

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan diuraikan hal - hal yang berkaitan dengan hasil pengolahan data dan pembahasan dari hasil penelitian. Adapun pembahasan yang dimaksud meliputi: Gambaran umum lokasi penelitian, dan karakteristik responden.

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah Sakit Umum Panembahan Senapati Bantul memiliki 2 ruang kamar rawat inap. Salah satu kamar bedah yaitu ruang melati yang menjadi ruangan pasien post operasi fraktur. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap ruang melati, ruang melati adalah ruangan bagi pasien yang preoperasi dan post operasi. Di Ruang melati ditangani oleh perawat yang dalam 1 shifnya terdapat 4 orang perawat yang selalu memberikan tindakan keperawatan untuk pasiennya. Ruang melati terdapat 10 ruang dimana setiap ruang terdiri dari 4 tempat tidur yang disediakan untuk pasien rawat inap. Setiap ruangan terdapat sekat yang berupa tirai sebagai pembatas antara tempat tidur. ruangnya cukup nyaman, dan bersih. Penelitian dilakukan pada saat pagi hari dan sore hari, ada beberapa pasien yang ditunggu oleh keluarganya tapi tidak mengganggu jalannya penelitian. Salah satu perawatan yang dilakukan untuk pasien operasi fraktur yaitu dengan memberikan obat analgesik untuk mengurangi rasa nyeri.

2. Analisa hasil penelitian

a. Analisa univariat

1) Karakteristik responden berdasarkan usia dan jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dideskripsikan karakteristik responden berdasarkan usia dan jenis kelamin responden seperti pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden di RSUD
Panembahan Senopati Bantul (N=31)

Karakteristik	F	%
Usia		
Remaja Akhir	6	19.4
Dewasa Awal	10	32.3
Dewasa Akhir	15	48.4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	17	54.8
Perempuan	14	45.2

Berdasarkan tabel 4.1 responden data peneliti berdasarkan usia terbanyak adalah usia dewasa akhir 15 orang (48.4%) dan berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sejumlah 17 orang (54.8).

- 2) Berdasarkan hasil penelitian data responden fraktur ekstermitas Atas atau Bawah seperti pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Data responden fraktur ekstermitas atas atau bawah di RSUD Panembahan Senopati Bantul (N=31)

Diagnosa	F	%
Ekstermitas Atas	16	51.6
Ekstermitas Bawah	15	48.4
Jenis Operasi	F	%
ORIF	27	87.1
Close Reduction	4	12.9

Berdasarkan tabel 4.2 diagnosa fraktur ekstermitas atas terbanyak adalah 16 orang (51.6), dan ekstermitas bawah ada sebanyak 15 orang (48.4). Pada jenis operasi terbanyak adalah *post* ORIF (*Open reduction and internal fixation*) 27 orang (87.1), dan *post* close reduction sebanyak 4 orang (12, 9).

- 3) Skala nyeri responden sebelum dan setelah diberikan terapi nafas dalam dan musik instrumental

Berdasarkan hasil peneltian didapatkan data berdasarkan tingkat nyeri pasien sebelum dan setelah diberikan terapi pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Skala nyeri pasien post operasi fraktur ekstermitas atas atau bawah sebelum dan sesudah diberikan terapi di RSUD Panembahan Senopati Bantul (N=31)

Tarik Nafas Dalam			
Pre		Post	
Skala	Frekuensi	Skala	Frekuensi
5	6	3	2
6	16	4	10
7	9	5	16
-	-	6	3
Musik Instrumental			
Pre		Post	
Skala	Frekuensi	Skala	Frekuensi
5	4	3	10
6	16	4	13
7	11	5	8
Selisih Terapi Nafas Dalam dan Terapi Musik Instrumental			
	Pre	Post	Selisih
ND	6,10	4,65	1,45
MI	6,23	3,94	2,29
ND dan MI	4,65	3,94	0,71

