

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Laparotomi

a. Definisi

Laparotomi merupakan pembedahan perut, membuka selaput perut dengan operasi yang dilakukan untuk memeriksa organ-organ perut dan membantu diagnosis masalah termasuk menyembuhkan penyakit-penyakit pada perut (Rahman, 2014). Laparotomi merupakan tindakan dengan memotong pada dinding abdomen seperti *Sectio Caesarea* sampai membuka selaput perut (Rustianawati, 2013). Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan cara melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan organ dalam abdomen yang mengalami masalah, misalnya kanker, pendarahan, obstruksi, dan perforasi (Purwandari, 2013).

b. Tujuan laparotomi

Prosedur ini bertujuan untuk mencari sumber kelainan yang menyerang organ perut, termasuk usus buntu, kandung kemih, usus, kantung empedu, hati, pankreas, ginjal, ureter, limpa,

lambung, rahim, tuba fallopi, dan indung telur. Prosedur ini pun dapat dimanfaatkan untuk mengambil sampel jaringan untuk diagnosis lanjutan (biopsi) dan sebagai prosedur terapeutik (Asrul, Irwan, Febrian, Nasution, 2017).

c. Indikasi laparatomi

Laparatomi dilakukan pada semua kelainan intraabdomen yang memerlukan operasi baik darurat maupun elektif, seperti hernia diafragmatika, aneurisma aorta torakalis dan aorta abdominalis, kelainan oesofagus, kelainan liver (Asrul, Irwan, Febrian, Nasution, 2017). Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) menyatakan indikasi laparatomi sebagai berikut:

- 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar
- 2) Peritonitis
- 3) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 5) Masa pada abdomen.

Menurut Saleh & Winata (2016), laparatomi dapat dilakukan pada kelainan-kelainan intraabdomen sebagai berikut:

- 1) Kehamilan ektopik
- 2) Endometriosis
- 3) Apendisitis atau radang usus buntu
- 4) Cedera traumatik pada organ dalam

- 5) Infeksi perut
- 6) Kanker usus, hati, pankreas, dan indung telur
- 7) Batu ginjal
- 8) Divertikulitis
- 9) Pankreatitis
- 10) Abses hati
- 11) Abses retroperitoneal
- 12) Abses perut (abdomen)
- 13) Abses panggul (pelvis)
- 14) Adhesi, jaringan parut di perut
- 15) Peritonitis

d. Persiapan pre operasi laparatomi

Persiapan pasien sebelum operasi adalah persiapan umum, riwayat kesehatan, persiapan psikospiritual, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemeriksaan skrinning tambahan (Muttaqin & Sari, 2009).

1) Persiapan umum

Persiapan umum terdiri atas identitas pasien dan persiapan *informed consent* (Muttaqin & Sari, 2009).

2) Riwayat kesehatan

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respon fisik dan psikologis pasienn terhadap prosedur pembedahan.

Pengkajian riwayat alergi juga harus dilakukan sebelum menjalani pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009).

3) Persiapan psikospiritual

Pasien yang akan menjalani pembedahan akan menimbulkan berbagai dampak psikologis diantaranya kecemasan praoperatif, perasaan takut, konsep diri yang negatif, citra diri, dan koping yang tidak efektif. Maka dari itu persiapan psikospiritual memainkan peranan penting untuk mengatasi ketakutan sebelum pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009).

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang harus dilakukan diantaranya pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital yang cenderung mengalami kenaikan karena reaksi kecemasan pasien, pengkajian tingkat kesadaran, pengkajian status nutrisi, pemeriksaan head to toe terutama pada daerah yang akan dilakukan pembedahan, pemeriksaan keseimbangan cairan dan elektrolit (Muttaqin & Sari, 2009).

5) Nutrisi dan cairan

Program “NPO setelah tengah malam” telah menjadi kebiasaan lama karena anestetik diyakini dapat menekan fungsi gastrointestinal dan akan berbahaya jika pasien mengalami muntah atau aspirasi selama pemberian anestetik umum (Kozier, et al, 2010)

6) Eliminasi

Enema sebelum pembedahan mungkin diprogramkan apabila pembedahan usus direncanakan. Enema membantu mencegah konstipasi pascaoperatif dan kontaminasi area pembedahan oleh feses. Setelah pembedahan yang melibatkan usus, peristaltik sering belum kembali selama 24 atau 48 jam. Kandung kemih juga harus dikosongkan sebelum menerima obat praoperatif. Hal ini membantu mencegah cedera yang tidak perlu pada kandung kemih terutama selama pembedahan pelvis (Kozier, et al, 2010).

7) Hygiene

Kuku pasien harus dipotong dan bebas dari cat kuku atau semua jenis perhiasan harus dilepas sehingga bagian dasar kuku, kulit dan bibir dapat terlihat ketika sirkulasi dikaji selama dan setelah pembedahan. Segera sebelum pembedahan, perawat melepas atau meminta pasien melepas semua ikat atau penjepit rambut. Karena benda-benda ini dapat menekan atau menyebabkan kerusakan dan kecelakaan pada kulit kepala ketika pasien dalam keadaan tidak sadar (Kozier, et al, 2010)

8) Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostic terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit serum, koagulasi, kreatinin serum, dan urinalisis. Apabila pemeriksaan diagnostic menunjukkan masalah yang berat, maka ahli bedah dapat membatalkan

pembedahan sampai kondisi pasien stabil (Muttaqin & Sari, 2009).

