

SKRIPSI

**TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA PASIEN
POST OPERATIF SEKSIO SESAREA DENGAN ANESTESI SAB (*SUB
ARAKHNOID BLOK*) DI RUANG SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA**

PENELITIAN *QUASY – EXPERIMENT*

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



Oleh:

ERFINA IHDA IMAMI
NIM. 131011150

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, Februari 2012

Yang menyatakan

ERFINA IHDA IMAMI
NIM. 131011150

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA PASIEN
POST OPERATIF SEKSIO SESAREA DENGAN ANESTESI SAB (*SUB
ARAKHNOID BLOK*) DI RUANG SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA**

OLEH MAHASISWA:

NAMA : ERFINA IHDA IMAMI
NIM : 131011150

TELAH DISETUJUI
TANGGAL FEBRUARI 2012

Oleh:

Pembimbing I

Esty Yunitasari S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122003

Pembimbing II

Retnayu Pradanie, S.Kep.Ns.
NIK. 139080824

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas keperawatan Universitas Airlangga
Plt/plh. Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp, M.Kes
NIP. 19790424 200604 2 002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI
TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA PASIEN
POST OPERATIF SEKSIO SESAREA DENGAN ANESTESI SAB (*SUB*
***ARAKHNOID BLOK*) DI RUANG SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA**

Oleh : Erfina Ihda Imami / 131011150

Telah diuji
Pada tanggal, 09 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua:

Esty Yunitasari S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122003

Anggota: 1.

Retnayu Pradanie, S.Kep.Ns.
NIK. 139080824

2.

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

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas keperawatan Universitas Airlangga
Plt/plh. Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp, M.Kes
NIP. 19790424 200604 2 002

MOTTO

"A good leader inspires others with confidence in him/her; a great leader inspires them with confidence in themselves."

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea dengan Anestesi SAB (*Sub Arakhnoid Blok*)”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Esty Yunitasari S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Retnayu Pradanie S.Kep., Ns., selaku pembimbing II yang telah membimbing, memberikan banyak saran serta dengan sabar dan teliti mengoreksi berbagai kekurangan, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Drg. Siti Rachmawati, MARS., sebagai Kabid Diklit RSU Haji Surabaya yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan data.

5. Komite etik RSUD Haji Surabaya yang telah memberikan izin untuk pengambilan data awal dan data penelitian sehingga penelitian berjalan dengan baik.
6. Puji Astuti S.Keb, selaku kepala ruang beserta seluruh petugas kesehatan di ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya yang telah membantu demi kelancaran penelitian.
7. Ayah (Zainal Arifin), Ibu (Siti Andarwati), adik (Fahmi), dan seorang teman terdekat saya (Fedriansyah) yang telah memberikan doa, kasih sayang, dukungan, dan motivasi secara moril maupun materil selama ini.
8. Seluruh teman seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B13 yang telah memberikan semangat dan kebersamaannya.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan dan bantuan dalam penulisan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga diharapkan kritikan dan saran untuk menyempurnakannya.

Surabaya, Februari 2012

Penulis

ABSTRACT**MOZART MUSIC THERAPY REDUCING PAIN OF POST
SECTIOCAESAREAN WOMEN WITH ANESTHESIA SAB (*SUB
ARAKHNOID BLOCK*) IN SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA****Quasy Eksperiment in Shofa 2 RSU Haji Surabaya****By: Erfina Ihda Imami**

Several researches mention that post operative pain is the reason of mother cannot caring the newborn soon. The effects make a mother can not do her daily activities as soon as the normal giving one. Mozart's music can be used as a therapy because it has a tempo about 60 beats per minute which is relaxing. This music can cause endorphin effects that are useful for patients. According to experts, music can distract patients from pain. Music is played to the patients by earphone. The purpose of this study is to determine the effect of Mozart's music to decrease postoperative pain in patients with sectio caesarean surgery by anesthesia SAB (*Sub-arachnoid block*) in Shofa 2 RSU Haji Surabaya.

The design is a quasy-experimental with pre-post control group design. The population in this study is all patients with postoperative sectio caesarea from 12 December to 12 January 2012 in ward Shofa 2 RSU Haji Surabaya. The technical sampling is purposive sampling with 14 respondents appropriate with criteria inclusi. The independent variable is music therapy entitled Mozart Clarinet Conserto (K.622) and the dependent variable is a pain scale according to Bourbonais. Technical of gathering data is observation. The data analysis is performed by Wilcoxon and Mann Whitney test.

The result of wilcoxon test on the level of pain in the treated group shows $p = 0,014 < 0,05$ and the control group $p = 0,317 > 0,05$. The result of mann whitney test shows there are differences result between controlled group and treated group with $p = 0,037 < 0,05$.

The conclusion of this research is Mozart's music therapy can reduce postoperative pain in patients with sectio caesarean surgery by anesthesia SAB (*Sub-arachnoid block*) in Shofa 2 RSU Haji Surabaya.

Keywords: pain, Sectio Caesaria, Mozart's music

Daftar Isi

Halaman Judul	i
Surat Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan Skripsi.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Istilah dan Singkatan	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori Keperawatan	
2.1.1 Latar Belakang Teori Kenyamanan Kolcaba	7
2.1.2 Kenyamanan Sebagai Suatu Konsep.....	8
2.1.3 Bentuk Kenyamanan	10
2.1.4 Konteks Kenyamanan.....	13
2.1.5 Adaptasi Kerangka Teoritis Kolcaba	16
2.2 Konsep Nyeri	
2.2.1 Pengertian	11
2.2.2 Teori Nyeri dan Proses Terjadi Nyeri	13
2.2.3 Fisiologi Nyeri.....	14
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	18
2.2.5 Klasifikasi Nyeri.....	20
2.3 Konsep Seksio Sesarea	
2.3.1 Pengertian	23
2.3.2 Indikasi	24
2.3.3 Klasifikasi.....	24
2.3.4 Masalah Keperawatan Pasca Operasi.....	25
2.3.5 Nyeri Post Seksio Sesarea	25
2.4 Konsep Pengukuran Intensitas Nyeri	27
2.5 Konsep Penatalaksanaan Nyeri	29

2.6 Konsep Penatalaksanaan Nyeri Non Farmakologi.....	31
2.7 Teknik Distraksi	
2.7.1 Pengertian.....	32
2.7.2 Jenis Teknik Distraksi	33
2.8 Teknik Distraksi Pendengaran	
2.8.1 Pengertian Terapi Musik.....	35
2.8.2 Manfaat Terapi Musik.....	36
2.8.3 Karakteristik Terapi Musik	37
2.8.4 Terapi Musik Klasik Mozart	38
2.8.5 Proses Penurunan Nyeri dengan Terapi Musik Klasik Mozart.	38
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	40
3.2 Hipotesis Penelitian.....	43
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	44
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	
4.2.1 Populasi	45
4.2.2 Sampel	45
4.2.3 Besar Sampel.....	46
4.2.4 Sampling.....	46
4.4 Identifikasi Variabel	
4.4.1 Variabel independen.....	47
4.4.2 Variabel dependen.....	47
4.5 Definisi Operasional.....	48
4.6 Pengumpulan Data	
4.6.1 Instrumen.....	50
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	50
4.6.3 Prosedur pengumpulan data	50
4.7 Kerangka Operasional	52
4.8 Analisa Data	53
4.8 Etik Penelitian	53
4.9 Keterbatasan penelitian	55
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	57
5.1.2 Data Umum Responden.....	58
5.1.3 Data Khusus Responden.....	63
5.2 Pembahasan	66
BAB 6 KESIMPULAN dan SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	72
6.2 Saran.....	72
Daftar Pustaka	74
Lampiran	78

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Kerangka Konseptual Teori Kenyamanan	9
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	40
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	52
Gambar 5.1	Distribusi Responden Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB Berdasarkan Usia di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	58
Gambar 5.2	Distribusi Responden Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB Berdasarkan Pendidikan di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	59
Gambar 5.3	Distribusi Responden Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	60
Gambar 5.4	Distribusi Responden Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB Berdasarkan Pengalaman Nyeri Pasca Seksio Sesarea Masa Lalu di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	61
Gambar 5.5	Distribusi Responden Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB Berdasarkan Pengalaman Bedah Sesar Sebelumnya di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	62

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Skala Nyeri Deskriptif.....	28
Tabel 2.2	Skala Nyeri Menurut Mankoski.....	29
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian <i>Quasy-Eksperimental</i> dengan <i>Pre-Post Control Group Desain</i>	44
Tabel 4.2	Definisi Operasional Variabel Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011.....	48
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Kontrol Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	63
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Perlakuan Penelitian Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operatif Seksio Sesarea Dengan Anesthesi SAB di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	64
Tabel 5.3	Hasil uji SPSS Pengaruh musik Mozart terhadap penurunan tingkat nyeri pada kelompok eksperimen di Ruang Shofa RSUD Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011	64
Tabel 5.4	Hasil uji SPSS Perbedaan tingkat nyeri akhir pada responden kontrol dan perlakuan di Ruang Shofa RSUD Haji Surabaya Tanggal 12 Desember 2011 – 12 Januari 2011.....	66

Daftar Lampiran

Lampiran 1.	Surat Ijin Pengambilan Data Awal Fakultas	78
Lampiran 2.	SK Penelitian RS	79
Lampiran 3.	Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian	80
Lampiran 4.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	81
Lampiran 5.	Lembar Kuesioner Data Responden.....	82
Lampiran 6.	Lembar Observasi Skala Nyeri Pre-Post Test	83
Lampiran 7.	Satuan Operasional Prosedur.....	84
Lampiran 8.	Tabulasi Data Penelitian.....	83
Lampiran 11.	Hasil Uji Statistik	84

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

SAB	<i>Sub Araknoid Blok</i>
SpOG	Spesialis Obstetri & Gynekologi
SC	<i>Sectio Caesarea</i>
RS	Rumah Sakit
SD	Sekolah Dasar
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SMA	Sekolah Menengah Atas
PNS	Pegawai Negeri Sipil
CD	<i>Compact Disk</i>
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	<i>Intensive Coronary Care Unit</i>
NICU	<i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
PICU	<i>Pediatric Intensive Care Unit</i>
HPA-AXIS	<i>Hipotalamus-Hipofise-Adrenal Axis</i>
CRF	<i>Corticotropin Releasing Factor</i>
POMC	<i>Proopioidmelanocortin</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien dengan seksio sesarea umumnya diberikan anestesi regional yang memungkinkan pasien untuk tetap sadar selama proses pembedahan. Dalam *Pain Relief After Cesarean Section* yang ditulis oleh Paul H. Ting disebutkan bahwa rasa nyeri bekas sayatan akan terasa sesaat setelah operasi seksio sesarea selesai. Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim (Mansjoer, 2005). Pada tahun 2000 dilaporkan bahwa wanita yang melahirkan dengan seksio sesarea meningkat empat kali dibandingkan sepuluh tahun sebelumnya, di Amerika serikat sebanyak 35%, Australia 35%, dan Prancis 28%. Secara umum di Indonesia jumlah persalinan seksio sesarea di rumah sakit pemerintah adalah 20-25%, sedangkan di rumah sakit swasta yaitu 30-80% dari total persalinan. Peningkatan dilanjutkan pada tahun 2005 sebanyak 8%, tahun 2006 sebanyak 15% dan tahun 2007 sebanyak 21% (Arianto, dkk, 2010). Ibu meminta persalinan bedah sesar karena rasa sakit pada persalinan alami sebesar 96,5%, (Sarwana, 2009). Angka tersebut cukup mencengangkan dibanding dengan nyeri bekas sayatan di perut yang berakibat tidak dapat melakukan aktivitas sehari – hari secepat ibu persalinan normal. Hasil penelitian *The Effect of Patient-Selected Music on Early Postoperatif Pain, Anxiety, and Hemodynamic Profile in Cesarean Section Surgery* oleh Amin Ebneshaideh dan Masood Mohseni menyebutkan bahwa nyeri adalah salah satu

penyebab ibu tidak ingin segera merawat bayinya. Musik Mozart telah banyak digunakan sebagai penurun stress dan relaksasi tubuh karena dapat menurunkan gelombang otak sampai ke gelombang delta (Campbell, 2002). Namun, penggunaan musik Mozart sebagai salah satu intervensi penanganan nyeri post operatif seksio sesarea belum dapat dibuktikan hingga saat ini.

Berdasarkan data awal yang didapatkan oleh peneliti pada tanggal 21 Nopember 2011 di VK Bersalin RSUD Haji Surabaya, disebutkan bahwa terjadi fluktuasi jumlah persalinan dengan bedah sesar setiap tahun dari tahun 2006 sampai 2010. Terdapat sekitar 20 pasien yang melahirkan melalui bedah sesar dari rata – rata 60 persalinan yang ada tiap bulan pada tahun 2011. Dari 20 pasien yang melahirkan melalui bedah sesar tersebut, terdapat beberapa diantaranya melakukan persalinan melalui bedah sesar dengan indikasi sosial. Penatalaksanaan nyeri yang dilakukan oleh perawat dan bidan di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya yaitu dengan pemberian analgetika untuk mengurangi nyeri post operatif seksio sesarea, mengatur posisi yang nyaman, mengajarkan teknik relaksasi pernapasan, dan perawatan luka operasi. Meski telah mendapat terapi analgesik, tak jarang pasien masih merasa nyeri berat pada perut bekas operasi. Penelitian yang dilakukan oleh Macintyre & Ready pada tahun 2001 menunjukkan bahwa lebih dari 80% pasien mengeluh nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Karlstrom (2007) sebanyak 78% wanita mengalami tingkat nyeri sedang sampai berat pasca operasi seksio sesarea. Menurut Simpson (2001), keahlian perawat dalam berbagai strategi penanganan rasa nyeri adalah hal yang sangat penting, tapi tidak semua perawat menggunakan pendekatan non farmakologis untuk menghilangkan rasa nyeri karena kurangnya

pengenalan teknik non farmakologis. Metode penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologi dan non-farmakologi. Pendekatan farmakologi lebih mahal, dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode nonfarmakologi lebih murah, simpel efektif dan tanpa efek yang merugikan (Burns & Blamey, 1994; Cook & Wilcox, 1997).

Teknik terapi musik diberikan untuk kebutuhan fisik pasien, emosional dan psikologis, dan kemampuan coping (*Music Therapy*, 2008). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kustiningsih dan Tri Hartati dalam pengaruh terapi musik klasik terhadap intensitas nyeri pada anak usia sekolah saat dilakukan prosedur invasif (2008) disebutkan bahwa musik klasik memiliki pengaruh yang efektif terhadap intensitas nyeri saat pelaksanaan tindakan invasif pada anak usia sekolah. Penelitian pada tahun yang sama dilakukan oleh Amin Ebneshaideh dan Masood Mohseni dalam *The Effect of Patient-Selected Music on Early Postoperative Pain, Anxiety, and Hemodynamic Profile in Cesarean Section Surgery* disebutkan bahwa terapi musik dapat menurunkan nyeri secara signifikan, dan menekan kebutuhan analgesik pasca operasi seksio sesarea. Nyeri yang dirasakan ibu pasca seksio sesarea berasal dari luka yang terdapat di perut (Kasdu, 2005). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual atau potensial (Brunner & Suddart, 2002).

