

**EFEKTIVITAS RELAKSASI GENGAM JARI DENGAN AROMA TERAPI
LAVENDER TERHADAP NYERI PADA ANAK USIA SEKOLAH DENGAN
POST OPERASI DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN WIYATA HUSDA
SAMARINDA**

2019

**EFEKTIVITAS RELAKSASI GENGAM JARI DENGAN AROMA TERAPI
LAVENDER TERHADAP NYERI PADA ANAK USIA SEKOLAH DENGAN
POST OPERASI DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Salah satu syarat memperoleh Ners (Ners)



**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAN WIYATA HUSDA
SAMARINDA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIVITAS RELAKSASI GENGAM JARI DENGAN AROMA TERAPI LAVENDER
TERHADAP NYERI PADA ANAK USIA SEKOLAH DENGAN *POST* OPERASI
DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

EVI ERIAN TI

NIM: P180714

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 18 Desember 2019

PENGUJI KLINIK

Ns. Elly Fadly, S.Kep

NIK. 19890414.201208.2.C2.37

PENGUJI AKADEMIK

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.82.06.009

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.13.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Evi Erianti
Nim : P180714
Program studi : Program Studi Profesi Ners STIKES
Wiyata Husada Samarinda
Judul karya ilmiah akhir ners :Efektifitas relaksasi genggam jari

dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri pada anak usia sekolah dengan post operasi di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya ilmiah akhir ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 11 Desember 2018
pernyataan,

Evi Erianti
NIM. P180714

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Efektifitas relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri pada anak usia sekolah dengan post operasi di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”. Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

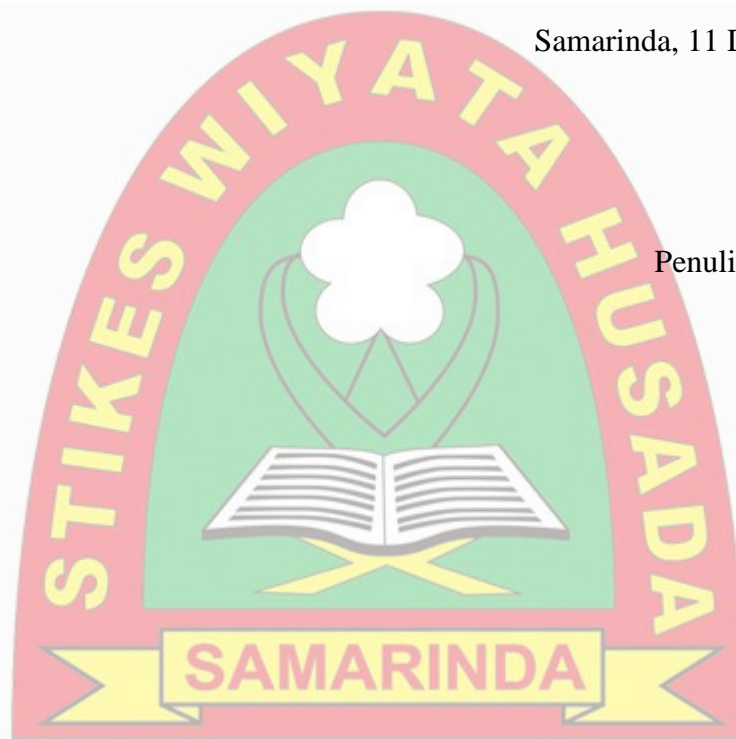
1. Ns. Edy Mulyono, S.Kep, S.Pd, M.Kep, selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu iswanti, selaku Kepala Ruang Melati yang telah berkenan membimbing
3. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep., Sp. Kep.MB, selaku koordinator Stase Peminatan.
5. Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep, selaku Pembimbing Akademik.
6. Ns. Elly Fadly, S.Kep selaku pembimbing klinik dalam karya tulis ilmiah ini
7. Semua preseptor stase peminatan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah banyak membimbing hingga terselesaikan laporan ini.
8. Seluruh pegawai ruang Melati yang telah banyak memberikan saya masukan serta bimbingannya dalam melaksanakan dinas, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu namanya
9. Orang tua dan seluruh keluarga tercinta yang selalu memberikan motivasi dan doa.
10. Rekan-rekan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberi motivasi dan dukungannya.
11. Teman–teman seperjuangan di Ruang Melati yang telah membantu

dalam mengerjakan KIAN dengan penuh semangat dan kerjasama.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini, mohon maaf atas kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah Ta'ala senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-nya untuk kita semua. Aamiin.

