

TESIS

PERBEDAAN TINGKAT NYERI PASIEN PASCA OPERASI SEKSIO SESAREA TANPA KOMPLIKASI YANG DIBERI DAN TIDAK DIBERI TERAPI MUSIK



RISMIA AGUSTINA

NIM. 090810439 M

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

**PERBEDAAN TINGKAT NYERI PASIEN PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA TANPA KOMPLIKASI
YANG DIBERI DAN TIDAK DIBERI
TERAPI MUSIK**

TESIS

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

RISMIA AGUSTINA

NIM. 090810439 M

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORSINILITAS

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

Nama : RISMIA AGUSTINA

NIM : 090810439 M

Tanda Tangan :



Tanggal : 3 September 2010

Lembar Persetujuan

Tesis ini telah disetujui pada tanggal Agustus 2010

Oleh:

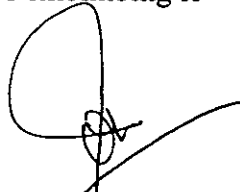
Pembimbing I



Subur Prajitno, dr, MS, AKK

NIP: 19561009 198403 1 002

Pembimbing II

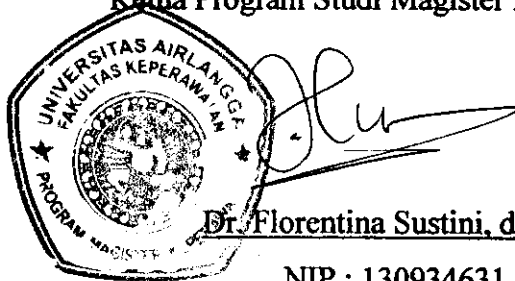


Purwaningsih, SKp, MKes

NIP: 19661121 200003 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Florentina Sustini, dr. MS

NIP : 130934631

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Rismia Agustina

NIM : 090810439 M

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Perbedaan tingkat nyeri pasien post operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal 3 September 2010

Panitia penguji,

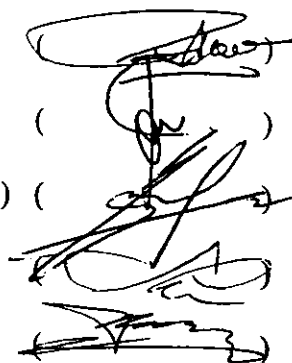
1. Pembimbing ketua : Subur Prajitno, dr, MS, AKK

2. Pembimbing anggota: Purwaningsih, SKp, MKes

3. Penguji : Dr. H. Budi Santoso, dr, Sp. OG(K)

4. Penguji : Dr. I Ketut Suidiana, Drs, MSi

5. Penguji : Esti Yunitasari, SKp, MKes



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas petunjuk dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul **“Perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik”**. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar magister keperawatan pada program studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Fasich I, Apt, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti pendidikan Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan selama tahun 2008-2010 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan

- menyelesaikan pendidikan Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Ketua Program Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Dr. Florentina Sustini, dr, MS, beserta seluruh dosen yang telah mendidik dan membimbing saya selama mengikuti pendidikan Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan di Universitas Airlangga.
 5. Subur Prajitno, dr, MS, AKK selaku pembimbing I penulisan Tesis; Purwaningsih, SKp, MKes selaku pembimbing II penulisan Tesis; serta Dr. H. Budi Santoso, dr, Sp. OG(K), Dr. I Ketut Suidiana, Drs, MSi. Esti Yunitasari. SKp, MKes selaku penguji Tesis: atas kesediaan membimbing dengan penuh kesabaran, menguji, dan memberikan saran dalam penyempurnaan Tesis ini.
 6. Direktur Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya, Triputro Sutjahjono, S.Psi dan seluruh staf Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan dalam melaksanakan penelitian ini.
 7. Seluruh responden penelitian yang telah berkenan berpartisipasi aktif dalam kegiatan penelitian ini.
 8. Orangtua tercinta, ayahanda Idris, ibunda Kasmiasih serta adik Septian Dwi Rismianto atas limpahan dukungan, kasih sayang dan do'a yang tak pernah berhenti dicurahkan sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini.

9. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga 2008 dan seluruh pihak yang tak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan materi dan moral demi kelancaran penelitian ini.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmatNya kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tesis ini. Penulis menyadari bahwa Tesis ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan-keterbatasan peneliti dan faktor lainnya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk penyempurnaan Tesis ini.

Surabaya, September 2010

Penulis

ABSTRACT**“The Difference in Pain Levels between Post Cesarean Section Patients without Complication Who Were Given and Were Not Given Music Therapy****Rismia Agustina**

Pain is an effect that can be easily seen in the post cesarean section patients. This study aimed to analyze the difference in pain levels between post cesarean section patients without complication who were given and were not given music therapy in Bhakti Rahayu hospital Surabaya. This was a *quasy experimental* study with *post test only design*. The sample consisted of 32 post cesarean section patients without complication and were randomly allocated in both control and treatment group. The control group consisted of 16 samples that were not given music therapy, while treatment group consisted of 16 samples that were given music therapy. The results showed that 62.5% respondents in the control group experienced moderate pain on day 0 post surgery, while on day 1, it was equal to 68.8%. On the other side, 56.3% respondents in the treatment group on day 0 post surgery experienced moderate pain, while on day 1. respondents who experienced mild pain have the same proportion as respondents who experienced moderate pain (50%). Statistical analysis of *Mann Whitney U* test showed $p=0.029$ on day 0 and $p=0.023$ on day 1. These results indicated a significant difference ($p<0.05$). In conclusion, there is a difference in pain level between control and treatment group, where patients that were given music therapy had lower levels of pain than those that were not given music therapy. The pain level conformed with the vital signs, where the treatment group had lower levels of pain, followed by lower value of systole, pulse, respiration and temperature if compared to the control group. Therefore, the writer suggested that Bhakti Rahayu hospital should improve the quality of care and consider the application of music therapy as part of pain management.

Key words: pain, music therapy, post cesarean section patients without complications.

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Pernyataan Orisinalitas	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia Penguji.....	v
Kata pengantar	vi
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Teori Keperawatan	6
2.1.1 Latar belakang teori kenyamanan kolcaba	6
2.1.2 Kenyamanan sebagai sebuah konsep	6
2.1.3 Bentuk kenyamanan	6
2.1.4 Konteks kenyamanan	7
2.1.5 Pernyataan dari teori kolcaba	8
2.1.6 Adaptasi kerangka teoritis kolcaba	9
2.2 Konsep Seksio Sesarea	11
2.2.1 Definisi seksio sesarea	11
2.2.2 Jenis-jenis operasi seksio sesarea	12
2.2.3 Indikasi	13
2.2.4 Komplikasi seksio sesarea	14
2.2.5 Masalah keperawatan pada seksio sesarea	15
2.3 Konsep Nyeri	15
2.3.1 Definisi	15
2.3.2 Fisiologi nyeri	16
2.3.3 Teori yang berhubungan dengan nyeri	17
2.3.4 Klasifikasi nyeri	19
2.3.5 Respon tubuh terhadap nyeri	21
2.3.6 Respon nyeri berdasarkan tingkatan	23
2.3.7 Faktor yang mempengaruhi nyeri	24
2.3.8 Pengukuran intensitas nyeri	28
2.3.9 Penatalaksanaan nyeri	31
2.4 Terapi Musik	32
2.4.1 Definisi	32
2.4.2 Penggunaan musik sebagai terapi	33

2.4.3 Manfaat musik	36
2.4.4 Musik klasik	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	42
3.1 Kerangka konsep	42
3.2 Hipotesis	44
BAB 4 METODE PENELITIAN	45
4.1 Rancangan Penelitian	45
4.2 Populasi, Sampel, Sampling	46
4.2.1 Populasi	46
4.2.2 Sampel	46
4.2.3 Teknik pengambilan sampel	48
4.3 Variabel Penelitian	48
4.3.1 Klasifikasi variabel	48
4.3.2 Definisi operasional	49
4.4 Instrumen Penelitian	50
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	51
4.6 Kerangka Operasional Penelitian	52
4.7 Pengumpulan Data	53
4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data	53
4.9 Etika Penelitian	56
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	58
5.1 Gambaran Umum Penelitian	58
5.2 Hasil dan Analisis Penelitian	59
5.2.1 Karakteristik umum responden	60
5.2.1.1 Umur	60
5.2.1.2 Pendidikan	61
5.2.1.3 Suku	62
5.2.1.4 Indikasi Operasi	63
5.2.2 Tanda-tanda vital	64
5.2.2.1 Tekanan darah	64
5.2.2.2 Nadi	65
5.2.2.3 Pernapasan	66
5.2.2.4 Suhu	66
5.2.3 Tingkat nyeri kelompok kontrol	67
5.2.4 Tingkat nyeri kelompok perlakuan	68
5.2.5 Perbedaan tingkat nyeri pasien post operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik	68
BAB 6 PEMBAHASAN.....	70
6.1 Gambaran Karakteristik Umum Responden	70
6.2 Tanda-Tanda Vital	71
6.3 Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Tidak Diberi Terapi Musik	73
6.4 Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Diberi Terapi Musik	75
6.5 Perbedaan Nyeri Pasien Post Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Diberi dan Tidak Diberi Terapi Musik	77
6.6 Keterbatasan Penelitian	78

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	79
7.1 Kesimpulan	79
7.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbedaan Respon Fisiologis Nyeri Akut dan Kronis	22
Tabel 2.2	Skala Nyeri Menurut Mankoski	31
Tabel 4.3.2	Definisi Operasional	49
Tabel 4.8	Tabel Kontingensi <i>Mann Whitney U Test</i>	56
Tabel 5.2.2.1	Hasil Uji Komparasi Sistole dan Diastole Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	64
Tabel 5.2.2.2	Hasil Uji Komparasi Nadi Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	65
Tabel 5.2.2.3	Perbandingan Kecepatan Pernapasan Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	66
Tabel 5.2.2.4	Perbandingan Suhu Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan	66
Tabel 5.2.3.1	Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Kontrol	67
Tabel 5.2.3.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Perlakuan	68
Tabel 5.2.3.3	Hasil uji statistik tingkat nyeri pasien post operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Konseptual Teori Kenyamanan	9
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Perbedaan Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Seksio Sesarea yang Diberi Terapi Musik dan Tidak Diberi Terapi Musik	42
Gambar 4.6	Kerangka Operasional Penelitian Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Seksio Sesarea yang Diberi dan Tidak Diberi Terapi Musik	52
Gambar 5.2.1.1	Diagram batang perbandingan umur kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	60
Gambar 5.2.1.2	Diagram batang perbandingan tingkat pendidikan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	61
Gambar 5.2.1.3	Diagram batang perbandingan suku kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	62
Gambar 5.2.1.4	Diagram batang perbandingan indikasi operasi seksio sesarea antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan	63

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian	85
Lampiran 2 Kelayakan Etik	86
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	87
Lampiran 4 Surat Pernyataan Penelitian	88
Lampiran 5. Lembar Permintaan Menjadi Responden	89
Lampiran 6. Informed Consent	90
Lampiran 7. Instrumen Pengukuran Tingkat Nyeri	91
Lampiran 8. Standar Operasional Prosedur Pemberian Terapi Musik	92
Lampiran 9. Gabulasi Hasil Penelitian	95
Lampiran 10. Hasil Analisis <i>t-test</i> Tanda-Tanda Vital	97
Lampiran 11. Hasil Analisis <i>mann whitney u test</i>	107

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu hysterotomy untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998). Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi atau menjamin turunnya tingkat morbiditas dan mortalitas (Manuaba, 1999).

Ada berbagai sebab mengapa seorang ibu harus melahirkan dengan cara caesar. Diantaranya, jika janin terlalu besar sehingga diperkirakan tidak dapat melewati rongga pinggul ibu pada saat dilahirkan dan jika letak bayi melintang atau sungsang sampai mendekati waktu persalinan (Rock & John, 2008). Indikasi lain dilakukannya tindakan seksio sesarea ini adalah pasien dengan plasenta previa, panggul sempit, solusio plasenta dan berbagai malpresentasi janin (Rabe, 2003).

Operasi seksio sesarea ini semakin lama semakin banyak diminati oleh masyarakat sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan sumber daya manusia sejak awal kelahiran (Manuaba, 1999). Hal ini terbukti bahwa saat ini, banyak ibu hamil yang sengaja meminta persalinan dengan jalan operasi tanpa alasan medis yang jelas. Walaupun saat ini tindakan operasi ini tergolong aman karena didukung oleh semakin majunya teknik operasi yang sempurna, akan tetapi bukan berarti tindakan ini tidak memiliki dampak apapun. Masalah yang timbul pasca

operasi seksio sesarea antara lain ansietas, nyeri, kurang perawatan diri, ataupun perubahan eliminasi (Marlynn, 2001). Nyeri merupakan dampak yang paling mudah dilihat pada pasien sesudah menjalani operasi seksio sesarea (Manuaba, 1999). Nyeri yang terjadi sesudah pasien menjalani operasi seksio sesarea ini terjadi ketika pengaruh obat anestesi mulai hilang, pasien akan merasakan rasa sakit terutama saat menggunakan otot perut terlalu keras seperti pada saat tertawa atau batuk (Rock & John, 2008). Pasien yang mengalami tingkat nyeri berat setelah operasi saesarea membutuhkan perhatian khusus karena hal tersebut dapat menurunkan kemampuan menyusui dan merawat bayinya yang baru lahir (Karlstrom, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Macintyre dan Ready menunjukkan bahwa lebih dari 80% pasien mengeluh nyeri sedang sampai berat setelah periode pasca operasi (Macintyre & Ready, 2001). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Karlstrom pada tahun 2007 sebanyak 78% wanita mengalami tingkat nyeri sedang sampai dengan berat paska operasi seksio sesarea. Tingkat nyeri tertinggi dilaporkan terjadi selama 24 jam pertama (Karlstrom, 2007).

Salah satu peran perawat adalah sebagai *care giver*. Perawat harus dapat memperhatikan pasien berdasarkan kebutuhan signifikan dari pasien serta memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan diagnosis masalah yang terjadi. Pada kasus pasien dengan pasca operasi seksio sesarea, perawat berperan penting dalam pengidentifikasian nyeri pasien. Pengetahuan perawat tentang pengkajian nyeri dan intervensi yang dilakukan sangat menentukan keefektifan manajemen nyeri dan kualitas hidup pasien (McCaffery & Pasero, 1999). Manajemen nyeri seringkali lebih membutuhkan pemecahan masalah dengan

cara-cara yang kreatif daripada sekedar memberikan medikasi kepada pasien (Roberts, 2009). Salah satu manajemen nyeri yang bisa digunakan selain pemberian obat adalah dengan menggunakan terapi musik untuk mengontrol nyeri (Potter & Perry, 2005).

Terapi musik telah diakui sebagai salah satu bentuk terapi pelengkap (*Complementary Therapy*) disamping akupuntur dan *massage therapy*, yang selain memiliki aspek estetika, juga mempunyai efek terapeutik sehingga musik banyak digunakan untuk membantu penyembuhan, menenangkan dan memperbaiki kondisi fisiologis (Halim, 2005). Musik secara langsung akan mempengaruhi hipotalamus serta merangsang produksi endorfin yang merupakan opium alami tubuh. (Guyton & Hall, 1997). Beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi musik dapat menstimulasi otak pada pasien stroke, memperbaiki fisiologi tubuh pasien Alzheimer, menurunkan kecemasan, detak jantung, dan tekanan darah arteri (Halim, 2003). Riset lain menunjukkan bahwa terapi musik dapat mengurangi *nausea* dan nyeri pada efek kemoterapi (American Cancer Society, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ebneshahidi pada tahun 2005, menunjukkan bahwa tingkat nyeri paska operasi secara signifikan lebih rendah pada kelompok pasien yang diberi terapi musik (Ebneshahidi, 2008).

Terapi musik selain digunakan untuk mengontrol nyeri, juga dapat meningkatkan kenyamanan bagi pasien (Potter & Perry, 2005). Kenyamanan merupakan salah satu kebutuhan dasar bagi klien (Potter & Perry, 2005) Teori keperawatan yang sesuai mengenai kenyamanan pasien yaitu teori yang dikemukakan oleh Kolcaba yang menyatakan bahwa kenyamanan dalam dunia keperawatan dipandang sebagai suatu kepuasan (secara aktif, pasif, maupun

kooperatif) dari kebutuhan dasar manusia dalam memenuhi perasaan ringan, reda, dan lebih baik dari kondisi kesehatan yang menimbulkan stress. Asumsi dasar dari teori kenyamanan ini adalah manusia selalu berusaha keras untuk menemukan kebutuhan kenyamanan mereka yang paling dasar (Kolcaba, 1994).

Tindakan keperawatan yang dilakukan di RS Bhakti Rahayu untuk manajemen nyeri secara umum adalah teknik napas dalam. Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 5 April 2010 di RS. Bhakti Rahayu Surabaya kepada 10 orang pasien pasca operasi seksio sesarea, didapatkan data bahwa 80% pasien mengalami nyeri sedang sampai berat pada hari pertama sesudah operasi dan 20% mengalami nyeri ringan.

Masalah dalam penelitian ini adalah masih tingginya angka kejadian nyeri sedang sampai berat yang dialami pasien pasca seksio sesarea di RS Bhakti Rahayu Surabaya yaitu sebesar 80%, sehingga diperlukan cara yang lebih kreatif dalam manajemen nyeri pasca operasi seksio sesarea.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis perbedaan sistole, diastole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi terapi musik dan tidak diberi terapi musik di RS Bhakti Rahayu Surabaya.
2. Mengukur tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang tidak diberi terapi musik di RS Bhakti Rahayu Surabaya.
3. Mengukur tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi terapi musik di RS Bhakti Rahayu Surabaya.
4. Menganalisis perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi terapi musik dan tidak diberi terapi musik di RS. Bhakti Rahayu Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

Memberi pengetahuan bagi praktisi medis di rumah sakit, khususnya perawat, tentang manfaat terapi musik dalam menurunkan nyeri pada pasien pasca operasi seksio sesarea.