Menurut dr. Yuda Turana, Sp.S., Staf Pengajar Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Atmajaya sekaligus Kepala Pusat Penelitian Kesehatan Atmajaya, music Mozart dapat digunakan sebagai terapi karena memiliki tempo

sekitar 60 ketukan permenit yang bersifat rileks. Musik ini dapat menimbulkan efek neuroendokrin yang berguna bagi pasien. Dalam hal ini, menurut para ahli, musik dapat mengalihkan pasien dari rasa nyeri (Rizem, 2011). Energi getaran yang masuk ke telinga akan di ubah menjadi pesan elektrokimia yang akan di bawa oleh saraf pendengaran menuju otak untuk kemudian diinterpretasikan (Guyton, 1997). Campbell dalam bukunya *Affect Mozart* (2002) menjelaskan musik Mozart dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak. Gelombang beta dapat dimodifikasi dari kesadaran biasa yang bergetar dari 14 hingga 20 *hertz* menjadi gelombang theta maupun gelombang delta yang berkisar dari 0.5 hingga 3 *hertz*, semakin lambat gelombang semakin santai dalam melakukan aktifitas mental. Dalam buku ini di jelaskan pula bahwa beberapa musik Mozart memiliki frekuensi di bawah 8000 Hz yang dapat membuat pendengarnya *relax*. Karena hal inilah, peneliti menggunakan musik Mozart sebagai terapi penatalaksanaan nyeri dengan harapan dapat mengubah keadaan pasien post operatif seksio sesarea menjadi *relax* sehingga dapat mengalihkan nyerinya. Penelitian pengendalian nyeri post operatif seksio sesarea sudah pernah dilakukan akan tetapi penggunaan terapi musik Mozart yang merupakan terapi non farmakologis belum terbukti pengaruhnya. Berdasarkan fakta tersebut, peneliti ingin membuktikan bahwa musik Mozart dapat menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*). Selanjutnya, diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien post operatif *Sectio Caesaria*.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terapi musik Mozart dapat menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh terapi musik Mozart terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dalam penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi tingkat nyeri sebelum dan setelah pemberian musik Mozart pada kelompok kontrol dan perlakuan pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya
2. Menganalisis pengaruh terapi musik Mozart terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan pengaruh pemberian musik Mozart terhadap skala nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) sehingga dapat digunakan sebagai

pengembangan ilmu keperawatan maternitas yang berhubungan dengan penanganan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*).

1.4.2 Manfaat praktis

Manfaat praktis dalam penelitian ini adalah :

1. Profesi Keperawatan

Sebagai alternatif penatalaksanaan non-farmakologis nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di bidang maternitas.

2. Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu pasien dalam percepatan proses pemulihan sehingga pasien dapat melakukan mobilisasi lebih awal dan membantu pasien kembali bekerja lebih dini, mengurangi kunjungan klinik, memperpendek masa hospitalisasi dan mengurangi biaya perawatan.

3. Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai prosedur tetap salah satu terapi *non-farmakologis* pada pasien post operatif seksio sesarea sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan dapat menjadi daya tarik tersendiri bagi masyarakat sebagai pengguna layanan rumah sakit.

4. Peneliti

Mendapatkan pemahaman dan penjelasan secara ilmiah tentang pengaruh terapi musik Mozart terhadap skala nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea serta hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka memuat uraian yang sistemik tentang teori dasar yang relevan, fakta dan hasil penelitian sebelumnya yang berasal dari pustaka mutakhir serta memuat teori, proposisi, konsep atau pendekatan terbaru yang ada hubungannya dengan penelitian yang dilakukan (Nursalam, 2009).

2.1 Konsep Teori Keperawatan

2.1.1 Latar belakang teori kenyamanan Kolcaba

Teori kenyamanan adalah teori keperawatan yang pertama kali dikembangkan pada tahun 1990-an oleh Katharine Kolcaba, sebuah keperawatan Amerika sarjana yang mencapai Phd dalam dunia keperawatan dan sertifikat otoritas sebagai perawat kulit klinik spesialis. Ini adalah teori yang saat ini dengan kesehatan lingkungan hari ini dan terus berkembang dengan kerangka konseptual yang telah diperbaharui baru-baru ini. Teori Kolcaba memiliki potensi untuk kenyamanan lagi di garis depan kesehatan.

2.1.2 Kenyamanan sebagai suatu konsep

Selama perkembangan teori kenyamanan, Kolcaba melakukan analisis konsep nyaman yang memeriksa literature dari disiplin termasuk keperawatan, kedokteran, psikologis, psikiatri, ergonomi. Teori ini menyakini bahwa kenyamanan adalah konsep positif dan berhubungan dengan kegiatan yang memupuk dan memperkuat pasien (Kolcaba, 1994).

2.1.3 Bentuk kenyamanan

Kolcaba menggambarkan kenyamanan yang ada dalam 3 bentuk:

1. Merasa tertolong (*relief*)
2. Merasa lebih ringan (*case*)
3. Transendensi (*transcendence*)

Jika kebutuhan spesifik dari kenyamanan pasien telah terpenuhi, misalnya, memberikan pertolongan atau bantuan (*relief*) pada nyeri pasca operasi melalui pemberian resep analgesia, maka kenyamanan klien akan meningkat, karena pasien merasa tertolong. Jika pasien merasa puas dan nyaman, orang tersebut akan merasa lebih ringan (*case*), misalnya, tentang perasaan pasien setelah hal – hal yang menyebabkan kecemasan ditangani. Terakhir, transendensi (*transcendence*) digambarkan sebagai keadaan nyaman dimana pasien mampu untuk meningkatkan kemampuan mereka sendiri dalam menghadapi tantangan (Kolcaba, 1991).

2.1.4 Konteks kenyamanan

Kolcaba menjelaskan 4 konteks dimana kenyamanan pasien dapat terjadi: psikospiritual, fisik, lingkungan, dan social budaya.

1. Fisik adalah konteks kenyamanan yang berkaitan dengan sensasi tubuh seseorang.
2. Psikospiritual adalah konteks kenyamanan yang berkaitan dengan kesadaran diri dalam diri sendiri, termasuk harga diri, identitas, seksualitas, makna hidup seseorang, dan pemahaman seseorang terhadap tatanan hubungan seseorang

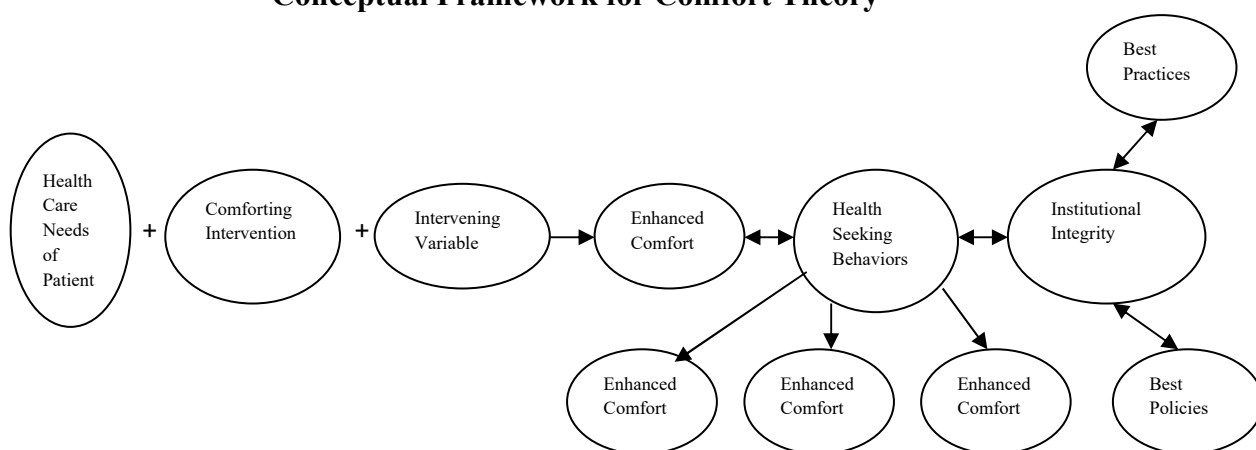
dengan sesuatu yang lebih tinggi.

3. Lingkungan dalam konteks kenyamanan sebagai segala sesuatu yang beradadi luar pasien.
4. Sosial budaya dalam konteks kenyamanan didefinisikan sebagai hal – hal yang berkaitan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan dalam masyarakat (Kolcaba, 2003)

2.1.5 Adaptasi kerangka teoritis Kolcaba

Menurut Kolcaba, konsep kenyamanan muncul secara universal hadir dalam semua budaya. Karena sifat universal dari konsep kenyamanan, dapat diperkirakan bahwa pencapaian kenyamanan yang optimal adalah sebuah tujuan universal yang tepat untuk pelayanan kesehatan. Kolcaba menempatkan teori kenyamanan dalam domain keperawatan, namun, ia berpendapat bahwa dalam sebuah institusi yang berkomitmen untuk menemukan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi pasien, teori kenyamanan dapat berpotensi sebagai sebuah pendekatan institusi yang luas (March & McCormark, 2009)

Conceptual Framework for Comfort Theory



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Teori Kenyamanan

Keterangan gambar:

1. *Health Care Needs* atau kebutuhan perawatan kesehatan adalah semua yang teridentifikasi oleh pasien atau keluarga dalam sebuah setting praktik tertentu.
2. *Intervening variable* adalah faktor – faktor yang sulit untuk dirubah dan provider hanya punya sedikit control (seperti prognosis, kondisi keuangan, dukungan sosial, dsb).
3. *Comfort* atau kenyamanan adalah sebuah konsep yang memiliki hubungan kuat dengan keperawatan. Perawat secara tradisional menyediakan kenyamanan untuk pasien dan keluarganya melalui intervensi yang dapat disebut ukuran kenyamanan. Tindakan pemberian kenyamanan oleh perawat memperkuat pasien dan keluarganya (yang bias ditemukan di rumah mereka sendiri, rumah sakit, komunitas, dan Negara). Ketika pasien dan keluarganya dikuatkan oleh tindakan personil pelayan kesehatan (perawat), mereka dapat memiliki perilaku mencari sehat (*health seeking behaviors*) yang lebih baik. Hubungan positif antara tindakan – tindakan keperawatan yang penuh pertimbangan dan kenyamanan, termuat dalam bagian pertama dari Teori Kenyamanan Kolcaba.
4. *Enhanced comfort* atau kenyamanan yang meningkat, adalah sebuah hasil yang diinginkan secara cepat dalam asuhan keperawatan. Selain itu, ketika intervensi kenyamanan diberikan secara konsisten dari waktu ke waktu, mereka secara teoritis dikorelasikan dengan kecenderungan peningkatan tingkat kenyamanan dari waktu ke waktu, dengan keinginan perilaku mencari sehat (*health seeking behaviors*).

5. Konsep perilaku mencari sehat pertama kali diperkenalkan oleh Scholfeldt (1975). Perilaku mencari sehat dapat berupa internal (penyembuhan, fungsi imun, jumlah sel T, dsb), atau kematian yang damai. Hubungan antara kenyamanan dan perilaku mencari sehat dikemukakan dalam bagian kedua dari Teori Kenyamanan Kolcaba.
6. Integritas Institusional merupakan hasil pembaharuan Kolcaba pada tahun 2007, yang didefinisikan sebagai nilai – nilai, stabilitas keuangan, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada tingkat lokal, regional, ataupun nasional. Selain sistem rumah sakit, definisi dari “institusi” termasuk agen – agen kesehatan masyarakat, agen *home care*, *nursing home*, program *medicare*, dsb.
7. *Best policies* atau kebijakan terbaik adalah protokol dan prosedur yang dikembangkan oleh sebuah institusi untuk digunakan secara keseluruhan setelah pengumpulan bukti.
8. *Best practices* atau praktik terbaik adalah protokol dan prosedur yang dikembangkan oleh sebuah institusi untuk pasien spesifik atau aplikasi keluarga setelah pengumpulan bukti (Kolcaba, 2009).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri menurut kebanyakan ahli, sebagai suatu fenomena misterius yang tidak dapat didefinisikan secara khusus. Menurut Brunner dan Suddart (2002) pengertian nyeri dalam kebidanan adalah sesuatu yang dikatakan oleh pasien, kapan saja adanya nyeri tersebut. Sedangkan Wolf Firest (Depkes RI, 1997)

mendefinisikan nyeri sebagai suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang dapat menimbulkan ketegangan. Menurut Arthur Custon (Depkes RI, 1997), nyeri adalah suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul bilamana jaringan sedang dirusakkan dan menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan atau mengurangi rasa nyeri.

Nyeri merupakan kondisi berupa kondisi perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya pada orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Berikut adalah pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri:

1. Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
2. Wolf Weifsel Feurst (1974), mengatakan nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
3. Artur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
4. Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak

dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis maupun emosional (Hidayat, 2008, hlm. 126).

2.2.2 Teori Nyeri Dan Proses Terjadi nyeri

Ada empat macam teori nyeri yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Teori pemisahan (*specificity theory*). Menurut teori ini rangsangan sakit masuk ke medula spinalis (*spina cord*) melalui *karnu dorsalis* yang bersinaps di daerah posterior. Kemudian naik ke *tractus lissur* dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di *korteks sensoris* tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.
2. Teori pola (*Pattern Theory*) adalah rangsangan nyeri masuk melalui akar *gangliondorsal medulla spinalis* dan rangsangan aktifitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang kebagian yang lebih tinggi yaitu *korteks serebri* dan menimbulkan persepsi, persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima. Rekonstruksi merupakan hasil interaksi sistem saraf sensoris, informasi kognitif (*korteks serebri*) dan pengalaman emosional (*hipokampus dan amigdala*), persepsi menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan, lalu otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.
3. Teori pengendalian gerbang (*gate control theory*) yang dikemukakan oleh Melzak dan Wall. Teori ini lebih komprehensif dalam menjelaskan transmisi dan persepsi nyeri. Rangsangan atau impuls nyeri yang disampaikan oleh syaraf *perifer aferen* ke *korda spinalis* dapat dimodifikasi sebelum transmisi ke otak. *Sinaps* dalam *dorsal medulla spinalis* beraktifitas seperti pintu untuk mengijinkan

impuls masuk ke otak. Kerja kontrol gerbang ini menguntungkan dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam rangsangan *akar ganglion dorsalis*. Rangsangan pada serat akan meningkatkan aktifitas *substansi gelatinosa* yang mengakibatkan tertutupnya pintu sehingga katifitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rasa nyeri terhambat juga. Rangsangan serat besar ini dapat langsung merangsang ke *korteks serebri* dan hasil persepsinya akan dikembalikan ke dalam *medulla spinalis* melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktifitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktifitas *substansi gelatinosa* dan membuka pintu mekanisme sehingga aktifitas sel T meningkat yang akan menghantarkan ke otak.

4. Teori tranmisi dan inhibisi. Adanya stimulus pada *nociceptor* memulai tranmisi impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem *supresif* (Hidayat, 2008, hlm. 129-130).

2.2.3 Fisiologi Nyeri

1. Reseptor

Reseptor nyeri disebut nosiseptor. Jika ambang nyeri terlampaui dan terjadi kerusakan jaringan, zat – zat kimia yang dapat merangsang nosiseptor dikeluarkan. Zat – zat kimia seperti *bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium, asam, asetilkolin, dan enzim proteolitik* yang terakumulasi di tempat cedera meningkatkan permeabilitas kapiler dan memicu reaksi peradangan (merah, bengkak dan nyeri). Selain itu, *prostaglandin* dan sustansi P dapat meningkatkan sensitivitas ujung – ujung serabut nyeri tetapi tidak secara langsung

merangsangnya. Nosisseptor mencakup ujung – ujung saraf bebas sebagai penerima rangsang nyeri yang dapat di stimulasi oleh rangsangan mekanis, termal, dan kimia (Kozier, 1997).

Nosisseptor tersebar pada permukaan supervisial kulit dan jaringan dalam tertentu, misalnya periosteum, dinding uteri, permukaan sendi, falks serta tentorium tempurung kepala. Sebagian besar jaringan dalam lainnya tidak begitu banyak dipersarafi oleh ujung saraf rasa nyeri (Guyton & Hall 1997).

Tabel 2.1 Tipe Stimulus Nyeri

Stimulus Nyeri	Fisiologi
Mekanis: 1. Trauma jaringan (Pembedahan) 2. Perubahan jaringan (Edema) 3. Sumbatan pada saluran tubuh 4. Tumor 5. Spasme otot	Kerusakan jaringan, iritasi reseptor nyeri, peradangan Penekanan pada reseptor nyeri Distensi lumen saluran tubuh Penekanan pada reseptor nyeri, iritasi ujung saraf Stimulasi reseptor nyeri
Termal Panas atau dingin yang ekstrem	Kerusakan jaringan, Stimulasi nosisseptor termosensitif
Kimia 1. Iskemia jaringan (Sumbatan pada arteri koroner) 2. Spasme otot	Stimulasi reseptor nyeri karena akumulasi asam laktat dan sustansi kimia seperti bradikinin dan enzim di jaringan Sekunder terhadap stimulasi nyeri mekanis

Sumber : Kozier (1997)

2. Mekanisme penghantaran impuls nyeri

Meskipun semua reseptor merupakan ujung serabut saraf bebas, dalam menghantarkan impuls nyeri ke sistem saraf pusat ujung – ujung serabut ini menggunakan dua jaras yang terpisah. Jaras pertama (oleh serabut saraf tipe A- δ) menghantarkan impuls nyeri cepat (tajam) ke *spinal cord*, sementara jaras kedua

(oleh serabut saraf tipe C) menghantarkan impuls nyeri lambat (kronis) ke *spinal cord* (Guyton & Hall 1997).