Samarinda, 11 Desember 2019

Penulis



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Evi Erianti

NIM : P180714

Program Studi : Profesi NERS

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Efektivitas relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri pada anak usia sekolah dengan post operasi di ruang melati rsud abdul wahab sjahranie samarinda”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 11 Desember 2019

Yang menyatakan

(Evi Erianti)

ABSTRAK

EFEKTIVITAS RELAKSASI GENGAM JARI DENGAN AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP NYERI PADA ANAK USIA SEKOLAH DENGAN POST OPERASI DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Evi Erianti¹, Sumiati Sinaga², Elly Fadly³

Setiap pembedahan selalu berhubungan dengan insisi yang merupakan trauma bagi penderita yang menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Salah satu keluhan yang sering dikemukakan adalah nyeri. Salah satu terapi non farmakologi dalam penanganan nyeri adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi yang akan membuat tubuh rileks. Selain itu terapi relaksasi genggam jari ini juga di kolaborasikan dengan pemberian aroma terapi lavender yaitu aroma terapi lavender sebagai aroma terapi yang dapat memberikan efek relaksasi. Salah satu teknik intervensi yang diterapkan adalah dengan menggunakan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender. Hasil dari penerapan praktik atau intervensi yang telah dilakukan untuk mengurangi skala nyeri yaitu terjadi penurunan skala nyeri pada pasien pasca operasi.

Kata kunci : nyeri pasca operasi, relaksasi genggam jari, aroma terapi lavender

¹Mahasiswa program studi profesi NERS, STIKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur

²Dosen program studi Profesi NERS, STIKES Wiyata Husada Samarinda, Kalimantan Timur

³Perawat RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda, Kalimantan Timur

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF FINGER RELAXATION WITH LAVENDER AROMA THERAPY ON PAIN IN SCHOOL AGES CHILDREN WITH POST OPERATIONS IN MELATI ROOM RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Evi Erianti¹, Sumiati Sinaga², Elly Fadly³

Every surgery is always associated with an incision which is a trauma for sufferers that causes a variety of complaints and symptoms. One complaint that is often raised is pain. One non-pharmacological therapy in the management of pain is a hand-held relaxation technique. A finger-held relaxation technique can reduce physical and emotional tension which will relax the body. In addition, this hand-held finger relaxation therapy is also collaborated with the provision of aromatherapy lavender therapy, namely lavender aromatherapy as aromatherapy that can provide a relaxing effect. One intervention technique that is applied is to use hand-held relaxatory therapy with the scent of lavender therapy. The results of applying practices or interventions that have been done to reduce the scale of pain that is a decrease in pain scale in patients after surgery.

Keywords: postoperative pain, hand-held relaxation, lavender aromatherapy

¹Professional Profession Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda Samarinda Health School

²lecturer in Professional study program, STIKES Wiyata Husada Samarinda Samarinda Health School

³Nurse in RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, Kalimantan Timur

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.	viii
DAFTAR ISI.	X
DAFTAR TABEL.	xi
DAFTAR SKEMA.	xii
DAFTAR GAMBAR.	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan.	5
D. Manfaat Penulisan.	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Anak Usia Sekolah.	7
B. Konsep Keperawatan kamar bedah.....	9
C. Konsep Nyeri	13
D. Konsep Teknik relaksasi genggam jari.....	21
E. KonsepAroma terapi lavender.....	23
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Kasus Kelolaan Utama.	27
B. Kasus kelolaan resume.....	29
C. Analisa Evidance Based Nursing	36
D. Hasil Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	40
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian Keperawatan	42
B. Diagnosa Keperawatan	47
C. Intervensi Keperawatan	52
D. Implementasi Keperawatan	54
E. Evaluasi Keperawatan	58
F. Pemmbahasan <i>Evidence Based Nursing</i>	60
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A.Kesimpulan.....	66
B.Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

2.1 Tabel kategori pembedahan berdasarkan tingkat urgensi.....	12
2.2 Tabel Flacc Scale.....	19
4.1 Tabel pemberian implementasi.....	52
4.2 Tabel Karakteristik responden berdasarkan jenis kelami.....	55
4.3 Tabel Karakteristik responden berdasarkan usia.....	56



