

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Apendisitis

2.1.1. Pengertian

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (caecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Apendisitis merupakan penyebab yang paling umum dari inflamasi akut kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Pria lebih banyak terkena daripada wanita, remaja lebih banyak dari orang dewasa; insiden tertinggi adalah mereka yang berusia 10 sampai 30 tahun (Baughman dan Hackley, 2016). Apendisitis yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi atau sepsis, bahkan dapat menyebabkan kematian. Apendisitis akut merupakan kasus abdomen akut paling sering yang membutuhkan pembedahan darurat (Craig, 2017; Shogilev et al., 2014).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Saputro, 2018).

2.1.2. Etiologi

Menurut klasifikasi :

- a. Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limfe, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit(*E.histolytica*).
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali pada ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

2.1.3. Patofisiologi

Apendik belum diketahui fungsinya, merupakan bagian dari sekum. Penyebab utama apendisitis adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya fekalit dalam lumen apendiks. Adanya benda

asing seperti cacing, striktura karena akibat peradangan sebelumnya, sebab lain misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

Penyebab dari berbagai masalah yang di timbulkan oleh ependisitis dimulai dari terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat, kemungkinan disebabkan oleh fekalit (massa keras dari feses), tumor, atau beda asing. Proses inflamasi ini menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal, sehingga menimbulkan nyeri abdomen dan menyebar secara hebat dan progresif dalam beberapa jam terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen. Hal tersebut menyebabkan apendik yang terinflamasi tersebut berisi pus (Smeltzer & Bare, 2021).

patofisiologi apendisitis mula-mula disebabkan oleh sumbatan lumen. Obstruksi lumen apendiks disebabkan oleh penyempitan lumen akibat hiperplasia jaringan limfoid submukosa. Feses yang terperangkap dalam lumen apendiks mengalami penyerapan air dan terbentuklah *fekolit* yang akhirnya menjadi penyebab sumbatan tersebut. sumbatan lumen tersebut menyebabkan keluhan sakit disekitar umbilikus dan epigastrium, mual dan muntah. Proses selanjutnya adalah invasi kuman *Entamoeba Coli* dan spesies *bakteroides* dari lumen ke lapisan mukosa, submukosa, lapisan *muskularis* dan akhirnya ke *peritoneum parietalis* kemudian terjadilah peritonitis lokal kanan bawah, hal ini menyebabkan suhu tubuh mulai naik. Gangren dinding apendiks disebabkan oleh oklusi pembuluh darah dinding apendiks akibat *distensi* lumen apendiks. Bila tekanan intra lumen meningkat maka akan terjadi perforasi yang ditandai

dengan kenaikan suhu tubuh dan menetap tinggi. Tahapan peradangan apendisitis dimulai dari apendisitis akuta yakni sederhana tanpa perforasi, kemudian menuju apendisitis akuta perforata yani apendisitis *gangrenosa*.

2.1.4. Tanda dan Gejala

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendisitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5-38,5° C.

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan apendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) adalah:

1. Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila apendisitis gangren atau mikro perforasi ditutupi oleh omentum. Operasi appendektomi untuk kondisi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (appendektomi dini) maupun tertunda (appendektomi interval). Appendektomi dini merupakan appendektomi yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah kedatangan klien dirumah sakit. Sedangkan

appendektomi interval merupakan appendektomi yang dilakukan setelah terapi konservatif awal, berupa pemberian antibiotika intravena selama beberapa minggu.

2. Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama Polymorphonuclear (PMN). Perforasi baik berupa perforasi bebas maupun mikro perforasi dapat menyebabkan terjadinya peritonitis. Perforasi memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi pergerakan lebih lanjut atau kebocoran dari isi lambung ke rongga perut. Mengatasi peritonitis dapat dilakukan operasi untuk memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus mengangkat bagian dari organ yang terpengaruh.
3. Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. Penderita peritonitis akan disarankan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit. Beberapa penanganan bagi penderita peritonitis adalah:

- 1) Pemberian obat-obatan. Penderita akan diberikan antibiotik suntik atau obat anti jamur bila dicurigai penyebabnya adalah infeksi jamur, untuk mengobati serta mencegah infeksi menyebar keseluruh tubuh. Jangka waktu pengobatan akan disesuaikan dengan tingkat keparahan yang dialami klien.
- 2) Pembedahan. Tindakan pembedahan dilakukan untuk membuang jaringan yang terinfeksi atau menutup robekan yang terjadi pada organ dalam.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan fisik (Huda & Kusuma, 2015) :
 - a) Inspeksi: tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang.
 - b) Palpasi: di daerah perut kanan bawah jika ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri yang mana merupakan kunci dari apendik akut.
 - c) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat atau tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka terasa nyeri perut semakin parah.
 - d) Pada apendisitis terletak pada retro sekum maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol
- b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan radiologi

- a) Tampak distensi sekum pada apendisitis akut.
- b) USG: menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi.
- c) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram.

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi:

a. Sebelum operasi

a) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendektomi. Antibiotik diberikan

sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV) (Sulikhah, 2014).

b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik Sofiah, 2017). Indikasi dilakukannya operasi apendiktomi yaitu bila diagnosa appendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anestesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anestesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus (Mulya, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Kiik, 2018) dalam 4 jam pasca operasi klien sudah boleh melakukan mobilisasi bertahap, dan dalam 8 jam pertama setelah perlakuan mobilisasi dini pada klien pasca operasi abdomen terdapat peningkatan peristaltik usus bahkan peristaltik usus dapat kembali normal. Kembalinya fungsi peristaltik usus akan memungkinkan pemberian diet, membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi serta mempercepat proses penyembuhan. Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah

sayatan dengan panjang sekitar 2–4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus (Dewi, 2015).

Sedangkan pada laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan (Hidayatullah, 2014). Jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan luka insisi sehingga pada klien post operatif apendiktomi dapat terjadi resiko infeksi luka operasi.

c. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

2.1.8 Tahap-tahap keperawatan perioperatif

Tahap pembedahan dibagi dalam tiga tahap keperawatan perioperatif meliputi tahap preoperatif, tahap intra-operatif dan tahap post operatif (Maryunani,2014):

a. Tahap pre operatif

Tahap preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk diruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik atau rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan padasaat pembedahan(Apipudin etal., 2017).

b. Tahap intra-operatif

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien ditransfer kewilayah ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Misalnya memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi,bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh(Virginia,2019).

c. Tahap post-operatif

Tahap post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan preoperatif dan intraoperatif yang dimulai ketika klien diterima diruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindaklanjut pada tatanan klinik atau dirumah. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantaufungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (Maryunani, 2014).

2.1.9 Post Operasi Laparatomi

1. Perngertian

Laparatomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen laparatomi terbentuk dari dua kata Yunani, “Lapara” dan “Tome” kata “Lapara” berarti bagian lunak dari tubuh yang terletak diantara tulang rusuk dan pinggul sedangkan “Tome” berarti pemotongan, jadi laparatomi merupakan salah satu pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan–lapisan dinding Abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi (ANA, 2016).

2. Jenis Sayatan pada Laparotomi

Menurut (Syamsuhidayat & Wim De Jong, 2014). Ada 4 (empat) pembedahan dan pada pasien dengan post laparotomi, nyeri dirasakan pasien setelah satu hari sampai lima hari akan mengalami masalah nyeri dengan skala nyeri berat (7-10).

- 1) Midline insision; yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilicus.
- 2) Paramedian, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah (2,5 cm), panjang(12,5cm).
- 3) Transverse upper abdomenincision, yaitu insisi dibagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenectomy.
- 4) Transverse lower abdomenincision, yaitu insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spinaliliaka, misalnya padaoperasi appendectomy.