Serabut saraf tipe A- δ terutama dilalui oleh impuls nyeri mekanis dan nyeri suhu akut. Serabut ini berakhir pada *lamina 1 (lamina marginalis)* pada *kornu dorsalis*, dan merangsang neuron penghantar kedua dari *traktus neospinotalamikus*. Neuron ini akan menghantarkan impuls ke serabut panjang yang terletak di dekat sisi lain *medulla spinalis* dalam *komisura anterior* dan selanjutnya naik ke otak dalam *kolumna anterolateralis*. Beberapa serabut traktus *neospinotalamikus* berakhir di daerah *retikularis* batang otak, tetapi sebagian besar melewati semua jalur *thalamus* dan berakhir di kelompok *nuclear posterior*. Dari sini, impuls nyeri dijalarkan ke daerah lain pada basal otak dan *korteks somato-sensoris* ((Guyton & Hall 1997).

Serabut saraf tipe C yang lambat menghantarkan impuls nyeri mekanis, termal, dan kimia. Serabut ini berakhir hampir seluruhnya di *lamina II dan lamina III kornu dorsalis (posterior) medulla spinalis*, yang disebut *substansia gelatinosa*. Sebagian besar impuls kemudian melewati satu atau lebih *neuron – neuron* serabut pendek tambahan di dalam kornu dorsalisnya sebelum menuju otak melalui *traktus paleospinotalamikus*. Kebanyakan neuron kedua dari serabut tipe C berakhir di satu dari tiga daerah berikut: (1) *nucleus retikularis medulla, pons dan mesensefalon*, (2) area tektal dari *mesensefalon* dalam sampai *kolikuli superior dan inferior*, atau (3) daerah *substansia abu – abu periaqueduktal*, yang mengelilingi *aqueduktus sylvius*. Hanya sepersepuluh sampai seperempat serabut yang melewati jalur *thalamus*. Neuron tambahan mengkomunikasikan impuls

nyeri dari batang otak ke *thalamus*, *hypothalamus* dan area lain di otak (Guyton & Hall 1997).

3. Persepsi nyeri

Agar dapat dipersepsikan, impuls nyeri harus memasuki *formatio retikularis*, *thalamus* dan pusat – pusat yang lebih rendah lainnya. Dari *thalamus*, impuls nyeri ditransmisikan ke berbagai area di otak, termasuk *korteks sensoris* dan *korteks asosiasi* (keduanya di *lobus parietalis*), *lobus frontalis* dan *system limbic*. Sistem *limbic* fungsinya dalam pengalaman, ekspresi perasaan dan alam emosi, terutama reaksi takut dan marah. Sistem *limbic* diyakini turut berperan dalam ingatan. Setelah penghantaran nyeri sampai di pusat otak yang lebih tinggi, seseorang mulai mempersepsikan adanya nyeri (Sylvia & Lorraine, 2005). Namun, ini tidak berarti *korteks serebri* tidak berperan dalam mengartikan rasa nyeri secara normal. Terdapat anggapan bahwa *korteks serebri* berperan penting dalam menginterpretasikan kualitas dan lokasi nyeri, meskipun persepsi nyeri secara prinsip merupakan fungsi dari pusat – pusat yang lebih rendah (Kozier, 1997).

4. Respon

Respon tubuh terhadap nyeri merupakan proses yang sangat kompleks, yang melibatkan berbagai aspek. Bersamaan dengan penghantaran impuls nyeri dari *spinal cord* ke batang otak dan *thalamus*, sistem saraf otonom terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Awalnya, sistem saraf simpatis yang berespon, berupa respon *fight to flight*. Jika nyeri terus berlanjut dan melibatkan organ visera, sistem saraf parasimpatis mulai bereaksi dan membalikkan semua respon fisiologis awal. Seorang berespon terhadap nyeri dengan melakukan intervensi

fisik untuk mengurangi intensitas nyeri, seperti mengkonsumsi analgesic, melakukan terapi pijat atau exercise (Kozier, 1997)

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

McCaffery dan Passero (1999) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang dirasakan. Oleh karena itulah dikatakan klien sebagai *expert* tentang nyeri yang dirasakan. Terdapat berbagai factor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi masing – masing individu terhadap nyeri, yaitu:

1. Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

2. Jenis Kelamin

Gill (1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya.

3. Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri (misal, suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah

akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri).

4. Makna Nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman/persepsi seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya.

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.

6. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990) perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, guided imagery merupakan teknik untuk mengatasi nyeri.

7. Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

8. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri.

9. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

10. Support keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan (Potter dan Perry, 2006, hlm. 1511-1515).

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Beberapa klasifikasi nyeri akan diuraikan di bawah ini :

1. Menurut Tamsuri (2006), nyeri secara umum dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Nyeri akut

Nyeri ini bersifat mendadak, durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan). Biasa berhubungan dengan kecemasan. Umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pembedahan dengan permulaan yang cepat dan tingkat yang bervariasi (sedang sampai berat).

2) Nyeri kronik

Nyeri ini bersifat dalam, tumpul, diikuti dengan berbagai macam gangguan. Terjadi lambat dan meningkat secara perlahan setelahnya, dimulai setelah detik pertama dan meningkat perlahan sampai beberapa detik atau menit. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan kerusakan jaringan. Nyeri ini bersifat terus-menerus atau intermitten.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya menurut Perry & Potter (2005) terdiri dari :

1) Nyeri superficial (*cutaneous*)

Nyeri superficial (*cutaneous*) yaitu nyeri yang diakibatkan oleh stimulasi kulit. Karakteristik nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi tajam, contoh penyebab antara lain jarum suntik, luka potong atau laserasi.

2) Visceral dalam yaitu nyeri yang diakibatkan oleh stimulasi organ – organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasi bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada nyeri superficial. Nyeri dapat terasa tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat.

3) Nyeri alih (*reffered*) merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron dari sensori dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat nyeri asal yang dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang terkena. Karakteristik

nyeri terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik.

4) Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristik nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh.

3. Klasifikasi nyeri berdasarkan sumber nyeri dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Superfisial (*cutaneus*), yaitu nyeri yang mengenai kulit / jaringan subkutan. Biasanya bersifat burning (seperti terbakar).

2) Nyeri dalam (*deep somatic*), yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan saraf, nyeri tersebar dan lebih lama daripada cutaneus.

3) Pada organ dalam (*visceral*), stimulasi reseptor nyeri dalam rongga abdomen, cranium, dan thorak.

2.2.6 Respon tubuh terhadap nyeri

Sistem yang terlibat dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen sistem nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor dan berbeda diantara individu (Smeltzer & Bare, 2001).

Respon individu terhadap nyeri ada tiga tahap:

1. Tahap aktivasi (*activation*)

Pada tahap ini dimulai saat pertama individu menerima rangsangan nyeri, sampai tubuh bereaksi terhadap nyeri yang meliputi respon simpatoadrenal, respon muskuler, dan respon emosional.

2. Tahap pemantulan (*rebound*)

Pada tahap pemantulan ini, nyeri sangat hebat tetapi singkat. Tahap ini sistem simpatis mengambil alih tugas sehingga terjadi respon yang berlawanan dengan tahap aktivasi.

3. Tahap adaptasi (*adaptation*)

Tubuh melakukan adaptasi terhadap nyeri melalui peran endorfin. Reaksi adaptasi tubuh terhadap nyeri dapat berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, bila nyeri berkepanjangan maka akan menurunkan sekresi norepinefrin sehingga individu merasa tak berdaya. Pada umumnya gejala fisiologis dan perilaku lebih banyak muncul pada nyeri akut dibandingkan nyeri kronis (Tamsuri, 2006).

2.3 Seksio Sesarea

2.3.1 Pengertian

Seksio sesarea adalah Suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gr, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Sarwono, 2002,).

Seksio sesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Prawirohardjo, 2005).

Seksio sesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran

melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi media, kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran umum (Dewi, 2007)

2.3.2 Indikasi

Indikasi seksio sesarea antara lain : disproporsi janin-panggul, gawat janin, plasenta previa, pernah seksio sesarea, kelainan letak, partus tak maju, kehamilan dengan resiko tinggi, pre-eklampsia dan hipertensi (Prawirohardjo, 2005).

2.3.3 Klasifikasi

Dikenal beberapa jenis seksio sesarea antara lain :

1. *SC klasik atau corporal* : insisi memanjang pada segmen atas uterus.
2. *SC transperitonealis profunda* : insisi pada segmen bawah rahim, paling sering dilakukan, adapun kerugiannya adalah terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan pendarahan.
3. Melintang (secara kerr)
4. Memanjang (secara kroniq)
5. *SC ekstra peritonealis* : seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum keatas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.
6. *SC Hysterectomi* : dengan indikasi atonia uteri, plasenta accrete, myoma uteri, infeksi intra uterin berat (Prawirohardjo, 2005).

2.3.4 Masalah keperawatan Pasca Operasi

Masalah keperawatan pasca operasi meliputi :

1. Nyeri (Akut), berhubungan dengan trauma mekanik pasca operasi SC
2. Mekanis pada kulit/jaringan dan kerusakan Integritas Kulit/Jaringan, berhubungan dengan interupsi
3. Risiko tinggi perubahan perfusi jaringan, berhubungan dengan gangguan aliran vena, arteri.
4. Kurang pengetahuan, berhubungan dengan keterbatasan kognitif (Carpenito, 2009).

2.3.5 Nyeri Post Seksio Sesarea

Pada proses operasi digunakan anastesi agar pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar, ia akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembelahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan sesar, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhannya tidak bisa sempurna 100%, apalagi jika luka tersebut tergolong panjang dan dalam, dalam operasi sesar ada 7 lapisan perut yang harus disayat. Sementara saat proses penutupan luka, 7 lapisan tersebut dijahit satu demi satu menggunakan beberapa macam benang jahit.

Taxonomi Comitte of The International Assocation mendefinisikan nyeri post operasi sebagai sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosi

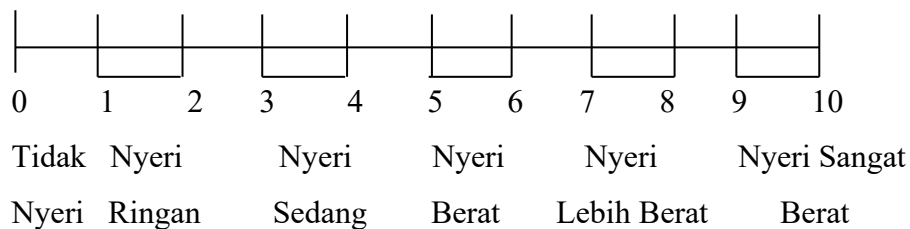
yang berhubungan dengan kerusakan jaringan potensial nyata atau menggambarkan terminologi suatu kerusakan. Nyeri post operasi akan meningkatkan stres post operasi dan memiliki pengaruh negatif pada penyembuhan nyeri. Kontrol nyeri sangat penting sesudah pembedahan, nyeri yang dibebaskan dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat. Pengkajian nyeri dan kesesuaian analgesik harus digunakan untuk memastikan bahwa nyeri pasien post operasi dapat dibebaskan (Potter dan Perry, 2006).

Secara umum respon pasien terhadap nyeri terbagi atas: (1) respon perilaku, dan (2) respon yang dimanifestasikan oleh otot dan kelenjer otonom. Respon perilaku terdiri dari (1) secara lokal: merintih, menangis, menjerit, bicara terengah-engah dan menggerutu, (2) ekspresi wajah: meringis, merapatkan gigi, mengerutkan dahi, menutup rapat atau membuka lebar mata atau mulut, menggigit bibir dan rahang tertutup rapat, (3) gerakan tubuh: kegelisahan, immobilisasi, ketegangan otot, peningkatan pergerakan tangan dan jari, melindungi bagian tubuh, (4) interaksi sosial: menghindari percakapan, hanya berfokus pada untuk aktivitas penurunan nyeri, menghindari kontak sosial, berkurangnya perhatian. Sedangkan Respon yang dimanifestasikan oleh otot polos dan kelenjer-kelenjer terdiri atas (1) muntah, (2) stasis lambung (3) penurunan motilitas usus (4) peningkatan sekresi usus (5) gangguan aktivasi ginjal Menurut (Potter dan Perry, 2006, hlm. 1508-1509).

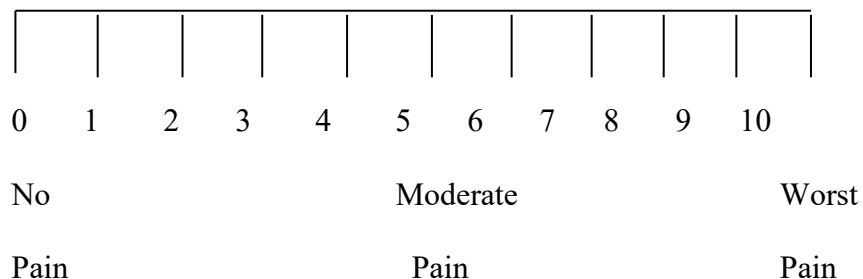
2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut Perry dan Potter (2006), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan *X-Ray* atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejalanya. Kadang-kadang bidan hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien. Klien kadang-kadang diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, nyeri sedang, atau berat. Bagaimanapun makna dari istilah tersebut berbeda antara klien dan bidan. Tipe nyeri tersebut berbeda pada setiap waktu. Gambaran skala nyeri merupakan makna yang lebih objektif yang dapat diukur. Gambaran skala nyeri tidak hanya berguna dalam mengkaji beratnya nyeri, tetapi juga dapat mengevaluasi perubahan kondisi klien. Ada lima cara mengkaji intensitas nyeri yang biasa digunakan antara lain :

1. Skala intensitas nyeri deskriptif (Potter & Perry, 2005)



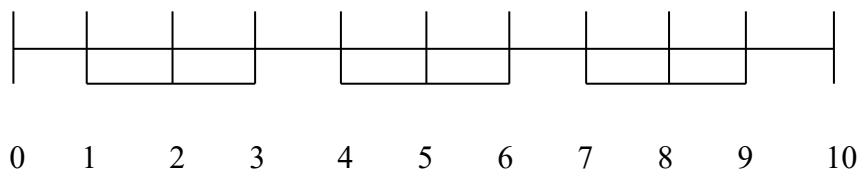
2. Skala nyeri numerik (Potter & Perry, 2005)



3. Skala Analog Visual (VAS)



4. Skala nyeri menurut Boubanais (2002)



Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1 – 2 : Nyeri ringan
- 3 – 5 : Moderat / sedang
- 6 – 7 : Severe / berat
- 8 – 10 : Sangat berat (Kinney, 2002)

Intensitas Nyeri	Deskriptif
Tidak ada nyeri	Pasien menyatakan tidak merasakan nyeri
Nyeri ringan	Pasien menyatakan nyerinya ringan, atau tidak tampak gelisah
Nyeri sedang	Pasien menyatakan nyerinya sedang, atau nampak gelisah dari nyerinya, sedikit mampu berpartisipasi dalam perawatan
Nyeri hebat	Pasien menyatakan nyerinya hebat, atau nampak sangat gelisah; fungsi, mobilitas, atau perilaku berubah
Nyeri paling hebat	Pasien menyatakan nyerinya sangat hebat, perubahan yang menyolok dalam pemenuhan aktifitas sehari – hari, ketergantungan, putus asa, dan melelahkan.