DAFTAR SKEMA

2.1 Hubungan relaksasi genggam jadri dengan intensitas nyeri.....	25
2.2 Alur penelitian.....	38



DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar skala nyeri deskriptif.....	16
2.2 Gambar Skala nyeri numerik.....	17
2.3 Gambar skala analog visual.	17
2.4 Gambar skala <i>wong baker</i>	18
2.5 Gambar <i>flacc scale</i>	18



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Lembar penjelasan penelitian
Lampiran 2	: Lembar persetujuan menjadi responden
Lampiran 3	: Lembar Standar Operasional Prosedur
Lampiran 4	: Lembar Observasi
Lampiran 5	: Foto Dokumentasi Penelitian
Lampiran 6	: Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan terdapat dalam undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak. Pasal tersebut menjelaskan bahwa, anak adalah siapa saja yang belum berusia 18 tahun dan termasuk anak yang masih didalam kandungan, yang berarti segala kepentingan akan pengupayaan perlindungan terhadap anak sudah dimulai sejak anak tersebut berada didalam kandungan hingga berusia 18 tahun (Damayanti, 2008)

Anak merupakan individu yang unik dan berbeda dengan orang dewasa. Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010, jumlah anak di Indonesia usia 0-17 tahun mencapai 81 juta jiwa lebih (34,26 %) dari total penduduk (badan pusat statistic, 2011). Anak sebagai tumpuan dan masa depan bangsa juga termasuk kelompok yang rentan terhadap berbagai masalah kesehatan.

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan, lingkungan dalam rahim maupun lingkungan eksternal yang menyebabkan anak dalam kondisi rentang sehat sakit (James & Ashwill, 2007). Faktor tersebut dapat menjadi penyebab anak sakit. Kondisi yang dapat menyebabkan anak sakit dapat bervariasi selama masa pertumbuhan dan perkembangan anak, diantaranya disebabkan karena suatu infeksi maupun penyakit keturunan dan penyakit karena kelainan kongenital. Kondisi kelaianan kongenital ini menyebabkan anak harus dirawat di rumah sakit dan mendapat tindakan medis bahkan tindakan pembedahan.

Operasi atau pembedahan adalah suatu penanganan medis secara infasif yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri, atau deformitas tubuh yang akan mencederai jaringan yang dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh dan mempengaruhi organ tubuh

lainnya. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuka sayatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari world health organization (WHO) jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan dari tahun ke tahun. Tercatat ditahun 2011 terdapat 140 juta pasien diseluruh rumah sakit yang ada di dunia, sedangkan pada tahun 2012 data mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa, sedangkan untuk di Indonesia pada tahun 2012 mencapai 1,2 juta jiwa (Sartika, 2013).

Tindakan pembedahan menyebabkan jaringan sekitar mengalami pemutusan (discontinuitas) sehingga mengakibatkan cedera pada jaringan yang dilakukan pembedahan. Cedera karena pembedahan ini akan mengaktifkan nosiseptor untuk melepaskan zat kimia yang akan diteruskan oleh kornudorsalis dan dilanjutkan ke otak sebagai persepsi nyeri. Dalam beberapa detik setelah kerusakan jaringan yang hebat akan terjadi aliran sensoris yang masif kedalam medulla spinalis, ini akan menyebabkan jaringan saraf didalam medulla spinalis menjadi hiperresponsif. Reaksi ini akan menyebabkan munculnya rangsangan nyeri akibat stimulus non noksius dan pada daerah yang jauh dari jaringan cedera juga akan menjadi lebih sensitif terhadap rangsangan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002; Skilton, 2003).

Nyeri dialami oleh sebagian besar (86%) anak yang menjalani perawatan di rumah sakit, dari angka tersebut 40% mengalami nyeri berat. Pasien pasca pembedahan 99% menderita nyeri sedangkan pasien dengan penyakit infeksi sebanyak 65% mengalami nyeri (Kozlowski, et al., 2012). Terapi non- farmakologi diperlukan sebagai pendamping terapi farmakologi untuk mempersingkat waktu nyeri yang hanya berlangsung dalam beberapa detik atau menit. Beberapa penelitian, telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pascaoperasi. Ini mungkin karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca-operatif atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan

ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri

Salah satu jenis terapi non – farmakologis yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri setelah operasi adalah teknik relaksasi genggam jari yang mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan dan aliran energy didalam tubuh kita (Liana, 2008). Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati, relaksasi genggam jari digunakan untuk memindahkan energy yang terhambat menjadi lancar (Liana, 2008). Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 2 - 5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (energy channel) yang terletak pada jari tangan kita. Titik –titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga penyumbatan di jalur energi menjadi lancar (Puwahang, 2011). Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul relaksasi.