Berdasarkan tabel 4.3 skala nyeri terbanyak sebelum diberikan terapi nafas dalam adalah skala 6 yaitu 16 orang, dan setelah diberikan terapi nafas dalam skala nyeri terbanyak adalah skala 5 sebanyak 16 orang. Pada pemberian Musik Instrumental terbanyak sebelum diberikan terapi adalah skala 6 yaitu 16 orang, dan setelah diberikan terapi musik instrumental skala nyeri terbanyak adalah skala 4 yaitu 13 orang. Selisih *pretest* dan *posttest* terapi nafas dalam adalah 1,45, pada terapi

musik instrumental selisih *pretest* dengan *posttest* adalah 2,29, dan selisih antara *posttest* nafas dalam dengan *posttes* musik instrumental adalah 0,71.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan terapi terhadap nyeri *post* operasi dengan menggunakan NRS (*Numerical rating scale*) untuk membandingkan nilai *pretest* pada pertemuan pertama dengan nilai *pretest* pada pertemuan kedua). Sebelum dilakukan analisis bivariat maka dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *Shapiro Wilk* yang didapatkan hasil data tidak berdistribusi normal ditunjukkan dengan nilai ($p < 0.05$) sehingga analisis data menggunakan uji *Wilcoxon* untuk variabel berpasangan.

- 1) Hasil uji wilcoxon pada klien yang diberikan intervensi statistik disajikan pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Uji tingkat nyeri pasien Post operasi fraktur ekstermitas sebelum dan setelah diberikan intervensi di RSUD Panembahan Senopati Bantul (N=31)

	Mean	SD	P value
Pre-TND	6.10	.700	0,000*
Post-TND	4.65	.755	
Pre-MI	6,23	.669	0,000*
Post-MI	3.94	.772	
Post-TND	4.65	.755	0,000*
Post-MI	3.94	.772	

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui tingkat nyeri sebelum prosedur nafas dalam adalah 6.10 dan setelah diberikan terapi adalah 4.65. berdasarkan hasil uji wilcoxon nilai p value 0,000. Interpretasi dari hasil P value adalah kurang dari 0,05 dengan demikian dapat

disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi. Pada prosedur Musik Instrumental tingkat nyeri sebelum diberikan terapi adalah 6.23, sementara tingkat nyeri setelah diberikan terapi adalah 3.94. Hasil uji Wilcoxon untuk *pre* dan *post* didapat *P value* 0,000 ($<0,05$) memberikan interpretasi bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi musik pada pasien *post* operasi fraktur ekstermitas atas atau bawah di ruang rawat inap melati RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil perbandingan antara terapi musik instrumental dengan terapi nafas dalam menggunakan Uji Wilcoxon pada pasien *post* operasi fraktur ekstermitas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat nyeri fraktur yang bermakna pada pasien *post* operasi fraktur ekstermitas *P value* 0,000 ($<0,05$).

- 2) Berdasarkan hasil perhitungan selisih antara terapi nafas dalam dengan terapi musik instrumental didapatkan data yang disajikan pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Selisih Terapi Nafas Dalam dengan Terapi Musik Instrumental Pada Pasien *Post* Operasi Fraktur Ekstermitas Atas atau Bawah Di Panembahan Senopati Bantul (N=31)

	Mean	SD	Selisih	P Value
Pre-TND	6.10	.700	1,45	0,000*
Post-TND	4.65	.755		
Pre-MI	6,23	.669	2,29	0,000*
Post-MI	3.94	.772		
Post-TND	4.65	.755	0,71	0,000*
Post-MI	3.94	.772		

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui pretest nafas dalam dengan posttest nafas dalam didapatkan selisih sebanyak 1,45, untuk pretest

dan posttest terapi musik instrumental didapatkan selisih 2,29, dan selisih antara post test terapi nafas dalam dengan terapi musik instrumental didapatkan selisih 0,71. Hasil ini memberikan interpretasi bahwa ada perbedaan selisih nilai antara terapi nafas dalam dengan terapi musik instrumental pada pasien *post* operasi Fraktur Ekstermitas Atas atau Bawah di Panembahan Senopati Bantul P value (0,05).