3. Fisiologi Penyembuhan Luka

Arisanty (2013) mengatakan secara fisiologi tubuh dapat memperbaiki kerusakan jaringan kulit (luka) sendiri yang dikenal dengan penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka melewati beberapa tahap-tahapan tertentu yang terdiri atas 3 fase yaitu fase inflamasi, fase proliferasi dan fase remodelling.

1) Fase Inflamasi

Fase inflamasi merupakan fase pertama penyembuhan luka yang berlangsung segera setelah terjadinya luka (hari ke-0) hingga hari ke-3. Pada

fase ini terjadi dua kegiatan utama, yaitu respons vaskular dan respon inflamasi. Respon vascular diawali dengan respon hemostatik tubuh selama 5 detik pasca-luka (kapiler berkontraksi dan trombosit keluar). Sekitar jaringan yang luka mengalami iskemia yang merangsang pelepasan histamin dan zat vasoaktif yang menyebabkan vasodilatasi, pelepasan trombosit, reaksi vasodilatasi dan vasokonstriksi, dan pembentukan lapisan fibrin (meshwork). Lapisan fibrin ini membentuk scab (keropeng) di atas permukaan luka untuk melindungi luka dari kontaminasi kuman. Respon Inflamasi merupakan reaksi non-spesifik tubuh dalam mempertahankan/memberi perlindungan terhadap benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Respon ini diawali dari semakin banyaknya aliran darah ke sekitar luka yang menyebabkan bengkak, kemerahan, hangat/demam, ketidaknyamanan/nyeri, dan penurunan fungsi tubuh (tanda inflamasi). Tubuh mengalami aktivitas bioselular dan biokimia, yaitu reaksi tubuh memperbaiki kerusakan kulit, sel darah putih memberikan perlindungan (leukosit) dan membersihkan benda asing yang menempel (makrofag), dikenal dengan proses debris (pembersihan) (Arisanty, 2013).

2) Fase Proliferasi

Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ke tiga. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdeferensiasi, menghasilkan mukopolisakarida, asam amino glisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautan tepi luka. Serat kolagen dibentuk dan dihancurkan kembali untuk

menyesuaikan dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut. Pada akhir fase kekuatan regangan luka mencapai 25% jaringan normal. Pada fase ini, luka dipenuhi sel radang, fibroblas dan kolagen serta pembentukan pembuluh darah (angiogenesis), membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan berbenjol halus yang disebut jaringan granulasi. Epitel tepi luka yang terdiri atas sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi hanya terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan menutupnya luka, proses fibroproliferasi dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulai proses pematangan dalam fase remodeling.

3) Fase Remodelling/Fase Pematangan

“Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan yang sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan ulang jaringan yang baru. Fase ini dapat berlangsung bernulan-bulann dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua tanda dan radang sudah lenyap. Tubuh berusaha kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan.

Udem dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan besarnya regangan. Selama proses ini berlangsung,

dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis dan lentur serta mudah digerakkan dari dasar. Terlihat pengerutan maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perupaan luka kulit mampu menahan regangan kira-kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini mencapai kira-kira 3-6 bulan setelah penyembuhan.

4. Prinsip–Prinsip Perawatan Luka Post Operasi

- 1) Kemampuan tubuh untuk menangani trauma jaringan dipengaruhi oleh luasnya kerusakan dan keadaan umum kesehatan tiap orang
- 2) Respon tubuh pada luka lebih efektif jika nutrisi yang tepat tetap dijaga
- 3) Respon tubuh secara sistemik pada trauma
- 4) Aliran darah ke dan dari jaringan yang luka
- 5) Keutuhan kulit dan mukosa membran disiapkan sebagai garis pertama untuk mempertahankan diri dari Mikroorganisme
- 6) Penyembuhan normal ditingkatkan ketika luka bebas dari benda asing tubuh termasuk bakteri.