Intensitas nyeri mengacu kepada kehebatan nyeri itu sendiri. Untuk menentukan derajat nyeri, bidan atau perawat dapat menanyakan klien tentang nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala numeric 0 – 10 atau skala yang serupa lainnya yang membantu menerangkan bagaimana intensitas nyerinya

(Reeder dan Mark, 1995). Nyeri yang ditanyakan pada skala tersebut adalah sebelum dan sesudah dilakukan intervensi nyeri untuk mengevaluasi keefektifannya.

5. Skala nyeri menurut Mankoski (2002)

Skala	Karakteristik Nyeri	Tindakan
0	Tidak nyeri	Tanpa pengobatan
1	Sedikit nyeri	Tanpa pengobatan
2	Nyeri sedikit lebih kuat dari nomor 1	Tanpa pengobatan
3	Nyeri cukup mengganggu tapi dapat di kontrol dengan tindakan	Tanpa pengobatan, nyeri efektif dikurangi dengan analgesic kuat
4	Nyeri mengganggu kerja tetapi masih dapat di kontrol dengan teknik distraksi	Nyeri dikurangi dengan analgesic ringan (aspirin, ibuprofen) selama 3 – 4 jam
5	Nyeri bertahan lebih dari 30 menit	Nyeri dikurangi dengan analgesic ringan (aspirin, ibuprofen) selama 3 – 4 jam
6	Nyeri tidak bisa dihindari dalam waktu yang lama tetapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi dalam aktifitas sosial	Nyeri dikurangi dengan analgesic kuat (kodein, vidocin) selama 3 – 4 jam
7	Nyeri dapat menyebabkan sulit konsentrasi dan sulit tidur	Dengan analgesic kuat hanya sebagian saja yang efektif
8	Nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan aktifitas berat, mual, dan pusing	Analgesic kuat dapat mengurangi nyeri selama 3 – 4 jam
9	Tidak bisa bicara, menangis dan bingung	Analgesic kuat sebagian efektif
10	Penurunan tingkat kesadaran (Shock)	Analgesic kuat sebagian efektif

2.5 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri berarti menentukan jenis nyeri yang dialami, kemudian menentukan jenis pengobatan yang cocok. Ini proses yang seharusnya melibatkan pasien yang menderita nyeri beserta tenaga medis. Jangan merasa malu atau kurang 'jantan' karena mengeluhkan nyeri. Nyeri adalah tanda bahwa

ada masalah dengan tubuh kita. Tujuan penatalaksanaan rasa nyeri adalah agar memberdayakan orang untuk menangani nyerinya sendiri. Jika kita dirawat dirumah, ini berarti kita harus dibimbing untuk menyesuaikan obat yang dipakai atau bagaimana memakai obat dengan terpi tradisional. Jika kita dirumah sakit, kita harus mampu memberitahukan perawat mengenai jenis rasa nyeri yang dialami dan tingkat keberhasilan pengobatan agar dapat disesuaikan (Priharjo, 2003)

Metode penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologi dan non-farmakologi. Pendekatan farmakologi lebih mahal, dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode nonfarmakologi lebih murah, simple, efektif dan tanpa efek yang merugikan (Burns & Blamey, 1994; Cook & Wilcox, 1997). Relaksasi, pergerakan dan perubahan posisi, massage, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik akupresur, aromaterapi merupakan beberapa teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (Arifin, 2008).

Metoda nonfarmakologi dibagi menjadi tiga komponen yang saling berinteraksi sehingga mempengaruhi respon terhadap nyeri menurut Melzack, yaitu strategi motivasi-afektif (interpretasi setral dari pesan yang berada di otak yang dipengaruhi oleh perasaan, memori, pengalaman dan kultur seseorang), kognitif-evaluatif (interpretasi dari pesan nyeri yang dipengaruhi oleh pengetahuan, perhatian seseorang, penggunaan strategi kognitif dan evaluasi kognitif dari situasi) dan sensori-dikriminatif (pemberitahuan informasi keotak menurut sensasi fisik) (Gadysa, 2009).

2.6 Penatalaksanaan Nyeri Non Farmakologi

Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai salah satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun begitu banyak aktifitas keperawatan nonfarmakologi yang membantu dalam menghilangkan nyeri. Bentuk-bentuk penatalaksanaan nonfarmakologi menurut Smeltzer & Bare (2002) :

1. Stimulasi dan Massage

Massage adalah stimulasi tubuh secara umum, sering dipusatkan pada pinggang dan bahu, massage menstimulasi reseptor tidak nyeri, massage juga membantu pasien lebih nyaman karena membuat relaksasi otot.

2. Terapi Es dan Panas

Terapi Es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di area sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri.

3. Stimulasi Syaraf Elektris Transkutan (TENS)

TENS merupakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektrode yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan atau menggetar pada area nyeri. Mekanisme ini sesuai dengan teori gate kontrol dimana mekanisme ini akan menutup transmisi sinyal nyeri ke otak pada jaras asenden sistem syaraf pusat untuk menurunkan intensitas nyeri.

4. Teknik Distraksi

Dilakukan dengan memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan transmisi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri.

5. Teknik Relaksasi

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress yang mampu memberikan individu kontrol ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri fisik dan emosi pada nyeri.

6. Hipnosis

Efektif menurunkan nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin membantu pereda nyeri terutama dalam periode sulit.

Berdasarkan uraian dari teori diatas ada 6 jenis metode nonfarmakologi yang digunakan untuk mengurangi nyeri. Karena sesuai dengan judul, peneliti mengambil 1 dari 6 jenis tersebut yaitu Teknik Distraksi.

2.7 Teknik Distraksi

2.7.1 Pengertian

Distraksi adalah tehnik pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulasi yang lain. Distraksi diduga dapat menurunkan nyeri, menurunkan

persepsi nyeri dengan stimulasi sistem kontrol desendens, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Smeltzer & Bare, 2002, hlm. 233).

Distraksi dapat berkisar dari hanya pencegahan menonton sampai menggunakan aktifitas fisik dan mental yang sangat kompleks. Kunjungan dari keluarga dan teman - teman sangat efektif dalam meredakan nyeri. Orang lain mungkin akan mendapatkan peredaan nyeri melalui permainan dan aktifitas yang membutuhkan konsentrasi. Tidak semua pasien mencapai peredaan nyeri melalui distraksi, terutama mereka yang mengalami nyeri hebat. Dengan nyeri hebat klien mungkin tidak dapat berkonsentrasi cukup baik untuk ikut serta dalam aktivitas mental atau fisik yang kompleks (Young & Koopsen, 2007).

2.7.2 Jenis Teknik Distraksi

1. Distraksi visual

Melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan dan gambar termasuk distraksi visual.

2. Distraksi pendengaran

Diantaranya mendengarkan musik yang disukai, individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien juga diperbolehkan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu seperti bergoyang, mengetukkan jari atau kaki.

3. Distraksi bernafas ritmik

Bernafas ritmik, anjurkan klien untuk memandangi fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat dan kemudian menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung satu sampai empat (dalam hati). Anjurkan klien untuk berkonsentrasi pada sensasi pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, lanjutkan teknik ini hingga terbentuk pola pernafasan ritmik. Bernafas ritmik dan massase, instruksikan klien untuk melakukan pernafasan ritmik dan pada saat yang bersamaan lakukan massase pada bagian tubuh yang mengalami nyeri dengan melakukan pijatan atau gerakan memutar di area nyeri.

4. Distraksi intelektual

Antara lain dengan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, melakukan kegemaran (ditempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menulis cerita.

5. Distraksi imajinasi terbimbing

Adalah kegiatan klien membuat suatu bayangan yang menyenangkan dan mengonsentrasikan diri pada bayangan tersebut serta berangsur-angsur membebaskan diri dari perhatian terhadap nyeri (Young & Koopsen, 2007). Berdasarkan uraian dari teori ada 5 jenis teknik Distraksi yang digunakan untuk mengurangi nyeri, karena keterbatasan waktu, peneliti hanya mengambil 1 dari 5 jenis teknik tersebut. Salah satu teknik distraksi adalah terapi mendengarkan musik bertujuan untuk menurunkan nyeri pada post operasi .

2.8 Teknik Distraksi Pendengaran

2.8.1 Pengertian Terapi Musik

Musik merupakan sebuah bagian integral dalam peribadatan lintas budaya dan agama, mampu menenangkan jiwa, menjadi sarana untuk memusatkan diri pada kesadaran spiritual; dan mengangkat seseorang pada sebuah situasi damai, hening, dan sadar akan diri sendiri. Lagi pula, musik mengurangi nyeri, depresi, pergolakan dan agresi serta meningkatkan relaksasi dan suasana hati yang positif (Young dan Koopsen, 2007).

Di sebuah studi lainnya, Ralph Spintge, M.D., direktur pelaksana dari *Internasional Sosial for Musik in Medicine* yang berdomilisi di Jerman, mengadakan efek musik pada kurang lebih 97.000 orang pasien sebelum, selama dan sesudah operasi. Ia menemukan bahwa 97 persen pasien mengatakan bahwa musik membantu mereka rileks. Musik yang seluruhnya lembut terutama membantu sekali (Salampessy, 2004).

Terapi musik adalah keahlian menggunakan musik atau elemen musik (Potter, 2005), seseorang terapis untuk meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional dan spritual. Dalam kedokteran, terapi musik disebut sebagai terapi pelengkap (*Complementary Medicine*), potter juga mendefinisikan terapi musik sebagai teknik yang digunakan untuk penyembuhan suatu penyakit dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu. Jenis musik yang digunakan dalam terapi musik dapat disesuaikan dengan keinginan, seperti musik klasik, instrumentalia, dan slow musik (Young dan Koopsen, 2007).

Di zaman dimana semakin banyak orang berpaling pada metode penyembuhan holistik, terapi musik merupakan media yang ampuh dan tidak berbahaya. Terapi musik berhasil diterapkan pada individu dari berbagai usia dan berbagai permasalahan. Sebagai contoh, terapi musik seringkali melengkapi perawatan yang diberikan untuk pasien kondisi neurologis parah, seperti: cedera otak, stroke dll (Young dan Koopsen, 2007).

2.8.2 Manfaat Terapi Musik

Terapi musik dapat digunakan diberbagai jenis perawatan kesehatan, mulai dari kelahiran hingga sekarat maut. Musik digunakan untuk beberapa alasan antara lain:

1. Untuk meredakan rasa sakit yang berkaitan dengan anasthesia atau pengurangan sakit
2. Untuk menenangkan pasien
3. Untuk mengurangi kegelisahan selama melahirkan
4. Efek mozart, adalah salah satu istilah untuk efek yang bisa dihasilkan sebuah musik yang dapat meningkatkan intelegensia seseorang
5. Refresing, pada saat pikiran seseorang lagi kacau atau jenuh, dengan mendengarkan musik walaupun sejenak, terbukti dapat menenangkan dan menyegarkan pikiran kembali
6. Motivasi, hal yang hanya bisa dilahirkan dengan “feeling” tertentu. Apabila ada motivasi, semangatpun akan muncul

7. Berbagai penelitian dan literatur menerangkan tentang mamfaat musik untuk kesehatan, baik untuk kesehatan fisik maupun mental, beberapa penyakit yang dapat ditangani dengan musik antara lain: kanker, stroke, dimensi, nyeri, gangguan kemampuan belajar, dan bayi prematur (Young dan Koopsen, 2007).

2.8.3 Karakteristik Terapi Musik

Menurut Robbert (2002), musik mempengaruhi persepsi dengan cara:

1. Distraksi, yaitu pengalihan pikiran dari nyeri, musik dapat mengalihkan konsentrasi klien pada hal-hal yang menyenangkan
2. Relaksasi, musik menyebabkan pernafasan menjadi lebih rileks dan menurunkan denyut jantung, karena orang yang mengalami nyeri denyut jantung meningkat
3. Menciptakan rasa nyaman, pasien yang berada pada ruang perawatan dapat merasa cemas dengan lingkungan yang asing baginya dan akan merasa lebih nyaman jika mereka mendengarkan musik yang mempunyai arti bagi mereka.

Terapi musik adalah penggunaan musik untuk relaksasi, mempercepat penyembuhan, meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera. Musik dapat mempengaruhi fungsi-fungsi fisiologis, seperti respirasi, denyut jantung dan tekanan darah. Musik juga dapat menurunkan kadar hormon kortisol yang meningkat pada saat stres. Musik juga merangsang pelepasan hormon endorfin, hormon tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan nyeri (Young dan Koopsen, 2007).

Menurut Potter (2006), musik dapat digunakan untuk penyembuhan, musik yang dipilih pada umumnya musik lembut dan teratur seperti instrumentalia/ musik klasik mozart.

2.8.4 Terapi Musik Klasik Mozart

Musik klasik mozart adalah musik klasik yang muncul 250 tahun yang lalu. Diciptakan oleh Wolfgang Amadeus Mozart. Selain kemampuannya untuk menyembuhkan penyakit, memberikan efek positif pada ibu hamil dan janin, disamping itu beberapa penelitian oleh Alfred dan Campbell sudah membuktikan bahwa musik klasik mozart bisa mengurangi nyeri pasien. Dibandingkan musik klasik lainnya, melodi dan frekuensi yang tinggi pada musik klasik mozart mampu merangsang dan memberdayakan kreatifitas dan motivatif di otak. Namun, tidak berarti karya komposer klasik lainnya tidak dapat digunakan (Andreana, 2006).

2.8.5 Proses Penurunan Nyeri Dengan Terapi Musik Klasik Mozart

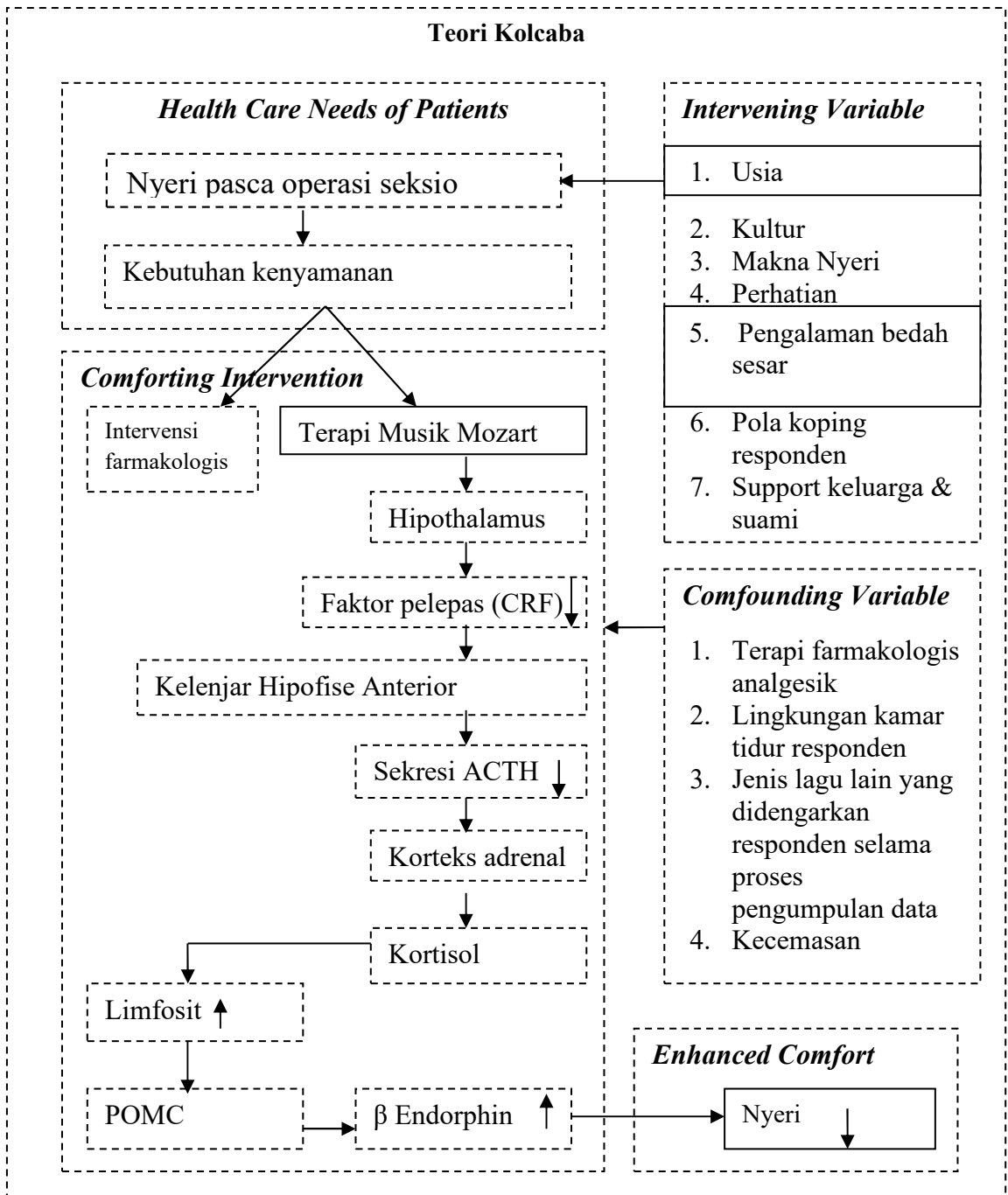
Terapi musik klasik mozart dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *Gate Control*, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat pelepasan substansi P. Musik klasik mozart sendiri juga dapat merangsang peningkatan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh. Sehingga pada saat neuron nyeri perifer mengirimkan sinyal ke sinaps, terjadi sinapsis antara neuron perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya

substansi p akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut, endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang (Andreana, 2006). Sesuai dengan yang tercantum dalam buku Efek Mozart oleh Don Campbell, peneliti menggunakan lagu *Clarinet Conserto (K.622)* sebagai intervensi penanganan nyeri pada pasien post operatif *Sectio Caesarea*.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konsep