B. Pembahasan

1. Farmakologi

a. Ketorolak

Ketorolak tromethamine merupakan suatu analgesik non-narkotik. Obat ini merupakan obat anti-inflamasi nonsteroid yang menunjukkan aktivitas antipiretik yang lemah dan anti-inflamasi. Ketorolak tromethamine menghambat sintesis prostaglandin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang bekerja perifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiat.

b. Uji klinis

Beberapa penelitian telah meneliti efektivitas analgesik Ketorolak tromethamine intramuskular pada dua model nyeri pasca bedah akut; bedah umum (ortopedik, ginekologik dan abdominal) dan bedah mulut (pencabutan M3 yang mengalami impaksi). Penelitian ini merupakan uji yang dirancang paralel, dosis tunggal primer, yang membandingkan Ketorolak tromethamine dengan Meperidine (Phetidine) atau Morfin yang diberikan secara intramuskular. Pada tiap model, pasien mengalami nyeri sedang hingga berat pada awal penelitian. Jika dibandingkan dengan Meperidine 50 dan 100 mg, atau Morfin 6 dan 12 mg pada pasien yang mengalami nyeri pasca bedah, Ketorolak tromethamine 10, 30 dan 90 mg menunjukkan pengurangan nyeri yang sama dengan Meperidine 100 mg dan Morfin 12 mg. Onset aksi analgesiknya sebanding dengan Morfin. Durasi analgesia Ketorolak tromethamine 30 mg dan 90 mg lebih lama

daripada narkotik. Berdasarkan pertimbangan efektivitas dan keamanan setelah dosis berulang, dosis 30 mg menunjukkan indeks terapeutik yang terbaik. Suatu penelitian multisenter, multi-dosis (20 dosis selama 5 hari), pasca bedah (bedah umum) membandingkan Ketorolac tromethamine 30 mg dengan Morfin 6 dan 12 mg dimana tiap obat hanya diberikan bila perlu. Efek analgesik keseluruhan dari Ketorolac tromethamine 30 mg berada di antara Morfin 6 mg dan 12 mg, walaupun perbedaan antara Ketorolac tromethamine 30 mg dan Morfin 12 mg tidak bermakna secara statistik. Tidak tampak adanya depresi napas setelah pemberian Ketorolac tromethamine pada uji klinis kontrol. Ketorolac tromethamine tidak menyebabkan konstiksi. Pada pasien pasca bedah, dibandingkan dengan plasebo : Ketorolac tromethamine tidak menyebabkan kantuk dan dibandingkan dengan Morfin, Ketorolac lebih sedikit menyebabkan kantuk.

c. Farmakokinetik

Ketorolac tromethamine diserap dengan cepat dan lengkap setelah pemberian intramuskular dengan konsentrasi puncak rata-rata dalam plasma sebesar 2,2 mcg/ml setelah 50 menit pemberian dosis tunggal 30 mg. Waktu paruh terminal plasma 5,3 jam pada dewasa muda dan 7 jam pada orang lanjut usia (usia rata-rata 72 tahun). Lebih dari 99% Ketorolac terikat pada konsentrasi yang beragam. Farmakokinetik Ketorolac pada manusia setelah pemberian secara intramuskular dosis tunggal atau multipel adalah linear. Kadar steady state plasma dicapai setelah diberikan dosis tiap 6 jam dalam sehari. Pada dosis jangka panjang tidak dijumpai perubahan bersihan. Setelah pemberian dosis tunggal intravena, volume distribusinya rata-rata 0,25 L/kg. Ketorolac dan metabolitnya (konjugat dan metabolit para-hidroksi) ditemukan dalam urin (rata-rata 91,4%) dan

sisanya (rata-rata 6,1%) diekskresi dalam feses. Pemberian Ketorolak secara parenteral tidak mengubah hemodinamik pasien.