2.1.10 Nyeri

1. Pengertian

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalami nyeri sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Hadjistravopoulos and Craigh, 2014)”

“Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman dan fantasi luka (Brunner & Suddarth, 2013).

2. Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerimarangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalahujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireceptor, secara anatomis reseptor nyeri (nosireceptor) ada yang bermielien dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf perifer.

Berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (Kutaneus), somatik dalam (deepsomatic), dan pada daerah viseral, karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

Nosireceptor kutaneus berasal dari kulit dan sub kutan, nyeri yang berasal dari daerah ini biasanya mudah untuk dialokasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit(kutaneus) terbagi dalam dua komponen yaitu:

a. Reseptor Adelta

Merupakan serabut komponen cepat(kecepatan transmisi 6-30m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.

b. Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 0,5m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi. Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dilokalisasi.

Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia dan inflamasi.

3. Jenis –Jenis Nyeri Menurut tempatnya nyeri:

a. Nyeri perifer dibagi menjadi 3 macam

- 1) Superficial : nyeri yang muncul karena rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Visceral : nyeri yang timbul karena stimulasi rasa nyeri pada rongga abdomen, cranium, dan thorax
- 3) Nyeri alih : nyeri yang dirasakan pada daerah yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 4) Nyeri sentral: nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak, dan thalamus.
- 5) Nyeri psikogenik : nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya, atau

dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran sipenderita itu sendiri yang dipengaruhi oleh faktor psikologis bukan fisiologis.

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis, yaitu :

- a. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 3 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung cukup lama, yaitu lebih dari 3 bulan. Termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dapat dibagi kedalam beberapa kategori, di antaranya nyeri tersusuk dan nyeri terbakar.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien Apendisitis Perforasi

2.2.1. Pengkajian

1. Pengumpulan data

Dalam pengumpulan data ada urutan - urutan kegiatan yang dilakukan yaitu :

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku / bangsa, pendidikan, status menikah, pekerjaan, alamat, no. medrec, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal operasi. Penyakit apendisitis dapat terjadi pada usia berapa pun, mengenai baik pria maupun wanita dengan frekuensi yang sama, namun demikian prevalensi banyak terjadi pada pria usia antara pubertas sampai 25 tahun

b. Keluhan Utama

. Klien dengan *post op* laparatomi biasanya mempunyai keluhan utama nyeri akibat adanya luka insisi. Keluhan utama yang didapat kemudian dikembangkan dengan teknik PQIRST yang meliputi :

P: Palliative merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit, hal yang meringankan atau memperberat gejala, biasanya pada klien *post op* laparatomi akan mengeluh nyeri daerah operasi, bertambah nyeri apabila bergerak dan berkurang bila beristirahat.

Q: Qualitative yaitu bagaimana keluhan nyeri dirasakan. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam atau teriris benda tajam.

R: Region sejauh mana lokasi penyebaran nyeri yang di keluhkan. Nyeri dirasakan pada luka operasi dibagian abdomen bagian bawah.

S: Severity/ Skala. Seberapa beratkah nyeri yang dirasakan klien, mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya rentang skala 5-10.

T: Time (waktu). Kapan nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, apakah tiba-tiba atau bertahap. Nyeri bisa dirasakan tiba-tiba dan terus menerus.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi penyakit apa yang pernah di derita oleh klien seperti operasi abdomen yang dahulu, obat-obatan yang pernah digunakan dan apakah mempunyai riwayat alergi. Pada kesehatan masa lalu ini dikaji tentang faktor resiko penyebab masalah kesehatan sekarang seperti diet/ kebiasaan makan makanan rendah serat dan kebiasaan eliminasi .

d. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, bahkan pola sanitasi keluarga seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan. Serta mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi apendisitis tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini

pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai factor predisposisi didalam rumah.

e. Riwayat psikososial

Pengkajian psikososial meliputi informasi tentang penyakit mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita berhubungan dengan keadaannya sekarang.