2. Manfaat teoritis

Sebagai wacana bagi institusi pendidikan keperawatan, dalam memberikan pengetahuan kepada mahasiswa tentang penggunaan musik sebagai terapi non farmakologis alternatif dalam menurunkan nyeri pada pasien pasca operasi seksio sesarea, serta sebagai pertimbangan untuk mengembangkan penelitian-penelitian selanjutnya.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Keperawatan

2.1.1 Latar belakang teori kenyamanan kolcaba

Teori kenyamanan adalah teori keperawatan yang pertama kali dikembangkan pada 1990-an oleh Katharine Kolcaba, sebuah keperawatan Amerika sarjana yang mencapai PhD dalam dunia keperawatan dan sertifikat otoritas sebagai perawat klinik spesialis. Ini adalah teori yang saat ini dengan kesehatan lingkungan hari ini dan terus perubahan dan berkembang. dengan kerangka kerja konseptual yang telah diperbarui baru-baru ini sebagai Nopember 2007. Teori Kolcaba memiliki potensi untuk tempat kenyamanan lagi di garis depan kesehatan.

2.1.2 Kenyamanan sebagai sebuah konsep

Selama perkembangan teori kenyamanan, Kolcaba melakukan analisis konsep kenyamanan yang memeriksa literatur dari beberapa disiplin termasuk keperawatan, kedokteran, psikologi, psikiatri, ergonomi. Teori ini meyakini bahwa kenyamanan adalah konsep positif dan berhubungan dengan kegiatan yang memupuk dan memperkuat pasien (Kolcaba, 1991).

2.1.3 Bentuk kenyamanan

Kolcaba menggambarkan kenyamanan yang ada dalam 3 bentuk:

1. Merasa tertolong (*relief*)
2. Merasa lebih ringan (*ease*)

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 (*ease*), misalnya, tentang perasaan pasien setelah hal-hal yang menyebabkan kecemasan ditangani. Terakhir, transendensi (*transcedence*) digambarkan sebagai keadaan nyaman di mana pasien mampu untuk meningkatkan kemampuan mereka sendiri dalam menghadapi tantangan (Kolcaba, 1991).

Contoh dari bentuk kenyamanan ini adalah pasien yang terlibat dalam program rehabilitasi. Pada umumnya program rehabilitasi sering dihubungkan dengan ketidaknyamanan fisik, namun kolcaba menegaskan bahwa pada akhirnya hal ini akan mengarah pada keadaan transendensi atau pembaharuan, di mana setiap individu telah melewati ketidaknyamanan yang terjadi sebelumnya dengan hasil akhir meningkatkan kekuatan individu itu sendiri (March & McCormack, 2009).

2.1.4 Konteks kenyamanan

Kolcaba menjelaskan 4 konteks di mana kenyamanan pasien dapat terjadi: psikospiritual, fisik, lingkungan, dan sosial budaya.

1. Fisik adalah konteks kenyamanan yang berkaitan dengan sensasi tubuh seseorang.
2. Psikospiritual adalah konteks kenyamanan yang berkaitan dengan kesadaran dari 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 berada di luar pasien.
4. Sosial budaya dalam konteks kenyamanan didefinisikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan dalam masyarakat (Kolcaba, 2003).

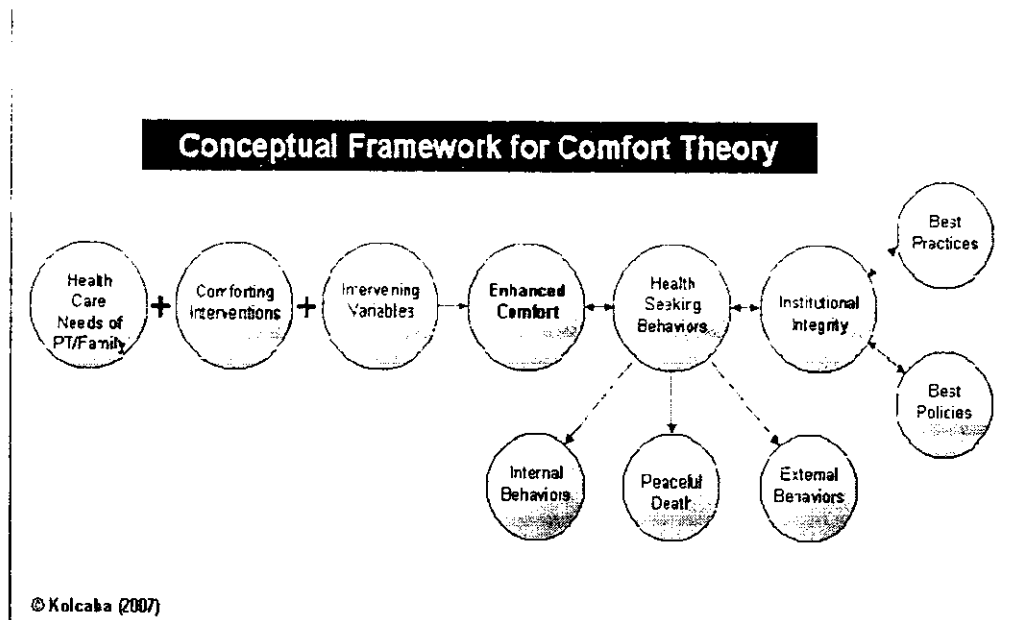
2.1.5 Pernyataan dari teori kolcaba

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 (*variabel intervening*) dalam situasi tersebut, maka hasilnya kenyamanan pasien akan meningkat dari waktu ke waktu. Setelah kenyamanan pasien meningkat, maka pasien cenderung untuk meningkatkan perilaku mencari kesehatan (*health seeking behaviors*). Perilaku ini mungkin dapat terjadi secara internal pada pasien (misalnya, penyembuhan luka atau peningkatan oksigenasi), secara eksternal pada pasien (misalnya, partisipasi aktif dalam latihan rehabilitasi), atau kematian yang damai (Kolcaba, 2009).

Selanjutnya, Kolcaba menegaskan bahwa ketika seorang pasien mengalami perilaku mencari kesehatan, integritas institusi atau lembaga kemudian ditingkatkan karena peningkatan perilaku mencari kesehatan akan menghasilkan peningkatan hasil (*outcome*). Peningkatan integritas institusi akan memberikan pengembangan dan pelaksanaan dari praktek terbaik dan kebijakan terbaik sekunder terhadap hasil positif yang dialami oleh pasien (Kolcaba, 2009).

2.1.6 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 & McCormack, 2009)



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 kontrol (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 bisa 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, dan dengan keinginan perilaku mencari sehat (*health seeking behaviors*).

5. Konsep perilaku mencari sehat pertama kali diperkenalkan oleh Scholtfeldt (1975). Perilaku mencari sehat dapat berupa internal (penyembuhan, fungsi imun, jumlah sel T, dsb.), eksternal (aktivitas yang berhubungan dengan kesehatan, hasil fungsional, 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 Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi seksio sesarea

Suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu histerotomy untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 1998). Dan merupakan persalinan melalui

sayatan pada dinding abdomen dan uterus yang masih utuh dengan berat janin > 1000 gr atau umur kehamilan > 28 minggu (Manuaba, 1999).

2.2.2 Jenis-jenis operasi seksio sesarea

1. Seksio sesarea trnsperitonealis

a. Seksio sesarea klasik (korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm

Kelebihan :

1. Mengeluarkan janin lebih cepat
2. Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
3. Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

1. Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
2. Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi ruptura uteri spontan

b. Seksio sesarea ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang-konkaf pada sekmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

1. Penjahitan luka lebih mudah
2. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
3. Tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
4. Perdarahan kurang

5. Kemungkinan ruptura uteri spontan lebih kecil

Kekurangan :

1. Luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah. Sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus dan mengakibatkan perdarahan yang banyak.
2. Keluhan pada kandung kemih pascaoperative tinggi

2. Seksio Sesarea ekstrapéritonealis

Tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal

a. Seksio sesarea vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim. seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

1. Sayatan memanjang (*longitudinal*) menurut Kronig
2. Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
3. Sayatan huruf T (*T-incision*)

2.2.3 Indikasi

Beberapa indikasi perlu dilakukan tindakan Seksio Sesarea antara lain :

1. Plasenta Previa sentralis dan lateralis (pascaerior).
2. Panggul sempit.
3. Disproporsi sefalo-pelvik; yaitu ketidakseimbangan antara ujuran kepala dan panggul.
4. Ruptura uteri mengancam.
5. Partus lama (*prolonged labor*).
6. Partus tak maju (*obstructed labor*).

7. Distosia serviks.
8. Pre-eklamsi dan hipertensi.
9. Penyakit ibu yang menyebabkan komplikasi kehamilan: penyakit jantung, *systemic lupus erythematosus*, penyakit ginjal, hepatitis.
10. Malpresentasi janin:
 - a. Letak lintang
 - b. Letak bokong
 - c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil
 - d. Presentasi rangkap, bila reposisi tidak berhasil
 - e. Gemelli

2.2.4 Komplikasi seksio sesarea

Menurut Mochtar (1998), komplikasi seksio sesarea sebagai berikut :

1. Infeksi perperal (nifas)
2. Kenaikan suhu beberapa hari merupakan infeksi ringan, kenaikan suhu yang disertai dehidrasi serta perut kembung termasuk infeksi sedang. Sedangkan peritonitis, sepsis serta ileus paralitik merupakan infeksi berat
3. Perdarahan dapat disebabkan karena pembuluh darah banyak yang terputus atau dapat juga karena atonia uteri
4. Luka kandung kemih, emboli paru dan terluka kandung kemih bila repertonial terlalu tinggi
5. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang

2.2.5 Masalah keperawatan pada seksio sesarea

Menurut Doengoes E. Marlynn (2001), masalah keperawatan yang dapat muncul pada kasus post operasi seksio sesarea adalah:

1. Nyeri/ketidaknyamanan.
2. Ansietas.
3. Resiko tinggi terhadap infeksi.
4. Resiko tinggi terhadap cedera.
5. Kurang pengetahuan.
6. Kurang perawatan diri.
7. Kontipasi.
8. Perubahan proses keluarga.
9. Harga diri rendah.
10. Perubahan eliminasi urine (Marlynn, 2001).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi

Menurut Mahon (1994) yang dikutip oleh Perry & Potter (2005), nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Rasa nyeri timbul bila terdapat jaringan yang rusak dan hal ini menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri, bahkan aktivitas yang ringan selama jangka waktu yang lama dapat menyebabkan kerusakan jaringan (Guyton, 1997).

2.3.2 Fisiologi nyeri

Nyeri merupakan gabungan reaksi fisik, emosi, dan perilaku. Menurut Purwandari (2008) untuk memahami fisiologi nyeri, maka perlu mempelajari 3 (tiga) komponen fisiologis yaitu:

1. Resepsi

Adanya stimulus yang mengenai tubuh (mekanik, termal, kimia) akan menyebabkan pelepasan substansi kimia seperti histamin, bradikinin, kalium. Substansi tersebut menyebabkan nosiseptor bereaksi, apabila nosiseptor mencapai ambang nyeri, maka akan timbul impuls syaraf yang akan dibawa oleh serabut syaraf perifer. Serabut syaraf perifer yang akan membawa impuls syaraf ada dua jenis, yaitu serabut A-delta dan serabut C. Impuls syaraf akan dibawa sepanjang serabut syaraf sampai ke kornu dorsalis medula spinalis. Impuls syaraf tersebut akan menyebabkan kornu dorsalis melepaskan neurotransmitter (substansi P). Substansi P ini menyebabkan transmisi sinapsis dari saraf perifer ke saraf traktus spinotalamus. Hal ini memungkinkan impuls saraf ditransmisikan lebih jauh ke dalam sistem saraf pusat. Setelah impuls saraf sampai di otak, otak mengolah impuls saraf kemudian akan timbul respon reflek protektif.

2. Persepsi

Fase ini merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri, pada saat individu menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Persepsi menyadarkan individu dan mengatikan nyeri itu sehingga kemudian individu dapat bereaksi. Proses persepsi secara ringkas adalah sebagai berikut: stimulus nyeri ditransmisikan ke medula spinalis, naik ke talamus, selanjutnya

serabut mentransmisikan nyeri ke seluruh bagian otak, termasuk area limbik. Area ini mengandung sel-sel yang bisa mengontrol emosi (khususnya ansietas). Area limbik yang akan berperan dalam memproses reaksi emosi terhadap nyeri. Setelah transmisi saraf berakhir di pusat otak, maka individu akan mempersepsikan nyeri.

3. Reaksi

Reaksi terhadap nyeri merupakan respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superficial menimbulkan reaksi flight atau fight, yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada saraf otonom menghasilkan respon fisiologis, apabila nyeri berlangsung terus menerus, maka sistem parasimpatis akan bereaksi. Secara ringkas proses reaksi adalah sebagai berikut: impuls nyeri ditransmisikan ke medula spinalis menuju ke batang otak dan talamus. Sistem saraf otonom menjadi terstimuli, saraf simpatis dan parasimpatis bereaksi, maka akan timbul respon fisiologis dan akan muncul perilaku.

2.3.3 Teori yang berhubungan dengan nyeri

Menurut Tamsuri (2006), terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosiseptor (reseptor nyeri) dapat menghasilkan rangsang nyeri. Berbagai teori mencoba menjelaskan proses terjadinya nyeri, diantaranya:

1. Teori Spesivitas (*specivicity theory*)

Teori ini digambarkan oleh Descartes pada abad ke-17. Teori ini didasarkan pada kepercayaan bahwa terdapat organ tubuh yang secara khusus

mentransmisi rasa nyeri. Saraf ini diyakini dapat menerima rangsangan nyeri dan mentransmisikannya melalui ujung dorsal dan substantia gelatinosa ke thalamus, yang akhirnya akan dihantarkan pada daerah yang lebih tinggi sehingga timbul respon nyeri. Teori ini tidak menjelaskan bagaimana faktor-faktor multidimensional dapat mempengaruhi nyeri.

2. Teori pola (*pattern theory*)

Teori ini menerangkan bahwa ada dua serabut nyeri, yaitu serabut yang mampu menghantarkan rangsang dengan cepat, dan serabut yang mampu menghantarkan dengan lambat. Kedua serabut saraf tersebut bersinapsis pada medulla spinalis dan meneruskan informasi ke otak mengenai jumlah, intensitas, dan tipe input sensori nyeri yang menafsirkan karakter dan kuantitas input sensori nyeri (Tamsuri, 2006).

3. Teori gerbang kendali nyeri atau pengontrolan nyeri (*gate control theory*)

Menurut Perry & Potter (2005), teori gate control dari Melzack dan Wall (1995) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang syaraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substasia di kornu dorsalis pada medula spinalis, thalamus, dan sistem limbik. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan oleh sebuah pertahanan yang berarti sistem terbuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri.

2.3.4 Klasifikasi nyeri

Beberapa klasifikasi nyeri akan diuraikan di bawah ini:

1. Menurut Tamsuri (2006), nyeri secara umum dapat dikelompokkan sebagai berikut:
 - 1) Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam waktu (durasi) dari satu detik sampai kurang dari 6 bulan. Umumnya terjadi pada cedera, penyakit akut, atau pada pembedahan dengan permulaan yang cepat dan tingkat yang bervariasi (sedang sampai berat).
 - 2) Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari 6 bulan. Umumnya timbul tidak teratur, intermitten, atau bahkan persisten.
2. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya, menurut Perry & Potter (2005) meliputi:
 - 1) Nyeri superfisial (*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 dialibatkan oleh stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasi bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada nyeri superfisial. Nyeri dapat terasa tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat. Contoh penyebab yakni sensasi pukul (*crushing*) (misal: angina pektoris), sensasi terbakar (misal ulkus peptikum).
 - 3) Nyeri alih (*referred*) merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron

dari sensori dari organ yang terkena kedalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh penyebab antara lain infark miokard yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, bahu kiri.

- 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, nyeri dapat menjadi intermitten dan konstan. Contoh penyebab yakni nyeri punggung bagian bawah akibat discus intraverbal yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik (di pinggang).
3. Berdasarkan sumber nyeri dibagi menjadi tiga yaitu:
- 1) Superfisial (*cutaneus*), yaitu nyeri yang mengenai kulit/ jaringan sub kutan. Biasanya bersifat burning (seperti terbakar). Contoh: terkena ujung pisau atau gunting.
 - 2) Nyeri dalam (*deep somatic*), yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan saraf, nyeri tersebar dan lebih lama daripada cutaneus. Contoh: sprain sendi.
 - 3) Pada organ dalam (*visceral*), stimulasi reseptor nyeri dalam rongga abdomen, cranium, dan thorak. Biasanya terjadi karena spasme otot, iskemia, regangan jaringan.

2.3.5 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*)

Nyeri berlangsung lama tubuh melakukan untuk beradaptasi 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).

Tabel 2.1 Perbedaan Respon Fisiologis Nyeri Akut dan Kronis

Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Intensitas ringan sampai berat	Intensitas ringan sampai berat
Respon saraf simpatis:	Respon saraf simpatis
1. Peningkatan nadi	1. Tanda vital normal
2. Peningkatan denyut jantung	2. Kulit kering dan hangat
3. Peningkatan tekanan darah	3. Pupil normal/ berdilatasi
4. Diaforesis	
5. Dilatasi pupil	
Nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan atau proses penyembuhan	Nyeri timbul terus menerus hingga sembuh
Klien tampak cemas dan lemas	Klien tampak depresi dan menarik diri
Menyatakan nyeri	Tidak menyatakan nyeri, kecuali ditanya
Muncul perilaku nyeri, seperti menangis, memegang daerah yang sakit, mengusap daerah yang sakit	Perilaku nyeri tidak ada

Respon perilaku terhadap nyeri dapat berupa respon verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Tamsuri, 2006).