d. Indikasi

Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah. Durasi total Ketorolak tidak boleh lebih dari lima hari. Ketorolak secara parenteral dianjurkan diberikan segera setelah operasi. Harus diganti ke analgesik alternatif sesegera mungkin, asalkan terapi Ketorolak tidak melebihi 5 hari. Ketorolak tidak dianjurkan untuk digunakan sebagai obat prabedah obstetri atau untuk analgesia obstetri karena belum diadakan penelitian yang adekuat mengenai hal ini dan karena diketahui mempunyai efek menghambat biosintesis prostaglandin atau kontraksi rahim dan sirkulasi fetus.

e. Kontra Indikasi

1. Pasien yang sebelumnya pernah mengalami alergi dengan obat ini, karena ada kemungkinan sensitivitas silang.
2. Pasien yang menunjukkan manifestasi alergi serius akibat pemberian Asetosal atau obat anti-inflamasi nonsteroid lain.
3. Pasien yang menderita ulkus peptikum aktif.
4. Penyakit serebrovaskular yang dicurigai maupun yang sudah pasti.
5. Diatesis hemoragik termasuk gangguan koagulasi.
6. Sindrom polip nasal lengkap atau parsial, angioedema atau bronkospasme.
7. Terapi bersamaan dengan ASA dan NSAID l
8. Terapi bersamaan dengan Osetyphilline, Probenecid atau garam lithium.
9. Anak < 16 tahun.

f. Dosis

Ketorolak ampul ditujukan untuk pemberian injeksi intramuskular atau bolus intravena. Dosis untuk bolus intravena harus diberikan selama minimal 15 detik. Ketorolak ampul tidak boleh diberikan secara epidural atau spinal. Mulai timbulnya efek analgesia setelah pemberian IV maupun IM serupa, kira-kira 30 menit, dengan maksimum analgesia tercapai dalam 1 hingga 2 jam. Durasi median analgesia umumnya 4 sampai 6 jam. Dosis sebaiknya disesuaikan dengan keparahan nyeri dan respon pasien. Lamanya terapi : Pemberian dosis harian multipel yang terus-menerus secara intramuskular dan intravena tidak boleh lebih dari 2 hari karena efek samping dapat meningkat pada penggunaan jangka panjang.

g. Dewasa

Ampul : Dosis awal Ketorolac yang dianjurkan adalah 10 mg diikuti dengan 10–30 mg tiap 4 sampai 6 jam bila diperlukan. Harus diberikan dosis efektif terendah. Dosis harian total tidak boleh lebih dari 90 mg untuk orang dewasa dan 60 mg untuk orang lanjut usia, pasien gangguan ginjal dan pasien yang berat badannya kurang dari 50 kg. Lamanya terapi tidak boleh lebih dari 2 hari. Pada seluruh populasi, gunakan dosis efektif terendah dan sesingkat mungkin. Untuk pasien yang diberi Ketorolac ampul, dosis harian total kombinasi tidak boleh lebih dari 90 mg (60 mg untuk pasien lanjut usia, gangguan ginjal dan pasien yang berat badannya kurang dari 50 kg).

h. Efek Samping

Efek samping di bawah ini terjadi pada uji klinis dengan Ketorolac IM 20 dosis dalam 5 hari. Insiden antara 1 hingga 9% : Saluran cerna : diare, dispepsia, nyeri gastrointestinal, mual. Susunan Saraf Pusat : sakit kepala, pusing, mengantuk, berkeringat.

- 1) Ketorolac mengurangi respon diuretik terhadap Furosemide kira-kira 20% pada orang sehat normovolemik.
- 2) Penggunaan obat dengan aktivitas nefrotoksik harus dihindari bila sedang memakai Ketorolac misalnya antibiotik aminoglikosida.
- 3) Pernah dilaporkan adanya kasus kejang sporadik selama penggunaan Ketorolac bersama dengan obat-obat anti-epilepsi.
- 4) Pernah dilaporkan adanya halusinasi bila Ketorolac diberikan pada pasien yang sedang menggunakan obat psikoaktif.