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

- a) Nutrisi. Klien post operasi laparatomi akibat apendisitis biasanya mengalami mual, kembung, dan dilakukan pembatasan intake/ puasa.
- b) Eliminasi. Pada klien dengan post operasi biasanya dijumpai penurunan jumlah urine akibat intake cairan yang tidak adekuat akibat pembedahan.
- c) Istirahat Tidur. Pada klien post operasi bisa ditemukan gangguan pola tidur karena nyeri.
- d) Personal Hygiene. Pada klien dengan post operasi biasanya klien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri karena keterbatasan gerak akibat pembedahan dan nyeri.
- e) Aktifitas. Pada klien dengan post operasi biasanya ditemukan keterbatasan gerak akibat nyeri.

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang digunakan untuk klien post operasi Laparatomi Eksplorasi disini menggunakan pemeriksaan fisik persistem.

- a) Sistem pernafasan. Kepatenan jalan nafas, kedalaman, frekuensi dan karakter pernafasan, sifat dan bunyi nafas merupakan hal yang harus

dikaji pada klien dengan post operasi. Pernafasan cepat dan pendek sering terjadi mungkin akibat nyeri

- b) Sistem kardiovaskuler, umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisapan kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.
- c) Sistem pencernaan. Pada pengkajian abdominal, ditemukan distensi abdomen, kembung (penumpukan gas), mukosa bibir kering, penurunan peristaltik usus juga biasanya ditemukan muntah dan konstipasi akibat pembedahan
- d) Sistem muskuloskeletal, secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring *post op*. Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri di abdomen dan efek dari pembedahan atau anastesi sehingga menyebabkan kekakuan otot. Kekakuan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.
- e) Sistem integumen, akan tampak adanya luka operasi bagian bawah pusar dengan luka *post op* berbentuk vertikal dengan Panjang ± 10 cm karena insisi bedah disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.
- f) Sistem perkemihan, awal *post op* klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena dilakukan puasa terlebih

dahulu selama periode awal *post op* laparotomi eksplorasi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

g) Sistem persyarafan, kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi saraf kranial dan fungsi saraf serebral. Umumnya klien dengan *post op* laparotomi eksplorasi tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persarafan. Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.

h) Sistem wicara dan THT, pada klien *post op* laparotomi eksplorasi biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium dan pendengaran klien.

i) Data Psikologis

Biasanya klien stress karena menahan rasa nyeri yang dirasakannya dan terkadang stress dikarenakan banyaknya jumlah pengunjung yang datang itu membuat waktu istirahat klien terganggu.

j) Data Sosial

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti biasanya.

k) Data Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik jumlah ataupun dalam beribadah yang di akibatkan karena kelemahan fisik dan ketidakmampuannya.

l) Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, AGD, data penunjang untuk klien dengan Apendisitis perforasi yaitu :

- a. Laboratorium, peningkatan leukosit dapat mengindikasikan adanya infeksi.
- b. Radiologi, biasanya hasil rontgen menunjukkan adanya apendisitis perforasi dan segera dilakukan pembedahan.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien post op laparotomi eksplorasi, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(Prosedur oprasi).
(D.0077)
- b. Resiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis
(D.0054)
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
- e. Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive (D.0142).

2.2.3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2016).

2.1 Tabel Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Frekuensi nadi membaik.	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, dan skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperngani nyeri. Terapeutik : 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 10. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu. Terapi Musik (08250) Observasi 1. Identifikasi perubahan perilaku atau perubahan fisiologis yang akan dicapai. (relaksasi, stimulasi, konsentrasi, pengurangan rasa sakit) 2. Identifikasi minat terhadap musik 3. Identifikasi musik yang disukai	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien. 3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya yang dirasakan pasien. 4. Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri dan keefektifan program 5. Untuk mengontrol tingkat nyeri 6. Mempercepat dalam mengurangi nyeri 7. Teknik manajemen nyeri non farmakologis dapat digunakan untuk mencegah pasien ketergantungan obat jenis analgetik 8. Klien paham cara meredakan nyeri 9. Nyeri pada klien berkurang 10. Dapat digunakan bila pasien tidak memberikan respon pada aspirin.