Menurut Perry dan Potter (2005), indikator perilaku individu untuk merespon nyeri adalah sebagai berikut:

1. Vokalisasi

- 1) Mengaduh
- 2) Menangis
- 3) Sesak nafas
- 4) Mendengkur

2. Ekspresi wajah

- 1) Meringis
- 2) Menggeretakkan gigi
- 3) Mengernyitkan dahi

- 4) Menutup mata atau mulut dengan rapat atau mulut dengna lebar
 - 5) Menggigit bibir
3. Gerakan tubuh
- 1) Gelisah
 - 2) Imobilisasi
 - 3) Ketegangan otot
 - 4) Peningkatan gerakan jari dan tangan
 - 5) Aktivitas melangkah yang tunggal ketika berlari atau berjalan
 - 6) Gerakan ritmik atau gerakan menggosok
 - 7) Gerakan melindungi bagian tubuh
4. Interaksi sosial
- 1) Menghindari percakapan
 - 2) Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri
 - 3) Menghindari kontak sosial
 - 4) Penurunan rentang perhatian

2.3.6 Respon nyeri berdasarkan tingkatan

1. Nyeri ringan

Rata-rata denyut meningkat, tak bergerak, takut, tekanan darah sistolik meningkat, tekanan darah diastolik menurun, gelisah.

2. Nyeri sedang

Rata-rata pernafasan meningkat, sincope, bagian tubuh bergeseran, depresi, diaforesis, muntah, meringis, marah, tensi otot meningkat, panas, kulit kering, resah, putus asa.

3. Nyeri berat

Muka pucat, frustrasi, menggeliat kuat, difusi mata, penyempitan biji mata, pascaur yang tidak umum, monoton lambat, sangat tegang, perasaan sedang dihukum, merintih, menangis.

4. Nyeri sangat berat

Rasa nyeri yang tidak tertahankan.

2.3.7 Faktor yang mempengaruhi nyeri

Oleh karena nyeri merupakan masalah yang kompleks, maka berbagai faktor dapat mempengaruhi respon nyeri, antara lain:

1. Umur

Faktor umur adalah variabel penting yang mempengaruhi respon nyeri. Pada anak-anak akan kesulitan untuk mengerti tentang nyeri dan prosedur keperawatan yang akan menimbulkan nyeri. Pada orang dewasa respon nyeri dipengaruhi oleh adanya berbagai penyakit yang menyertai. Herr dan Mobilly (1991) menjelaskan bahwa orang dewasa dapat mengingkari nyeri yang dirasakan dengan alasan:

- 1) Kepercayaan bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dijalankan dalam kehidupan.
- 2) Tidak mengerti tentang akibat nyeri.
- 3) Tindakan diagnostik dan terapi yang mahal dan tidak menyenangkan.
- 4) Penyakit serius atau terminal.
- 5) Perbedaan terminologi dalam menyatakan respon nyeri.
- 6) Keyakinan orang tua bahwa nyeri tidak perlu ditampakkan (Potter & Perry, 2005).

2. Jenis Kelamin

Umumnya laki-laki dan perempuan tidak mempunyai perbedaan yang signifikan dalam merespon nyeri. Masih diragukan bila ada faktor gender yang mempengaruhi nyeri. Namun dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Burns et al (1989) pada pasien pasca operasi abdomen, menunjukkan bahwa laki-laki membutuhkan morphin lebih banyak dibandingkan perempuan dengan tingkat nyeri yang sama.

3. Sosiokultural

Ras, suku, dan etnis budaya merupakan faktor penting dalam respon individu terhadap nyeri. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shuter (1982), kelompok orang yang berkulit hitam mempunyai respon nyeri yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok orang berkulit putih. Pasien yang berpendidikan lebih tinggi akan cepat merespon dan mencari pertolongan terhadap nyeri yang dialami.

4. Lingkungan

Jika seseorang yang mengalami nyeri saat berada di tempat formal atau gaduh, respon orang tersebut mungkin akan berbeda bila pasien sendirian atau di rumah sakit.

5. Arti nyeri

Arti nyeri pada seseorang akan mempengaruhi respon nyerinya. Arti nyeri seseorang berhubungan dengan penyebab nyeri yang dialaminya. Seseorang akan meresponkan nyeri yang berbeda-beda jika dia percaya bahwa nyeri sebagai suatu ancaman, merasa kehilangan, hukuman atau kemenangan.

Derajat dan kualitas nyeri yang diresponkan oleh seseorang yang berhubungan dengan arti dari nyeri itu bagi dirinya.

6. Perhatian

Perhatian meningkat akan meningkatkan respon nyeri, sedangkan distraksi dan relaksasi akan mengurangi respon nyeri. Konsep ini mendasari tindakan perawat dalam mengatasi nyeri seperti relaksasi, distraksi, imajinasi terbimbing dan usapan halus atau pemijatan dengan cara mengalihkan perhatian dan konsentrasi terhadap stimulus yang lain (McCaffrey, 1999).

7. Kecemasan

Hubungan kecemasan dengan nyeri merupakan hubungan yang sangat kompleks. Kecemasan seringkali meningkatkan respon nyeri, tetapi nyeri dapat juga meningkat menimbulkan kecemasan. Sangat sulit untuk memisahkan dua sensasi tersebut. Kesehatan emosional seseorang biasanya dapat mentoleransi lebih terhadap nyeri sedang bahkan nyeri berat dibandingkan dengan seseorang yang emosinya tidak stabil (McCracken & Keogh, 2009).

8. Kelelahan

Kelelahan akan meningkatkan respon nyeri seseorang dan akan mengurangi kemampuan beradaptasi terhadap nyeri yang dialami. Seringkali keluhan nyeri berkurang setelah melakukan istirahat yang cukup lama dan libur panjang.

9. Pengalaman nyeri sebelumnya

Seseorang akan belajar dari pengalaman nyeri masa lalu. Pengalaman nyeri masa lalu tidak akan menjamin seseorang untuk lebih mudah mengatasi nyeri masa yang akan datang.

Jika seseorang menderita nyeri berulang-ulang tanpa ada penurunan rasa nyeri dari sebelumnya atau terserang nyeri berat, kecemasan bahkan rasa takut akan terjadi. Sebaliknya jika seseorang mengalami nyeri berulang dengan tipe yang sama tetapi dia berhasil mengurangi respon yang dialaminya, dia akan menjadi lebih mudah menginterpretasikan nyeri dengan cara pasien akan mengupayakan persiapan yang lebih baik untuk mengurangi nyeri tersebut. Ketika seseorang mendapat nyeri untuk pertama kali, dia akan gagal untuk beradaptasi.

10. Koping

Pengalaman nyeri seseorang bisa tidak berarti. Seringkali pasien merasa kehilangan kontrol dari kemampuan mengontrol lingkungannya. Bentuk koping seringkali akan mempengaruhi banyaknya nyeri yang diterima. Seseorang yang bersikap tertutup akan memiliki kontrol diri yang lebih baik terhadap lingkungannya dibandingkan dengan orang yang memiliki sikap terbuka terhadap nyeri yang dirasakan. Pasien yang memiliki ketergantungan minimal terhadap penggunaan analgetik akan mempunyai kontrol yang lebih baik daripada pasien dengan ketergantungan tinggi (Potter & Perry, 2005).

Nyeri dapat mengakibatkan ketidakmampuan partial atau total. Berbagai teknik koping digunakan oleh seseorang dalam mengatasi nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik dan psikologis. Sumber koping bukan hanya

sekedar metode atau teknik seseorang dalam mengatasi nyeri, akan tetapi dorongan emosional dari pasangan hidup, anak, dan anggota keluarga juga termasuk sumber coping. Walau nyeri masih tetap bertahan, kehadiran orang yang dicintai dapat mengurangi rasa kesepian dan ketakutan (Holtzman et. al, 2004).

2.3.8 Pengukuran intensitas nyeri

Alat ukur diperlukan untuk mengetahui tingkat nyeri dan mengetahui apakah suatu tindakan terhadap nyeri yang diderita seseorang berhasil atau tidak.

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

1. Skala nyeri menurut Perry & Potter (2005) adalah sebagai berikut:

1) Skala intensitas nyeri deskriptif

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	-----			-----			-----			
Tdk Nyeri	nyeri ringan			nyeri sedang			nyeri berat terkontrol		nyeri berat tak terkontrol	

Keterangan:

0: tidak nyeri

1-3: nyeri ringan

4-6: nyeri sedang

7-9 Nyeri berat, terkontrol

10: nyeri berat tak terkontrol

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsian verbal (*Verbal Description Scale/VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari 3 hingga 5 kata

keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada harus memilih satu kata.

2. Skala nyeri menurut Bourbonnais (2004)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	└──────────┘			└──────────┘			└──────────┘			
Tdk Nyeri	nyeri ringan			nyeri sedang			nyeri berat		sangat nyeri	

Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan, secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu.

4-6 : nyeri sedang, secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsif terhadap tindakan manual.

7-9 : nyeri berat, secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih responsif terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang, dan distraksi.

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

3. Skala nyeri menurut Mankoski (1997)

Tabel 2.2 Skala Nyeri Menurut Mankoski

Skala	Karakteristik nyeri	Tindakan
0	Tidak nyeri	Tanpa pengobatan
1	Sedikit nyeri	Tanpa pengobatan
2	Nyeri sedikit lebih kuat dari no. 1	Tanpa pengobatan
3	Nyeri cukup mengganggu tapi dapat dikontrol dengan tindakan	Tanpa pengobatan, nyeri efektif dikurangi dengan analgesik ringan.
4	Nyeri mengganggu kerja, tapi masih dapat dikontrol dengan teknik distraksi.	Nyeri dikurangi dengan analgesik ringan (aspirin, ibuprofen) selama 3-4 jam.
5	Nyeri bertahan lebih dari 30 menit	Nyeri dikurangi dengan analgesik ringan (aspirin, ibuprofen) selama 3-4 jam.
6	Nyeri tidak bisa dihindari dalam jangka lama tetapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi dalam aktivitas sosial.	Nyeri dapat dikurangi dengan analgesik kuat (codein, vicodin) selama 3-4 jam.
7	Nyeri dapat menyebabkan sulit konsentrasi dan sulit tidur.	Dengan analgesik kuat hanya sebagian saja yang efektif.
8	Nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan aktivitas berat, mual dan pusing.	Analgesik kuat bisa mengurangi nyeri selama 3-4 jam.
9	Tidak bisa bicara, menangis, bingung.	Analgesik kuat sebagian efektif
10	Penurunan tingkat kesadaran (shock)	Analgesik kuat sebagian efektif

2.3.9 Penatalaksanaan nyeri

Tatalaksana nyeri dibagi menjadi 2, yakni secara farmakologi dan non farmakologi.

2.3 Farmakologi

- a. Analgesik opiat (narkotik).
- b. Analgesik non opiat atau obat AINS (anti inflamasi non steroid)
- c. Analgesik adjuvans atau koanalgesik

2.4 Non farmakologi

- a. Teknik stimulasi kutaneus.
- b. Masase.
- c. Kompres panas dan dingin.
- d. Akupresur.
- e. Stimulasi kontralateral.
- f. Imobilisasi.
- g. Stimulasi Saraf Elektrik Transkutaneus (SSET).
- h. Distraksi.
- i. Teknik relaksasi.
- j. Imajinasi.
- k. Meditasi.
- l. *Biofeedback*.
- m. Hipnotis (Berman, 2009).

2.4 Terapi Musik

2.4.1 Definisi

Terapi musik adalah terapi yang dilakukan dengan memberikan stimulasi musik, dimana musik tersebut masuk kedalam pikiran melalui sensasi auditori. Suara atau musik yang lembut dapat mengurangi stress, persepsi nyeri, cemas, dan perasaan terisolasi (DeLaune & Ladner, 1998).

Menurut Halim (2005), terapi musik adalah keahlian menggunakan musik dan elemen musik oleh seorang terapis yang terakreditasi untuk meningkatkan,

mempertahankan dan mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional dan spiritual.

American Music Therapy Association (2009) menyebutkan bahwa terapi musik adalah penggunaan musik dalam profesi kesehatan untuk membuat perubahan positif dalam hal psikologik, fisik, kognitif atau fungsi sosial pada individu-individu yang mempunyai problem kesehatan atau pendidikan. J. Layman (2001) mengemukakan bahwa seseorang akan merespon musik dengan baik pada menit ke 20-60 setelah musik diperdengarkan.

2.4.2 Penggunaan musik sebagai terapi

Salah satu teori keperawatan yang mendukung penggunaan musik sebagai terapi adalah Teori Kolcaba yang menyatakan bahwa kenyamanan dalam dunia keperawatan dipandang sebagai suatu kepuasan (secara aktif, pasif, maupun kooperatif) dari kebutuhan dasar manusia dalam memenuhi perasaan ringan, reda, dan lebih baik dari kondisi kesehatan yang menimbulkan stress. Asumsi dasar dari teori kenyamanan ini bahwa: (a) manusia mempunyai respon holistik terhadap rangsangan yang kompleks (b) kenyamanan merupakan hasil holistik yang diinginkan yang sesuai dengan disiplin keperawatan (c) manusia selalu berusaha keras untuk menemukan kebutuhan kenyamanan mereka yang paling dasar (Kolcaba, 1994).

Musik sebagai terapi dianggap mampu memberikan kenyamanan dapat diterapkan dalam beberapa prosedur, yaitu (*Canadian Association for Music Therapy* dalam Indrawanto, 1997):

1. Menyanyi (*Singing*)

Menyanyi dipakai untuk membantu orang-orang dengan gangguan bicara, dengan meningkatkan artikulasi, ritme dan kontrol nafas. Lagu dapat mengingatkan individu akan kenangan-kenangan berarti pada masa hidupnya dimana mereka kemudian berbagi perasaan dengan orang lain.

2. Memainkan alat musik (*Playing instrument*)

Orang yang mengalami gangguan motorik dapat meningkatkan koordinasi motorik kasar maupun halus, dengan melakukan latihan memainkan alat musik. Belajar sedikit musik dan kemudian memainkannya, dapat mengembangkan keterampilan musikal dan membantu individu membentuk *self-reliance*, *self-esteem*, dan *self-discipline*.

3. Improvisasi (*Improvising*)

Improvisasi berarti mengekspresikan perasaan dengan cara kreatif dan non verbal. Improvisasi vokal, gerak dan instrumental membuat individu berinteraksi dengan orang lain dan dapat mengeksplorasi perasaan yang sulit diutarakan secara verbal. Improvisasi menciptakan kesempatan untuk menentukan pilihan dan berkompromi dalam suatu struktur dengan cara kreatif.

4. Gerakan ritmik (*Rhythmic Movement*)

Gerakan-gerakan ritmik digunakan memudahkan dan meningkatkan rentang gerak, mobilitas, kelenturan dan kekuatan persendian, keseimbangan, koordinasi, pola respirasi, konsistensi *gait* serta relaksasi otot. Komponen ritmis musik membantu meningkatkan motivasi, minat dan kesenangan, serta berfungsi sebagai persuasi non verbal untuk melihatkan individu secara sosial.

5. Mencipta komposisi (*Composing*)

Menyusun suatu komposisi musik berguna untuk mengembangkan *cooperative learning* dan memudahkan untuk saling berbagi perasaan, ide, dan pengalaman. Lagu kesembuhan (*healing song*) yang diciptakan untuk dan ditulis bersama klien dapat menciptakan *moment* dramatik dan *self-awareness* dan atau katarsis.

6. Mendengarkan (*Listening*)

Mendengarkan musik mempunyai banyak aplikasi terapeutik yaitu membantu mengembangkan keterampilan kognitif dan mendapatkan kata-kata yang tepat untuk mengekspresikan diri. Musik juga menggugah memori dan asosiasi. Mendengarkan musik secara aktif dalam suasana rileks dan *receptive* dapat merangsang pikiran, imajinasi dan perasaan (Indrawanto, 1997).

Tiap orang mempunyai pengertian tersendiri tentang musik. Hal ini penting, oleh karena itu pemilihan musik yang tenang dapat memberi ketenangan dan kesejukan untuk tujuan relaksasi. Pemilihan musik yang berirama lamban, biasanya lebih efektif untuk mengatasi stress dan kecemasan (Campbell, 2002). Tidur terlentang dengan posisi menyenangkan, dan menutup mata. Sadari suasana hati saat memusatkan perhatian kemusik. Setiap kali pikiran yang tidak berkaitan masuk ke dalam pikiran, perhatikan dan buang jauh-jauh, ingat tujuan semula dan memusatkan perhatian kembali pada musik dan rileks (Davis, 1995). Waktu mengakhiri latihan ini, niatkan keadaan nyaman, rileks, bahagia yang baru dinikmati, sehingga suasana ini akan tetap bisa dinikmati pada saat anda membutuhkannya (Hendranata, 2004).

2.4.3 Manfaat musik

Beberapa manfaat terapi musik yang bisa diperoleh, yaitu:

1. Musik mempengaruhi detak jantung, nadi, dan tekanan darah

Detak jantung manusia berespon terhadap variabel musik seperti frekuensi, tempo dan volume, dan cenderung cepat atau lambat sesuai ritme musik. Seperti halnya pernapasan, detak yang lambat membuat tekanan darah dan stress menurun, menenangkan pikiran dan membantu tubuh menyembuhkan diri sendiri (Barnason, 1995).

Menurut hasil penelitian Daniel Kobialka, musik tempo lambat dapat menurunkan tekanan sistolik dan diastolik sampai 5 mmHg tiap sesi mendengarkan musik dan detak nadi turun 4-5 kali/ menit (Campbell, 2002).

2. Musik mempengaruhi respirasi

Bernafas dengan lamban dan dalam dapat menimbulkan rasa ketenangan, kontrol emosi, berpikir dalam dan metabolisme menjadi lebih baik. Sedangkan bernafas cepat dan dangkal dapat memicu untuk berpikir pendek dan kacau, perilaku impulsif dan cenderung berbuat kesalahan serta mudah mengalami kecelakaan. Dengan memperlambat tempo musik, pada umumnya seseorang mampu memperlambat pernafasan, sehingga pikiran menjadi tenang (Campbell, 2002).