Tidak diteliti : -----

Diteliti : _____

Gambar 3.1 Kerangka konseptual terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

Keterangan:

Dalam teori kenyamanan, Kolcaba menegaskan bahwa ketika kebutuhan pasien akan perawatan kesehatan (*healthcare needs*) pasien secara tepat dikaji dan diberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan tersebut dengan mempertimbangkan hal – hal yang sulit dirubah (*variable intervening*) dalam situasi tersebut, maka hasilnya kenyamanan pasien akan meningkat dari waktu ke waktu. Tahap ini dilakukan dengan memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Hal – hal yang sulit dirubah (*variable intervening*) yang dimaksud meliputi usia, jenis kelamin, kultur, makna nyeri, lokasi dan tingkat keparahan nyeri, perhatian, ansietas, pengalaman masa lalu, pola koping, dan support keluarga & sosial.

Berdasarkan gambar di atas dapat dijelaskan bahwa salah satu kerugian dari operasi seksio sesarea adalah rasa nyeri. Nyeri ditimbulkan oleh sayatan bekas operasi pada perut. Merujuk pada intervensi keperawatan untuk menyamankan pasien nyeri (*Comforting Intervention*), terdapat 2 terapi untuk menangani nyeri, yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis yang sering di gunakan adalah asam mefenamat, remopain, dan tramal. Terapi farmakologis diberikan dengan pertimbangan segala risiko efek samping yang akan diterima oleh pasien. Menurut pengamatan peneliti sebelumnya, tak sedikit pasien post operatif seksio sesarea yang masih merasakan nyeri berat atau sedang meski telah diberi terapi farmakologis analgesik. Berdasarkan kenyataan tersebut, peneliti tertarik untuk menggunakan terapi non farmakologis terapi musik Mozart sebagai salah satu intervensi perawat dalam penanganan nyeri post operatif seksio sesarea. Terapi musik yang dilakukan

secara efektif akan membantu menurunkan tingkat nyeri pasien. Musik yang digunakan adalah musik klasik Mozart dengan tempo lambat, sekitar 60 bpm. Terapi musik klasik mozart dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *Gate Control*, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Teori ini menyatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat pelepasan substansi P. Suara music yang tenang akan diterima organ auditori melalui nervus vestibulokoklearis yang akan secara langsung mempengaruhi sistim limbic. Hal ini selanjutnya akan mempengaruhi proses fisiologis dalam tubuh melalui sistim HPA AXIS. Pada sistim ini, hypothalamus melepas *Corticotropin Releasing Factor* (CRF). Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pitiutari untuk mempengaruhi medulla adrenal dalam meningkatkan produksi *Proopioidmelanocortin* (POMC) sehingga meningkatkan produksi β Endorphin sebagai neuromodulator yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan sebagai opiate untuk mengurangi rasa sakit dan bisa menimbulkan keadaan *fly* secara alamiah pada jalur neuroendokrin yang juga di kontrol oleh hypothalamus, menjadi penurunan stimulasi neurosimpatis kepada medulla adrenal untuk mensekresi katekolamin dengan jumlah sedikit. Pada saat tersebut, endorphin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang. Sensasi nyeri yang berkurang dapat diindikasikan bahwa kenyamanan yang dirasakan oleh pasien meningkat (*enhanced comfort*). Penurunan skala nyeri yang dialami responden tidak dapat dipastikan bahwa

secara keseluruhan disebabkan oleh terapi musik Mozart yang diberikan karena bisa disebabkan oleh faktor lain yang menjadi perancu, yaitu terapi farmakologis analgesik, lingkungan kamar tidur responden, jenis lagu lain yang didengarkan responden selama proses pengumpulan data, dan kecemasan yang mungkin dirasakan oleh responden.

Hipotesis Penelitian :

H1: Terapi musik Mozart dapat menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain Penelitian menggunakan rancangan *quasy-eksperimental* dengan *pre-post control group design*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimental (Nursalam, 2009). Pada penelitian ini, peneliti melibatkan satu kelompok kontrol untuk mengetahui efektifitas terapi musik Mozart terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dan satu kelompok perlakuan. Kelompok kontrol dilakukan *pre* dan *post test*, namun tidak di beri perlakuan, sedangkan kelompok perlakuan diberikan *pre test* sebelum diberikan terapi musik Mozart kemudian dilakukan *post test*.

Tabel 4.1 Rancangan penelitian *quasy-eksperimental* dengan *pre-post control group design*

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-Tes
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

- K-A : Subjek post operatif seksio sesarea perlakuan
- K-B : Subjek post operatif seksio sesarea kontrol
- O : Observasi / pengukuran skala nyeri sebelum Intervensi musik Mozart
- I : Intervensi sesuai prosedur tetap RS dengan musik Mozart
- : Intervensi sesuai prosedur tetap RS tanpa musik Mozart

O1-A : Observasi / pengukuran skala nyeri setelah Intervensi musik Mozart

O1-B : Observasi / pengukuran skala nyeri tanpa Intervensi musik Mozart

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya.

4.2.2 Sampel

Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel :

1. Representatif yaitu sampel yang dapat mewakili populasi yang ada
2. Sampel harus cukup banyak karena mempengaruhi kesimpulan hasil penelitian.

(Nursalam, 2009)

Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria sampel. Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias penelitian, khususnya jika terhadap variabel – variabel kontrol yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang kita teliti. Kriteria sampel dalam penelitian ini dapat dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu :

Kriteria Inklusi:

1. Pasien suka mendengarkan musik

2. Pasien berumur 18 – 35 tahun
3. Kesadaran Composmentis dengan GCS 4-5-6
4. Menjalani persalinan seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 dengan indikasi – indikasi seperti malpresentasi atau malposisi, plasenta previa, abrupsi plasenta, prolaps tali pusat, disproporsi sefalo-pelvis, atau karena sebab – sebab lain yang bukan dikarenakan penyakit pada ibu.

Kriteria Eksklusi:

1. Pasien mengalami gangguan pendengaran
2. Pasien mengalami gangguan memori atau psychiatric
3. Menjalani seksio sesarea pertama kali
4. Menjalani persalinan seksio sesarea dengan teknik seksio-histerektomi
5. Menjalani persalinan seksio sesarea dengan sayatan memanjang (longitudinal)

4.2.3 Besar sampel

Dalam penelitian ini, jumlah sampel yang digunakan peneliti adalah semua populasi yang memenuhi kriteria inklusi.

4.2.4 Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang di kenal sebelumnya.

4.3 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Jenis variabel diklasifikasikan menjadi bermacam-macam tipe untuk menjelaskan penggunaannya dalam penelitian. Beberapa variabel dimanipulasi, yang lainnya sebagai kontrol (Nursalam, 2009). Berikut identifikasi variabel dalam penelitian ini:

4.3.1 Variabel Bebas (*independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah terapi musik Mozart. Lagu yang digunakan oleh peneliti adalah lagu Mozart yang berjudul Clarinet Conserto (K.622).

4.3.2 Variabel Terikat (*dependen*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah skala nyeri menurut Bourbonais pada pasien post operatif seksio sesarea.

4.3.3 Variabel Perancu (*confounding*)

Variabel perancu yaitu variabel yang ikut mempengaruhi skala nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea, namun dalam hal ini tidak diteliti, yang terdiri dari: terapi farmakologis analgesik, lingkungan kamar tidur responden, jenis lagu lain yang didengarkan responden selama proses pengumpulan data, dan kecemasan yang mungkin dirasakan oleh responden.

4.3.3 Definisi operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	KRITERIA
Bebas (<i>independent</i>): Terapi Musik Mozart	Kegiatan mendengarkan musik Mozart yang berfrekuensi rendah (di bawah 8000Hz) dan memiliki jumlah ketukan 60 – 80 ketukan dalam 1 menit. Musik diberikan pada perawatan hari ke 1 dan hari ke 2 dengan volume yang disesuaikan dengan kenyamanan pasien. Musik diberikan selama 10 menit setiap sesi 1 jam sebelum pemberian analgesik lanjutan.	Pelaksanaan : Musik diperdengarkan pada pasien post operatif <i>Sectio Caesaria</i> dengan menggunakan <i>earphone</i> atau <i>headset</i> yang dihubungkan dengan <i>discman</i> atau <i>walkman</i> yang telah disediakan oleh peneliti. Judul lagu : <i>Clarinet Conserto (K.622)</i>	SOP		
Terikat (<i>dependent</i>): Penurunan intensitas nyeri	Berkurangnya rasa tidak nyaman pada bekas sayatan di perut baik secara objektif maupun alat ukur	Tidak nyeri: 1. Ekspresi wajah tampak nyaman 2. Pasien dapat bergerak tanpa mengeluh nyeri 3. Pasien dapat tertawa dan tersenyum 4. Pasien dapat beristirahat	Skala nyeri menurut Bourbanais terdiri dari rentang 0 -10	Ordinal	Skala nyeri 1. Tidak nyeri : 0 2. Nyeri ringan : 1-3 3. Nyeri sedang : 4-7 4. Nyeri berat : 7-9 5. Sangat nyeri : 10

		<p>5. Pasien tampak segar</p> <p>Nyeri ringan: Secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik</p> <p>Nyeri sedang: Secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.</p> <p>Nyeri berat terkontrol: Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan nafas panjang.</p> <p>Sangat nyeri: Pasien sudah tidak dapat berkomunikasi</p>			
--	--	--	--	--	--

4.4 Instrumen

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan instrument berupa lembar observasi skala nyeri menurut Bourbanais yang terdiri dari rentang skor 0-10. Skor-skor ini mewakili tingkat intensitas nyeri yang dilaporkan oleh klien dimana bila tidak nyeri (skor 0), nyeri ringan (skor 1-3), nyeri sedang (skor 4-6), nyeri berat (skor 7-9), sanget nyeri (skor 10).

4.5 Waktu dan tempat

Penelitian dilakukan di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya selama 1 bulan yaitu pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012.

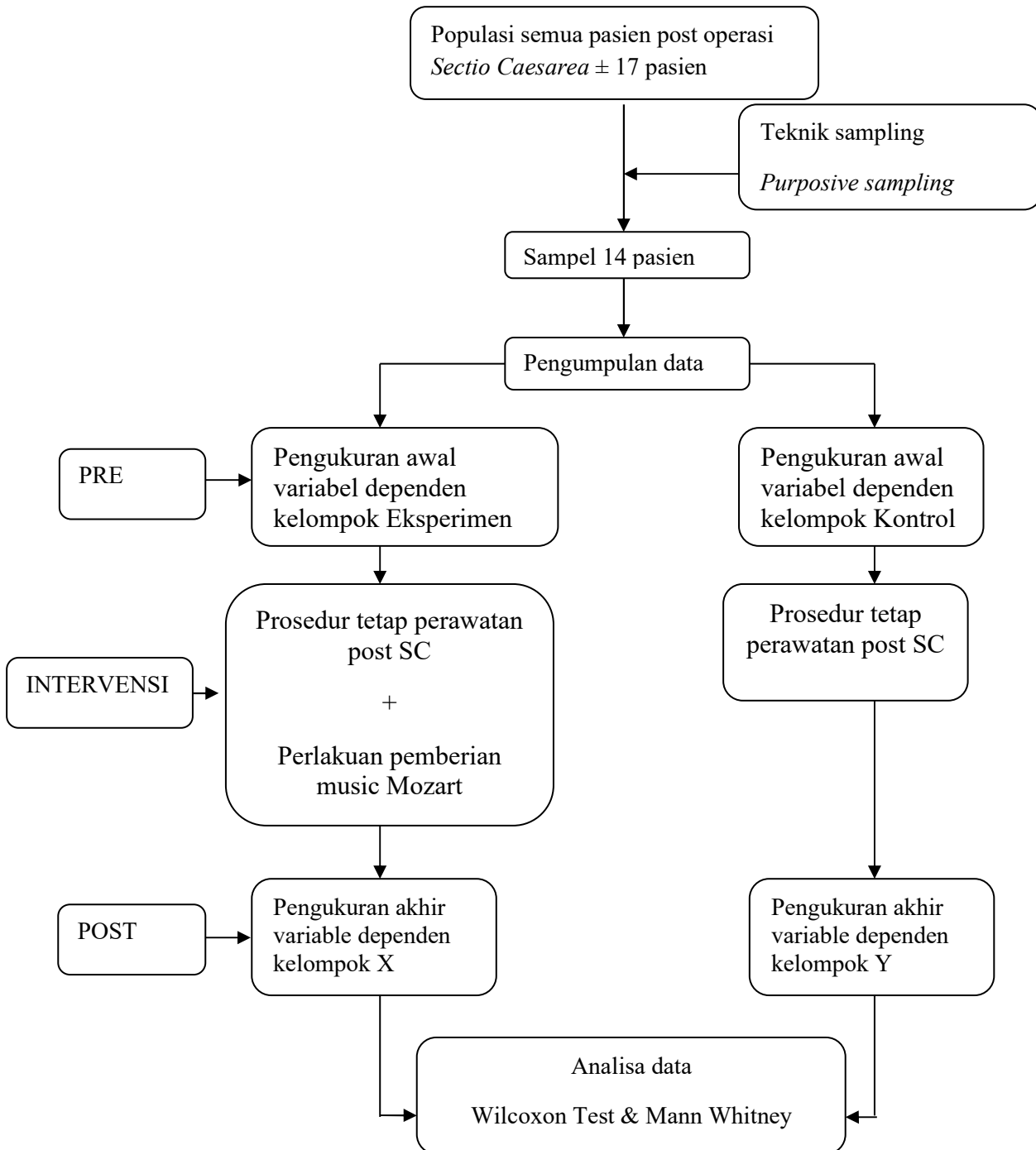
4.6 Pengumpulan Data

Proses pengambilan dan pengumpulan data dilakukan setelah mendapat izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan penelitian. Setelah itu, mengajukan permohonan kepada pihak RSUD Haji Surabaya untuk mengadakan penelitian. Setelah mendapat izin dari pihak RS melalui uji etik, peneliti menyeleksi populasi berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan dengan metode *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang di kenal sebelumnya. Proses pengumpulan data disesuaikan dengan hasil presentasi uji etik di RSUD Haji Surabaya. Langkah selanjutnya peneliti melakukan *informed consent* kepada responden. Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, dilakukan pengukuran skala nyeri awal kepada seluruh responden pada hari ke 1 post operative seksio sesarea.