Salah satu intervensi lain yang dapat menurunkan nyeri dengan efek sampingnya yang minimal yaitu non farmakologi dengan pendekatan modulasi psikologis dan sensorik nyeri seperti relaksasi dengan salah satu pemberian aromaterapi lavender (Green dkk, 2007 dalam Kosasih dan Solehati, 2015). Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak essensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spiritual seseorang (Green dkk, 2007 dalam Kosasih dan Solehati, 2015). Aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan menggunakan bau-bauan yang menggunakan minyak essensial aromaterapi. Lavender merupakan salah satu minyak essensial analgesik yang mengandung 8% terpena dan 6% keton. Minyak lavender juga mengandung 30-50% linalil asetat (Wiryodidagdo S. 2008).

Hasil dari observasi dan wawancara langsung yang dilakukan pada ke 4 orang yang menjalani post operasi merasa adanya nyeri yang dirasakan dengan berbagai macam skala nyeri. Berdasarkan data dan pemahaman yang didapatkan maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan teknik relaksasi genggam jari yang dikombinasikan dengan aroma terapi lavender untuk manajemen nyeri non farmakologi. Upaya kompetensi yang ditargetkan “Asuhan keperawatan dan aplikasi teknik relaksasi genggam jari dan aroma terapi lavender pada anak usia sekolah dengan masalah utama nyeri pasca operasi diruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

B. Rumusan Masalah

Pasca pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri dan bila pasien mengeluh nyeri maka hanya satu yang mereka inginkan yaitu mengurangi rasa nyeri. Hal itu wajar, karena nyeri dapat menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat. Ada beberapa cara untuk mengatasi nyeri yang di alami yaitu dengan distraksi teknik relaksasi genggam jari dan aroma terapi. Mengingat pentingnya

mengajarkan pasien yang mengalami nyeri setelah operasi, maka penulis merumuskan masalah “Efektifitas relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri pada anak usia sekolah dengan post operasi di ruang melati RSUD abdul wahab sjahrani samarinda”

C. Tujuan Penulis

1. Tujuan umum

Mendeskripsikan Efektifitas relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri pada anak usia sekolah dengan post operasi di ruang melati RSUD abdul wahab sjahrani samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada klien *post op* dengan masalah nyeri
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien *post op* dengan masalah nyeri
- c. Mengidentifikasi intervensi pada pasien *post op* dengan masalah nyeri.
- d. Mengidentifikasi evaluasi pada pasien *post op* dengan masalah nyeri
- e. Mengidentifikasi pengaruh teknik relaksasi genggam jari dan aroma terapi lavender pada pasien *post op* dengan masalah nyeri

D. Manfaat Penelitian

1. Perkembangan ilmu keperawatan

Penulisan KIAN diharapkan dapat menjadi salah satu tambahan dalam praktik keperawatan berdasarkan pada intervensi keperawatan untuk mengetahui pemberian atau efektifitas teknik relaksasi genggam jari dan aroma terapi lavender pada anak usia sekolah dengan masalah utama nyeri pasca operasi diruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Pelayanan keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melaksanakan perannya guna

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pada semua pasien anak yang dirawat di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak Usia Sekolah

1. Pengertian Anak Sekolah

Anak usia sekolah adalah anak dengan usia 6-12 tahun, dimana pada usia ini anak memperoleh dasar pengetahuan dan keterampilan untuk keberhasilan penyesuaian diri anak pada kehidupan dewasanya. Sekolah menjadi pengalaman inti pada anak, karena dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua, teman sebaya, dan orang lainnya (Wong, et al, 2009).

2. Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6-12 Tahun) Anak usia antara 6-12 tahun, periode ini kadang disebut sebagai masa anak-anak pertengahan atau masa laten, masa untuk mempunyai tantangan baru. Kekuatan kognitif untuk memikirkan banyak faktor secara simultan memberikan kemampuan pada anak-anak usia sekolah untuk mengevaluasi diri sendiri dan merasakan evaluasi teman-temannya. Periode ini anak-anak dianggap mulai bertanggungjawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orangtua mereka, teman sebaya, dan orang lain. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Wong, 2009).

