	
5.	Kamis, 13 Februari 2025	Konsul BAB 1,2,3	Revisi: Data WHO, Studi: Pendahuluan (BAB I), SOP, tambahkan jurnal (BAB II), tambahkan DO (BAB II)	
6.	Jum'at 20 Februari 2025	Konsul Revisi BAB 1,2,3	Revisi: BAB I : faktanya diolah dgn BAB II : buk BAB II = Tambah dan jurnal BAB III	
7.	Kamis, 27 Maret 2025	Konsul Revisi BAB 1,2,3	Revisi: Tambah kan Sop	

8.	Sabtu, 24 Mei 2025	Konsul BAB 1,2,3	ACC	
9.	Jumat, 13 Juni 2025	Konsul BAB 4 dan 5	Revisi : BAB 4 ditambahkan Opini dan jurnal.	
10.	Senin Selasa, 24 Juni 2025	Konsul Revisi BAB 4 dan 5	Revisi : BAB 4 diubah katanya.. agar sejalan dengan teori.	
11.	Rabu, 25 Juni 2025	Konsul Revisi BAB 4 dan 5.	Revisi : Penambahan sumber tabel dan perbaikan judul abstrak.	
12.	Selasa, 01 Juli 2025	Konsul Revisi BAB 4 dan 5	ACC	
13.	Rabu, 02 Juli 2025	Konsul PPT	ACC	
14.	Rabu, 02 Juli 2025		ACC majikan sidang ☺	

Lampiran 9 Lembar Observasi Sebelum dan Sesudah Penerapan

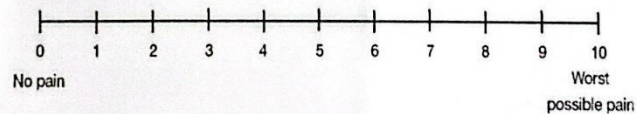
LEMBAR OBSERVASI SEBELUM DAN SESUDAH INTENSITAS NYERI DISMENORE PADA REMAJA PUTRI

Pedoman observasi Skala *Numeric Rating Scale* (NRS) adalah sebagai berikut :

1. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah melakukan penerapan *magic-cool* aromaterapi jeruk masam

No	Sebelum dilakukan penerapan <i>magic-cool</i> aromaterapi jeruk masam		Sesudah dilakukan penerapan <i>magic-cool</i> aromaterapi jeruk masam	
	Tanggal pemeriksaan	Skala Nyeri	Tanggal pemeriksaan	Skala Nyeri
1. Nn, R (12 thn)	05 Juni 2025	6 (Nyeri Sedang)	05 Juni 2025	3 (Nyeri Ringan)
2. Nn, S (15 thn)	05 Juni 2025	5 (Nyeri Sedang)	05 Juni 2025	2 (Nyeri Ringan)

Gambar : *Numerical Rating Scale* (NRS)



Skala 0 (tidak nyeri) : wajah tersenyum, tidak menunjukkan bagian tubuh yang nyeri, dapat beraktivitas dengan mudah

Skala 1-3 (nyeri ringan) : terasa kram atau nyeri di area perut bagian bawah, tetapi masih dapat beraktivitas, dapat berinteraksi dengan baik, dan dapat berkonsentrasi

Skala 4-6 (nyeri sedang) : terasa kram di area perut bagian bawah, wajah meringis, menjalar ke pinggang, nafsu makan berkurang, sulit berkonsentrasi

Skala 7-9 (nyeri berat) : terasa kram di area perut bagian bawah, wajah meringis, mendesis, menjalar ke pinggang, nafsu makan berkurang, sulit berkonsentrasi, aktivitas terganggu

Skala 10 (nyeri tak tertahankan) : aktivitas ditempat tidur, tidak bisa berkonsentrasi

Lampiran 10 Lembar Kuisisioner

LEMBAR KUISISIONER PADA REMAJA DENGAN NYERI MENSTRUASI/DISMENORE

Tanggal pengambilan data : 05 Juni 2025

Jam pengambilan data : 18 : 45

Nama : Nn. R

Petunjuk Pengisian : Isilah data sesuai item yang diminta dibawah ini.

1. Berapa umur anda sekarang? 12 tahun
2. Berapa berat badan anda sekarang? 32 kg
3. Apakah anda sudah menstruasi? sudah
4. Apakah anda mengalami nyeri menstruasi/dismenore pada saat menstruasi? Iya
5. Apakah anda mempunyai riwayat penyakit bawaan pada alat reproduksi seperti kista/miomiuteri? tidak
6. Kapan atau tanggal berapa anda terakhir mengalami menstruasi? 2 April 2025
7. Berapa kali anda mengalami siklus haid dalam 1 bulan? 1 kali
8. Penanganan apa yang anda lakukan Ketika mengalami nyeri menstruasi (dismenore)? minum paracetamol /tidur
9. Apakah anda mengonsumsi obat anti nyeri pada saat dismenore? Iya
10. Apakah anda memiliki riwayat penyakit asma? tidak
11. Apakah anda memiliki alergi atau efek samping ketika mencium aromaterapi jeruk masam? tidak .

LEMBAR KUISIONER
PADA REMAJA DENGAN NYERI MENSTRUASI/DISMENORE

Tanggal pengambilan data : 05 Juni 2025

Jam pengambilan data : 19 : 35

Nama : Nn. S

Petunjuk Pengisian : Isilah data sesuai item yang diminta dibawah ini.

1. Berapa umur anda sekarang? 15 tahun
2. Berapa berat badan anda sekarang? 40 kg
3. Apakah anda sudah menstruasi? sudah
4. Apakah anda mengalami nyeri menstruasi/dismenore pada saat menstruasi? iya
5. Apakah anda mempunyai riwayat penyakit bawaan pada alat reproduksi seperti kista/miometri? tidak
6. Kapan atau tanggal berapa anda terakhir mengalami menstruasi? 30 maret 2025
7. Berapa kali anda mengalami siklus haid dalam 1 bulan? 1kali
8. Penanganan apa yang anda lakukan Ketika mengalami nyeri menstruasi (dismenore)? minum obat parasetamol / femina x
9. Apakah anda mengonsumsi obat anti nyeri pada saat dismenore? iya
10. Apakah anda memiliki riwayat penyakit asma? tidak
11. Apakah anda memiliki alergi atau efek samping ketika mencium aromaterapi jeruk masam? tidak

Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap : Revilia Kania Larasati
2. NIM : 202212092
3. Tempat Lahir : Pacitan
4. Tanggal Lahir : 12 Juli 2004
5. Jenis Kelamin : Perempuan
6. Alamat Rumah
 - a. Dusun : Weru
 - b. Desa : Gondosari
 - c. Kecamatan : Punung
 - d. Kab/Kota : Pacitan
 - e. Provinsi : Jawa Timur
7. Telephon : 083850332470

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Pendidikan SD
SD NEGERI 1 GONDOSARI (2012-2017)
2. Pendidikan SMP
SMP NEGERI 2 PUNUNG (2017-2019)
3. Pendidikan SMA
SMK NEGERI 2 PACITAN (2019-2022)