3. Musik dapat menurunkan aktivitas dan mengatur gelombang otak

Penelitian menunjukkan bahwa gelombang otak dapat dimodifikasi oleh musik dan suara-suara yan ditimbulkannya. Aktivitas yang direkam pada EEG (*Electro Ensephalo Gram*) terutama berasal dari lapisan kortek serebri yang superficial, arusnya dianggap mengalir antara *fluctuating* dipoles yang

terbentuk dari dendrit-dendrit sel kortikal dan badan sel. Dendrit-dendrit tersebut berorientasi serupa dan merupakan unit-unit yang bersatu dengan kompleks pada kortek serebri. Aktivitas banyak unit dendrit tersebut berjalan sinkron untuk membentuk corak gelombang α yang menandakan kondisi *heightened awareness* dan ketenangan. Gelombang β terjadi pada saat individu beraktifitas sehari-hari dan mengalami emosi negatif yang kuat (Indrawanto, 1997).

Semakin lamban gelombang otak, individu semakin merasa rileks, puas, dan tenang. Seperti halnya meditasi, yoga, *biofeedback* dan latihan lain untuk menyatukan fisik dan pikiran, musik dengan tempo lambat sekitar 60 *beat*/menit. dapat merubah tingkat kesadaran dari susunan gelombang β ke gelombang α , sehingga menaikkan *alertness* dan *general well being* (Campbell, 2002).

4. Musik dapat mengatur *stress-related hormon*

Ahli anastesi melaporkan bahwa level hormon stress dalam darah menurun secara bermakna pada penderita yang mendengarkan musik santai. Hormon stress yang dimaksud antara lain ACTH, *prolactic*, *human growth hormone* (Miluk, 1994 dalam Indrawanto, 1997).

5. Musik mempengaruhi suhu tubuh

Musik mempengaruhi suhu tubuh serta berpengaruh pula terhadap kemampuan tubuh beradaptasi pada perubahan suhu. Musik *transcendent* dapat membanjiri seseorang dengan rasa hangat, musik dengan tempo kuat dapat meningkatkan suhu tubuh, sedangkan musik yang lembut dan betempo

lambat berefek sebaliknya. Musik mengatur suhu tubuh tersebut melalui sirkulasi, detak nadi, pernafasan, dan keringat (Campbell, 2002).

6. Musik meningkatkan level endorphin

Endorphin merupakan suatu morfin atau opiat yang dapat menimbulkan perasaan senang atau menimbulkan keadaan *fly* alamiah, mengurangi rasa nyeri, dapat membantu regulasi sel, membantu proses pembelajaran memori (Solomon, 1995). Endorfin dihasilkan oleh kelenjar *pituitary anterior*, yang terjadi akibat aktivitas elektrik yang tersebar di regio tertentu di otak yang berhubungan dengan sistem limbik dan pusat kontrol otonomik (Campbell, 2002). Di *Addiction Research Center* Stanford, California, ilmuwan Goldstein menemukan bahwa separuh respondennya mengalami euforia ketika mendengarkan musik. Euforia ini diakibatkan oleh pelepasan endorfin.

7. Musik dapat meningkatkan fungsi sistem kekebalan tubuh

Tubuh dapat mencapai keadaan sehat yang optimal dan mampu mempertahankan dirinya dari penyakit, hal ini dapat tercapai apabila sistem dalam tubuh bekerja dalam keseimbangan secara harmonis. Dari hasil penelitian yang dilakukan di *Michigan State University* pada tahun 1993 melaporkan bahwa mendengarkan musik selama 15 menit dapat meningkatkan level interleukin-1 (sejenis protein dalam darah yang mampu memproduksi platelet, menstimulasi limfosit dan sebagai agen pertahanan tubuh terhadap AIDS, keganasan, atau penyakit berat lainnya) dalam darah sebanyak 12,5-14% (Campbell, 2002). Peneliti di Arizona telah membuktikan latihan vokal dapat meningkatkan sirkulasi limpa sampai tiga kali.

8. Musik menurunkan ketegangan otot, nyeri, dan meningkatkan kemampuan gerak serta koordinasi

Syaraf-syaraf auditorik menghubungkan telinga tengah dengan sistem otot seluruh tubuh melalui sistem syaraf otonomik, karena hal itu kekuatan otot, fleksibilitas dan tonus otot dipengaruhi oleh musik dan vibrasinya (Campbell, 2002). Penelitian di *Colorado State University* pada tahun 1991 dengan respinden 70 mahasiswa dalam kelas aerobik, dilaporkan bahwa musik meningkatkan kekuatan dan kemampuan gerak, dan dalam saat yang sama meningkatkan semangat dan motivasi (Indrawanto, 1997).

Musik jenis *new age*, klasik dan pop dapat menurunkan ketegangan otot dan membuat individu menjadi lebih rileks. Dalam penelitian disebutkan bahwa musik dengan frekuensi 40-66 hertz beresonansi pada regio punggung bawah, pelvis, paha dan kaki. Sedangkan semakin tinggi frekuensinya, efeknya lebih terasa pada dada atas, leher dan kepala.

Jurf and Nirschl (1993) menjelaskan bahwa kondisi relaksasi merupakan strategi kognitif yang dapat memberikan kesembuhan secara fisik dan mental, atau mengurangi nyeri sampai ambang nyeri. Gosana (2003) menyebutkan bahwa keadaan rileks, merupakan cara untuk mengatasi rasa nyeri, menghilangkan ketegangan otot, dan dapat memperbaiki gangguan tidur.

9. Musik menstimulasi pencernaan

Penelitian di John Hopkins menunjukkan bahwa musik *rock* membuat orang makan dengan cepat dan tidak terasa dalam jumlah banyak. Sedangkan musik klasik berirama lambat membuat orang makan dengan perlahan dan menikmati makanannya (Campbell, 2002).

10. Musik meningkatkan daya belajar dan daya ingat

Musik dapat meningkatkan belajar. Belajar dengan diiringi latar belakang musik ringan pada banyak orang membantu untuk berkonsentrasi lebih lama, dapat meningkatkan daya ingat terhadap ejaan, sajak, dan kata-kata asing. Metode dari Dr. Georgi Lazanov musik dipakai untuk meningkatkan kemampuan memori (Campbell, 2002).

2.4.4 Musik klasik

Musik klasik adalah komposisi musik yang lahir dari budaya eropa sekitar tahun 1750-1825. Biasanya musik klasik digolongkan melalui periodisasi tertentu, mulai periode klasik, diikuti barok, rokoko, dan romantik (Ramadhani, 2003).

Jenis musik klasik dianggap lebih efektif daripada jenis musik yang bervokal. Karena musik yang bervokal menyebabkan pasien lebih berfokus pada lirik lagu daripada berelaksasi dengan musik itu sendiri (American Music Therapy Association, 2009).

Karakter musik klasik (Sukendro, 2008):

1. Dalam musik klasik, suara bass drum maupun suara bass gitar sangat minim, dan jika ada pun tidak dimainkan berulang kali (intensitas rendah), dan tidak dimainkan keras. Sehingga bass dan drum tidak menjadi yang utama di dalam musik klasik. Sebaliknya pada musik pop atau rock, bass drum justru menjadi utama yang memegang kendali beta dan rhythm. Jika bass drum dipukul berulang-ulang dan keras, akan mengakibatkan jantung berdebar lebih keras dan cepat, sehingga telinga tidak banyak menerima gain dari bass drum, namun dada. Sebaliknya, musik klasik lebih banyak terdapat bunyi string (alat gesek). Ini adalah frekuensi tengah (220 Hz s/d 2000 Hz), sehingga lebih

banyak diterima oleh telinga daripada dada, seterusnya pendengaran ini akan mempengaruhi otak dan tidak dominan mempengaruhi jantung.

2. Menggunakan denyut jantung sebagai ritmenya. Jantung manusia berdenyut 70-80 kali per menit dengan teratur, denyut jantung bila didengar dengan stetoskop akan berbunyi DUG-dug-... bunyi pertama lebih keras, bunyi kedua lebih lemah, diikuti fase istirahat. Musik yang baik memiliki ritme DUG-dug-DUG-dug untuk 4/4 dan DUG-dug-dug untuk $\frac{3}{4}$. Ini adalah jenis irama yang sehat, karena sesuai dengan ritme tubuh. Pada musik rock memiliki ritme yang terbalik, dug-DUG-dug-DUG. Ritme yang lebih keras jatuh pada ritme kedua dan keempat. Atau dug-dug-DUG, sehingga ritme keras jatuh pada ritme ketiga, dikenal dengan istilah "back beat"/anapestic beat. Ritme keras bahkan dapat jatuh pada sembarang tempai, disebut sebagai "break beat". Ritme demikian berbahaya bagi tubuh, karena berlawanan dengan ritme tubuh yang sehat. Menurut John Diamond, seorang dokter di New York, ritme yang berlawanan dengan ritme tubuh akan mengganggu sinkronisasi antara kedua sisi otak, dengan demikian simetri antara otak kiri dan otak kanan tidak ada lagi (O'Donnell, 1999).
3. Mempunyai melodi yang teratur.
4. Harmonisasi dalam musik klasik sangat indah. Tujuannya adalah keindahan. Harmonisasi (empat suara STAB) masuk melalui telinga dalam bentuk suara / audio, menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan mengasah otak kiri.

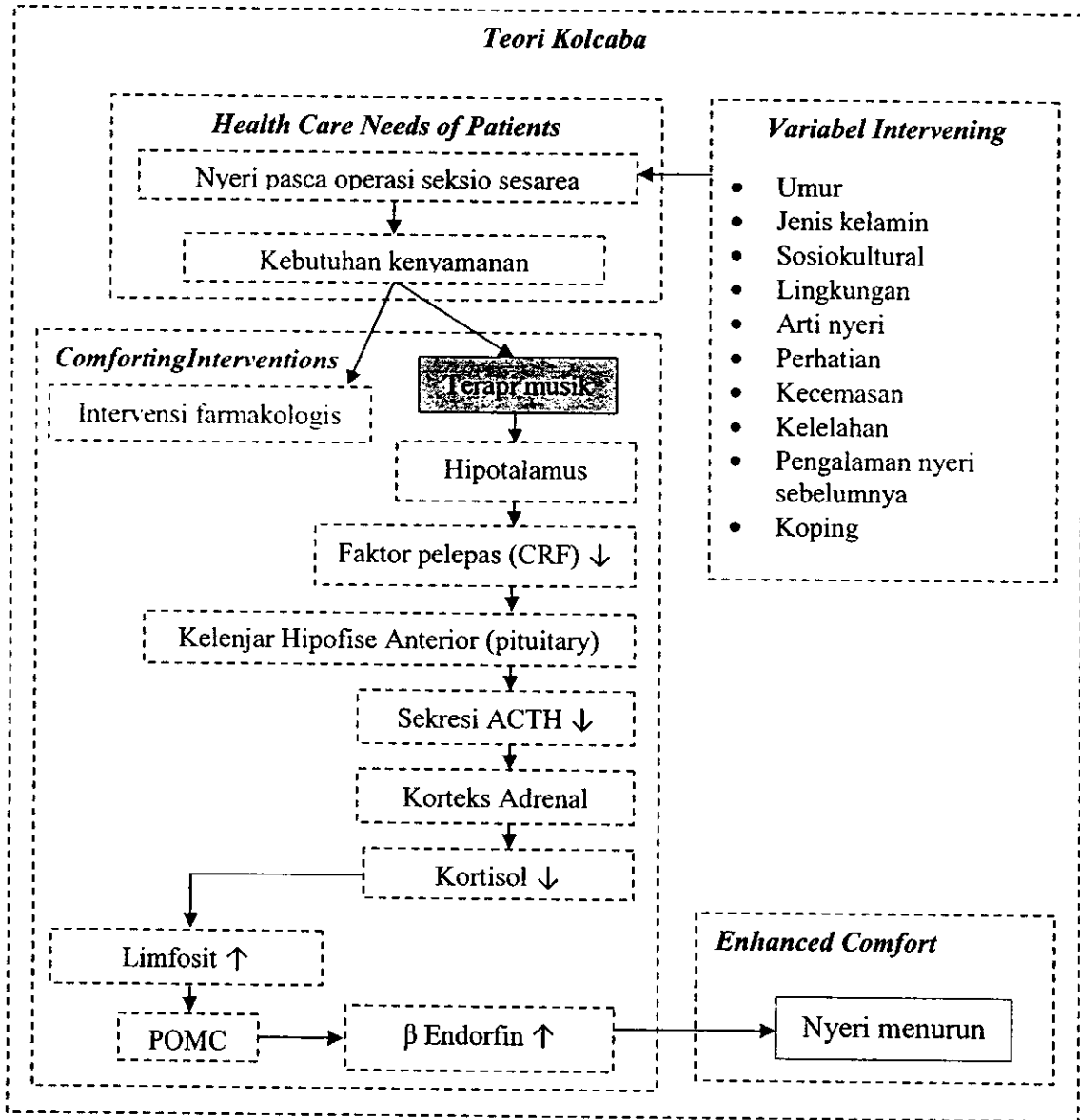
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Tidak diteliti : -----
 Diteliti : _____

Gambar 3.1: Kerangka Konseptual Pengaruh Terapi Musik terhadap Tingkat Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea

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 (*variabel intervening*) dalam situasi tersebut, maka hasilnya kenyamanan pasien akan meningkat dari waktu ke waktu. Tahap ini dilakukan dengan memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

Salah satu bentuk intervensi yang dapat diberikan oleh perawat adalah dengan memberikan terapi musik. Terapi musik yang dilakukan secara efektif akan membantu menurunkan tingkat nyeri pasien. Musik yang digunakan adalah musik klasik dengan tempo lambat, sekitar 60 beat/ menit. Karakter musik klasik yang lembut, tenang, dan santai membuat pasien akan bereaksi dengan situasi tersebut.

Suara musik yang tenang akan diterima organ auditori melalui nervus vestibulokoklearis akan secara langsung mempengaruhi sistem limbik. Hal ini selanjutnya akan mempengaruhi proses fisiologis dalam tubuh melalui sistem HPA-AXIS. Pada sistem ini, hipotalamus melepas *Corticotropin Releasing Factor (CRF)*. Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pituitary untuk mempengaruhi medulla adrenal dalam meningkatkan produksi *proopioidmelanocortin (POMC)* sehingga meningkatkan produksi β *endorphin* sebagai neurotransmitter yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan sebagai opiat untuk mengurangi rasa sakit dan bisa menimbulkan keadaan *fly* secara alamiah. Pada jalur neuroendokrin yang juga dikontrol oleh hipotalamus, terjadi penurunan stimulasi neuron simpatis kepada medulla adrenal untuk mensekresi katekolamin dalam

jumlah sedikit. Sedangkan peningkatan β *endorphin* dan *enkephalin* menyebabkan tubuh menjadi rileks dan rasa nyeri berkurang.

3.2 Hipotesis

H1 :

1. Ada perbedaan sistole, diastole, nadi, kecepatan pernafasan, dan suhu pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik.
2. Ada perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik.

BAB 4
METODELOGI PENELITIAN

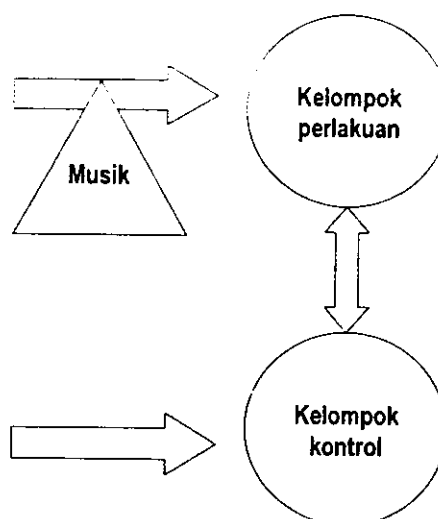
BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan rancangan penelitian, populasi, sampel, besar sampel dan sampling, identifikasi variabel, pengolahan data, masalah etika dan keterbatasan penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian dengan rancangan studi *quasi experimental* dengan desain *post test only design*.



Dalam rancangan ini terdiri dari 2 kelompok, yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Tingkat nyeri kelompok pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang tidak diberi terapi musik (kelompok kontrol) dibandingkan dengan kelompok pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi terapi musik (kelompok perlakuan).

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca operasi seksio sesarea yang dirawat di RS Bhakti Rahayu Surabaya.

4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien pasca operasi seksio sesarea yang dirawat di RS. Bhakti Rahayu Surabaya yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi:

1. Pasien pasca operasi seksio sesarea pada hari ke-0 dan ke-1 perawatan.
2. Pasien yang menjalani operasi seksio sesarea untuk pertama kali.
3. Pasien pasca operasi seksio sesarea dengan insisi melintang.
4. Pasien yang menyukai musik.
5. Pasien yang mendapatkan analgesik intravena.
6. Pasien tanpa komplikasi penyakit lain seperti: skizofrenia, penyakit jantung, ginjal, *Systemic Lupus Erythematosus*, pre eklamsi ringan/ berat, hipertensi kronis, hepatitis.
7. Dapat berkomunikasi secara lisan dengan baik.
8. Tidak mengalami gangguan sensori pendengaran.
9. Bersedia menjadi subyek penelitian.

2. Kriteria Eksklusi:

1. Pasien *drop out* pada saat penelitian berlangsung.
2. Pasien yang mendapatkan analgesik tambahan.

3. Pasien yang terdistraksi kunjungan keluarga atau kegiatan lain pada saat pemberian terapi musik.

Besarnya sampel dalam penelitian ini dihitung dengan mempergunakan rumus penelitian eksperimental dengan rancangan acak:

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

Keterangan:

t = banyak kelompok perlakuan

r = jumlah replikasi

Maka:

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

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

$$(r-1) \geq 15$$

$$r \geq 15 + 1$$

$$r \geq 16 \text{ responden}$$

Jumlah sampel sebanyak 2 kelompok, yaitu 16 responden sebagai kelompok perlakuan dan 16 responden sebagai kelompok kontrol.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Cara pengambilan sampel dengan prosedur sebagai berikut:

1. Mendata semua pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi di RS Bhakti Rahayu Surabaya yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.
2. Mengambil sampel dengan menggunakan teknik *Random Allocation Sampling*, yaitu pengalokasian sampel secara acak dengan undian untuk dimasukkan ke dalam kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik sebanyak 16 orang dan kelompok perlakuan yang diberi terapi musik sebanyak 16 orang.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel terikat : tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi.
2. Variabel bebas : terapi musik.