a. Pertumbuhan Fisik

Pertumbuhan selama periode ini rata-rata 3-3,5 kg dan 6cm atau 2,5 inchi pertahunnya. Lingkar kepala tumbuh hanya 2-3 cm selama periode ini, menandakan pertumbuhan otak yang melambat karena proses mielinisasi sudah sempurna pada usia 7 tahun. Habitus tubuh

(endomorfi, mesomorfi atau ektomorfi) cenderung secara relatif tetap stabil selama masa anak pertengahan (Wong, 2009). Kekuatan otot, koordinasi dan daya tahan tubuh meningkat secara terus- menerus. Kemampuan menampilkan pola gerakangerakan yang rumit seperti menari, melempar bola, atau bermain alat musik. Kemampuan perintah motorik yang lebih tinggi adalah hasil dari kedewasaan maupun latihan; derajat penyelesaian mencerminkan keanekaragaman yang luas dalam bakat, minat dan kesempatan bawaan sejak lahir. Organ-organ seksual secara fisik belum matang, namun minat pada jenis kelamin yang berbeda dan tingkah laku seksual tetap aktif pada anak-anak dan meningkat secara progresif sampai pada pubertas (Wong, 2009).

b. Perkembangan Kognitif

Perubahan kognitif pada anak usia sekolah adalah pada kemampuan untuk berpikir dengan cara logis tentang disini dan saat ini, bukan tentang hal yang bersifat abstraksi. Pemikiran anak usia sekolah tidak lagi didominasi oleh persepsinya dan sekaligus kemampuan untuk memahami dunia secara luas. Perkembangan kognitif Piaget terdiri dari beberapa tahapan, yaitu: (1) Tahap sensorimotorik (0-2 tahun); (2) Praoperasional (2-7 tahun); (3) Concrete operational (7-11 tahun); dan (4) Formal operation (11-15 tahun) (Wong, 2009). Menurut Piaget, usia 7–11 tahun menandakan fase operasi konkret.

Anak mengalami perubahan selama tahap ini, dari interaksi egosentris menjadi interaksi kooperatif. Anak usia sekolah juga mengembangkan peningkatan mengenai konsep yang berkaitan dengan objek-objek tertentu, contohnya konservasi lingkungan atau pelestarian margasatwa. Pada masa ini anak-anak mengembangkan pola pikir logis dari pola pikir intuitif, sebagai contoh mereka belajar untuk mengurangi angka ketika mencari jawaban dari suatu soal atau pertanyaan. Pada usia ini anak juga belajar mengenai hubungan

sebab akibat, contohnya mereka tahu bahwa batu tidak akan mengapung sebab batu lebih berat daripada air (Wong, 2009).

3. Ciri-Ciri Anak Sekolah

Menurut John W, (2011), orang tua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini dan label-label itu mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak usia sekolah, yaitu sebagai berikut:

a. predikat yang digunakan oleh orang tua

- 1) Masa yang menyulitkan Suatu masa dimana anak tidak mau lagi menuruti perintah dan dimana ia lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebaya daripada oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya.
- 2) Masa anak tidak rapi Suatu masa dimana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan. Sekalipun ada peraturan keluarga yang ketat mengenai kerapihan dan perawatan barang-barangnya, hanya beberapa saja yang taat, kecuali kalau orang tua mengharuskan melakukannya dan mengancam dengan hukuman.

B. Konsep Keperawatan Kamar Bedah (Perioperatif)

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Dalam setiap fase tersebut dimuali dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masingmasing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner &

Suddarth, 2010)

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperative (Muttaqin, 2009).

2. Etiologi

Pembedahan dilakukan untuk berbagai alasan (buku ajar keperawatan medical bedah brunner dan suddarth) seperti :

- a. Diagnostic, seperti dilakukan biopsy atau laparotomy eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparative, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomy dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan

3. Fase Pelayanan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Hipkabi, 2014).

a. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat

mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2009)

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai.

Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2009).

c. Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Pembedahan dilakukan jika diduga kuat adanya indikasi-indikasi yang mendukung untuk diharuskannya tindakan pembedahan. Sebagai contoh, untuk pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukannya biopsi, untuk memperkirakan luas penyakit ataupun injury yaitu dengan eksplor laparotomi, mungkin juga untuk mengembalikan tampilan dan fungsi sebelumnya misalnya dengan mammoplasty, pembedahan juga dilakukan untuk mengangkat organ yang tidak bisa ditunda, seperti contoh pada kasus darurat.