9) Pemeriksaan skrinning tambahan

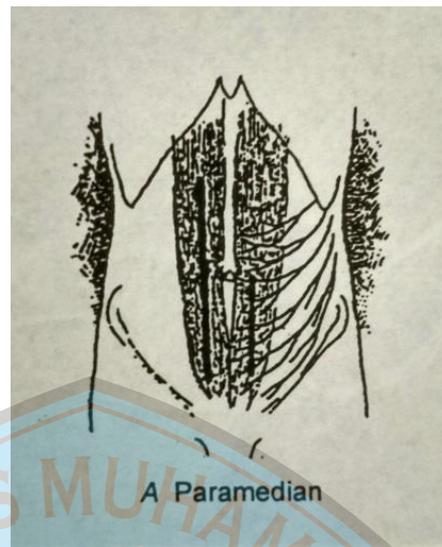
Pada beberapa prosedur bedah tertentu diperlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah, misalnya: sinar-X dada, EKG, USG, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan diagnosis prabedah (Muttaqin & Sari, 2009).

e. Teknik sayatan laparotomi

Insisi-insisi yang paling sering digunakan diidentifikasi berdasarkan lokasi adalah *paramedian insision* (konvensional), garis tengah, *tranversus*, *subcostal insision*, *pfannenstiel insision*, *McBurney gridiron* (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

1) *Paramedian Insision "trapp door"* (konvensional)

Insisi ini dapat dibuat baik di sebelah kanan atau kiri dari garis tengah. Kira-kira 2,5 cm sampai 5cm dari garis tengah. Insisi dilakukan vertikal, di atas sampai bawah umbilikus, *M. Rectus Abdominis* didorong ke lateral dan peritoneum dibuka juga 2,5 cm lateral dari garis tengah (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

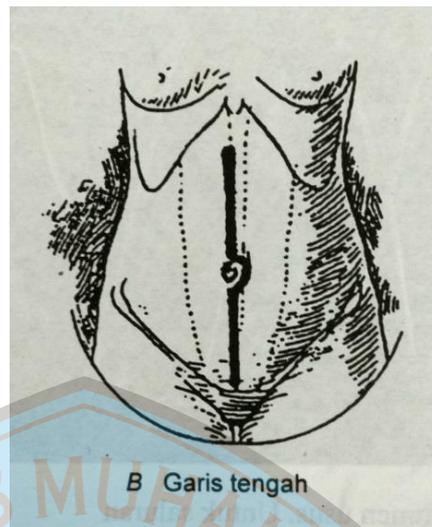


Gambar 1.1. Sayatan *paramedian* pada laparotomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006).

2) *Garis tengah*

Insisi garis tengah dibuat melalui kulit dan jaringan subkutan dari sebuah titik, tetapi dibawah atau diatas umbilikus ke tepat dibawah prosesus xifoideus atau tepat diatas simfisis pubis. pembungkus otot rektus kanan dan kiri, dengan isi otot rektusnya, di retraksi kea rah lateral sehingga fasia transversalis dan peritoneum dibawahnya terlihat (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

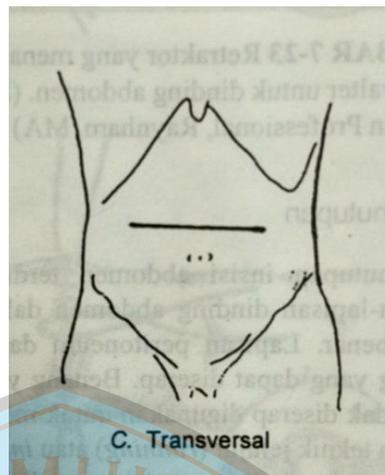


Gambar 1.2. Sayatan *garis tengah* pada laparotomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

3) *Transversus*

Insisi transversus dibuat melalui kulit dan jaringan subkutis dari satu batas lateral otot rektus ke batas lain pada ketinggian tertentu di dinding abdomen. Kedua pembungkus otot rektus anterior dipajankan dan dipotong secara transversal dari batas lateral salah satu otot ke batas lateral otot lain. Selubung rektus posterior, fasia transversalis, linea alba, dan peritoneum diinsisi secara berhati-hati (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

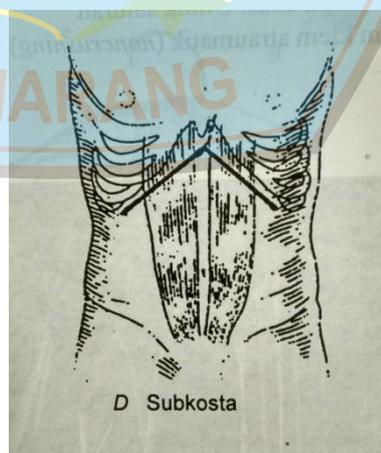


Gambar 1.3. Sayatan *transversus* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

4) *Subcostal Insision*

Insisi *Subcostal* kanan yang biasanya digunakan untuk pembedahan empedu dan saluran empedu (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).



Gambar 1.4. Sayatan *subcostal* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

5) *Pfannenstiel Insision*

Insisi yang populer dalam bidang ginekologi dan juga dapat memberikan akses pada ruang retropublic pada laki-laki untuk melakukan extraperitoneal retropublic prostatectomy (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).

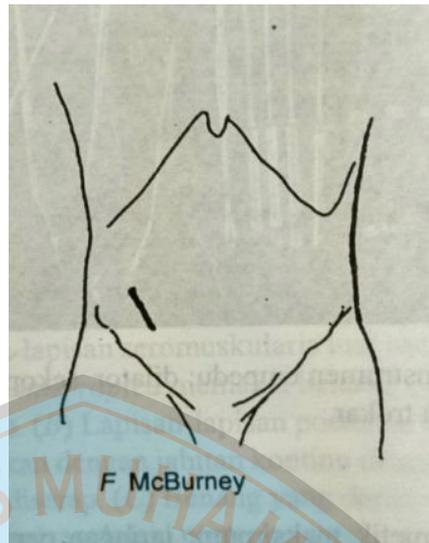


Gambar 1.5. Sayatan *pfannenstiel* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

6) *McBurney Gridiron (Irisan oblique)*

Dilakukan untuk kasus apendisitis akut dan diperkenalkan oleh Charles McBurney pada tahun 1894, otot-otot dipisahkan secara tumpul (Gruendemann dan Fernsebner, 2006).