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.3.2 Definisi Operasional

No	Komponen Operasional	Definisi Operasional
1.	Nyeri pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi.	Pernyataan tertulis tentang tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh sampel, perawatan hari ke-0 dan ke-1 sesudah menjalani operasi seksio sesarea tanpa komplikasi penyakit lain. Tingkat nyeri sampel diukur menggunakan skala intensitas nyeri deskriptif dengan parameter: 0 = tidak nyeri, 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-9 = nyeri berat, 10 = nyeri sangat berat.
2.	Terapi Musik	Suatu tindakan yang dilakukan dengan memberikan stimulasi berupa alunan nada-nada dan irama harmonis yang diperdengarkan kepada pasien pasca seksio sesarea dengan menggunakan <i>earphone</i> yang dihubungkan dengan <i>disc-man</i> atau <i>walk-man</i> . Jenis musik pada penelitian ini adalah musik klasik mozart yang diperdengarkan selama 20 menit, 1 kali sehari selama 2 hari, yakni pada perawatan hari ke-0 dan ke-1 setelah operasi. Terapi musik diberikan 1-2 jam sebelum pemberian analgesik kepada pasien. Volume suara disesuaikan dengan kenyamanan pasien.
3.	Skizofrenia	Suatu kumpulan gejala klinis yang dinyatakan dengan kelainan dalam isi dan organisasi pikiran, persepsi masukan sensori, ketegangan afek/emosional, identitas, kemauan, perilaku psikomotor dan kemampuan untuk menetapkan hubungan interpersonal yang memuaskan.
4.	Pre eklamsi	Sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan protein uria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya. Pre eklamsi ada 2 macam, yaitu pre eklamsi ringan (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) dan pre eklamsi berat (tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg).
5.	Hipertensi kronis	Tekanan darah lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang telah persisten terjadi sebelum kehamilan atau sebelum kehamilan 20 minggu.

6. Systemic Lupus Erythematosus (SLE)	Penyakit otoimun yang terjadi karena produksi antibodi terhadap komponen inti sel tubuh sendiri yang berkaitan dengan manifestasi klinik yang sangat luas pada satu atau beberapa organ tubuh, dan ditandai oleh inflamasi luas pada pembuluh darah dan jaringan ikat, bersifat episodik diselangai episode remisi.
7. Penyakit jantung	Penyakit yang mengganggu sistem jantung dan pembuluh darah, seperti: penyakit jantung koroner, gagal jantung, pericarditis, penyakit jantung rematik, infark miokard akut, penyakit katup jantung, dll.
8. Penyakit ginjal	Penyakit yang mengganggu fungsi ginjal, antara lain: gagal ginjal akut/ kronis, batu ginjal, tumor wilms, pielonefritis, dan nefrosklerosis.
9. Hepatitis	Penyakit yang disebabkan oleh virus, alkohol, maupun obat-obatan yang menyebabkan peradangan serta merusak sel-sel organ hati manusia. Hepatitis dikategorikan dalam beberapa golongan, diantaranya hepatitis A,B,C,D, E, F dan G.
10. Tekanan darah	Tekanan darah sistole dan tekanan darah diastole yang diukur menggunakan sphygmomanometer dan stetoskop di arteri brachialis.
11. Nadi	Frekuensi denyut nadi per menit yang diukur dengan cara palpasi di arteri radialis.
12. Kecepatan pernapasan	Frekuensi pernapasan per menit yang diukur dengan cara inspeksi pada pergerakan dinding dada.
13. Suhu	Derajat panas dari tubuh yang diukur menggunakan termometer axilla selama 3-5 menit.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner yang merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden, mencakup data umur, suku, pendidikan terakhir,

indikasi operasi, serta Skala Intensitas Nyeri Deskriptif yang diukur setelah pasien selesai mendapat terapi musik.

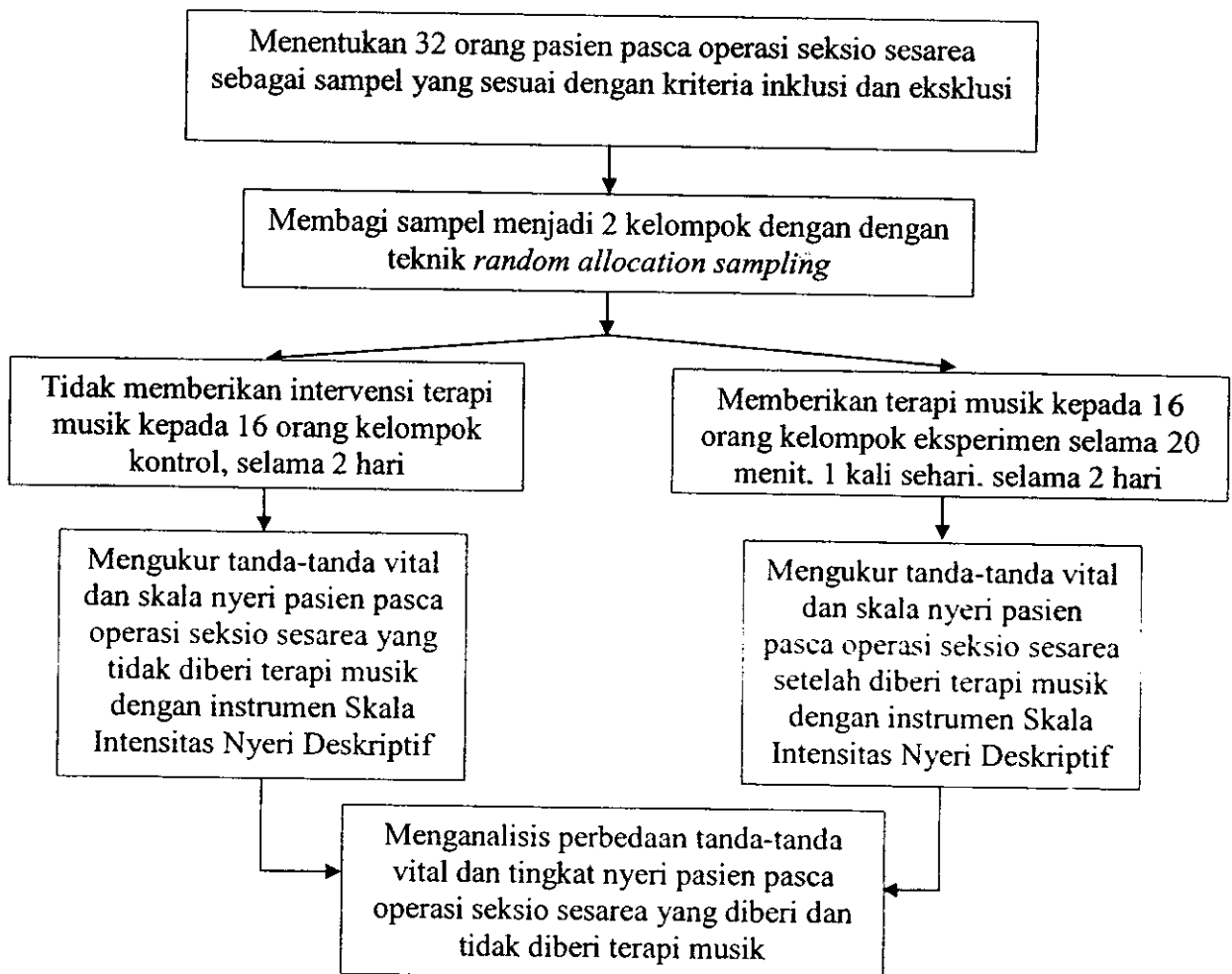
Skala Intensitas Nyeri Deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang telah secara luas digunakan dalam pengukuran tingkat nyeri orang dewasa. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif merupakan sebuah garis yang terdiri dari 10 skala, dengan kategori 0: tidak nyeri, 1-3: nyeri ringan, 4-6: nyeri sedang, 7-9: nyeri berat terkontrol, 10: nyeri berat tak terkontrol.

Selain lembar kuisisioner, peneliti menggunakan instrumen sphygmomanometer untuk mengukur tekanan darah, jam tangan untuk mengukur nadi dan kecepatan pernapasan, serta termometer axilla untuk mengukur suhu tubuh.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RS. Bhakti Rahayu Surabaya. Waktu penelitian ini secara keseluruhan mulai dari pengamatan pendahuluan adalah mulai bulan April - Agustus 2010.

4.6 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.6: Kerangka Operasional Penelitian Tingkat Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea yang Diberi dan Tidak Diberi Terapi Musik.

4.7 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan observasi langsung yang dilakukan di RS Bhakti Rahayu Surabaya, serta mencatat data dari hasil pengukuran.

1. Observasi Langsung

Dilakukan untuk mengetahui tanda-tanda vital yang mencakup nadi, tekanan darah, suhu, dan pernapasan pada kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik dan pada kelompok perlakuan setelah diberi terapi musik.

2. Wawancara

Dilakukan untuk mengetahui data umum dan tingkat nyeri yang dirasakan oleh responden, baik kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik maupun kelompok perlakuan setelah diberi terapi musik. Wawancara tersebut dilakukan setelah pengukuran tanda-tanda vital, dilakukan dengan bantuan kuisioner, dimana kuisioner yang digunakan merupakan kuisioner terbimbing karena peneliti memandu responden dalam menjawab pertanyaan atau mengisi data.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh, baik untuk data umum responden maupun hasil pengukuran tanda-tanda vital serta tingkat nyeri pasca operasi seksio sesarea diolah secara statistik deskriptif dan statistik analitik. Secara statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran distribusi dan variasi dari masing-masing variabel. Secara statistik analitik menggunakan uji statistik *t- Test Independent* untuk uji perbandingan tanda-tanda vital kelompok kontrol dan responden, karena jenis datanya adalah interval atau rasio. Pengujian hipotesis menggunakan uji statistik

Mann Whitney U Test, yakni uji komparasi untuk data tidak berpasangan, karena skala nyeri sebagai alat ukurnya bersifat ordinal (Santoso, 2003). Untuk pengambilan kesimpulan statistik dalam penelitian ini menggunakan derajat kepercayaan 5% ($\alpha = 0.05$).

Adapun tahap analisa data adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

Langkah persiapan dimaksudkan untuk merapikan data agar rapi sehingga dapat dengan mudah dilakukan pengolahan atau analisa data (Arikunto, 2002). Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah:

- 1) Mengecek kode identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data identitas responden.
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa kesesuaian isi instrumen pengumpulan data dengan data yang didapat.
- 3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidaktepatan *entry* data.

2. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 2002).

Langkah yang dilakukan dalam tabulasi data adalah:

- 1) Memberikan skoring terhadap item-item yang perlu diberi skor sesuai definisi operasional.
- 2) Mengubah jenis data bila diperlukan dan disesuaikan atau dimodifikasi berdasarkan teknis analisis yang akan digunakan.
- 3) Analisis data sesuai dengan pendekatan penelitian.

3. Skoring

Langkah yang dilakukan dalam tahap skoring adalah:

- 1) Variabel umur dikategorikan: 1. <21 tahun, 2. 21-25 tahun, 3. 26-30 tahun, 4. 31-35 tahun, dan 5. >35 tahun.
- 2) Variabel suku dikategorikan: 1. Jawa, 2. Madura, dan 3. Sunda.
- 3) Variabel tingkat pendidikan dikategorikan: 1. SMP, 2. SMA, 3. Diploma, dan 4. Sarjana.
- 4) Variabel indikasi operasi seksio sesarea: 1. Plasenta previa, 2. Letak lintang, 3. Letak sungsang, 4. Disproporsi sepalo-pelvik, dan 5. Gemelli.
- 5) Variabel tekanan darah: 1. Sistole, dan 2. Diastole.
- 6) Variabel tingkat nyeri: 1. Tidak nyeri (0), 2. Nyeri ringan (1-3), Nyeri sedang (4-6), Nyeri berat (7-9), Nyeri sangat berat (10).
Bentuk skor tingkat nyeri digambarkan pada tabel 4.8.1.

Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, peneliti akan menganalisa jawaban yang dituliskan responden untuk dapat diambil suatu kesimpulan. Dasar pengambilan keputusan dengan uji statistik analitik adalah:

jika nilai $p < \alpha$, maka H_0 ditolak, namun jika nilai $p > \alpha$, maka H_0 diterima.

Tabel 4.8 Tabel kontingensi *Mann Whitney U Test*.

Tidak diberi terapi musik			Diberi terapi musik		
No.	Nilai	Peringkat	No.	Nilai	Peringkat
1			1		
2			2		
3			3		
.			.		
.			.		
.			.		
s/d			s/d		
16			16		
(n1)		R ₁ =	(n2)		R ₂ =
16			16		

4.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti tetap mengedepankan masalah etika yaitu:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Lembar persetujuan dibagikan kepada seluruh subyek penelitian. Tujuannya agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian, serta kesediaan subyek untuk menjadi responden penelitian. Jika subyek bersedia menjadi responden, maka subyek harus bersedia di observasi dan di wawancara, dan peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonimity*

Nama pasien yang menjadi responden tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini untuk menjaga obyektifitas data. Untuk mengetahui partisipasi dan peran serta responden, peneliti cukup menuliskan nomor kode pasien pada masing-masing lembar persetujuan.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dan dijumpai pada pasien, dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan benar-benar digunakan untuk tujuan penelitian.

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Penelitian

Rumah Sakit Bhakti Rahayu yang berlokasi di Jalan Ketintang Madya I/16 Surabaya merupakan rumah sakit swasta dengan fasilitas kelas C dan pelayanan kelas B. Rumah Sakit ini berdiri pada tahun 2001, dengan luas lahan 2.645 m² dan luas bangunan 2.059 m². Bangunan Rumah Sakit terdiri dari 3 lantai dan memiliki 129 tempat tidur. Sumber daya manusia yang tersedia adalah dokter umum 7 orang, dokter spesialis obstetri ginekologi 2 orang, dokter spesialis anak 2 orang, dokter anastesi 2 orang, dokter spesialis penyakit dalam 3 orang, dokter spesialis bedah 5 orang, dokter spesialis paru 1 orang, dokter spesialis mata 2 orang, dokter radiologi 1 orang, dokter spesialis saraf 2 orang, dokter spesialis THT 2 orang, dokter spesialis ortopedi 1 orang, perawat 81 orang, bidan 14 orang, non perawat 14 orang, serta non medis 116 orang. Fasilitas yang tersedia adalah Unit Gawat Darurat 24 jam, rawat inap, rawat jalan dan kamar bedah. Pelayanan penunjangnya antara lain laboratorium, radiologi, apotik, ambulans dan mobil home care.

Angka operasi seksio sesarea di Rumah Sakit Bhakti Rahayu bervariasi setiap bulannya, dengan rata-rata 186 kasus per bulan. Ruang rawat inap bagi pasien pasca operasi seksio sesarea tersebar di beberapa ruangan di lantai 2 dan 3. Lantai 2 diperuntukkan bagi pasien umum, sedangkan lantai 3 untuk pasien dengan jamsostek dan askeskin.

Dokter yang bertanggung jawab di RS Bhakti Rahayu dalam operasi seksio sesarea ada 2 orang. Dalam penelitian ini, peneliti hanya mengambil responden yang dirawat oleh salah satu dokter spesialis obstetrik dan ginekologi yang bertanggung jawab di RS Bhakti Rahayu untuk homogenitas terapi medis yang didapatkan. Jenis anastesi yang digunakan pada saat operasi seksio sesarea adalah SAB (*sub-arachnoid block*) dengan bupivacaine 0.5%. Paket perawatan standar yang diberikan adalah paket perawatan inap selama 4 hari, dan jenis analgesik intra vena yang diberikan adalah antrain, dengan waktu pemberian medikasi adalah pukul 08.00, 16.00, dan 00.00 WIB.

Tindakan asuhan keperawatan yang biasa dilakukan di RS Bhakti Rahayu dalam manajemen nyeri adalah nafas dalam terbimbing. Namun dalam pelaksanaannya, asuhan keperawatan pada manajemen nyeri tidak berjalan dengan maksimal karena keterbatasan tenaga yang ada di ruangan.

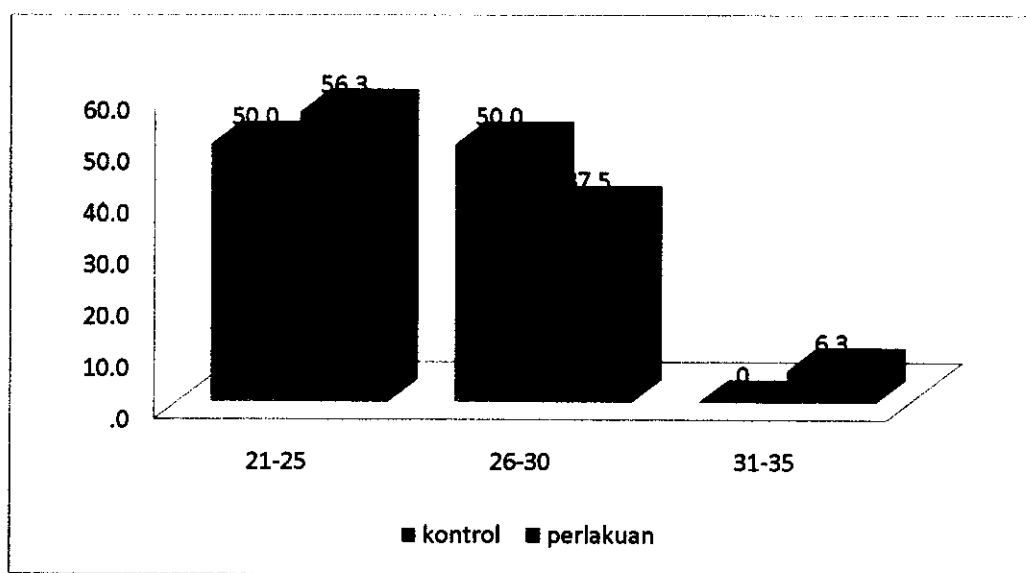
5.2 Hasil dan Analisis Penelitian

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk narasi, tabel, dan diagram untuk memperjelas gambaran data. Variabel umur, pendidikan, suku, dan indikasi operasi dianalisis secara statistik deksriptif. Tekanan darah, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu dianalisis menggunakan uji komparasi *t-Test Independent*. Sedangkan variabel tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea dianalisis menggunakan uji *Mann Whitney U Test*. Untuk kepentingan pengambilan kesimpulan statistik dalam penelitian ini digunakan derajat kepercayaan 5% ($\alpha=0.05$).