			Terapeutik - Pilih music yang disukai - Posisikan dalam posisi yang nyaman - Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan(lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon) - Sediakan peralatan terapi music - Atur volume suara yang sesuai - Berikan terapi music sesuai indikasi - Hindari pemberian terapi music yang lama - Hindari pemberian terapi music saat cedera kepala akut Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur terapi music - Anjurkan rileks selama mendengarkan musik	
2	Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status cairan (L.0328) membaik dengan Kriteria Hasil : - Kekuatan nadi meningkat. - Membrane mukosa lembap. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. - Turgor kulit membaik	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi : - Periksa tanda dan gejala hipovolemia. - Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : - Berikan asupan cairan oral Edukasi : - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. - Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. Kolaborasi : - Kolaborasi peberian cairan IV.	- Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen hipovolemia dan keefektifan program - Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi - Memenuhi kebutuhan nutrisi - Memenuhi kebutuhan cairan - Menghindari terjadinya trauma - Memenuhi kebutuhan nutrisi

3	Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive (D.0142).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan Kriteria Hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat. 3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 4. Kadar sel darah putihmeningkat	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. Edukasi : 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 8. Ajarkan etika batuk. 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi: 11. pemberian imunisasi jika perlu.	1. Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen infeksi dan keefektifan program 2. Mencegah terjadinya infeksi baik, lingkungan maupun dari perawat 3. Mencegah terjadiya infeksi di area luka 4. Pasien dapat mencegah terjadinya infeksi pada dirinya 5. Mempercepat proses penyembuhan luka post op 6. Pasien tahu tentang infeksi 7. Membersihkan kuman dan bakteri 8. Tidak menularkan virus ke orang lain 9. Mencukupi asupan nutrisi 10. Mencukupi asupan cairan 11. Meminimalisir terjangkit penyakit tertentu.
---	---	--	---	--

4	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080) -	Tujuan : Setelah dilakukannya intervensi maka tingkat kecemasan menurun, dan hasil : - Tidak menentu - Tidak merata - Perilaku ter	Observasi : 1. Identifikasi saat tingkat kecemasan berubah (mis : kondisi, waktu, stressor) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien 4. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, bila perlu	Observasi : 1. Untuk dapat mengetahui perubahan pada tingkat ansietas dari klien. Terapeutik : 1. Dapat memperlambat hubungan kepercayaan antara pasien dan perawat 2. Untuk melakukan intervensi yang dilakukan 3. Memberitahu keluarga pasien agar untuk tetap Bersama 4. Pemberian obat anti ansietas.
---	---	--	---	---

5	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah melakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik: 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien. Edukasi: 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	1. Untuk mengetahui penyebab hambatan fisik 2. Untuk mengetahui pasien dalam melakukan aktivitas 3. Meningkatkan proses penyembuhan 4. Sebagai penyemangat pasien untuk segera sembuh 5. Agar pasien paham tentang mobilisasi 6. Untuk mempercepat proses penyembuhan
---	-----------------------------------	--	--	--

2.2.4. Pelaksanaan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Adapun intervensi yang akan dilakukan oleh peneliti yang berkaitan dengan nyeri akut adalah : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identitas skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.

Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, dentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres hangat, massase, teknik imajinasi, teknik musik, aromaterapi), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaska penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (PPNI, 2016).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses asuhan keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses asuhan keperawatan. Evaluasi yang peneliti angkat mengacu pada kriteria hasil dari diagnosa nyeri akut yaitu: Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri,

mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang (PPNI, 2016).