Gambar 1.6. Sayatan *McBurney* pada laparotomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

f. Efek samping laparotomi

Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) menyatakan efek samping laparotomi sebagai berikut:

- 1) Ventilasi paru tidak adekuat
- 2) Gangguan kardiovaskuler: hipertensi, aritmia jantung
- 3) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 4) Gangguan rasa nyaman.

2. Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan merupakan perasaan keprihatinan, ketidakpastian, dan ketakutan tanpa stimuli yang jelas, dikaitkan dengan perubahan

fisiologis misalnya takikardi, berkeringat, tremor (Nugroho, 2012). Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan. Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Pengalaman ansietas dimulai pada masa bayi dan berlanjut sepanjang hidup. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan rasa takut terbesar pada kematian (Keliat, 2016). Kecemasan merupakan penilaian emosional terhadap stimulus yang mengancam (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Faktor predisposisi kecemasan

Teori-teori yang menjelaskan asal ansietas adalah pandangan *psikoanalitis*, pandangan *interpersonal*, pandangan *perilaku*, *kajian keluarga*, *kajian biologis* (Stuart, 2007).

1) Pandangan *psikoanalitis*

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart, 2007)

2) Menurut pandangan *interpersonal*

Ansietas dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami ansietas yang berat (Stuart, 2007).

3) Menurut pandangan *perilaku*

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas: konflik menimbulkan ansietas, dan ansietas menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan (Keliat, 2016).

4) *Kajian keluarga*

Menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi (Keliat, 2016).

5) *Kajian biologis*

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gamma-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stresor (Keliat, 2016).

c. *Faktor presipitasi kecemasan*

Stuart (2007) menjelaskan stresor presipitasi atau stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori

- 1) *Ancaman terhadap integritas fisik* meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.

- 2) *Ancaman terhadap sistem diri* dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

d. Manifestasi klinis

Menurut Stuart (2007) ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis maupun perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan ansietas. Intensitas perilaku meningkat sejalan dengan peningkatan ansietas. Tabel 1.1 dan 1.2 menyajikan respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif terhadap ansietas.

Tabel 1.1

Respon Fisiologis Pasien yang Mengalami Kecemasan

Sumber: Stuart (2007)

Sistem Tubuh	Respons
Kardiovaskuler	Palpitasi, jantung “berdebar”, tekanan darah meningkat atau menurun, rasa ingin pingsan, pingsan, denyut nadi meningkat atau menurun,
Pernafasan	Nafas cepat, sesak nafas, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
Neuromuskular	Refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, gerakan yang janggal.
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan, menolak makan rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, diare.
Perkemihan	Tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
Kulit	Wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

Tabel 1.2

Respon Perilaku, Kognitif dan Afektif Pasien yang Mengalami Kecemasan

Sumber: Stuart (2007)

Sistem	Respons
Perilaku	Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan personal, inhibisi, menghindar, hiperventilasi, sangat waspada.
Kognitif	Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berfikir, lapang persepsi menurun, kreatifitas menurun, produktifitas menurun bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas baik, mimpi buruk
Afektif	Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, malu.

e. Kecemasan pasien sebelum tindakan operasi

☀ Kecemasan preoperatif merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupan itu sendiri. Cemas disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas termasuk didalamnya pasien yang akan menjalani operasi karena mereka tidak tahu konsekuensi pembedahan dan takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri (Muttaqin & Sari, 2009).

Menurut Arwani (2013), terjadinya kecemasan pada klien yang akan dilakukan operasi dimungkinkan karena tindakan yang akan dilakukan pada saat pembedahan sehingga menjadi suatu ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang, sehingga dapat

membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis, dan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua klien, sehingga tidak mengherankan apabila pasien dan keluarga menunjukkan perilaku yang mengarah pada terjadinya kecemasan. Muttaqin & Sari (2009) menjelaskan bahwa pasien yang menghadapi pembedahan akan dilingkupi oleh ketakutan, termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesi, dan kanker. Kekhawatiran mengenai kehilangan waktu kerja, kemungkinan kehilangan pekerjaan, tanggung jawab terhadap keluarga, dan ancaman ketidakmampuan permanen yang lebih jauh, akan memperberat ketegangan emosional yang sangat hebat yang diciptakan oleh proses pembedahan.

Kecemasan secara langsung akan mempengaruhi fungsi tubuh diantaranya adanya perubahan fungsi secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, dan secara umum mengurangi tingkat energi pada pasien, dan akhirnya dapat merugikan individu itu sendiri. Kecemasan Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stressor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh. Hal ini terjadi melalui serangkaian aksi yang diperantarai oleh HPA-axis (Hipotalamus, Pituitari, dan Adrenal). Stres akan merangsang hipotalamus untuk meningkatkan produksi

Corticotropin Releasing Factor (CRF). CRF ini selanjutnya akan merangsang kelenjar pituitari anterior untuk meningkatkan produksi *Adenocorticotrophin Hormone* (ACTH). Hormon ini yang akan merangsang korteks adrenal untuk meningkatkan sekresi kortisol. Kortisol inilah yang selanjutnya menekan sistem imun tubuh (Muttaqin & Sari, 2009).

f. Pengukuran kecemasan

Terdapat berbagai macam instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan diantaranya adalah skala HARS, DASS, dan SRAS.

1) HARS

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan melalui skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe) (Nabila, 2017).

Skala HARS diperkenalkan oleh Max Hamilton pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan

reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable (Nabila, 2017).