5.2.1 Karakteristik umum responden

5.2.1.1 Umur

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



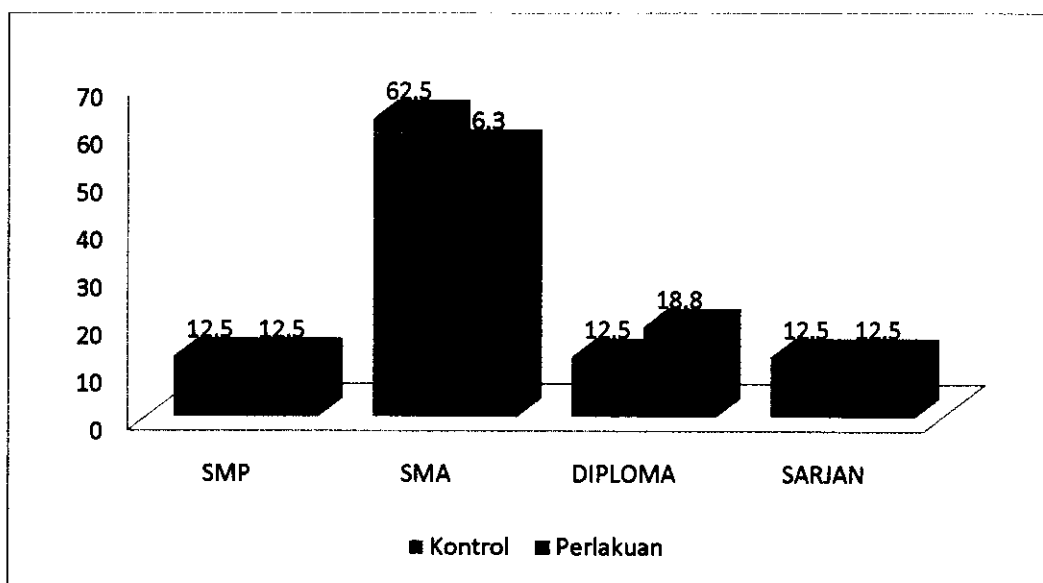
Gambar 5.2.1.1 Diagram batang perbandingan umur kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Dari gambar 5.2.1.1 di atas, dapat diketahui bahwa distribusi umur pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah 21-25 tahun dan 26-30 tahun yakni masing-masing sebanyak 8 responden (50%), sedangkan pada kelompok perlakuan distribusi umur yang paling banyak adalah 21-25 tahun yaitu sebesar 56.3%.

Gambaran diagram batang pada gambar 5.2.1.1 menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik umur yang serupa, dimana sebagian besar responden berumur 21-25 tahun.

5.2.1.2 Pendidikan

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



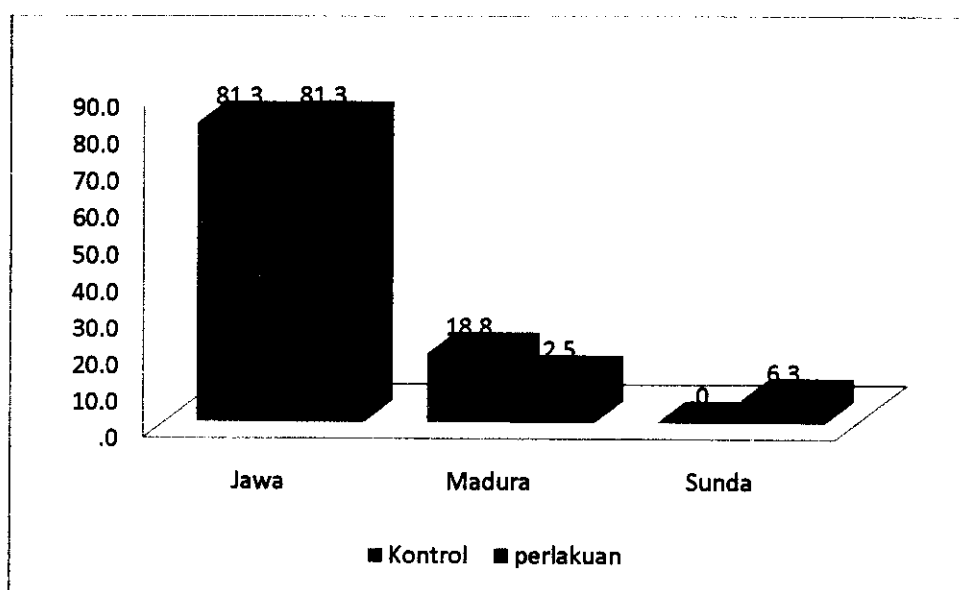
Gambar 5.2.1.2 Diagram batang perbandingan tingkat pendidikan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Dari gambar 5.2.1.2 di atas, dapat diketahui bahwa distribusi pendidikan pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah SMA sebanyak 10 responden (62.5%), sedangkan pada kelompok perlakuan distribusi pendidikan yang paling banyak adalah SMA yaitu sebanyak 9 orang (56.3%).

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik pendidikan terakhir yang serupa, dimana sebagian besar responden mengenyam tingkat pendidikan terakhir SMA.

5.2.1.3 Suku

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



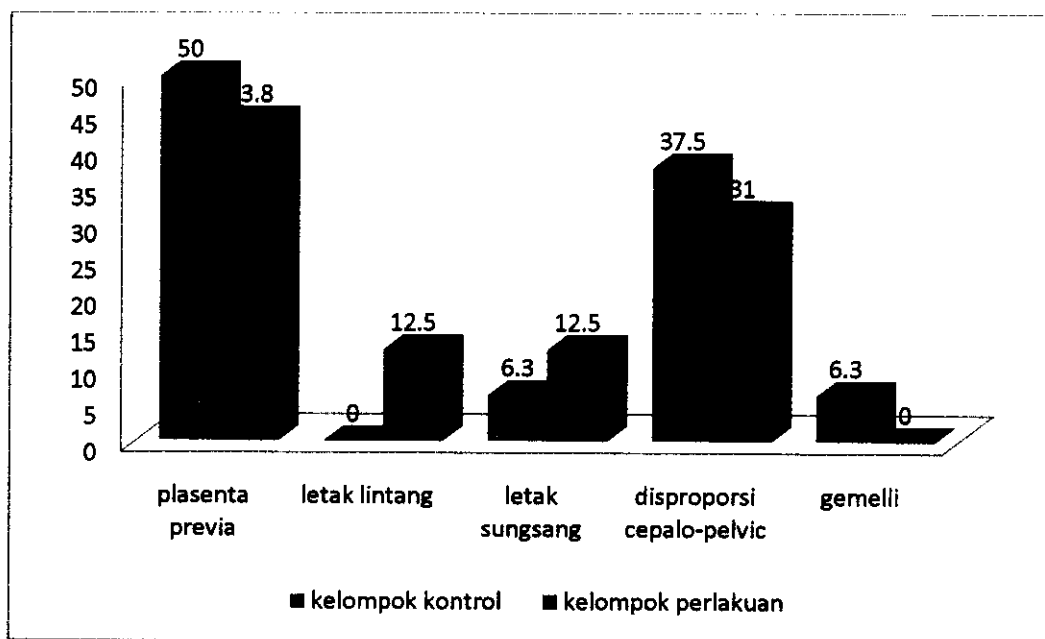
Gambar 5.2.1.3 Diagram batang perbandingan suku kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Dari gambar 5.2.1.3 di atas, dapat diketahui bahwa distribusi suku pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah suku jawa sebanyak 13 responden (81.3%) dan pada kelompok perlakuan distribusi pendidikan yang paling banyak juga adalah suku jawa sebanyak 13 responden (81.3%).

Gambaran diagram batang tersebut menunjukkan bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik suku yang serupa, dimana hampir seluruhnya adalah suku jawa.

5.2.1.4 Indikasi operasi

Berdasarkan indikasi operasi responden dalam penelitian, maka didapatkan data sebagai berikut:



Gambar 5.2.1.4 Diagram batang perbandingan indikasi operasi seksio sesarea antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Dari gambar 5.2.1.4 di atas, dapat diketahui bahwa distribusi indikasi operasi pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah plasenta previa sebanyak 8 responden (50%), sedangkan pada kelompok perlakuan distribusi indikasi operasi yang paling banyak juga adalah plasenta previa sebanyak 7 responden (43.8%).

Diagram tersebut menunjukkan dengan jelas bahwa kelompok kontrol dan perlakuan memiliki karakteristik suku yang serupa, dimana sebagian besar responden menjalani operasi seksio sesarea atas indikasi plasenta previa.

Berdasarkan gambaran umur, pendidikan, suku dan indikasi operasi responden penelitian, dapat disimpulkan bahwa karakteristik kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah homogen.

5.2.2 Tanda-tanda vital

5.2.2.1 Tekanan darah

Variabel tekanan darah dibagi menjadi sistole dan diastole, dimana hasil sistole dan diastole hari pertama pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan uji komparasi menggunakan *t-Test Independent*, begitu pula dengan sistole dan diastole hari kedua pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Hasil uji tersebut dapat dilihat pada tabel 5.2.2.1.

Tabel 5.2.2.1 Hasil Uji Komparasi Sistole dan Diastole Antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Hari Perawatan	Variabel	Sig (p)	Mean difference	95% C.I of the difference	
				Lower	Upper
Hari ke-0	Sistole	0.004	5.250	1.765	8.735
	Diastole	0.093	5.000	-8.77	10.877
Hari ke-1	Sistole	0.006	5.000	1.554	8.446
	Diastole	0.093	5.000	-8.77	10.877

Berdasarkan uji *t-Test Independent* untuk sistole, diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.004 pada perawatan hari ke-0 dan 0.006 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25 ($\alpha=5\%$), serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Berarti ada perbedaan sistole kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana sistole kelompok kontrol lebih tinggi daripada nadi kelompok perlakuan dengan selisih rata-rata 5.25 mmHg pada hari ke-0 dan 5 mmHg pada hari ke-1.

Sedangkan pada uji *t-Test Independent* untuk diastole, diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.093 pada perawatan hari ke-0 dan 0.093 pada perawatan hari ke-1 yang keduanya lebih besar dari setengah alpha, yaitu 0.25 ($\alpha=5\%$). Berarti tidak ada perbedaan yang signifikan antara diastole kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan secara keseluruhan bahwa tekanan darah kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik lebih tinggi 5 - 5.25 mmHg dibandingkan tekanan darah kelompok perlakuan yang diberi terapi musik.

5.2.2.2 Nadi

Berdasarkan hasil uji komparasi *t-Test Independent* pada variabel nadi kelompok kontrol dan perlakuan, hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.2.2.2 di bawah ini:

Tabel 5.2.2.2 Hasil Uji Komparasi Nadi Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Hari Perawatan	Sig (p)	Mean difference	95% C.I of the difference	
			Lower	Upper
Hari ke-0	0.011	4.375	1.098	7.652
Hari ke-1	0.006	4.500	1.399	7.601

Berdasarkan uji *t-test independent* diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.011 pada perawatan hari ke-0 dan 0.006 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25 ($\alpha=5\%$), serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan nadi kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana nadi kelompok kontrol lebih tinggi daripada nadi kelompok perlakuan, dengan selisih rata-rata sebesar 4 kali per menit.

5.2.2.3 Pernapasan

Berdasarkan hasil uji komparasi *t-Test Independent* pada variabel pernapasan kelompok kontrol dan perlakuan, hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.2.2.3 di bawah ini:

Tabel 5.2.2.3 Hasil Uji Komparasi Kecepatan Pernapasan Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Hari Perawatan	Sig (p)	Mean difference	95% C.I of the difference	
			Lower	Upper
Hari ke-0	0.010	1.563	0.399	2.726
Hari ke-1	0.005	1.563	0.523	2.602

Berdasarkan uji *t-Test Independent* diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.010 pada perawatan hari ke-0 dan 0.005 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25 ($\alpha=5\%$), serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan kecepatan pernapasan kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana kecepatan pernapasan kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan, dengan selisih rata-rata 1.5 kali per menit.

5.2.2.4 Suhu

Berdasarkan hasil uji komparasi *t-Test Independent* pada variabel suhu kelompok kontrol dan perlakuan, hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.2.2.4 di bawah ini:

Tabel 5.2.2.4 Hasil Uji Komparasi Suhu Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

Hari Perawatan	Sig (p)	Mean difference	95% C.I of the difference	
			Lower	Upper
Hari ke-0	0.017	0.3500	0.0670	0.6330
Hari ke-1	0.013	0.3625	0.0808	0.6442

Berdasarkan uji *t-test independent* diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.017 pada perawatan hari ke-0 dan 0.013 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25 ($\alpha=5\%$), serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan suhu kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana suhu kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan, dengan selisih rata-rata 0.3 derajat Celcius.

Dari hasil uji *t-test independent* pada keseluruhan variabel tanda-tanda vital, maka dapat disimpulkan secara umum bahwa ada perbedaan nilai sistole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu kelompok yang diberi dan tidak diberi terapi musik. dimana kelompok perlakuan yang mendapatkan terapi musik mempunyai sistole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu lebih rendah daripada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi musik.

5.2.3 Tingkat Nyeri

5.2.3.1 Tingkat Nyeri Kelompok Kontrol

Tabel 5.2.3.1 Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Kontrol di RS Bhakti Rahayu Surabaya

No.	Tingkat Nyeri	Hari ke-0		Hari ke-1	
		Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Nyeri	0	0	0	0
2.	Nyeri Ringan	1	6.3	2	12.5
3.	Nyeri Sedang	10	62.5	11	68.8
4.	Nyeri Berat	5	31.3	3	18.8
5.	Nyeri Sangat Berat	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100

Berdasarkan tabel 5.2.3.1, diketahui bahwa sebagian besar responden kelompok kontrol pada perawatan hari ke-0, yakni sejumlah 10 orang menyatakan

mengalami tingkat nyeri sedang (62.5%). Sedangkan pada perawatan hari ke-1, terdapat peningkatan jumlah tingkat nyeri sedang sebanyak 11 orang (68.8%).

5.2.3.2 Tingkat Nyeri Kelompok Perlakuan

Tabel 5.2.3.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Kelompok Perlakuan di RS Bhakti Rahayu Surabaya

No.	Tingkat Nyeri	Hari ke-0		Hari ke-1	
		Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Nyeri	0	0	0	0
2.	Nyeri Ringan	6	37.5	8	50.0
3.	Nyeri Sedang	9	56.3	8	50.0
4.	Nyeri Berat	1	6.3	0	0
5.	Nyeri Sangat Berat	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100

Berdasarkan tabel 5.2.3.2. diketahui bahwa sebagian besar responden kelompok kontrol pada perawatan hari ke-0 yaitu sejumlah 9 orang menyatakan mengalami nyeri sedang (56.3%). Sedangkan pada perawatan hari ke-1 responden yang mengalami tingkat nyeri ringan terdistribusi sama besar dengan responden yang mengalami tingkat nyeri sedang (50%).

5.2.3.3 Perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik

Untuk mengetahui pengaruh tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi, digunakan uji *Mann Whitney U Test* untuk menguji beda antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Berdasarkan uji *Mann Whitney U Test* pada lampiran hasil analisis, maka hasil pengujian dapat disajikan dalam bentuk tabel sederhana sebagai berikut:

Tabel 5.2.3.3 Hasil uji statistik tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik

Hari Perawatan	Exact Sig (p)	95% C.I of the difference	
		Lower	Upper
Hari ke-0	0.029	0.000	0.089
Hari ke-1	0.023	0.000	0.092

Berdasarkan hasil akhir uji *Mann Whitney U Test* pada tabel 5.2.3.3, nilai signifikansi uji satu sisi menunjukkan sebesar 0.029 pada hari pertama dan 0.023 pada hari kedua, yang keduanya lebih kecil dari alpha 0.05 ($\alpha=5\%$), sehingga H_0 ditolak dan menunjukkan ada perbedaan bermakna tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik, dengan resiko kesalahan sebesar 5%. Nilai *upper* dan *lower* keduanya positif, yang berarti nilai rata-rata tingkat nyeri kelompok kontrol lebih tinggi dari tingkat nyeri kelompok perlakuan.

Sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik, dimana tingkat nyeri kelompok yang diberi musik lebih rendah daripada tingkat nyeri kelompok yang tidak diberi terapi musik.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Gambaran Karakteristik Umum Responden

Berdasarkan hasil penelitian, proporsi umur pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah 21-25 tahun dan 26-30 tahun yakni 50%, sedangkan pada kelompok perlakuan proporsi umur yang paling banyak adalah 21-25 tahun yaitu sebesar 56.3%. Proporsi pendidikan pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah SMA sebesar 62.5%, dan pada kelompok perlakuan proporsi pendidikan yang paling banyak juga adalah SMA yaitu sebesar 56.3%. Proporsi suku pada kelompok kontrol dan perlakuan yang paling banyak adalah suku jawa. masing-masing sebesar 81.3%. Proporsi indikasi operasi pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah plasenta previa sebesar 50%, demikian pula pada kelompok perlakuan dimana proporsi indikasi operasi yang paling banyak juga adalah plasenta previa sebesar 43.8%.