Tabel 2.1 Kategori pembedahan berdasar tingkat urgensinya menurut Brunner & Suddarth (2010)

No	Klasifikasi	Indikasi untuk Pembedahan	Contoh
1	Kedaruratan- pasien membutuhkan perhatian segera; gangguan mungkin mengancam jiwa	Tanpa ditunda	Perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
2	Urgen-pasien membutuhkan perhatian segera	Dalam 24-30 jam	Infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
3	Diperlukan-pasien harus menjalani pembedahan	Dapat direncanakan dalam beberapa bulan atau minggu	Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, katarak.
4	Elektif-pasien harus dioperasi ketika diperlukan	Pembedahan dimana jika Tidak dilakukan pembedahan (penundaan) tidak Terlalu membahayakan Pasien	Perbaikan eskar, hernia sederhana, Perbaikan vaginal
5	Pilihan-keputusan terletak pada pasien	Pilihan pribadi	Bedah kosmetik

Sumber: Brunner & Suddarth (2010)

C. Konsep Nyeri

1. Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer and Bare, 2012).

Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2005).

Nyeri merupakan sumber penyebab prustasi baik pasien maupun bagi tenaga kesehatan. Nyeri merupakan salah satu keluhan tersering pada pasien setelah mengalami suatu tindakan pembedahan. Pembedahan merupakan suatu peristiwa yang bersifat bifasik terhadap tubuh manusia yang berimplikasi pada pengelolaan nyeri (Potter & Perry, 2005).

2. Penyebab nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- b. Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke Central Nerve System (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk (Eli kosasih, 2015).

3. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awal yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan sampai berat dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut akan berhenti dengan

sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi. Seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan (Smeltzer and Bare, 2005).

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermitten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis dibagi menjadi dua yaitu, nyeri kronik nonmalignal dan malignan. Nyeri kronik nonmalignal merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang tidak progresif atau yang menyembuhkan. Nyeri kronik yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi malignan terjadi akibat perubahan pada saraf. Perubahan ini terjadi bisa karena penekanan pada saraf sel-sel kanker maupun pengaruh zat-zat kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri (Potter & Perry, 2005).

4. Proses terjadinya nyeri

Proses terjadinya nyeri merupakan suatu rangkaian yang rumit, dalam hal ini dibutuhkan pengetahuan mengenai struktur dan fisiologis sistem persarafan karena sistem inilah yang memegang kendali dalam terciptanya nyeri.

Sel saraf atau neuron terdiri dari badan sel dan dua sel tonjolan yang terutama bertanggung jawab untuk transmisi impuls saraf, termasuk impuls nyeri. Menonjol dari badan sel adalah tonjolan pendek bercabang yang dinamakan dendrit yang menerima rangsangan sensorik dari lingkungan luar sel dan mentransmisikan menuju badan

sel. Tonjolan ini disebut neuron atau serat aferen (sensorik), yaitu serat saraf yang memantau masukan sensorik dan membawa informasi ini dari perifer ke susunan saraf pusat (Andarmoyo, 2013).

Pada setiap sel juga memiliki tonjolan tunggal yang disebut akson dengan panjang bervariasi. Pada sepanjang akson itulah impuls saraf dikonduksikan menjauhi badan sel neuron menjadi dendrit neuron lain atau struktur eteren misal otot atau kelenjar. Serat saraf ini disebut neuroeferen (motorik), yaitu saraf yang membawa impuls saraf dari susunan saraf pusat ke dalam tubuh. (Bresnick, 2003).

Zat-zat kimia yang meningkatkan transmisi atau persepsi nyeri meliputi histamin, brandikinin, asetilkolin, dan substansi. Prostaglandin adalah zat kimia yang diduga dapat meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dengan meningkatkan efek yang menimbulkan nyeri dari brandikinin (Smeltzer & Bare, 2005).

5. Strategi Penatalaksanaan Nyeri Nonfarmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologis. Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri pasien.