2) DASS

Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS 42) atau lebih diringkaskan sebagai *Depression Anxiety Stres Scale 21 (DASS 21)* oleh Lovibond & Lovibond (1995). *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item dan *Depression Anxiety Stres Scale 21* terdiri dari 21 item. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian (Nabila, 2017).

DASS adalah kuesioner 42-item yang mencakup tiga laporan diri skala dirancang untuk mengukur keadaan emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. Masing-masing tiga

skala berisi 14 item, dibagi menjadi sub-skala dari 2-5 item dengan penilaian setara konten. Skala Depresi menilai dysphoria, putus asa, devaluasi hidup, sikap meremehkan diri, kurangnya minat / keterlibatan, anhedonia, dan inersia. Skala Kecemasan menilai gairah otonom, efek otot rangka, kecemasan situasional, dan subjektif pengalaman mempengaruhi cemas. Skala Stres (item) yang sensitif terhadap tingkat kronis non-spesifik gairah. Ini menilai kesulitan santai, gairah saraf, dan yang mudah marah/gelisah, mudah tersinggung / over-reaktif dan tidak sabar. Responden yang diminta untuk menggunakan 4-point keparahan/skala frekuensi untuk menilai sejauh mana mereka memiliki mengalami setiap negara selama seminggu terakhir (Nabila, 2017).

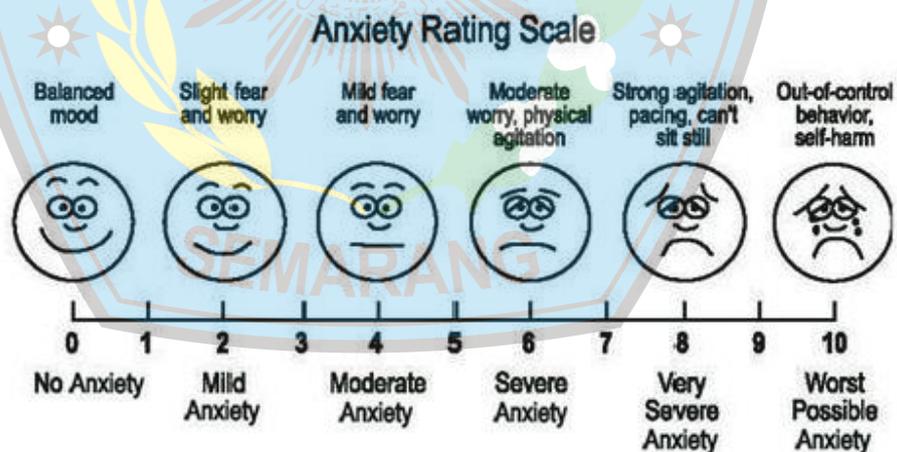
3) SRAS

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan (Budi, 2017).

4) VAS-A

Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A) merupakan sejenis instrumen yang digunakan dalam penilaian tingkat kecemasan pada pasien dengan menilai dari angka 0-10 disertai gambar ekspresi dari wajah kecemasan tersebut. Terdapat 6 kategori atau tingkatan kecemasan dalam instrumen ini dimana angka nol (*no anxiety*), 1-2 (*mild anxiety*), 3-4 (*moderate anxiety*), 5-6 (*severe anxiety*), 7-8 (*very severe anxiety*), serta angka 9-10 menunjukkan *worst possible anxiety* (Bloch & Hays, 2009).

Gambar 2.1 menyajikan instrumen pengukuran kecemasan dengan Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A).



Copyright 2009 *Healing from Depression* by Douglas Bloch, Nicolas-Hays, Inc.

Gambar 2.1. *Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A)*

Sumber: Bloch & Hays (2009)

g. Tingkat kecemasan

Keliat (2013) mengidentifikasi empat tingkat kecemasan dengan penjelasan efeknya. Tingkatan tersebut diantaranya kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik.

1) Kecemasan ringan

Terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. jenis kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas (Keliat, 2016).

2) Kecemasan sedang

Terjadi dimana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja, lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar, dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya (Keliat, 2016).

3) Kecemasan berat

Terjadi penurunan lapang persepsi yang signifikan. Cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi kecemasan, dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk fokus pada area lain (Keliat, 2016).

4) Panik

Panik dikaitkan dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktifitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang sempit, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Tingkat kecemasan ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan. Kondisi panik yang berkepanjangan akan menimbulkan kelelahan dan kematian.

Tapi panik dapat diobati dengan aman dan efektif (Keliat, 2016).

h. Manajemen kecemasan

Kecemasan dapat diantisipasi atau dikurangi dengan manajemen farmakologi dan nonfarmakologi, secara garis besar dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Manajemen farmakologi

Terdapat dua golongan obat yang sering dipakai sebagai agen anti-ansietas dan hipnotik yaitu barbiturat dan benzodiazepin.

Kedua obat ini bereaksi pada reseptor $GABA_A$. Syaraf $GABA$ nergik sendiri merupakan syaraf penghambat transmisi utama di otak. Obat golongan tersebut mempunyai sisi aktif pada reseptor $GABA_A$, yaitu sisi aktif modulator, dan tidak mempengaruhi sisi aktif agonis $GABA$ (bersifat allosterik). Ikatan

obat tersebut pada sisi modulator reseptor GABA_A, akan meningkatkan “afinitas” GABA terhadap reseptor GABA_A sehingga frekuensi terbukanya kanal ion klorida meningkat, menghasilkan peningkatan hiperpolarisasi sel syaraf. Ini mengakibatkan penurunan eksitabilitas sel syaraf otak, atau inaktivasi sel syaraf pusat. Ringkasnya, obat barbiturat dan benzodiazepin menghasilkan penurunan aktivitas sel syaraf pusat, dengan manifestasi efeknya berdasarkan peningkatan dosis relatif berupa efek ansiolitik, sedasi, hipnosis, anestesi, dan khusus barbiturat bisa menghasilkan depresi otak dan kematian (Nugroho, 2012).