2.3. Konsep Musik Mozart

2.3.1. Pengertian Musik Mozart

Musik klasik adalah usaha untuk meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan nada atau suara yang mengandung irama, lagu, dan keharmonisan yang merupakan suatu karya sastra zaman kuno yang bernilai tinggi yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa sehingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Mayenti & Sari, 2020). Musik Klasik adalah suatu komponen yang dinamis yang dapat mempengaruhi fisiologi bagi pendengarnya karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stres, dan menimbulkan *mood* yang positif (Dahlisaet al., 2020).

Musik klasik (mozart) dipercaya mampu memberikan efek-efek positif bagi kehidupan manusia berkat alunan nadanya. Pengaruh musik klasik (mozart) sebagai entertaining effect, learning support effect dan sebagai enriching-mind effect. Karena musik klasik (mozart) dengan irama lembut dapat mempengaruhi denyut jantung sehingga menimbulkan ketenangan yang didengarkan melalui telinga akan langsung masuk ke otak dan langsung diolah sehingga menghasilkan efek yang sangat baik terhadap kesehatan seseorang (Campbell, 2002). Menurut Yunita (2011) bahwa jenis musik klasik mozart merupakan musik lambat atau sesuai dengan denyut jantung maka akan bereaksi dengan mengeluarkan hormone (serotonin) yang dapat membuat rasa nikmat dan senang.

Menurut American Musik Therapist Asociasion (2006) musik akan jauh lebih efektif jika di dengarkan berulang-ulang atau dengan pola siklus dan dengan durasi selama 15-30 menit dimana pendengar berbaring dalam posisi yang nyaman dan berada dekat dengan earphone di lakukan pagi , 1x sehari selama 1 minggu (Sarayar,2013). Terapi musik yang di perdengarkan orchestra, mozart dan dvorax mountain selama 30 menit dengan menggunakan

volume rendah sampai sedang 0-25 dcb (0-45%) (Kompas, 2012) gunakan handphone dan earphone untuk mengfokuskan perhatian dan menghindari gangguan dari lingkungan sekitar fokuskan perhatian pada pernafasan biarkan menjadi dalam lambat dan teratur konsentrasikan pada kesunyian yang terdapat di antara nada nada yang di dengar ini akan mempertahankan konsentrasi pada musik yang didengar dan membuat relaksasi menjadi lebih lengkap.

2.3.2 Manfaat Musik Mozart

Manfaat terapi musik klasik (Mozart) menurut Yanuar (2015), yaitu:

1. Untuk menenangkan pasien.
2. Untuk mengurangi kegelisahan.
3. Efek Mozart adalah salah satu istilah untuk efek yang bisa dihasilkan sebuah musik yang meningkatkan intelegensia seseorang.

Menurut Ulfa (2020) musik mempengaruhi persepsi dengan cara sebagai berikut:

1. Distraksi, yaitu pengalihan pikiran dari nyeri, musik dapat mengalihkan konsentrasi klien pada hal-hal yang menyenangkan.
2. Relaksasi, musik menyebabkan pernafasan menjadi rileks dan menurunkan denyut jantung, karena orang yang mengalami nyeri denyut jantung meningkat.
3. Menciptakan rasa nyaman jika mendengarkan musik yang mempunyai arti bagi mereka.

2.3.3 Prosedur Pemberian Terapi Musik Klasik (Mozart) :

Prosedur Pemberian Terapi Musik Klasik (Mozart) :

1. Bina hubungan saling percaya dan beri salam
2. Memperkenalkan diri
3. Menjelaskan maksud pertemuan
4. Menyampaikan tujuan terapi
5. Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi
6. Memberikan kesempatan penderita bertanya atau menyampaikan Sesuatu
7. Tanggapi secukupnya
8. Atur posisi klien nyaman mungkin (duduk atau Tiduran)
9. Memberikan terapi musik klasik (Mozart) dengan menggunakan Handphoneyang berisikan musik klasik (Mozart) dan earphone dengan durasi 15-20 menit. (Marta, 2014)