Gambaran responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik dan kelompok perlakuan yang diberi terapi musik memiliki karakteristik umum yang mirip (homogen) satu sama lain, sehingga dapat meminimalisir variabel perancu yang dapat mempengaruhi hasil penelitian yang didapatkan.

6.2 Tanda-Tanda Vital Responden

Berdasarkan uji *t-Test Independent* pada sistole, diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.004 pada perawatan hari ke-0 dan 0.006 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25, serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Berarti ada perbedaan sistole kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana sistole kelompok kontrol lebih tinggi daripada nadi kelompok perlakuan dengan selisih rata-rata 5.25 mmHg pada hari ke-0 dan 5 mmHg pada hari ke-1. Sedangkan pada uji *t-Test Independent* untuk diastole, diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.093 pada perawatan hari ke-0 dan 0.093 pada perawatan hari ke-1 yang keduanya lebih besar dari setengah alpha, yaitu 0.25. Berarti tidak ada perbedaan yang signifikan antara diastole kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Dengan demikian, dapat disimpulkan secara keseluruhan bahwa tekanan darah kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik lebih tinggi 5 - 5.25 mmHg dibandingkan tekanan darah kelompok perlakuan yang diberi terapi musik.

Uji *t-test independent* pada nadi diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.011 pada perawatan hari ke-0 dan 0.006 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25, serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan nadi kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana nadi kelompok kontrol lebih tinggi daripada nadi kelompok perlakuan, dengan selisih rata-rata sebesar 4 kali per menit.

Uji *t-Test Independent* diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.010 pada perawatan hari ke-0 dan 0.005 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya

masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25, serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan kecepatan pernapasan kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana kecepatan pernapasan kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan, dengan selisih rata-rata 1.5 kali per menit.

Uji *t-test independent* diperoleh hasil signifikansi dua sisi sebesar 0.017 pada perawatan hari ke-0 dan 0.013 pada perawatan hari ke-1, dimana keduanya masing-masing lebih kecil dari setengah alpha, yaitu 0.25, serta nilai *upper* dan *lower* yang positif. Maka dapat disimpulkan adanya perbedaan suhu kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana suhu kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan. dengan selisih rata-rata 0.3 derajat Celcius.

Dari hasil uji *t-test independent* pada keseluruhan variabel tanda-tanda vital, maka dapat disimpulkan secara umum bahwa ada perbedaan sistole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik, dimana kelompok perlakuan yang mendapatkan terapi musik mempunyai sistole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu lebih rendah daripada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi musik.

Kecenderungan tingginya tanda-tanda vital pada kelompok kontrol disebabkan oleh karena peningkatan respon sistem simpatis. Respon fisiologis yang terjadi karena meningkatnya sistem simpatis antara lain: peningkatan nadi, peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah (Tamsuri, 2006).

Kecenderungan lebih rendahnya tanda-tanda vital pada kelompok perlakuan yang mendapatkan terapi musik sesuai dengan penelitian sebelumnya

yang dilakukan oleh Daniel Kobialka menyebutkan bahwa musik dengan tempo lambat dapat menurunkan tekanan darah dan denyut nadi. Lambatnya tempo musik dapat membuat seseorang mampu memperlambat pernapasan sehingga pikiran menjadi tenang. Musik ikut berperan dalam mengatur suhu tubuh melalui sistem sirkulasi, nadi, pernapasan, dan keringat (Campbell, 2002). Penurunan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan suhu merupakan bagian respon sistem parasimpatis dari tubuh.

Musik mozart yang diberikan kepada responden kelompok perlakuan memiliki irama lembut dan tempo lambat (40-70 *beat* per menit) yang lebih banyak dimainkan dengan alat musik *string*, tanpa penggunaan alat musik drum sehingga dapat diterima dengan mudah oleh organ auditori. Denyut jantung manusia berespon terhadap tempo musik, dimana kecenderungan cepat atau lambatnya denyut jantung sesuai dengan ritme musik yang didengar (Barnason, 1995). Tempo musik yang lambat dapat menurunkan tekanan darah, denyut nadi serta memperlambat pernapasan (Campbell, 2002). Pernapasan yang lambat dan dalam serta denyut jantung yang turun membuat tekanan darah menurun, emosi terkontrol, serta menenangkan pikiran yang dapat membuat seseorang menjadi lebih rileks (Barnason, 1995).

6.3 Tingkat Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Tidak Diberi Terapi Musik

Pada perawatan hari ke-0, diperoleh data yang menunjukkan bahwa kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik sebagian besar mengalami tingkat nyeri sedang (62.5%). Pada perawatan hari ke-1, sebagian besar kelompok kontrol menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (68.8%), dimana terjadi

penurunan persentase responden yang mengalami nyeri berat pada hari pertama, yakni sebesar 31.3% menjadi 18.8%.

Hasil ini didukung dengan data tanda-tanda vital, dimana terjadi kecenderungan peningkatan nadi, sistole, kecepatan pernapasan dan suhu pada kelompok yang tidak diberi terapi musik (kelompok kontrol). Hal ini disebabkan oleh karena peningkatan respon sistem simpatis. Respon fisiologis yang terjadi karena meningkatnya sistem simpatis antara lain: peningkatan nadi, peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah (Tamsuri, 2006).

Nyeri yang terjadi sesudah pasien menjalani operasi seksio sesarea ini terjadi ketika pengaruh obat anestesi mulai hilang, pasien akan merasakan rasa sakit terutama saat menggunakan otot perut terlalu keras seperti pada saat tertawa atau batuk (Rock & John, 2008). Nyeri setelah pembedahan merupakan kategori nyeri akut, dimana respon fisiologis dan perilaku pada umumnya lebih tampak dibandingkan dengan nyeri kronis.

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.

Sebagian besar responden kelompok kontrol pada hari pertama mengalami tingkat nyeri sedang dan hampir setengahnya mengalami tingkat nyeri berat disebabkan karena operasi seksio sesarea yang baru dilakukan merupakan pengalaman pembedahan yang pertama bagi responden. Tidak adanya

pengalaman nyeri sebelumnya yang berhubungan dengan pembedahan, cenderung membuat pasien cemas dan gagal beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan setelah operasi seksio sesarea.

Penurunan proporsi responden yang mengalami nyeri berat pada hari pertama dapat disebabkan karena telah munculnya proses adaptasi dan koping terhadap nyeri yang dirasakan. Sumber koping dapat berupa cara pasien untuk mengatasi nyeri yang dirasakan, maupun dorongan emosional dari pasangan hidup, anak, maupun keluarga.

6.4 Tingkat Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Diberi Terapi Musik

Pada perawatan hari ke-0, sebagian besar responden kelompok perlakuan yang diberi terapi musik menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (56.3%). Sedangkan pada perawatan hari ke-1, setengah responden menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang (50%), dan setengah sisanya mengalami tingkat nyeri ringan (50%). Data ini ditunjang dengan kecenderungan penurunan nadi, sistole, kecepatan pernapasan dan suhu pada kelompok perlakuan yang diberi terapi musik.

Jika dilihat secara deskriptif, kelompok perlakuan yang diberi terapi musik jenis mozart mempunyai persentase tingkat nyeri ringan yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol pada perawatan hari ke-0, serta adanya perbaikan positif, dimana tak satupun persentase pasien dengan tingkat nyeri berat pada perawatan hari ke-1.

Lebih rendahnya persentase tingkat nyeri pada kelompok perlakuan yang diberi terapi musik searah dengan persentase sistole, nadi, pernapasan, serta suhu

yang lebih rendah pula pada kelompok tersebut, jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori De Laune dan Ladner (1998) yang mengemukakan bahwa stimulasi musik yang lembut dapat mengurangi stress, persepsi nyeri, cemas, dan perasaan terisolasi. Musik yang masuk melalui sistem auditori dapat mempengaruhi sistem limbik otak yang mengatur emosi, persepsi, tingkah laku, dorongan, dan motivasi (Guyton dan Hall, 1997). Hal ini selanjutnya akan mempengaruhi proses fisiologis tubuh melalui sistem HPA-AXIS dimana hipotalamus 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 *endorphin* sebagai neurotransmitter yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks dan sebagai opiat untuk mengurangi rasa sakit.

Jenis musik mozart yang diberikan kepada responden kelompok perlakuan memiliki irama lembut dan tempo lambat yang lebih banyak dimainkan dengan alat musik *string*, 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). Pernapasan yang lambat dan dalam serta denyut jantung yang turun membuat tekanan darah menurun, emosi terkontrol, serta menenangkan pikiran yang dapat membuat seseorang menjadi lebih rileks (Barnason, 1995). Gosana (2003) menyebutkan bahwa keadaan rileks merupakan cara untuk mengatasi rasa nyeri serta menghilangkan ketegangan otot.

Peneliti menganalisa bahwa kondisi relaksasi menjadi salah satu strategi kognitif yang mampu memberikan kesembuhan secara fisik dan mental, atau mengurangi nyeri sampai ambang nyeri pasien. Karena dengan kondisi relaksasi 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.

6.5 Perbedaan Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi yang Diberi dan Tidak Diberi Terapi Musik

Dari data penelitian yang dianalisis menggunakan uji *Mann Whitney U test* dengan bantuan SPSS 17 *for Windows*, diperoleh nilai signifikansi uji satu sisi sebesar 0.029 pada hari pertama dan 0.023 pada hari kedua, yang keduanya lebih kecil dari alpha 0.05 ($\alpha=5\%$), sehingga H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik, baik pada perawatan hari ke-0 maupun pada perawatan hari ke-1, dengan resiko kesalahan sebesar 5%. Positifnya nilai *upper* dan *lower* menunjukkan bahwa kelompok yang tidak mendapatkan terapi musik mempunyai tingkat nyeri yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang mendapatkan perlakuan terapi musik.

Tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi searah atau berbanding lurus dengan hasil analisis tanda-tanda vital, dimana kelompok yang tidak diberi terapi musik yang mempunyai tingkat nyeri lebih tinggi, diikuti dengan respon fisiologis antara lain: tekanan darah sistole 5 - 5.25 mmHg lebih tinggi daripada kelompok yang diberi terapi musik, denyut nadi lebih tinggi 4x

per menit daripada kelompok yang diberi terapi musik, pernapasan lebih cepat 1.5x per menit daripada kelompok yang diberi terapi musik, dan suhu yang lebih tinggi 0.3 derajat Celcius daripada kelompok yang diberi terapi musik. Searahnya data tingkat nyeri dengan hasil respon fisiologis tanda-tanda vital menunjukkan kesungguhan tingkat nyeri yang dideskripsikan secara verbal oleh responden dalam penelitian ini.

Peneliti menganalisa bahwa terapi musik dapat meningkatkan kenyamanan pasien pasca operasi seksio sesarea yang pada akhirnya meningkatkan partisipasi aktif pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, antara lain dalam hal mobilisasi dini pasca operasi serta menyusui bayi baru lahir.

6.6 Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti mengabaikan faktor yang mungkin dapat mempengaruhi hasil penelitian, seperti jenis musik yang disukai oleh pasien dan penggunaan tensimeter digital yang lebih akurat dalam pengukuran tekanan darah.
2. Karena keterbatasan waktu, jumlah sampel yang didapatkan relatif sedikit.
3. Uji statistika non parametrik (*Mann Whitney U Test*) yang digunakan dalam penelitian ini mempunyai kelemahan antara lain:
 - a. Hasil pengujian tidak setajam statistika parametrik.
 - b. Statistika non parametrik mengabaikan beberapa informasi tertentu, misalnya nilai utuh dari hasil suatu pengamatan.

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Ada perbedaan tanda-tanda vital kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, dimana sistole, nadi, kecepatan pernapasan dan suhu kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik lebih tinggi daripada yang kelompok perlakuan yang diberi terapi musik.
2. Sebagian besar responden kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik pada perawatan hari ke-0, yakni sejumlah 10 orang, menyatakan mengalami tingkat nyeri sedang. Sedangkan pada perawatan hari ke-1, terdapat peningkatan jumlah tingkat nyeri sedang sebanyak 11 orang.
3. Sebagian besar responden kelompok perlakuan pada perawatan hari ke-0 yaitu sejumlah 9 orang menyatakan mengalami nyeri sedang. Sedangkan pada perawatan hari ke-1, responden yang mengalami tingkat nyeri ringan terproporsi sama besar dengan responden yang mengalami tingkat nyeri sedang, yaitu sejumlah 8 orang.
4. Ada perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik, dimana nilai rata-rata tingkat nyeri kelompok kontrol yang tidak diberi terapi musik lebih tinggi dari tingkat nyeri kelompok perlakuan yang diberi terapi musik.

7.2 Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan, khususnya Rumah Sakit Bhakti Rahayu, perlu meningkatkan tindakan keperawatan dalam manajemen nyeri dan mempertimbangkan penggunaan terapi musik sebagai salah satu alternatif manajemen nyeri pada pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi.
2. Sebagai pengembangan ilmu keperawatan, sebaiknya penelitian selanjutnya menggunakan jenis musik yang disukai oleh pasien, serta menggunakan analisis multivariat agar dapat dikaji keeratn hubungan antar variabel.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society 2008, *Music Therapy*, diakses tanggal 5 Maret 2010, <http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_5_3X_Music_Therapy.asp>.
- American Music Therapy Association 2009, *Definition and Quotes about Music Therapy*, diakses tanggal 17 Maret 2010, <<http://www.musictherapy.org/quotes.html>>.
- Arikunto, S 2002, *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*, edisi revisi V, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Barnason, et al 1995, 'The Effects of Music Intervention on Anxiety in Patient After Artery Bypass Grafting', *Heart Lung*, vol. 24, no. 2, p. 124-132.
- Berman. et al 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb*, edisi 5. EGC. Jakarta. hal 427-431.
- Bourbonnais, F 1981, 'Pain assessment: development of a tool for the nurse and the patient', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 6 no. 4, p. 277-82, diakses tanggal 4 April 2010, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6911141>>.
- Bourbonnais F, Perreault A, Bouvette M 2004, 'Introduction of a pain and symptom assessment tool in the clinical setting – lessons learned', *Journal of Nursing Management*, vol. 12, issue 3, pages 194–200, diakses tanggal 9 Maret 2010, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15089957>>.
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC, hal: 27.
- Burns JW, Hodsman NBA, McLintock TTC, Gillies GWA, Kenny GNC & McArdle CS 1989, 'The influence of patient characteristics on the requirements for pascaoperative analgesia. A reassessment using patient-controlled analgesia', *Anaesthesia*, vol. 44, p. 2-6.
- Campbell, D 2002, *Efek Mozart: Memanfaatkan Kekuatan Musik Untuk Mempertajam Pikiran, Meningkatkan Kreatifitas & Menyehatkan Tubuh*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Davis, M 1995, *Panduan Relaksasi & Reduksi Stress*, ed 3, EGC, Jakarta.
- DeLaune & Ladner 1998, *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice*, vol. II, Delmar Publishers, USA.

- Ebneshahidi A & Mohseni, M 2008, 'The effect of patient-selected music on early pascaoperative pain, anxiety, and hemodynamic profile in cesarean section surgery', *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 14, no. 7, p. 827-31.
- Gosana, H 2001, *Terapi Latihan Fisik Penyakit*, EGC, Jakarta.
- Guyton & Hall 1997, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta, hal 767, 1312.
- Halim, S 2005. *Efek Mozart dan Terapi Musik dalam Dunia Kesehatan*, diakses tanggal 4 Maret 2010, <<http://tempo.co.id/media/arsip/012003/pus-2.htm>>.
- Hendranata, L 2004, *Menangkis Stress, Cemas, dan Depresi*, FKUI, Jakarta.
- Holtzman, S, Newth, S & Delongis, A 2004, 'The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis'. *Journal of Health Psychology*, vol. 9, no. 5, p. 677-95.
- Indrawanto, S. 1997. *Mengenal Terapi Musik*. Referat Lab' SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unair. Surabaya.
- Jurf, J.B. & Nirschl, A.L. 1993, 'Acute pascaoperative pain management: a comprehensive review and update'. *Critical Care Nursing Quarterly*, vol 16, no. 1, p. 8-25
- Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M & Hildingsson I 2007, 'Pascaoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 36, no. 5, hal. 430-40, diakses tanggal 28 Juni 2008, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17880313>> .
- Kolcaba, KY 1994, 'A theory of holistic comfort for nursing', *Journal of Advanced Nursing*, vol 19, 1178-1184.
- Kolcaba, KY 2003, *Taxonomic Structure of Comfort*, diakses tanggal 10 Mei 2010, <<http://www.thecomfortline.com/taxonomicstructure.html>>.
- Kolcaba, KY 2009, *Conceptual Framework for Comfort Theory*, diakses tanggal 10 Mei 2010, <<http://www.thecomfortline.com/index.html>>.
- Kolcaba, KY & Kolcaba RJ 1991, 'An analysis of the concept of comfort', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 16, p. 1301-131.
- Layman, KJ 2001, 'Music Therapy', *The Gale Encyclopedia of Medicine*, vol. 3, 2nd ed, Gale Research Company, USA, diakses tanggal 17 April 2010, <http://findarticles.com/p/articles/mi_g2601/is_0009/ai_2601000926> .