2) Manajemen nonfarmakologi

Terdapat berbagai macam manajemen nonfarmakologi mengatasi kecemasan pasien di rumah sakit diantaranya sebagai berikut:

a) Komunikasi perawat

Yaitu komunikasi yang disampaikan perawat pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi terapeutik (Soesanto & Nurkholis, 2008).

b) Distraksi

Distraksi merupakan sistem aktivasi yang kompleks untuk menghambat stimulus atau kecemasan apabila seseorang menerima input sensorik yang cukup atau berlebih. Dengan adanya stimulus sensorik yang cukup, seseorang dapat mengabaikan atau tidak menyadari akan adanya kecemasan.

Distraksi mengarahkan perhatian pasien kepada suatu hal yang lain dari kecemasannya (Potter & Perry, 2010).

c) Relaksasi

Menurut pandangan ilmiah relaksasi merupakan perpanjangan serabut otot skeletal, sedangkan ketegangan merupakan kontraksi terhadap perpindahan serabut otot (Ghazalba, 2009). Relaksasi merupakan perasaan bebas secara mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang membuat individu memiliki rasa kontrol terhadap dirinya (Potter & Perry, 2010). Relaksasi sering digunakan dalam psikoterapi, khususnya pada klien dengan gangguan kecemasan diantaranya relaksasi otot progresif, terapi energi atau sentuhan terapeutik, terapi musik, yoga dan meditasi (Keliat, 2016).

d) Psikoreligius

Yaitu dengan doa dan dzikir. Doa adalah mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan

segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat melipatgandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan (Prasetyono & Sunar, 2007)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan cenderung akan merasa cemas mengenai prosedur yang akan dilakukan karena mereka tidak mengetahui konsekuensi pembedahan dan takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri. Perilaku pasien juga akan menggambarkan keadaan-keadaan yang gelisah dan sering bertanya mengenai pembedahan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien yang akan diprogramkan untuk dilakukan tindakan laparatomi adalah pasien yang sedang mengalami penyakit di daerah abdomen seperti trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Menurut Saleh &

Winata (2016), pasien yang mengalami apendisitis atau radang usus buntu, batu ginjal, abses perut (abdomen), jaringan parut di perut, kanker usus, hati, pankreas, dan indung telur, atau bahkan kelainan-kelainan dalam kandungan seperti endometriosis, kehamilan ektopik perlu dilakukan tindakan laparatomi segera

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya, tingkat rasa ketidaknyamanan, besarnya ketidakmampuan yang ditimbulkan, dan seluruh tingkat perawatan yang pernah diberikan adalah faktor-faktor yang mungkin akan menimbulkan reaksi kecemasan pada pasien (Muttaqin & Sari, 2009). Pasien yang baru pertama kali akan menjalani operasi biasanya akan mengalami kecemasan yang lebih dari pasien yang sudah pernah mengalami operasi sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien yang mengalami penyakit di daerah abdomen dapat terjadi karena faktor bawaan maupun tidak. Pengalaman pembedahan dalam anggota keluarga juga akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap pembedahan sebagai contoh anggota keluarga yang setelah menjalani operasi mengalami berbagai

macam ketidakmampuan atau bahkan kegagalan dalam tindakan operasi.

b. Pengkajian fungsional

1) Pola persepsi & pemeliharaan kesehatan

Pasien yang mengalami penyakit-penyakit kronis yang memerlukan tindakan laparatomi biasanya adalah pasien yang hanya memeriksakan kesehatannya disaat dirasa penyakit sudah menjadi sangat terasa sehingga harus dilakukan pembedahan untuk kesembuhannya.

2) Pola nutrisi

Pasien yang sedang mengalami penyakit daerah abdomen cenderung nafsu makan berkurang dan biasanya sekitar satu hari sebelum operasi pasien diharuskan untuk puasa.

3) Pola eliminasi

Pasien yang mengalami reaksi kecemasan lebih cenderung untuk sering berkemih. Pasien yang mengalami penyakit-penyakit abdomen seperti trauma abdomen atau sumbatan pada saluran pencernaan akan cenderung mengalami konstipasi.

4) Pola aktifitas

Pasien yang akan menjalani operasi dan dirawat di rumah sakit cenderung tidak melakukan aktifitas tetapi lebih banyak berbaring di tempat tidur. Pasien yang cemas akan selalu meminta untuk ditemani sebelum menjalani program operasi.

5) Pola istirahat & tidur

Pasien yang mengalami kecemasan karena program operasi cenderung selalu memikirkan operasi itu sendiri dan sulit untuk memulai tidur karena fikiran yang tidak tenang.

6) Pola persepsi & sensori

Pasien yang akan menjalani operasi akan mengalami kecemasan yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stressor atau stimulus yang mengancam.

7) Pola koping

Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut yang berupa, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil. Ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya; ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan ketika ansietas menjadi lebih intens (Stuart, 2013).

8) Pola spiritual

Pasien yang memiliki kepercayaan spiritual yang tinggi lebih cenderung dapat menoleransi kecemasan yang lebih konstruktif karena kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang harus dilakukan diantaranya pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital, yang cenderung mengalami kenaikan karena reaksi kecemasan pasien

d. Pemeriksaan diagnostik

Pada beberapa prosedur bedah tertentu diperlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah, misalnya: EKG, USG. Pasien dengan penyakit daerah abdomen akan terlihat hasil USG yang abnormal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada pasien pre operasi laparatomi menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2015) adalah sebagai berikut:

- a. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan, ancaman kehilangan organ atau fungsi tubuh dari prosedur pembedahan dan prognosis pembedahan.

- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kerang pengalaman tentang operasi, kesalahan informasi.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan reaksi kecemasan.

3. Rencana keperawatan

- a. Diagnosa : Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan, ancaman kehilangan organ atau fungsi tubuh dari prosedur pembedahan dan prognosis pembedahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, kecemasan klien berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil :

Kriteria hasil yang dirumuskan menurut Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Klien menyatakan kecemasannya berkurang
- 2) Klien tidak gelisah, tidak berkeringat dingin
- 3) Otot dan ekspresi wajah tidak menggambarkan ketegangan
- 4) Mudah dalam berkonsentrasi
- 5) Klien kooperatif terhadap tindakan
- 6) Terjadi penurunan tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi pernafasan
- 7) Klien tidak diare dan tidak sering berkemih.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional: membina hubungan saling percaya dengan pasien supaya pasien menjadi trust dan kooperatif dengan tindakan keperawatan.

- 2) Dorong verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan

Rasional: menggali data subjektif dari pasien

- 3) Dengarkan pasien

Rasional: menghargai serta mengetahui perasaan pasien

- 4) Kaji tingkat kecemasan pasien

Rasional: mengetahui tingkat kecemasan pasien dan sebagai acuan untuk intervensi selanjutnya

- 5) Pahami situasi yang memicu kecemasan pasien

Rasional: untuk menghindarkan hal yang dapat membuat kecemasan pasien meningkat

- 6) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien

Rasional: supaya pasien mengetahui tujuan dan manfaat dari intervensi yang dilakukan

- 7) Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis sesuai situasi dan kondisi pasien

Rasional: memberikan informasi yang benar supaya pasien tidak sering timbul pertanyaan dalam dirinya yang akan meningkatkan kecemasan.

- 8) Yakinkan mengenai keberhasilan tindakan pembedahan

Rasional: kecemasan terbesar pasien adalah kekhawatiran apabila tindakan pembedahan yang tidak berhasil.

- 9) Temani pasien

Rasional: pasien yang ditemani akan merasa diperhatikan dan lebih nyaman

- 10) Dorong keluarga untuk menemani pasien

Rasional: melibatkan potensi dalam keluarga serta pasien akan lebih nyaman apabila ditemani oleh orang yang berarti dalam kehidupannya Lakukan usapan pada punggung/ leher dengan cara yang tepat

- 11) Latih klien untuk menggunakan teknik relaksasi

Rasional: relaksasi efektif dalam menenangkan fikiran pasien sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan

- 12) Berikan musik relaksasi klasik

Rasional: musik relaksasi klasik efektif dalam menenangkan pasien sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan

- 13) Kolaborasikan pemberian obat anti ansietas apabila tindakan mandiri perawat tidak dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat pada pasien

Rasional: obat anti ansietas dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat karena obat tersebut langsung memberikan efek pada sistem limbik.

14) Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan

Rasional: mengetahui manifestasi klinis yang terlihat dari pasien sehingga dapat dinilai tingkat kecemasan pasien

b. Diagnosa : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengalaman tentang operasi, kesalahan informasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pengetahuan pasien dan keluarga tentang pembedahan dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

Kriteria hasil yang dirumuskan menurut Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien dan keluarga mengetahui jadwal pembedahan
- 2) Pasien dan keluarga kooperatif pada setiap intervensi keperawatan
- 3) Pasien dan keluarga secara subjektif menyatakan bersedia dan termotivasi untuk melakukan aturan atau prosedur prabedah yang telah dijelaskan.
- 4) Pasien dan keluarga memahami tahap-tahap intraoperatif dan pascaanestesi

- 5) Pasien dan keluarga mampu mengulang kembali secara narasi mengenai iintervensi prosedur pascaanestesi
- 6) Pasien dan keluarga mengungkapkan alasan pada setiap instruksi dan latihan preopertif
- 7) Pasien dan keluarga memahami respon pembedahan secara fisiologis dan psikologis.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan dan sumber informasi yang telah diterima

Rasional: mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan sebagai acuan untuk merumuskan tindakan selanjutnya

- 2) Diskusikan perihal jadwal pembedahan

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien sehingga pasien dapat lebih mempersiapkan dirinya

- 3) Diskusikan perihal lamanya pembedahan

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien sehingga pasien tahu kapan pembedahan tersebut akan selesai

- 4) Lakukan pendidikan kesehatan praoperatif

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien dan mempersiapkan pasien dalam menghadapi pembedahan

5) Ajarkan aktifitas pascaoperasi

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien sehingga pasien tahu apa yang harus ia lakukan setelah sadar dari anestesi pembedahan

6) Informasikan pasien dan keluarga kapan pasien bisa dikunjungi

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien dan keluarga sehingga tidak bingung dan timbul pertanyaan kapan keluarga bisa mengunjungi pasien

c. Diagnosa : Gangguan pola tidur berhubungan dengan reaksi kecemasan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pola tidur pasien menjadi efektif.