Manajemen nyeri nonfarmakologis sangat beragam. Banyak literatur yang membicarakan mengenai tehnik-tehnik peredaan nyeri, beberapa mengenai tindakan-tindakan tersebut antara lain :

- a. Bimbingan antisipasi
- b. Terapi es dan panas atau kompres panas dan dingin
- c. Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan/TENS (Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation)
- d. Distraksi
- e. Tehnik relaksasi
- f. Imajinasi terbimbing

- g. Hipnosis
- h. Akupuntur
- i. Umpan balik biologis
- j. Massage

6. Penilaian Nyeri

Interpretasi skala nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. Menurut Smeltzer, (2002) adalah sebagai berikut :

a. Skala intensitas nyeri deskriptif

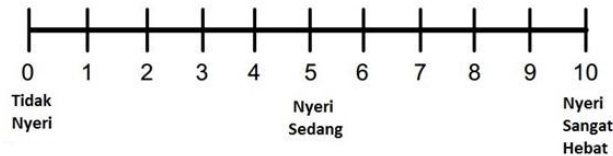
Pasien dapat diminta untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal (missal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri hebat, atau sangat hebat ; atau 0 sampai 10; 0= tidak ada nyeri, 10= nyeri sangat hebat), nomor yang menerangkan tingkat nyeri yang dipilih oleh pasien akan mewakili tingkat intensitas nyerinya.

Gambar 2.1 Skala nyeri deskriptif



b. Skala nyeri numeric

Metode Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan



pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS.

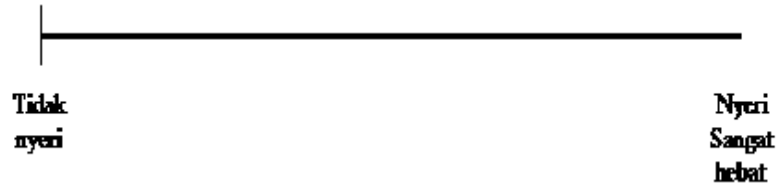
Gambar 2.2 skala nyeri numeric

NRS di satu sisi juga memiliki kekurangan, yakni tidak adanya pernyataan spesifik terkait tingkatan nyeri sehingga seberapa parah nyeri yang dirasakan tidak dapat diidentifikasi dengan jelas.

c. Skala analog visual

Pada metode VAS, visualisasinya berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, di mana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya lagi mengindikasikan rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Selain dua indikator tersebut, VAS bisa diisi dengan indikator redanya rasa nyeri.

VAS adalah prosedur penghitungan skala nyeri yang mudah untuk digunakan. Namun, VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien yang baru mengalami pembedahan. Ini karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



Gambar 2.3 skala VAS

d. Wong-Baker Pain Rating Scale

Wong-Baker Pain Rating Scale adalah metode penghitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri.



Gambar 2.4 skala wong baker

Seperti terlihat pada gambar, skala nyeri dibagi menjadi:

- 1) Raut wajah 1, tidak ada nyeri yang dirasakan
- 2) Raut wajah 2, sedikit nyeri
- 3) Raut wajah 3, nyeri
- 4) Raut wajah 4, nyeri lumayan parah
- 5) Raut wajah 5, nyeri parah
- 6) Raut wajah 6, nyeri sangat parah

e. Flacc scale

Bayi tidak dapat berkomunikasi melalui verbal secara menyeluruh, walaupun tingkah laku mereka menampilkan ekspresi wajah nyeri seperti menangis, wajah meringis, mata menyipit, dagu bergetar. Sedangkan pada anak toddler dan pra sekolah kurang dalam

kemampuan kognitif untuk menggunakan alat skor nyeri standar seperti pada orang dewasa. Pengkajian nyeri pada anak perlu dilakukan untuk menilai tingkat nyeri anak untuk penentuan intervensi atau tindakan yang akan dilakukan.

Skala ini merupakan skala perilaku yang telah dicoba pada anak usia 3-7 tahun. Setiap kategori (Faces, Legs, Activity, Cry, dan Consolability) diberi nilai 0-2 dan dijumlahkan untuk mendapatkan total 1-10.

No	Kategori	Skor			Total
		0	1	2	
1	Face (wajah)	Tidak ada ekspresi ataupun tersenyum	Menyeringai, mengerutkan tampak tidak tertarik (kadang-kadang)	Dagu dahi, gemetar, gigi gemertak (sering)	
2	Leg (kaki)	Normal, rileks	Gelisah, tegang	Menendang, kaki tertekuk	
3	Activity (aktivitas)	Terbaring tenang, posisi normal, gerakan mudah	Menggeliat, tidak bisa diam, tegang	Kaku atau kejang	
4	Cry (menangis)	Merintih, merengek, kadang-kadang mengeluh	Terus menangis, berteriak sering mengeluh	Terus menangis, berteriak, sering mengeluh	
5	Consability (konsabilitas)	Rileks	Dapat ditenangkan dengan sentuhan, pelukan, bujukan, dapat dialihkan	Sulit dibujuk	

Tabel 2.5 *Flacc Scale*

D. Konsep teknik relaksasi genggam jari

1. Definisi

Menurut Tamsuri (2007) dalam Zees (2012), relaksasi adalah tindakan relaksasi otot rangka yang dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

Tehnik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologis dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode TENS (Transcutaneous electric nerve stimulation), biofeedback, placebo dan distraksi.