Pengukuran pre tes dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan skala nyeri menurut Bourbonais. Responden kemudian di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok kontrol dan perlakuan. Peneliti membagi kelompok kontrol dan perlakuan dengan cara *matching*, dimana karakteristik kedua kelompok dibuat semirip mungkin sesuai usia, pengalaman seksio sesarea, dan jenis pekerjaan. Proses intervensi diberikan pada hari ke-1 dan ke-2 pasca operasi masing – masing 10 menit sesuai SOP 1 jam sebelum mendapat terapi analgesik oral yang pertama. Skala nyeri yang didapatkan digolongkan menjadi tidak nyeri (skor 0), nyeri ringan (skor 1-3), nyeri sedang (skor 4-6), nyeri berat (skor 7-9), sangat nyeri (skor 10). Intervensi dilakukan dengan cara memainkan music Mozart dengan menggunakan *earphone* dan *discman* yang telah disediakan peneliti untuk responden perlakuan ketika beristirahat. Pemberian musik dilakukan oleh peneliti sendiri di ruang Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya.

Pada Intervensi yang kedua, dilakukan *post-test* pada hari kedua post operative seksio sesarea kepada kedua kelompok responden sebagai evaluasi dengan menggunakan instrument yang sama saat melakukan *pre-test*. *Post-test* dilakukan 15 menit setelah intervensi yang terakhir. Hasil yang didapat dari nilai skala nyeri secara subjektif di jumlahkan dengan nilai yang di dapat secara objektif oleh peneliti lalu di bagi 2. Penurunan nilai *pre-test* ke *post-test* menunjukkan adanya perubahan skala nyeri.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

4.8 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini setelah data terkumpul, kemudian dilakukan tabulasi data, dan analisis data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0.05$. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0.05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada pengaruh music Mozart terhadap penurunan skala nyeri.

Uji statistik *Mann-Withney U Test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan kemaknaan $p \leq 0,05$. Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan skala nyeri antara responden yang mendapat perlakuan musik Mozart dengan yang tidak. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya terdapat perbedaan skala nyeri responden kontrol dan responden perlakuan. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.9 Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2009) secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu: prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan. Berikut penjelasan dari prinsip etika dalam penelitian:

1. Prinsip Manfaat
 - 1) Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

Bebas dari eksploitasi

- 2) Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

- 3) Risiko (*benefits ratio*)

Penelitian harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)

- 1) Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Subjek mempunyai hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apa pun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien.

- 2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

- 3) *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed*

consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip Keadilan (*Right Justice*)

1) Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian

2) Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

4.10 Keterbatasan

Penelitian ini masih memiliki hambatan-hambatan yaitu:

1. Sampel

Banyaknya variabel perancu mengakibatkan homogenitas karakteristik sampel tidak dapat dilakukan secara optimal.

2. Pengambilan data

Dalam penelitian hambatan didapatkan ketika akan dilakukan pengambilan data pasien sedang dilakukan perawatan seperti *aff catheter*, pemeriksaan oleh dokter, dan lain sebagainya, sehingga peneliti harus menunggu sejenak atau mengeluarkan responden tersebut dari sampel.

3. Hasil penelitian

Tindakan pemberian terapi musik Mozart ini diberikan pada pasien post operatif *Sectio Caesaria* dengan memberikan penjelasan mengenai tujuan pemberian terapi terlebih dahulu. Dalam hal ini, hasil yang diberikan pada post-tes belum tentu hasil dari perlakuan yang diberikan bisa saja hal tersebut merupakan pengaruh dari penjelasan tujuan terapi oleh peneliti.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah sakit umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit milik Pemerintah propinsi Jawa Timur yang didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di terowongan Mina pada tahun 1990. Dengan adanya bantuan dana dari Pemerintah Arab Saudi dan dilanjutkan dengan biaya dari Pemerintahan propinsi Jawa Timur, berhasil dibangun gedung beserta fasilitasnya dan resmi dibuka pada 17 April 1993, sebagai RSU kelas C. Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSU kelas B Non Pendidikan. Pada 8 Agustus 2008 menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan. RSU Haji Surabaya ini memiliki 226 tempat tidur perawatan, ditunjang dengan alat medis canggih dan dokter spesialis di Kota Surabaya. Fasilitas yang tersedia adalah Unit Gawat Darurat 24 jam, poliklinik spesialis, bedah sentral, unit pelayanan intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU), dan rehabilitasi medik. Pelayanan penunjangnya antara lain Apotik 24 jam, radiologi, laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, dan beberapa fasilitas penunjang lainnya.

Angka bedah sesar di RSU Haji Surabaya bervariasi tiap bulannya, dengan rata – rata 20 kasus perbulan. Ruang rawat inap bagi pasien pasca operasi *sectio caesaria* tersebar di ruang Shofa lantai 2 dan Graha Nuur Afiah. Ruang Shofa lantai 2 diperuntukkan bagi pasien umum (kelas 1 dan kelas 2), sedangkan Graha

Nuur Afiah diperuntukkan bagi pasien yang berminat di ruang VVIP, VIP A, dan VIP B.

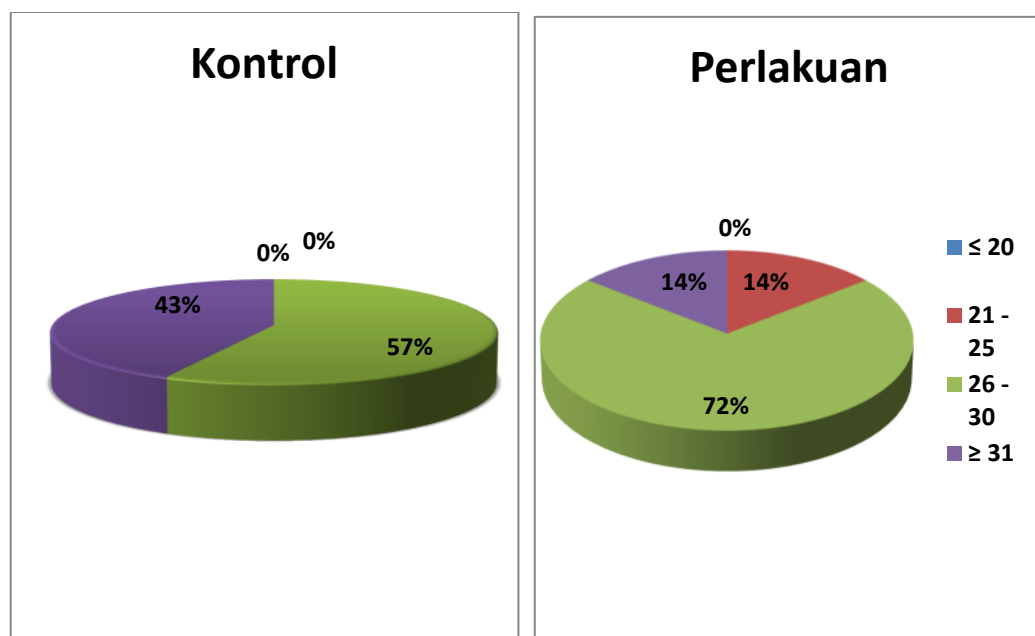
Dalam penelitian ini, peneliti hanya mengambil responden yang menggunakan jenis anestesi SAB (Sub Arakhnoid Blok) dengan Bupivacain 0,5 % saat operasi, serta mendapat terapi analgesic oral asam mefenamat dengan dosis 3x500mg perhari saat di rawat inap untuk homogenitas terapi medis yang didapatkan.

5.1.2 Data umum responden

Data umum responden meliputi :

1. Umur

Berdasarkan umur responden dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:



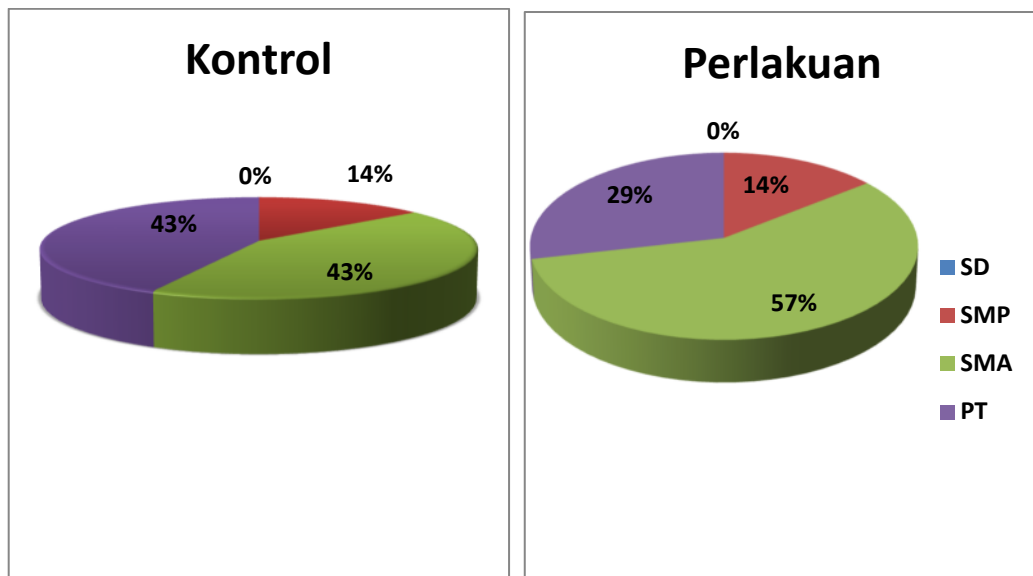
Gambar 5.1 Diagram perbandingan umur kelompok kontrol dan kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri

pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya
Berdasarkan gambar 5.1 di atas dapat diketahui bahwa distribusi umur pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang paling banyak adalah umur 26 – 30 tahun yakni sebanyak 4 responden (57%) dan 5 responden (43%).

Gambaran diagram pada gambar 5.1 menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik umur yang serupa, dimana sebagian besar responden berumur 26 – 30 tahun.

2. Tingkat pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan responden dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:



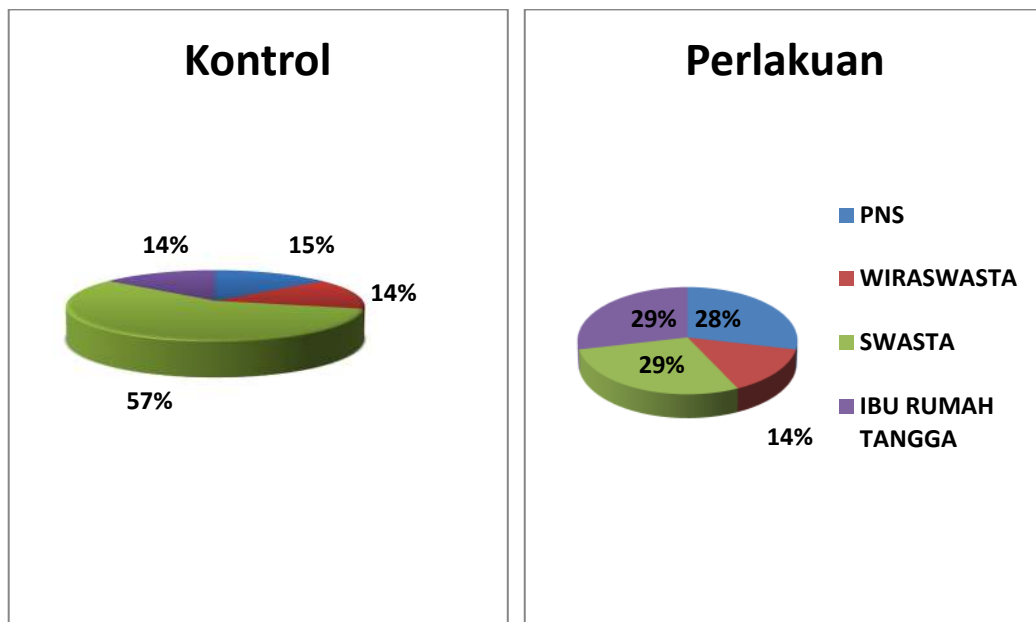
Gambar 5.2 Diagram perbandingan tingkat pendidikan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan gambar 5.2 di atas dapat diketahui bahwa distribusi tingkat pendidikan pada kelompok kontrol paling banyak SMA dan PT, yakni masing – masing sebanyak 3 responden (43%), begitu pula pada kelompok perlakuan tingkat pendidikan yang paling banyak adalah SMA sebanyak 4 responden (57%).

Gambaran diagram pada gambar 5.2 menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik tingkat pendidikan yang serupa, dimana sebagian kecil responden mengenyam tingkat pendidikan terakhir SMP serta tidak satupun responden mengenyam tingkat pendidikan terakhir SD.

3. Jenis pekerjaan

Berdasarkan jenis pekerjaan responden dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:

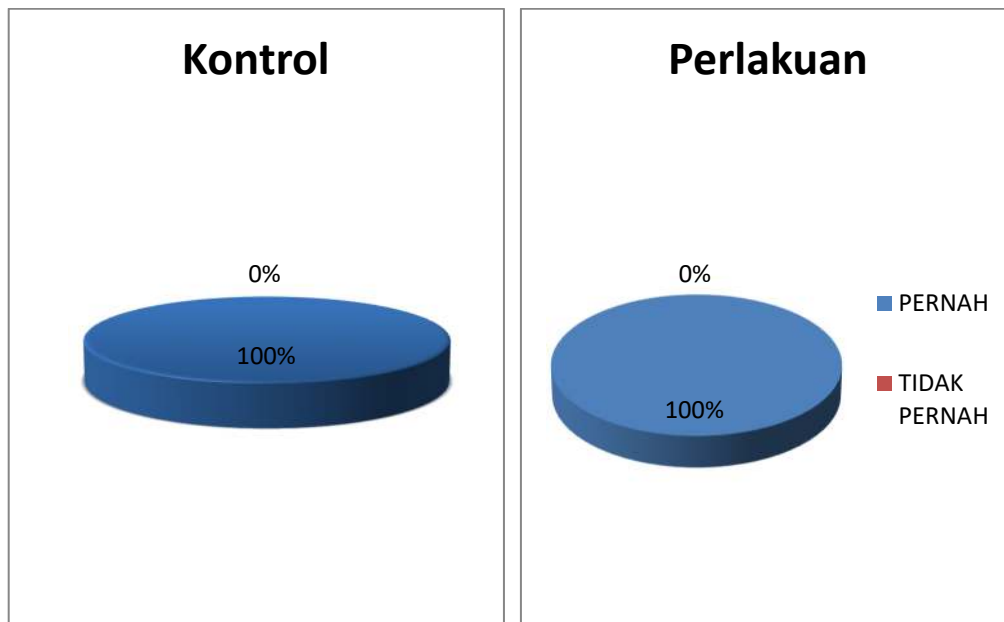


Gambar 5.3 Diagram perbandingan jenis pekerjaan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan gambar 5.3 di atas dapat diketahui bahwa distribusi jenis pekerjaan pada kelompok kontrol paling banyak yaitu wiraswasta 4 responden (57%), sedangkan pada kelompok perlakuan paling banyak bekerja sebagai swasta dan PNS dengan jumlah responden yang sama.