2. Karakteristik responden

Berdasarkan hasil dari karakteristik responden didalam penelitian ini didapat mayoritas usia yaitu usia dewasa akhir (36-45 tahun), dan minimal berusia remaja akhir (17-25 tahun). Dan berdasarkan hasil penelitian, rentan usia responden terbanyak berada pada rentan usia produktif, usia produktif merupakan kelompok usia yang rentan terhadap kejadian fraktur karena aktifitas yang tinggi dari individu (Novita, 2012). Hal ini didukung penelitian Galuh & Arina (2012), menyatakan bahwa usia di bawah 45 tahun sering mengalami kecelakaan saat bekerja yang disebabkan benda tajam atau tumpul, dan terjatuh.

Berdasarkan jenis kelamin pada penelitian ini terdapat 17 orang laki-laki (54,8%) dan 14 orang perempuan (45,2%). Jumlah responden laki-laki lebih banyak karena angka kejadian kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan kerja lebih banyak pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, hal ini didukung penelitian Lukman (2009) yang menyatakan bahwa laki-laki lebih sering mengalami kecelakaan saat bekerja dan sering mengalami kecelakaan lalu lintas. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa pasien post operasi fraktur ekstermitas atas atau bawah yang menjadi

responden di ruang inap RSUD Panembahan Senopati Bantul lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki.

3. Perbedaan nyeri sebelum dan sesudah pemberian terapi nafas dalam

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tingkat nyeri sebelum diberikan terapi nafas dalam adalah 6,10. Kemudian saat pengukuran tingkat nyeri pasien setelah diberikan intervensi adalah 4,65. hasil uji wilcoxon didapat $P\text{ value } 0,000$ ($P < 0,05$) yang artinya ada perbedaan yang signifikan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi nafas dalam pada pasien *post* operasi fraktur ekstermitas atas atau bawah. Peneliti membuktikan bahwa adanya penurunan tingkat nyeri pada pasien setelah diberikan terapi nafas dalam. Terapi nafas dalam adalah teknik relaksasi dengan menghembuskan nafas secara perlahan selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, dan mengurangi stress fisik maupun emosional (Smeltzer dan bare, 2002).

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opoid endogen* yaitu *endorphin* dan *enkefalin* (Smeltzer dan Bare, 2002). Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan pada saat pembedahan. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri karena nyeri *post* operasi merupakan nyeri yang disebabkan karena trauma jaringan oleh karena itu jika trauma sembuh maka nyeri juga akan menghilang. Hasil penelitian ini juga didukung dari penelitian sebelumnya bahwa terapi nafas dalam dapat menurunkan tingkat nyeri. (Sumanto, 2012; Ayudianingsih dan Maliya, 2009).

4. Perbedaan nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi musik instrumental

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tingkat nyeri sebelum diberikan terapi musik instrumental 6,23. Kemudian saat pengukuran tingkat nyeri pasien setelah diberikan intervensi adalah 3,94. hasil uji wilcoxon didapat *P value* 0,000 ($P < 0,05$) yang artinya ada perbedaan yang signifikan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi musik instrumental.

Peneliti membuktikan bahwa adanya penurunan tingkat nyeri pada pasien setelah diberikan terapi musik instrumental. Terapi musik instrumental yang berupa suara diterima oleh saraf pendengaran, diubah menjadi vibrasi yang kemudian disalurkan ke otak melalui sistem limbik. Dalam sistem limbik (Amigala dan hipotalamus) memberikan stimulus kesistem saraf atonom yang berkaitan erat dengan sistem endrokrin yang dapat menurunkan hormon-hormon yang berhubungan dengan stress dan kecemasan, kemudian stimulus mengaktifkan hormon endorphin untuk membantu meningkatkan rasa rileks dalam tubuh seseorang (Setyoadi & Kushariyati, 2011).