Kriteria Hasil :

Kriteria hasil yang dirumuskan menurut Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien melaporkan istirahat tidur malam yang optimal
- 2) Pasien tidak menunjukkan perilaku gelisah
- 3) Wajah pasien tidak pucat dan konjungtiva mata tidak anemis karena kurang tidur
- 4) Membentuk pola tidur yang memberikan energi yang cukup untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, (2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pantau keadaan umum pasien dan TTV

Rasional: mengkaji keadaan umum pasien dan sebagai acuan untuk merumuskan tindakan selanjutnya

- 2) Kaji pola tidur

Rasional: mengetahui permasalahan tidur yang dialami pasien

- 3) Kaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur

Rasional: mengetahui penyebab permasalahan sehingga dapat dirumuskan intervensi selanjutnya

- 4) Catat tindakan kemampuan untuk mengurangi kegelisahan

Rasional: mengetahui hal-hal atau kebiasaan yang dilakukan untuk membantu menyelesaikan permasalahan

- 5) Ciptakan suasana nyaman, kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan yang menyebabkan gangguan tidur

Rasional: lingkungan juga berpengaruh terhadap kenyamanan tidur pasien

- 6) Batasi pengunjung selama periode istirahat

Rasional: supaya dapat memaksimalkan istirahat tidur pasien

- 7) Minta pasien untuk membatasi asupan cairan pada malam hari dan berkemih sebelum tidur

Rasional: supaya di tengah-tengah waktu tidur pasien tidak terbangun karena ingin berkemih

- 8) Gunakan alat bantu tidur (misal: air hangat untuk kompres relaksasi otot, bahan bacaan, pijatan di punggung, musik yang lembut, dll).

Rasional: distraksi yang menimbulkan efek relaksasi dan kenyamanan dapat meningkatkan kualitas tidur pasien

- 9) Kolaborasikan pemberian obat yang dapat memperbaiki pola tidur
Rasional: obat yang mempunyai efek mengantuk efektif dalam meningkatkan kualitas tidur pasien.

C. Evidence Base Nursing Practice Terapi Musik Relaksasi Klasik

1. Definisi musik

Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terorganisasi, terdiri atas melodi, ritme, harmoni, warna (*timbre*), bentuk, dan gaya. Musik tidak membutuhkan otak untuk berfikir maupun menginterpretasi, tidak pula dibatasi oleh fungsi intelektual maupun pikiran mental. Musik tidak memiliki batasan-batasan sehingga begitu mudah diterima organ pendengaran (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Musik merupakan getaran udara yang harmonis, saraf koklearis menangkapnya dan diteruskan ke otak. Musik di otak akan mempengaruhi hipofisis untuk melepaskan endorfin sehingga dapat mengurangi rasa nyeri dan mempengaruhi perilaku emosional (Qulsum, 2011).

2. Manfaat terapi musik

Terapi musik adalah penggunaan musik sebagai alat terapi untuk memperbaiki, memelihara, meningkatkan keadaan mental, fisik dan emosi. Terapi musik juga merupakan cara positif yang mudah bagi tubuh, psikis, serta meningkatkan daya ingat dan hubungan sosial (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Terapi musik relaksasi klasik bermanfaat untuk membantu mengekspresikan perasaan, mengurangi ketegangan otot, dan menurunkan kecemasan preoperasi. Sedangkan efek biologis akan menurunkan dan meningkatkan energi otot, frekuensi nafas dan nadi menjadi teratur, tekanan darah stabil, dan fungsi endokrin menjadi lebih baik (Qulsum, 2011).

3. Indikasi terapi musik

Terapi musik dapat diberikan pada individu yang mengalami insomnia, kesepian, kecemasan, depresi stres, dan trauma, serta individu yang mengalami penolakan terhadap lingkungan (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

4. Kontraindikasi terapi musik

Terapi Musik tidak dapat diterapkan kepada individu yang mengalami gangguan pendengaran atau tuna rungu (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

5. Jenis musik yang sudah diteliti dapat menurunkan kecemasan

Terdapat berbagai penelitian mengenai aplikasi terapi musik terhadap penurunan kecemasan diantaranya sebagai berikut:

a. Musik klasik

Menurut Saing (2007), mendengarkan musik klasik dapat mengurangi kecemasan dan stress sehingga tubuh mengalami relaksasi.

b. Musik instrumental

Musik instrumental dapat memberikan rangasangan, yang nantinya menghasilkan efek mental dan fisik, antara lain dapat menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan, musik dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak, mempengaruhi pernafasan, mempengaruhi denyut jantung, nadi dan tekanan darah, mempengaruhi ketegangan otot dan memperbaiki gerak dan koordinasi tubuh, serta mengatur hormon-hormon yang berkaitan dengan stress (Nafilsari, Suhadi & Supriyono, 2013).

c. Musik suara alam

Suara alam ini adalah perpaduan dari musik dengan *beat* yang pelan dengan suara hujan, suara burung, dan suara jangkrik. Efek dari musik suara alam yaitu dapat mempercepat *recovery* pasien yang stress (Mulyadi, Puspitasari & Permatasari, 2013).

d. Musik tradisional gamelan jawa

Gamelan dikarakteristikan sebagai musik yang memiliki harmoni yang lambat, warna nada yang konsisten dan *pitch* yang rendah. Musik gamelan campuran laras pelog dan slendro dapat menurunkan tekanan darah, karena keduanya memiliki patokan-patokan yang hampir sama. Dampak yang akan dialami seseorang ketika mendengarkan musik gamelan laras pelog dan slendro yaitu dapat meningkatkan produksi endorfin dan dopamine yang akan menstimulasi *system limbic* yang merupakan pusat pengendalian emosi untuk menghasilkan emosi yang positif yaitu bahagia dan rileks (Mulyawati & Erawati, 2013).