4. Pengalaman nyeri pasca seksio sesarea masa lalu

Berdasarkan pengalaman nyeri pasca seksio sesarea masa lalu responden dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:

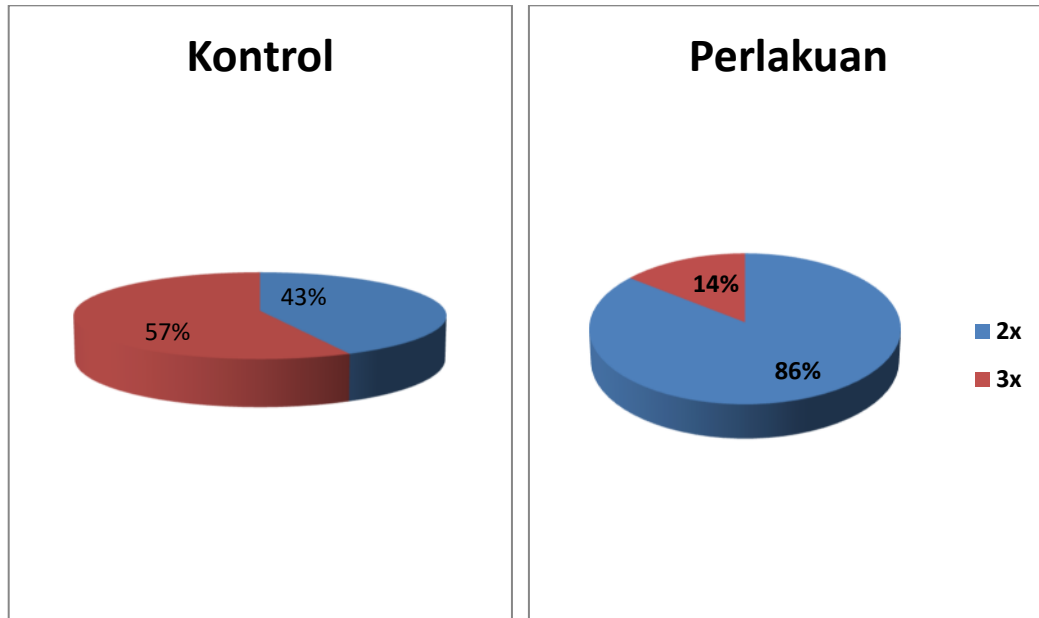


Gambar 5.4 Diagram batang perbandingan pengalaman nyeri masa lalu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

Gambaran diagram pada gambar 5.4 menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik pengalaman nyeri masa lalu yang serupa, dimana seluruh responden pernah mengalami nyeri yang sama yaitu pasca seksio sesarea di masa lalu.

5. Pengalaman bedah sesar

Berdasarkan pengalaman bedah sesar responden sebelumnya dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:



Gambar 5.6 Diagram perbandingan pengalaman bedah sesar kelompok kontrol dan kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya

Berdasarkan gambar 5.6 di atas dapat diketahui bahwa distribusi pengalaman bedah sesar pada kelompok kontrol paling banyak yaitu 2 kali sebanyak 4 responden (57%), begitu pula pada kelompok perlakuan paling banyak jumlah bedah sesar dengan sebelumnya adalah 2 kali yakni 6 responden (86%).

Gambaran diagram pada gambar 5.6 menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik jumlah bedah sesar dengan sebelumnya yang serupa, dimana sebagian besar responden mengalami bedah sesar 2 kali.

5.1.3 Skala nyeri

1. Skala nyeri kelompok kontrol

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Kontrol penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya

No.	Tingkat Nyeri	Hari ke-1 (Pengukuran Awal)		Hari ke-2 (Pengukuran Akhir)	
		Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Nyeri				
2.	Nyeri Ringan			1	14,3%
3.	Nyeri Sedang	7	100	6	85,7%
4.	Nyeri Berat				
5.	Nyeri Sangat Berat				
	Total	7	100	7	100

Berdasarkan tabel 5.1, diketahui bahwa seluruh responden kelompok kontrol pada perawatan hari ke 1, yakni sejumlah 7 orang menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (100%), sedangkan pada perawatan hari ke 2 terdapat penurunan tingkat nyeri pada 1 responden (14,3%) menyatakan nyeri ringan.

2. Skala nyeri kelompok perlakuan

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif *Sectio Cesarea* pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSU Haji Surabaya

No.	Tingkat Nyeri	Hari ke-1 (Pengukuran Awal)		Hari ke-2 (Pengukuran Akhir)	
		Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Nyeri				
2.	Nyeri Ringan			5	71,4%
3.	Nyeri Sedang	6	85,7%	2	28,6%
4.	Nyeri Berat	1	14,3%		
5.	Nyeri Sangat Berat				
	Total	7	100	7	100

Berdasarkan tabel 5.2, diketahui bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan pada perawatan hari ke 1, yakni sejumlah 6 orang menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (85,7%), sedangkan pada perawatan hari ke 2 sebagian besar responden (71,4%) atau terdapat 5 responden mengalami penurunan tingkat nyeri menjadi nyeri ringan.

3. Pengaruh musik Mozart terhadap penurunan tingkat nyeri pada kelompok eksperimen

Tabel 5.3 Tingkat nyeri sebelum dan sesudah pemberian musik Mozart pada kelompok perlakuan penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

No. Responden	Tingkat Nyeri		
	Kode Skala Sebelum Intervensi Musik Mozart	Kode Skala Nyeri Setelah Intervensi Musik Mozart	Selisih Nyeri pre dan post Musik Mozart
1	6	3	3
4	6	5	1
5	6	3	3
7	7	4	3
9	6	2	4
10	6	3	3
11	6	3	3
Mean	6,14	3,28	2,86
Wilcoxon	P = 0,014		

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat dijelaskan bahwa responden yang mempunyai skor nyeri tertinggi adalah responden no. 7 dengan nyeri berat (skala nyeri 7). Sedangkan responden yang mempunyai skor nyeri terendah adalah sisanya yaitu responden 1,4,5,9,10 dan 11 dengan nyeri sedang (skala nyeri 4 – 6).

Setelah dilakukan intervensi musik Mozart seluruh responden perlakuan (sebanyak 7 pasien) mengalami penurunan tingkat nyeri post operatif. Responden yang mengalami penurunan nyeri signifikan sebanyak 6 responden yaitu responden nomor 1,5,7,9,10 dan 11. Responden tersebut mengalami penurunan tingkat nyeri post operatif dari nyeri sedang ke nyeri ringan dengan penurunan tingkat nyeri sebesar 3 poin. Sedangkan responden yang mengalami penurunan tingkat nyeri minimal yaitu seorang responden nomor 7 dengan penurunan tingkat nyeri sebesar 1 poin.

Nilai rata-rata nyeri 7 responden sebelum dilakukan intervensi musik Mozart adalah sebesar 6,14 poin. Setelah mendapatkan intervensi musik Mozart mengalami penurunan sebesar menjadi 3,28 poin. Dari analisis diatas, didapatkan nilai asymp. Sig. (2-tailed) = 0,014, dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa terapi musik Mozart dapat menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Araknoid Blok*).

4. Perbedaan tingkat nyeri akhir pada responden kontrol dan eksperimen

Tabel 5.4 Perbedaan tingkat nyeri akhir pada responden kontrol dan eksperimen penelitian terapi musik Mozart untuk menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea pada tanggal 12 Desember – 12 Januari 2012 di Ruang Shofa 2 RSUD Haji Surabaya

Kriteria	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Tidak Nyeri								
Nyeri Ringan			5	71,4			1	14,3
Nyeri Sedang	6	85,7	2	28,6	7	100	6	85,7
Nyeri Berat	1	14,3						
Nyeri Berat Tak terkontrol								
Wilcoxon Sign Rank Test	p = 0,014				p = 0,317			
Mann Whitney	p = 0,037							

Berdasarkan analisis diatas, didapatkan nilai asymp. Sig. (2-tailed) = 0,037, dimana nilai tersebut kurang dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri yang signifikan antara kelompok responden kontrol dan kelompok responden eksperimen oleh terapi music Mozart pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arakhnoid Blok*).

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan diatas maka selanjutnya akan dibahas hasil penelitian tersebut sesuai dengan tujuan penelitian sebagai berikut:

5.2.1 Identifikasi perubahan nyeri sebelum dan sesudah pemberian musik

Mozart pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*)

Berdasarkan hasil penelitian, gambaran responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak di beri musik Mozart dan kelompok perlakuan yang di beri musik Mozart memiliki karakteristik umum yang mirip (homogen) satu sama lain, sehingga dapat meminimalisir variabel perancu yang dapat mempengaruhi hasil penelitian yang didapatkan. Berdasarkan hasil analisa data pada perawatan hari ke 1, diperoleh data yang menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak di beri musik Mozart seluruhnya mengalami tingkat nyeri sedang (100%). Pada perawatan hari ke 2, diperoleh data yang menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak di beri musik Mozart sebagian besar masih mengalami tingkat nyeri sedang (86%), dimana terjadi penurunan tingkat nyeri pada seorang responden menjadi nyeri ringan. Sedangkan pada kelompok perlakuan, pada perawatan hari pertama, sebagian besar responden

yakni sejumlah 6 orang menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (85,7%), sedangkan pada perawatan hari ke 2 sebagian besar responden (71,4%) atau terdapat 5 responden mengalami penurunan tingkat nyeri menjadi nyeri ringan. Dari analisis data tersebut, dapat disimpulkan bahwa terapi musik Mozart efektif menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operative seksio sesarea.

Nyeri yang terjadi sesudah pasien menjalani operasi seksio sesarea ini terjadi ketika pengaruh obat anestesi mulai hilang, pasien akan merasakan rasa sakit terutama penggunaan otot perut terlalu keras seperti pada saat tertawa atau batuk (Rock & John, 2008). Nyeri setelah pembedahan merupakan kategori nyeri akut, dimana respon perilaku pada umumnya lebih tampak dibandingkan dengan nyeri kronis. Selaras dengan hasil penelitian sebelumnya dalam *Relaxation and music to reduce postsurgical pain* oleh Good et al, bahwa sebagian besar responden kontrol dan perlakuan mengalami nyeri sedang saat hari pertama pasca operasi mungkin dikarenakan masih ada pengaruh dari anesthesia. Tingkat nyeri pada setiap responden tidak sama, sesuai dengan asumsi dasar kenyamanan yang dikemukakan oleh Kolcaba (1994) bahwa manusia mempunyai respon holistik terhadap rangsangan yang kompleks. Hal tersebut disebabkan karena beberapa faktor yang ikut mempengaruhi respon nyeri pada setiap individu, seperti sosiokultural, lingkungan, arti nyeri, kecemasan, koping, ataupun pengalaman nyeri sebelumnya.

Adanya seorang responden perlakuan yang tetap mengalami nyeri sedang pada hari kedua, yaitu responden no. 4, dapat diperoleh karena ini adalah baru pengalaman yang kedua bedah sesar dan usia responden no. 4 yang tergolong muda yaitu 25 tahun, sehingga responden no. 4 masih merasa cemas dengan rasa

nyeri yang dirasakan. Selain itu, support keluarga yang kurang juga dapat dimungkinkan menjadi salah satu penyebab cemas yang berakhir pada penurunan tingkat nyeri responden no. 4 yang tidak seprogressif responden perlakuan yang lain. Seluruh responden kelompok kontrol pada hari pertama mengalami tingkat nyeri sedang dan seorang responden (responden no.14) mengalami penurunan tingkat nyeri menjadi nyeri ringan pada hari kedua disebabkan karena telah mengalami bedah sesar 2 kali sebelumnya sehingga responden dapat segera beradaptasi dengan nyeri pada bedah sesar saat ini. Penurunan proporsi responden yang mengalami nyeri sedang pada hari kedua mungkin juga karena adanya coping terhadap nyeri yang dirasakan. Sumber coping dapat berupa cara pasien untuk mengatasi nyeri yang dirasakan, maupun dorongan emosional dari pasangan hidup, anak, maupun keluarga.

5.2.2 Analisis pengaruh terapi musik Mozart terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*)

Pada perawatan hari pertama, sebagian besar responden kelompok perlakuan yakni sejumlah 6 orang menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (85,7%), sedangkan pada perawatan hari ke 2 sebagian besar responden (71,4%) atau terdapat 5 responden mengalami penurunan tingkat nyeri menjadi nyeri ringan. Data ini di tunjang dengan data objektif yang di dapat peneliti bahwa responden no. 1, 5, 7, 9, 10, dan 11 telah dapat berkomunikasi dengan baik, dan tak tampak menyeringai. Begitu pula responden no. 7 yang pada perawatan hari pertama mengalami tingkat nyeri berat, pada hari kedua mengalami penurunan tingkat nyeri menjadi nyeri sedang, hal ini di perkuat dengan data objektif

responden no. 7 yang menunjukkan bahwa responden no. 7 telah dapat mengikuti perintah dan dapat mendeskripsikan nyeri dengan baik. Penurunan tingkat nyeri yang progressif ini dapat dialami oleh responden no. 1, 5, 7, 9, 10, dan 11 karena usia mereka yang telah matang yaitu di atas 25 tahun sehingga telah memiliki pola coping yang adaptif terhadap nyeri. Jika dilihat secara deskriptif, kelompok perlakuan yang di beri musik Mozart mempunyai persentase tingkat nyeri ringan yang lebih tinggi dari pada kelompok kontrol pada perawatan hari kedua, serta adanya perbaikan positif, dimana tak satupun pasien dengan tingkat nyeri berat pada perawatan hari kedua.

Terapi musik Mozart dapat menurunkan tingkat nyeri dengan mengeluarkan hormon endorphin atau sejenis opiate dari dalam tubuh responden. Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa terapi musik Mozart dapat menurunkan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea (Campbell, 2002). Dari fakta dan ditunjang dengan teori yang ada menunjukkan bahwa terapi musik Mozart ini sangat berguna bagi pasien post operatif seksio sesarea. Penurunan skala nyeri responden sangat bervariasi. Toleransi terhadap nyeri berhubungan dengan intensitas dari nyeri yang membuat orang mau menahan sebelum mencari pertolongan. Sebelum menggunakan terapi musik Mozart pasien hanya dapat menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan menahan nyeri. Ada yang berekspresi mengepalkan tangan, memegang perut, meremas bantal, meringis dan banyak lagi ekspresi yang lainnya. Setelah menggunakan terapi musik Mozart pasien tampak rileks. Distraksi mendengarkan musik dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya (Arnts dkk, 1991; Devine dkk, 1990).

Toleransi yang bervariasi pada individu sementara orang merupakan perantara pola untuk menahan nyeri yang relative stabil, yang lain memiliki tingkat toleransi yang berbeda dan tergantung pada situasi. Banyak faktor yang dapat meningkatkan atau mengurangi toleransi. Respon nyeri seseorang berbeda – beda. Hal ini tergantung hal – hal yang mempengaruhi nyeri yaitu usia, jenis kelamin, kultur, makna nyeri, lokasi dan tingkat keparahan nyeri, perhatian, ansietas, pengalaman masa lalu, pola coping & support keluarga. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori De Laune dan Ladner (1998) yang mengemukakan bahwa stimulasi musik yang lembut dapat mengurangi stress, nyeri, cemas, dan perasaan terisolasi. Musik yang masuk melalui system auditori dapat mempengaruhi sistem limbik otak yang mengatur emosi, persepsi, tingkah laku, dorongan, dan motivasi (Guyton & Hall, 1997). Hal ini selanjutnya akan mempengaruhi proses fisiologis tubuh melalui system HPA-AXIS dimana hypothalamus melepas *Corticotropin Releasing Factor (CRF)*. Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pituitary untuk mempengaruhi medulla adrenal dalam meningkatkan produksi *Proopioidmelanocortin (POMC)* sehingga produksi enkephalin juga meningkat. Kelenjar pituitary juga menghasilkan β endhorpin sebagai neurotransmitter yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan sebagai opiate untuk mengurangi penyakit. Jenis musik Mozart yang diberikan responden kelompok perlakuan memiliki irama lembut dan tempo lambat, tanpa penggunaan alat musik drum sehingga dapat diterima dengan mudah oleh organ auditori. Lambatnya tempo musik dapat membuat seseorang mampu memperlambat pernapasan sehingga pikiran menjadi tenang (Campbell, 2002).

Peneliti menganalisis bahwa kondisi distraksi dan relaksasi menjadi salah satu strategi yang mampu memberikan kesembuhan secara fisik dan mental, atau mengurangi nyeri sampai ambang nyeri pasien. Karena dengan kondisi tersebut, pasien cenderung merasa lebih nyaman dengan berkurangnya tingkat nyeri yang dirasakan. Selain itu, pasien juga menjadi lebih kooperatif dan ikut berpartisipasi aktif dalam terapi atau perawatan yang diberikan selama di rumah sakit, antara lain dalam hal mobilisasi dini pasca operasi serta menyusui bayi baru lahir. Dalam *The problem of postoperative pain: Issues for future research* oleh Botti et al disebutkan bahwa hal positif lain yang bermanfaat bagi pasien adalah meningkatkan pengetahuan mengenai nyeri serta cara menanganinya. Hasil penelitian ini di tunjang dengan hasil penelitian – hasil penelitian sebelumnya dapat mengindikasikan bahwa intervensi terapi musik Mozart dapat digunakan sebagai salah satu intervensi perawatan non-farmakologi adjuvant terhadap nyeri post operatif seksio sesarea.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya.