Sistem saraf otonom terbagi menjadi dua yaitu: sistem saraf simpatik dan parasimpatik. Kedua saraf ini memiliki fungsi yang berbeda dan bertentangan. Sistem saraf simpatik akan lebih aktif dalam menghadapi situasi yang dapat mencangam diri. Sedangkan sistem parasimpatik akan berkerja lebih aktif dalam keadaan yang normal. Seseorang yang dalam keadaan nyeri maka sistem saraf simpatik akan meningkatkan kerja detak jantung, tekanan darah, dan pernafasan. Sebaliknya ketika seseorang dalam keadaan santai, berbaring, nafas menjadi pelan teratur maka sistem parsimpatik yang berkerja lebih aktif (Kahija, 2007). Terapi ini musik sebagai fasilitator untuk membuat keadaan seseorang menjadi rileks dan

nyaman sehingga kerja sistem saraf parasimpatik akan berkerja lebih dominan. Hasil penelitian ini juga didukung dari hasil penelitian sebelumnya, bahwa terapi musik instrumental dapat menurunkan tingkat nyeri pasien yang akan menjalani operasi. (Arikhman, 2010; Novita, 2012; dan Sumanto, 2012).

5. Perbandingan antara setelah dilakukan Terapi Nafas Dalam dan setelah diberikan Terapi Musik Instrumental

Pada penelitian ini juga bertujuan untuk membandingkan antara terapi nafas dalam dan musik instrumental. Diketahui perubahan pada *post test* nafas dalam adalah 4.65 dan *post test* pada saat terapi musik instrumental adalah 3,94. Dilihat dari nilai *post test* pada saat terapi musik instrumental 3,94 terjadi penurunan yang signifikan dibanding dengan *post test* saat terapi nafas dalam 4,65 yang artinya terapi musik instrumental lebih banyak berpengaruh dalam menurunkan nyeri pasien *post* operasi fraktur ekstermitas atas atau bawah.

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang dilakukan bertujuan agar pasien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri (Smeltzer &Barre, 2002)

Terapi musik dapat memberikan efek yang menenangkan bagi responden, dapat mengurangi kegelisahan, membuat perasaan menjadi rileks, santai serta dapat menstabilkan emosional. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian terapi musik yaitu memilih jenis musik

yang tidak terlalu cepat dan keras (Elliott, 2011). Peneliti menggunakan jenis musik yang tidak begitu cepat dan keras. Peneliti menggunakan jenis musik instrumental, *Remembering The Light*, *Ande-Ande Lumut*, dan *Kopi Dangdut*. Dalam penelitian ini banyak responden yang memilih musik instrumental *Remembering The Light* 11 responden dan *Ande-Ande Lumut* 16 responden, *Kopi Dangdut* sebanyak 4 responden. Selain itu, hal yang harus diperhatikan yaitu ruangan yang nyaman, tenang, dan jauh dari kebisingan sehingga membuat seseorang dapat berkontrasi pada musik yang diberikan sehingga seseorang akan menjadi rileks (Setyoadi. & Kushariyadi, 2011).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti tidak dapat mengendalikan kondisi di luar bilik dan pengunjung yang datang selain untuk responden yang diteliti, karena peneliti hanya mengontrol kondisi dalam bilik dan pengunjung untuk responden yang diteliti.
2. Membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan responden, karena responden yang sesuai dengan kriteria yang ditentukan peneliti belum tentu ada dalam satu hari.
3. Pemberian terapi musik instrumental dan nafas dalam diberikan 1 jam setelah terapi obat diberikan, sehingga waktu saat pemberian terapi musik instrumental dan nafas dalam tiap pasien tidak sama karena peneliti hanya melakukan pengambilan sampel sendiri, jadi tiap pasien memiliki jarak waktu pemberian terapi yang berbeda-beda.