6. Fisiologi terapi musik terhadap penurunan kecemasan

Terapi musik adalah keahlian menggunakan musik atau elemen musik untuk meningkatkan, mempertahankan, serta mengembalikan kesehatan mental, fisik, emosional, dan spiritual. Dalam kedokteran disebut sebagai terapi pelengkap (*complementary medicine*). Terapi musik adalah teknik yang digunakan untuk penyembuhan suatu penyakit dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Musik memiliki kekuatan untuk mengobati penyakit dan ketidakmampuan yang dialami oleh seseorang. Ketika musik diaplikasikan menjadi sebuah terapi, musik dapat meningkatkan, memulihkan, memelihara kesehatan fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual dari setiap individu. Hal ini dikarenakan musik memiliki beberapa kelebihan,

seperti bersifat universal, nyaman, menyenangkan, dan terstruktur. Perlu diingat bahwa banyak dari proses dalam hidup berakara dari irama. Sebagai contoh, nafas, detak jantung, dan pulsasi semuanya berulang dan berirama (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Musik merupakan getaran udara yang harmonis, saraf koklearis menangkapnya dan diteruskan ke otak. Musik di otak akan mempengaruhi hipofisis untuk melepaskan endorfin sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Rangsangan musik juga mengaktifasi jalur-jalur spesifik di dalam beberapa otak, seperti sistem limbik yang berhubungan dengan perilaku emosional, sistem limbik teraktivasi dan individu menjadi rileks (Qulsum, 2011).

Intervensi menggunakan terapi musik dapat mengubah ambang otak yang dalam keadaan stres menjadi lebih adaptif secara fisiologis dan efektif. Musik diterima melalui saraf pendengaran kemudian diartikan oleh otak atau sistem limbik. Musik dapat pula beresonansi dan bersifat naluriah sehingga dapat langsung masuk otak tanpa melalui jalur kognitif. Lebih jauh lagi, terapi musik tidak membutuhkan panduan fungsi intelektual tinggi untuk berjalan efektif (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Ketika diperdengarkan musik klasik, maka harmonisasi dalam musik klasik yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio). Suara tersebut akan menggetarkan genderang telinga, mengguncangkan cairan di telinga dalam serta menggetarkan sel-sel rambut di dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan

imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri. Imajinasi keindahan tersebut akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena musik klasik dapat menjangkau wilayah kiri kortek cerebri (Mindlin, 2009).

Ketika impuls musik telah mencapai korteks limbik, maka jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke *Amigdala* yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke *Hipotalamus*. *Hipotalamus* merupakan area pengaturan sebagai fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional, jaras pendengaran diteruskan ke formatio retikularis sebagai penyalur impuls menuju saraf otonom. Serat saraf tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ-organ. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa kenyamanan sehingga timbul ketenangan (Faradisi, 2012).

Kecemasan pada pasien preoperasi dapat diatasi dengan melakukan relaksasi untuk mengontrol kecemasan, salah satunya dengan mendengarkan musik. Terapi musik dapat mengubah ambang otak yang dalam keadaan stres menjadi lebih adaptif secara fisiologis dan efektif. Hal ini terjadi karena musik relaksasi klasik bersifat universal, nyaman, menenangkan dan terstruktur yang dapat langsung diterima melalui saraf pendengaran kemudian diartikan oleh sistem limbik tanpa membutuhkan pemikiran atau intelektual yang tinggi (Qulsum, 2011).

Semua jenis musik dapat digunakan sebagai terapi. Seperti lagu-lagu relaksasi, lagu populer, maupun klasik. Namun dianjurkan agar memilih lagu dengan tempo sekitar 60 ketukan per menit yang bersifat rileks. Jika temponya terlalu cepat, maka secara tidak sadar stimulus yang masuk akan membuat kita mengikuti irama tersebut, sehingga tidak mencapai keadaan istirahat yang optimal. Beberapa ahli menyarankan untuk tidak menggunakan jenis musik tertentu seperti pop, disko, *rock and roll*, dan musik berirama keras (*anapestic beat*) lainnya, karena jenis musik dengan *anapestic beat* (2 *beat* pendek, 1 *beat* panjang dan kemudian *pause*) merupakan irama yang berlawanan dengan irama jantung. Musik lembut dan teratur seperti instrumentalia dan musik klasik merupakan musik yang sering digunakan untuk terapi musik (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

7. Teknik terapi musik

Teknik atau prosedur dalam penerapan terapi musik menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011) adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan:

- 1) Kursi dan meja
- 2) Kaset CD, *tape recorder*, atau mp3 jenis musik yang digunakan
- 3) Lingkungan yang tenang, nyaman, dan bersih.

Persiapan pasien:

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan, serta meminta persetujuan pasien untuk mengikuti terapi musik
- 2) Posisikan tubuh pasien secara nyaman dan rileks.

b. Prosedur

- 1) Mengaktifkan mp3 dan mengatur volume suara sesuai dengan selera pasien
- 2) Mempersilakan pasien mendengarkan musik selama minimal 15 menit
- 3) Saat pasien mendengarkan musik arahkan untuk fokus dan rileks terhadap lagu yang didengar dan melepaskan semua beban yang ada
- 4) Setelah musik berhenti pasien dipersilakan mengungkapkan perasaan yang muncul saat musik tersebut diputar, serta perubahan yang terjadi dalam dirinya.

c. Kriteria evaluasi

- 1) Pasien tidak mengalami depresi dan stres
- 2) Pasien tidak mengalami insomnia
- 3) Pasien tidak mengalami kesepian

Prosedur dalam pemberian terapi musik klasik pada pasien pre operasi adalah mengumpulkan data penelitian dengan cara meminta persetujuan kepada pasien untuk dijadikan responden dalam penelitian

dengan menjelaskan penelitian, tujuan, dan manfaat yang diperoleh. Peneliti kemudian melaksanakan pre test, responden yang masuk dalam kriteria inklusi kemudian diberikan terapi musik menggunakan MP3 player kemudian responden diperdengarkan musik Piano Canon In D karya Pachelbels selama 15 menit. Responden diminta untuk mengikuti kegiatan dengan posisi supinasi yang tenang dan tidak berbicara dan tidak diperkenankan untuk mengaktifkan telepon genggam selama mendengarkan musik, kemudian melaksanakan post test kepada pasien setelah intervensi selesai, untuk melakukan perubahan skor terhadap tingkat stres yang terjadi setelah intervensi (Faradisi, 2012).