6.1 Kesimpulan

1. Seluruh responden pada kelompok kontrol dan sebagian besar responden pada kelompok perlakuan saat pre-test mengalami tingkat nyeri sedang. Setelah kelompok perlakuan diberi terapi musik Mozart terdapat perubahan tingkat nyeri yang signifikan pada hari kedua, yaitu sebagian besar mengalami tingkat nyeri ringan, dan seorang responden mengalami tingkat nyeri sedang.
2. Musik Mozart berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea dengan anestesi SAB (*Sub Arachnoid Blok*) melalui jalur neuroendokrin dengan merangsang hormon endorphen sebagai opiate.

6.2 Saran

1. Bagi profesi keperawatan diharapkan dapat menggunakan musik Mozart sebagai alternatif penatalaksanaan non-farmakologis nyeri pada pasien post operatif seksio sesarea sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di bidang maternitas.
2. Bagi masyarakat diharapkan dapat menggunakan musik Mozart sebagai salah satu teknik distraksi dan relaksasi dari nyeri sehingga dapat mempercepat proses pemulihan, dapat melakukan mobilisasi lebih awal, mengurangi kunjungan klinik, memperpendek masa hospitalisasi dan mengurangi biaya perawatan.

3. Bagi rumah sakit diharapkan untuk mempertimbangkan terapi musik Mozart sebagai prosedur tetap salah satu terapi *non-farmakologis* pada pasien post operatif seksio sesarea sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan dapat menjadi daya tarik tersendiri bagi masyarakat sebagai pengguna layanan rumah sakit.
4. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengevaluasi pengaruh pemberian musik kesukaan pasien terhadap penurunan nyeri post operatif seksio sesarea.

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

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

Surabaya, 27 Oktober 2011

Nomor : 1705 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSU Haji Surabaya
di –

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Erfina Ihda Imami
NIM : 131011150
Judul Penelitian : Terapi Musik Mozart Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Op.Sectio Caesaria

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



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

Lampiran 2



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM “ HAJI SURABAYA “
 e-mail: rsuhajisby1@yahoo.com Telp. (031) 5924000 Fax. 031 - 5947890
 Jalan Manyar Kertoadi Surabaya 60177

SURAT KETERANGAN

NO.070 / 195 / 03.2.2 / 2011

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Drg. Siti Rachmawati, MARS
 NIP : 19621225 198803 2 005
 Pangkat/Golongan : Pembina Tk.I, IV/b
 Jabatan : Kepala Bidang Diklit RSU Haji Surabaya

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Erfina Ihda Imami
 NIM : 131011150
 Intitusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
 Judul : Terapi Musik Mozart untuk Menurun Skala Nyeri pada
 Pasien *Post Op. Sectio Caesarie*

Telah selesai melaksanakan pengambilan data awal di IGD/ VK RSU Haji Surabaya pada tanggal 21 November s.d 5 Desember 2011.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2 Desember 2011

Kepala Bidang Diklit

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya



Drg. Siti Rachmawati, MARS
 NIP. 19621225 198803 2 005

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Erfina Ihda Imami

Nim : 131011150

Adalah mahasiswa program S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

“TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA PASIEN POST OPERATIF SEKSIO SESAREA DI RUANG SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA“

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh terapi music Mozart terhadap penurunan nyeri pada pasien post operatif *Sectio Cesarea* sebagai alternatif penatalaksanaan non-farmakologis nyeri pada pasien post operatif *Sectio Cesarea*.

Untuk itu kami mengharapkan kesediaan Ibu berkenan menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan Ibu adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan nanti bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu .

Atas perhatian dan partisipasi Ibu kami ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2011

Hormat Saya,

Erfina I. I.

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Sdri. Erfina, mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA PASIEN POST OPERATIF SEKSIO SESAREA DI RUANG SHOFA 2 RSU HAJI SURABAYA“

Bersedia diberikan terapi music Mozart tanpa paksaan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan, serta untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Desember 2011

Peneliti,

Responden,

(ERFINA I. I.)

(_____)

Saksi,

(_____)

Lampiran 5**LEMBAR KUESIONER DATA RESPONDEN**

Judul Penelitian :

Kode Responden :

Petunjuk Pengisian :

Isilah dengan memberikan tanda check list (√) sesuai permintaan pada pilihan!

DATA UMUM IBU

1. Usia / Umur responden
 - a. ≤ 20 tahun
 - b. 21 – 25 tahun
 - c. 26 – 30 tahun
 - d. ≥ 31 tahun
2. Tingkat Pendidikan
 - a. SD
 - b. SMP
 - c. SMA
 - d. Perguruan Tinggi
3. Jenis pekerjaan
 - a. PNS
 - b. Wiraswasta
 - c. Swasta
 - d. Lain – lain
4. Pengalaman Nyeri Masa Lalu
 - a. Pernah, nyeri yang dirasakan adalah.....
 - b. Tidak Pernah
5. Pengalaman bedah sesar sebelumnya...
 - a. Pernah, ... kali.
 - b. Tidak Pernah

Lampiran 6

**LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI PRE & POST TEST
 TERAPI MUSIK MOZART UNTUK MENURUNKAN NYERI PADA
 PASIEN POST OPERATIF SEKSIO SESAREA
 Menurut Skala Bourbonais (Potter & Perry, 2005)**

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Skala Bourbonais		Sebelum Tindakan		Setelah Tindakan	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
0	Tidak Nyeri				
1-3	Nyeri Ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik				
4-6	Nyeri Sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik				
7-9	Nyeri Berat Terkontrol: secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih respon terhadap tindakan, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang				
10	Klien sudah tidak dapat lagi berkomunikasi				

Lampiran 7

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Terapi Musik

A. Persiapan Alat

1. Walkman atau discman
2. CD Musik klasik Mozart
3. Earphone
4. Lembar permintaan menjadi responden, informed consent, dan lembar observasi tingkat nyeri

B. Persiapan Pasien

1. Jelaskan tujuan penelitian kepada pasien dan keluarga
2. Berikan lembar persetujuan menjadi responden yang harus ditandatangani oleh pasien apabila pasien menyetujui untuk menjadi responden penelitian
3. Berikan lembar persetujuan menjadi saksi pada keluarga pasien apabila pasien menyetujui untuk menjadi responden penelitian

C. Perawat dan Lingkungan

1. Cuci tangan
2. Jaga privasi pasien, tutup ruangan dengan sketsel.
3. Pertahankan lingkungan tenang dan nyaman
4. Minimalkan kebisingan, hilangkan hal – hal yang dapat mendistraksi konsentrasi pasien (matikan TV, HP, dan radio untuk sementara waktu selama terapi)

D. Prosedur Tindakan

1. Fase orientasi
 - a) Perkenalkan diri
 - b) Kontrak waktu dan jelaskan prosedur tindakan
2. Fase kerja
 - a) Tanyakan pada pasien apakah pasien ingin buang air kecil atau buang air besar terlebih dahulu sebelum pemberian terapi music.
 - b) Posisikan pasien untuk tidur terlentang dengan menggunakan bantal sesuai kenyamanan pasien.

- c) Anjurkan pasien untuk menutup mata dan berkonsentrasi terhadap alunan music yang diperdengarkan selama pemberian terapi.
 - d) Pasang earphone di telinga pasien dan pastikan keduanya terpasang dengan baik.
 - e) Putar CD music Mozart dengan jumlah ketukan sekitar 60 ketukan permenit dan berfrekuensi kurang dari 8000 Hz dengan discman, sesuaikan volume dengan kenyamanan pasien.
 - f) Berikan terapi music selama 10 menit, hari ke-1 dan hari ke-2 pasca operasi, 1 jam sebelum pemberian analgesik lanjutan.
 - g) Temani pasien selama terapi.
 - h) Matikan *discman* setelah 10 menit pemberian terapi dan lepaskan earphone dari telinga pasien.
 - i) Rapikan alat
3. Fase terminasi
- a) Ucapkan terima kasih dan berikan reward atas partisipasi pasien di penelitian.
 - b) Pastikan pasien dalam keadaan rapi dan nyaman sebelum meninggalkan ruangan.
 - c) Buka jendela, pintu, atau sketsel, dan persilakan keluarga untuk masuk kembali.
 - d) Cuci tangan.

Lampiran 8

TABULASI DATA UMUM DAN DATA KHUSUS

No.	Kode Resp.	Variabel	Σ SC	Karakteristik Responden					Skala Nyeri							
				Umur	Pend.	Pekerjaan	Pengalaman nyeri masa lalu	Pengalaman bedah sesar sebelumnya	Sebelum				Sesudah			
									S	O	R	Kategori	S	O	R	Kategori
1.	Ny. H P	Intervensi	2	3	3	4	1	1	6	6	6	Sedang	3	3	3	Ringan
2.	Ny. P A	Kontrol	2	4	3	3	1	1	5	5	5	Sedang	4	4	4	Sedang
3.	Ny. R E	Kontrol	2	3	3	3	1	1	6	6	6	Sedang	4	4	4	Sedang
4.	Ny. K	Intervensi	2	2	2	4	1	1	6	6	6	Sedang	5	5	5	Sedang
5.	Ny. B	Intervensi	3	3	4	1	1	1	6	6	6	Sedang	3	3	3	Ringan
6.	Ny. N	Kontrol	3	3	3	4	1	1	6	6	6	Sedang	5	5	5	Sedang
7.	Ny. N O	Intervensi	2	3	4	1	1	1	7	7	7	Berat	4	4	4	Sedang
8.	Ny. Y	Kontrol	3	4	4	3	1	1	6	6	6	Sedang	5	5	5	Sedang
9.	Ny. Yu	Intervensi	2	3	3	3	1	1	6	6	6	Sedang	2	2	2	Ringan
10.	Ny. M	Intervensi	2	4	3	3	1	1	6	6	6	Sedang	3	3	3	Ringan
11.	Ny. U M	Intervensi	2	3	4	3	1	1	6	6	6	Sedang	3	3	3	Ringan
12.	Ny. A	Kontrol	2	3	2	2	1	1	6	6	6	Sedang	4	4	4	Sedang
13.	Ny. L	Kontrol	2	4	4	1	1	1	6	6	6	Sedang	5	5	5	Sedang
14.	Ny. D R	Kontrol	3	3	3	2	1	1	6	6	6	Sedang	3	3	3	Ringan

Keterangan :**Umur :**

1 = ≤ 20 tahun
 2 = 21 – 25 tahun
 3 = 26 – 30 tahun
 4 = ≥ 31 tahun

Tingkat pendidikan :

1 = SD
 2 = SMP
 3 = SMA
 4 = Perguruan Tinggi

Jenis pekerjaan :

1 = PNS
 2 = Wiraswasta
 3 = Swasta
 4 = Lain – lain

Pengalaman nyeri masa lalu :

1 = Pernah
 2 = Tidak pernah

Skala Nyeri :

1 = 0 = Tidak Nyeri
 2 = 1 – 3 = Nyeri Ringan
 3 = 4 – 6 = Nyeri Sedang
 4 = 7 – 9 = Nyeri Berat
 5 = 10 = Nyeri Berat Tak Terkontrol

Pengalaman bedah sesar sebelumnya :

1 = Pernah
 2 = Tidak pernah

Lampiran 9

FREQUENCIES VARIABLES**Frequency Table****Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21 - 25 tahun	1	7.1	7.1	7.1
26 - 30 tahun	9	64.3	64.3	71.4
> 31 tahun	4	28.6	28.6	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	2	14.3	14.3	14.3
SMA	7	50.0	50.0	64.3
Perguruan Tinggi	5	35.7	35.7	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	3	21.4	21.4	21.4
Wiraswasta	2	14.3	14.3	35.7
Swasta	6	42.9	42.9	78.6
Lain - lain	3	21.4	21.4	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Nyeri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	14	100.0	100.0	100.0

Sesar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	14	100.0	100.0	100.0

Lampiran 10**HASIL ANALISIS DATA TINGKAT NYERI (SPSS) *WILCOXON SIGN RANK TEST* KELOMPOK KONTROL****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum Perlakuan	7	3.00	.000	3	3
Setelah Perlakuan	7	2.86	.378	2	3

Wilcoxon Signed Ranks Test**Test Statistics^b**

	Setelah Perlakuan - Sebelum Perlakuan
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 11**HASIL ANALISIS DATA TINGKAT NYERI (SPSS) *WILCOXON SIGN RANK TEST*
KELOMPOK PERLAKUAN****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum Perlakuan	7	3.14	.378	3	4
Setelah Perlakuan	7	2.29	.488	2	3

Wilcoxon Signed Ranks Test**Test Statistics^b**

	Setelah Perlakuan - Sebelum Perlakuan
Z	-2.449 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.014

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 12**HASIL ANALISIS DATA TINGKAT NYERI (SPSS) *WILCOXON SIGN RANK TEST*****KELOMPOK PERLAKUAN****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sebelum	14	3.07	.267	3	4
Sesudah	14	2.50	.519	2	3

Wilcoxon Signed Ranks Test**Test Statistics^b**

	Sesudah - Sebelum
Z	-2.828 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.005

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 13**HASIL ANALISIS DATA TINGKAT NYERI (SPSS) *MANN WHITNEY TEST*
KELOMPOK KONTROL DAN PERLAKUAN****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengukuran akhir skala nyeri	14	2.57	.514	2	3
Kelompok	14	1.50	.519	1	2

Mann-Whitney Test**Test Statistics^b**

	Pengukuran akhir skala nyeri
Mann-Whitney U	10.500
Wilcoxon W	38.500
Z	-2.082
Asymp. Sig. (2-tailed)	.037
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.073 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

CATATAN REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Erfina Ihda Imami

NIM : 131011150

TGL	NO	HALAMAN	BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI
13-2-2012	1.	7, 9, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 70	-	Sesuaikan sumber pustaka dengan daftar pustaka.	Sudah direvisi
	2.	50	4	Pengumpulan data dituliskan yang sebenarnya.	Sudah direvisi
	3.	55	4	Keterbatasan disesuaikan dengan hambatan yang ada	Sudah direvisi
	4.	58 - 62	5	Sebaiknya menggunakan diagram <i>Pie</i> untuk data umum	Sudah direvisi
	5.	62	5	Jumlah bedah sesar dengan sebelumnya sebaiknya diganti pengalaman bedah sesar	Sudah direvisi
	6.	64	5	- Tabel tidak boleh pisah - Tuliskan skala aslinya.	Sudah direvisi
	7	75	-	Perbaiki daftar pustaka.	Sudah direvisi

Surabaya, Februari 2012
Penguji,

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

CATATAN REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Erfina Ihda Imami

NIM : 131011150

TGL	NO	HALAMAN	BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI
13-2-2012	1.	-	-	Kata penghubung tidak boleh di depan kalimat.	Sudah direvisi
	2.	50	4	Pengumpulan data dituliskan yang sebenarnya.	Sudah direvisi
	3.	55	4	Keterbatasan disesuaikan dengan hambatan yang ada	Sudah direvisi
	4.	40	3 & 4	Sertakan variabel perancu (<i>comfounding</i>)	Sudah direvisi

Surabaya, Februari 2012
Pembimbing I,

Esty Yunitasari S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122003

CATATAN REVISI SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Erfina Ihda Imami

NIM : 131011150

TGL	NO	HALAMAN	BAB	SARAN PERBAIKAN	HASIL REVISI
13-2-2012	1.	ii	-	Tanda tangan peneliti	Sudah direvisi
	2.	64	5	Tabel tidak boleh terputus	Sudah direvisi
	3.	75	-	Daftar pustaka di tulis sesuai panduan	Sudah direvisi

Surabaya, Februari 2012
Pembimbing II,

Retnayu Pradanie, S.Kep,Ns.
NIK. 139080824