- Macintyre, PE & Ready, LB 2001, *Acute Pain Management : A Practical Guide*, Saunders, London.
- Mankoski, A 1997, *Mankoski Pain Scale*, diakses tanggal 12 Maret 2010, <<http://members.upnaway.com/~poliowa/Pain%20Scale.html>>
- Manuaba, I 1999. *Operasi Kebidanan, Kandungan, dan Keluarga Berencana Untuk Dokter Umum*, EGC, Jakarta, hal: 228-229.
- March, A & McCormack, D 2009, 'Nursing Theory-Directed Healthcare Modifying Kolcaba's Comfort Theory as an Institution-Wide Approach', *Holistic Nursing Practice*, vol. 23, no. 2, p. 75-80.
- Marlynn, DE 2001, *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian*, EGC, Jakarta.
- McCaffery, M & Pasero, C 1999, *Pain and clinic manual*, 2nd ed, Mosby. St. Louis.
- McCracken, LM & Keogh, E 2009. 'Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action May Counteract Fear and Avoidance of Emotions in Chronic Pain: An Analysis of Anxiety Sensitivity', *The Journal of Pain*, vol. 10, issue 4, p. 408-415, diakses tanggal 18 Mei 2010, <[http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(08\)00802-X/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(08)00802-X/abstract)>.
- Mochtar, R 1998, *Sinopsis Obstetri: Obstetri Operatif, Obstetri Sosial*, edisi 2, EGC, Jakarta, hal: 117-121.
- Nursalam. 2009. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 91-95.
- O'Donnell, L 1999, *Music and the Brain*, diakses tanggal 3Maret 2010, <<http://www.cerebromente.org.br/n15/mente/musica.html>>
- Potter & Perry 2005, *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. vol 1, edisi 4, EGC, Jakarta, hal: 476-482, 781-796, 730-731, 736-737
- Potter & Perry 2005, *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. vol 2, edisi 4, EGC, Jakarta, hal: 1200-1203, 1505-1507, 1518-1519, 1853-1857, 1859-1870.
- Purwandari, R 2008, *Nyeri dan Kenyamanan*, diakses tanggal 2 Maret 2010 <<http://elearning.unej.ac.id>>.
- Rabe, T 2002, *Buku Saku Ilmu Kebidanan*, EGC, Jakarta, hal: 163.

- Ramadhani, G 2003, *Musik Klasik*, diakses tanggal 3 Maret 2010, <<http://blog.dhani.org/2003/09/musik-klasik>>.
- Roberts, D 2009, 'Pain: As Varied As The Population We Threat', *MedSurg Nursing: The Journal of Adult Health*, diakses tanggal 5 Maret 2010, <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa/wa/viewSection?tName=newsArticle&od_id=805320763&s_id=1073744508>.
- Rock, JA & John, HW 2008, *Te Linde's Operative Gynecology*, 9th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Santoso, S 2003, *Statistika Non Parametrik*, cetakan kedua, Elexmedia komputindo, Jakarta.
- Smeltzer & Bare 2001, *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, edisi 8, EGC, Jakarta, hal 2357-2367.
- Shuter, R & Miller, JF 1982, 'An exploratory study of pain expression styles among blacks and whites'. *International Journal of Intercultural Relations*. vol. 6. issue 3. p. 281-290. diakses tanggal 2 Mei 2010. <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7R-469PK7M-3D&_user=10&_coverDate=12/31/1982&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1383275218&_rerunOrigin=google&_acc=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e7a8b670fa11b43e3bfc5581589bd4d5>.
- Slater, AE 2002, *The Handbook of Clinical Trials and Other Research*, Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Solomon, et al 1995, *Human anatomy and Physiology*, 2nd ed, Saunders College Publishing, Florida.
- Sukendro, T 2008, *Musik dan Dampaknya Bagi Kehidupan*, diakses tanggal 4 Maret 2010, <http://in-christ.net/musik_dan_dampaknya_bagi_kehidupan>
- Tamsuri, A 2006, *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*, EGC, Jakarta.

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No.	Kegiatan Penelitian	Bulan								
		februari	maret	april	mei	juni	juli	agustus	september	
1.	Studi kepustakaan									
2.	Pembuatan proposal									
3.	Konsultasi dan revisi pra proposal									
4.	Seminar pra proposal									
5.	Perbaikan hasil seminar pra proposal									
6.	Ujian proposal									
7.	Perbaikan proposal									
8.	Persiapan penelitian									
9.	Pelaksanaan Penelitian									
10.	Pembuatan laporan penelitian									
11.	Pembahasan hasil dan konsultasi									
12.	Ujian Tesis									
13.	Perbaikan dan penyerahan tesis									



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

Nomor : 132/PANEC/LPPM/2010

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

**"Pengaruh Terapi Musik Mozart Terhadap Tingkat Nyeri Pasien
Post Operasi Seksio Sesarea Tanpa Komplikasi
di RS. Bhakti Rahayu Surabaya"**

Peneliti Utama : Rismia Agustina, S.Kep.Ns.
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 4 Agustus 2010



Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua,

Prof. Dr. H. Soedibjo Hari Poernomo, dr., DTMH.
NIP. 130 359 279



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER 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, 12 Mei 2010

Nomor : 037 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya
di -

Tempat

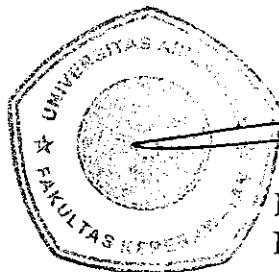
Dengan hormat,


Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan 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 : Rismia Agustina
NIM : 090810439
Judul Penelitian : Perbedaan Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi yang diberi Terapi Musik dan Tidak diberi Terapi Musik
Tempat : Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan




Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP.: 196612251989031004



**RUMAH SAKIT
BHAKTI RAHAYU SURABAYA**
Jl. Ketintang Madya I / 16. telp. (031) 8295922

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Moch. Rokhim, Amd. Kep
Jabatan : Staff Keperawatan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Rismia Agustina
NIM : 090810439
Mahasiswa : Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

Telah mengambil Penelitian di Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya
pada tanggal : 4 Agustus s/d 16 Agustus 2010
Tempat : Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya
Dengan Judul : Perbedaan tingkat nyeri Pasien post operasi SC tanpa
komplikasi yang di beri dan tidak di beri terapi musik

Demikian surat keterangan yang dapat kami buat, untuk di pergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

Surabaya 16 Agustus 2010
Kepala bidang Keperawatan
* KEPERAWATAN *
BHAKTI RAHAYU
Moch. Rokhim, Amd. Kep

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak / Ibu calon responden

Di tempat

Dalam rangka pelaksanaan tugas akhir yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, saya selaku mahasiswa bermaksud untuk melakukan penelitian tentang *perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi dan tidak diberi terapi musik di RS. Bhakti Rahayu Surabaya*. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea yang diberi terapi musik dan tidak diberi terapi musik.

Untuk keperluan tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian permohonan saya, atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2010

Peneliti

Rismia Agustina

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial Nama : _____

Umur : ___ th

Setelah mendapatkan penjelasan serta mengetahui manfaat dan resiko penelitian yang berjudul "*Perbedaan tingkat nyeri pasien pasca operasi seksio sesarea tanpa komplikasi yang diberi dan tidak diberi terapi musik*".

Dengan ini saya menyatakan : **SETUJU / TIDAK SETUJU *** diikuti sertakan dalam penelitian sebagai sampel, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak untuk membatalkan persetujuan ini.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Surabaya 2010

Peneliti

Responden

(Rismia Agustina)

(_____)

* coret yang tidak perlu

INSTRUMEN PENGUKURAN NYERI

Judul : Perbedaan Tingkat Nyeri Pasien Pasca Operasi Seksio
Sesarea Tanpa Komplikasi yang Diberi dan Tidak Diberi
Terapi Musik

Tanggal : _____

I. Identitas Responden

No. kode pasien : _____

Umur : _____ th

Pendidikan Terakhir : _____

Suku : _____

Indikasi Operasi Seksio Sesarea : _____

II. Tanda-tanda Vital (diisi oleh peneliti)

Tekanan darah :mmHg

Nadi :x/menit

Pernapasan :x/menit

Suhu :°C

III. Tingkat Nyeri (diisi oleh responden)

Beri tanda pada garis dibawah ini, atau tuliskan skor tingkat nyeri yang anda rasakan:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tdk nyeri ringan nyeri sedang nyeri berat sangat nyeri
Nyeri

Skor nyeri yang dirasakan:

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Terapi Musik

A. Persiapan Alat

1. *Walkman* atau *discman*.
2. Kaset atau CD musik klasik mozart 40-70 *beat* per menit.
3. *Earphone*.
4. Lembar permintaan menjadi responden, informed consent, dan pedoman wawancara dan 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.

C. Perawat dan Lingkungan

1. Cuci tangan.
2. Jaga privasi pasien, tutup pintu, jendela, atau sketsel.
3. Pertahankan lingkungan tenang dan nyaman.
4. Minimalkan kebisingan, hilangkan hal-hal yang dapat mendistraksi konsentrasi klien:
 - Matikan TV, HP, radio untuk sementara waktu selama terapi.
 - Persilahkan keluarga atau pengunjung untuk meninggalkan pasien selama dilakukan terapi musik.

D. Prosedur Tindakan

a. Fase Orientasi

1. Perkenalkan diri.
 2. Kontrak waktu prosedur tindakan dan tempat.
- b. Fase Kerja
1. Tanyakan pada pasien apakah pasien ingin buang air kecil atau buang air besar terlebih dahulu sebelum pemberian terapi musik.
 2. Posisikan pasien untuk tidur telentang dengan menggunakan bantal sesuai kenyamanan pasien.
 3. Anjurkan pasien untuk menutup mata dan berkonsentrasi terhadap alunan musik yang diperdengarkan selama pemberian terapi.
 4. Pasang *earphone* di telinga pasien dan pastikan keduanya terpasang dengan baik.
 5. Putar CD musik klasik jenis mozart dengan tempo lambat (40-70 *beat* per menit) yang telah ditentukan di *discman*, sesuaikan volume dengan kenyamanan pasien.
 6. Berikan terapi musik selama 30 menit, 1-2 jam sebelum pasien mendapatkan analgesik.
 7. Temani pasien selama terapi tanpa mengganggu pasien.
 8. Matikan *discman* setelah 30 menit pemberian terapi dan lepaskan *earphone* dari telinga pasien.
 9. Ukur tanda-tanda vital pasien dan kaji tingkat nyeri pasien.
 10. Rapikan alat.
- c. Fase Terminasi
1. Ucapkan terimakasih dan berikan reward atas partisipasi pasien dalam penelitian.

2. Pastikan pasien dalam keadaan rapi dan nyaman sebelum meninggalkan ruangan.
3. Buka jendela, pintu, atau sketsel, dan persilahkan keluarga untuk masuk kembali.
4. Cuci tangan.

Tabulasi hasil penelitian

No Urut	Tingkat Pendidikan	Suku	Umur	Tingkat Umur	Suhu Hr 0	Sistole Hr 0	Diastole Hr 0	Nadi Hr 0	RR Hr 0	Suhu Hr 1	Sistole Hr 1	Diastole Hr 1	Nadi Hr 1	RR Hr 1	Skala Nyeri Hr 0	Kategori Nyeri Hr 0	Skala Nyeri Hr 1	Kategori Nyeri Hr 1	Status
1	3	1	2	2	36.5	120	80	78	20	36.5	120	80	78	20	4	3	4	3	kontrol
2	3	1	2	2	36.7	122	80	86	22	36.5	120	80	84	20	5	3	4	3	kontrol
3	3	1	2	2	37.1	124	80	84	21	37.1	124	80	84	21	5	3	5	3	kontrol
4	2	2	2	2	36.3	118	70	80	20	36.3	118	70	80	20	3	2	3	2	kontrol
5	3	1	3	3	36.7	120	80	80	20	36.7	120	80	80	20	5	3	5	3	kontrol
6	4	1	3	3	37.3	128	80	86	22	37.0	128	80	86	22	7	4	6	3	kontrol
7	3	1	3	3	36.3	118	60	78	18	36.1	116	60	78	18	4	3	3	2	kontrol
8	3	1	2	2	36.5	120	70	80	19	36.5	120	70	80	19	5	3	5	3	kontrol
9	4	1	2	2	37.4	128	80	90	22	37.4	128	80	90	22	8	4	8	4	kontrol
10	3	2	2	2	37.4	130	90	92	22	37.4	130	90	92	22	7	4	7	4	kontrol
11	4	1	2	2	37.0	124	80	90	20	36.8	120	80	88	19	7	4	5	3	kontrol
12	4	1	3	3	36.8	120	70	82	21	36.5	120	70	82	21	5	3	4	3	kontrol
13	3	1	3	3	37.3	126	80	88	22	37.3	126	80	88	22	7	4	7	4	kontrol
14	3	1	3	3	36.9	122	80	84	21	36.8	122	80	84	21	6	3	6	3	kontrol
15	2	2	3	3	37.0	120	70	86	20	37.0	118	70	84	20	5	3	4	3	kontrol
16	3	1	3	3	36.5	120	80	80	19	36.5	120	80	80	19	4	3	4	3	kontrol
17	3	1	3	3	36.3	120	80	78	18	36.0	118	80	76	18	4	3	3	2	perlakuan
18	4	1	2	2	36.5	122	80	80	19	36.5	122	80	80	19	4	3	4	3	perlakuan
19	3	1	3	3	36.1	116	70	78	17	36.0	116	70	78	17	3	2	3	2	perlakuan
20	3	1	2	2	36.4	122	80	82	23	36.1	120	80	78	20	6	3	4	3	perlakuan
21	3	1	2	2	36.5	124	80	82	19	36.5	124	80	82	19	5	3	5	3	perlakuan

Analisa Suhu_hari 0

T-Test

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
suhu responden kontrol	16	36.856	.3777	.0944
suhu responden perlakuan	16	36.506	.4057	.1014

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper		
suhu responden	Equal variances assumed	.284	.598	2.526	30	.017	.3500	.1386	.0670	.6330		
	Equal variances not assumed			2.526	29.847	.017	.3500	.1386	.0669	.6331		

Analisa TD Sistole hari 0

T-Test

Group Statistics

	keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tekanan darah sistole responden	kontrol	16	122.50	3.759	.940
	perlakuan	16	117.25	5.698	1.424

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Tekanan darah sistole responden	Equal variances assumed	4.236	.048	3.076	30	.004	5.250	1.707	1.765	8.735
	Equal variances not assumed			3.076	25.979	.005	5.250	1.707	1.742	8.758

Analisa TD Diastole hari 0

T-Test

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tekanan darah diastole responden kontrol	16	76.88	7.042	1.760
perlakuan	16	71.88	9.106	2.276

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means								
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Tekanan darah diastole responden	Equal variances assumed	3.634	.066	1.737	30	.093	5.000	2.878	-.877	10.877
	Equal variances not assumed			1.737	28.214	.093	5.000	2.878	-.893	10.893

Analisa Nadi hari 0

T-Test

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
nadi responden kontrol	16	84.00	4.502	1.125
perlakuan	16	79.63	4.573	1.143

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
nadi responden Equal variances assumed	.038	.847	2.727	30	.011	4.375	1.604	1.098	7.652	
Equal variances not assumed			2.727	29.993	.011	4.375	1.604	1.098	7.652	

Analisa Respiratory Rate hari 0

T-Test

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Respiratory Rate responden kontrol	16	20.56	1.263	.316
Respiratory Rate responden perlakuan	16	19.00	1.897	.474

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means							
Levene's Test for Equality of Variances		95% Confidence Interval of the Difference							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Respiratory Rate responden	.791	.381	2.742	30	.010	1.563	.570	.399	2.726
			2.742	26.115	.011	1.563	.570	.391	2.734

**Analisa Suhu hari 1
T-Test**

Group Statistics

	keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
suhu responden hari ke-1	kontrol	16	36.775	.3941	.0985
	perlakuan	16	36.413	.3862	.0966

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
suhu responden hari ke-1	Equal variances assumed	.186	.669	2.628	30	.013	.3625	.1380	.0808	.6442
	Equal variances not assumed			2.628	29.988	.013	.3625	.1380	.0808	.6442

**Analisa TD systole hari 1
T-Test**

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tekanan darah sistole responden hari_1 kontrol	16	121.88	4.097	1.024
perlakuan	16	116.88	5.365	1.341

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Tekanan darah sistole responden hari_1	Equal variances assumed	1.848	.184	2.963	30	.006	5.000	1.688	1.554	8.446
	Equal variances not assumed			2.963	28.054	.006	5.000	1.688	1.543	8.457

**Analisa TD Diastole hari 1
T-Test**

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tekanan darah diastole responden hari ke-1	16	76.88	7.042	1.760
Perlakuan	16	71.88	9.106	2.276

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Tekanan darah diastole responden hari ke-1	Equal variances assumed	3.634	.066	1.737	30	.093	5.000	2.878	-.877	10.877
	Equal variances not assumed			1.737	28.214	.093	5.000	2.878	-.893	10.893

Analisa Nadi hari ke-1

T-Test

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
nadi responden hari ke-1 kontrol	16	83.63	4.272	1.068
perlakuan	16	79.13	4.319	1.080

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference		
Levene's Test for Equality of Variances		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
nadi responden hari ke-1	Equal variances assumed	.000	.986	2.963	30	.006	4.500	1.519	1.399	7.601
	Equal variances not assumed			2.963	29.996	.006	4.500	1.519	1.399	7.601

**Analisa RR hari ke-1
T-Test**

Group Statistics

keterangan status responden	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Respiratory Rate responden hari ke-1	16	20.38	1.258	.315
kontrol perlakuan	16	18.81	1.601	.400

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	Upper
Respiratory Rate responden hari ke-1	Equal variances assumed	.416	.524	3.070	30	.005	1.563	.509	.523	2.602	
	Equal variances not assumed			3.070	28.415	.005	1.563	.509	.520	2.605	

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	keterangan status responden	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kategori nyeri responden hari ke 0	kontrol	16	20.09	321.50
	perlakuan	16	12.91	206.50
	Total	32		
kategori nyeri responden hari ke 1	kontrol	16	20.25	324.00
	perlakuan	16	12.75	204.00
	Total	32		

Test Statistics^c

		kategori nyeri responden hari ke 0	kategori nyeri responden hari ke 1
Mann-Whitney U		70.500	68.000
Wilcoxon W		206.500	204.000
Z		-2.463	-2.594
Asymp. Sig. (2-tailed)		.014	.009
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.029 ^a	.023 ^a
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	.031 ^b	.031 ^b
	95% Confidence Lower Bound	.000	.000
	Interval Upper Bound	.092	.092
Monte Carlo Sig. (1-tailed)	Sig.	.000 ^b	.031 ^b
	95% Confidence Lower Bound	.000	.000
	Interval Upper Bound	.089	.092

a. Not corrected for ties.

b. Based on 32 sampled tables with starting seed 2000000.

c. Grouping Variable: keterangan status responden