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Tehnik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter dan Perry, 2005).

Berbagai macam bentuk relaksasi yang sudah ada adalah relaksasi otot relaksasi kesadaran indera, relaksasi meditasi, yoga dan relaksasi hipnosa. Dari bentuk relaksasi diatas belum pernah dijelaskan kajian tentang tehnik relaksasi genggam jari. Relaksasi genggam jari adalah sebuah tehnik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Tehnik genggam jari disebut juga finger hold (Liana, 2008).

Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati. Relaksasi genggam jari digunakan untuk memindahkan energi yang terhambat menjadi lancar (Hill, 2011).

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf nonosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebri dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan mengenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak.

Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulasi pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut aferen nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebri dan di interpretasikan sebagai nyeri (Pinandita, 2012).

2. Hubungan antara relaksasi genggam jari dengan penurunan intensitas nyeri

Menurut teori gate control yang pertama kali dikemukakan oleh melzec & wall pada tahun 1965, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktifitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Substansi gelatinosa (SG) yang ada pada bagian ujung dorsal serabut saraf *spinal cord* mempunyai peran sebagai pintu gerbang (*gating Mechanism*), mekanisme *gate control* ini dapat memodifikasi dan merubah sensasi nyeri yang datang sebelum mereka sampai di korteks serebri dan menimbulkan nyeri. Hasil persepsi ini dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. rangsangan pada serat kecil

akan menghambat aktivitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

Impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

E. Konsep Aroma Terapi

1. Definisi

Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak esensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spiritual seseorang (Green dkk, 2007 dalam Kosasih dan Solehati, 2015). Aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan menggunakan bau-bauan yang menggunakan minyak esensial aromaterapi. Lavender merupakan salah satu minyak esensial analgesik yang mengandung 8% terpena dan 6% keton. Minyak lavender juga mengandung 30-50% linalil asetat (Wiryodidagdo S. 2008).

Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Sharma (2009) mengatakan bahwa bau berpengaruh secara langsung terhadap otak seperti obat analgesik. Misalnya, mencium lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alfa didalam otak dan membantu untuk merasa rileks.

Minyak esensial Lavender merupakan salah satu jenis minyak yang dapat digunakan sebagai aromaterapi, sewaktu minyak esensial dihirup. Setelah itu, molekul bau ditransmisikan sebagai suatu pesan ke pusat

penghidu yang terletak tepat pada bagian belakang hidung. Kemudian, di tempat inilah berbagai sel neuron mengubah bau tersebut dan menghantarkannya ke susunan saraf pusat lalu dihantarkan menuju sistem limbik otak. Sistem limbik otak merupakan tempat penyimpanan memori, pengaturan suasana hati, emosi marah, senang, kepribadian, tingkah laku serta orientasi seksual. Kemudian, pada sistem limbik inilah molekul bau akan dihantarkan ke hipotalamus dan merangsang hipotalamus untuk menghasilkan Corticotropin Releasing Factor (CRF). Selanjutnya, CRF akan merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan produksi proopiomelanocortin (POMC) sehingga produksi enkephalin oleh medulla adrenal meningkat. Selain itu, kelenjar pituitary juga menghasilkan endorfin sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi kondisi rileks

2. Manfaat aroma terapi

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa aromaterapi memiliki beberapa manfaat terhadap kesehatan, antara lain:

- a. Membuat tubuh dan pikiran menjadi santai.
- b. Meningkatkan kualitas tidur dan membantu meringankan insomnia.
- c. Meringankan rasa sakit, seperti nyeri haid
- d. Membantu mengurangi stres.
- e. Meringankan rasa gelisah ketika bersalin.
- f. Meredakan sakit kepala dan migrain.

Meski demikian, aromaterapi tidak bisa dijadikan pengobatan utama untuk menangani penyakit. Berbagai manfaat aromaterapi yang disebutkan di atas adalah sebagai perawatan tambahan atau alternatif.

3. Cara Menggunakan Aromaterapi

a. Menghirup aromaterapi

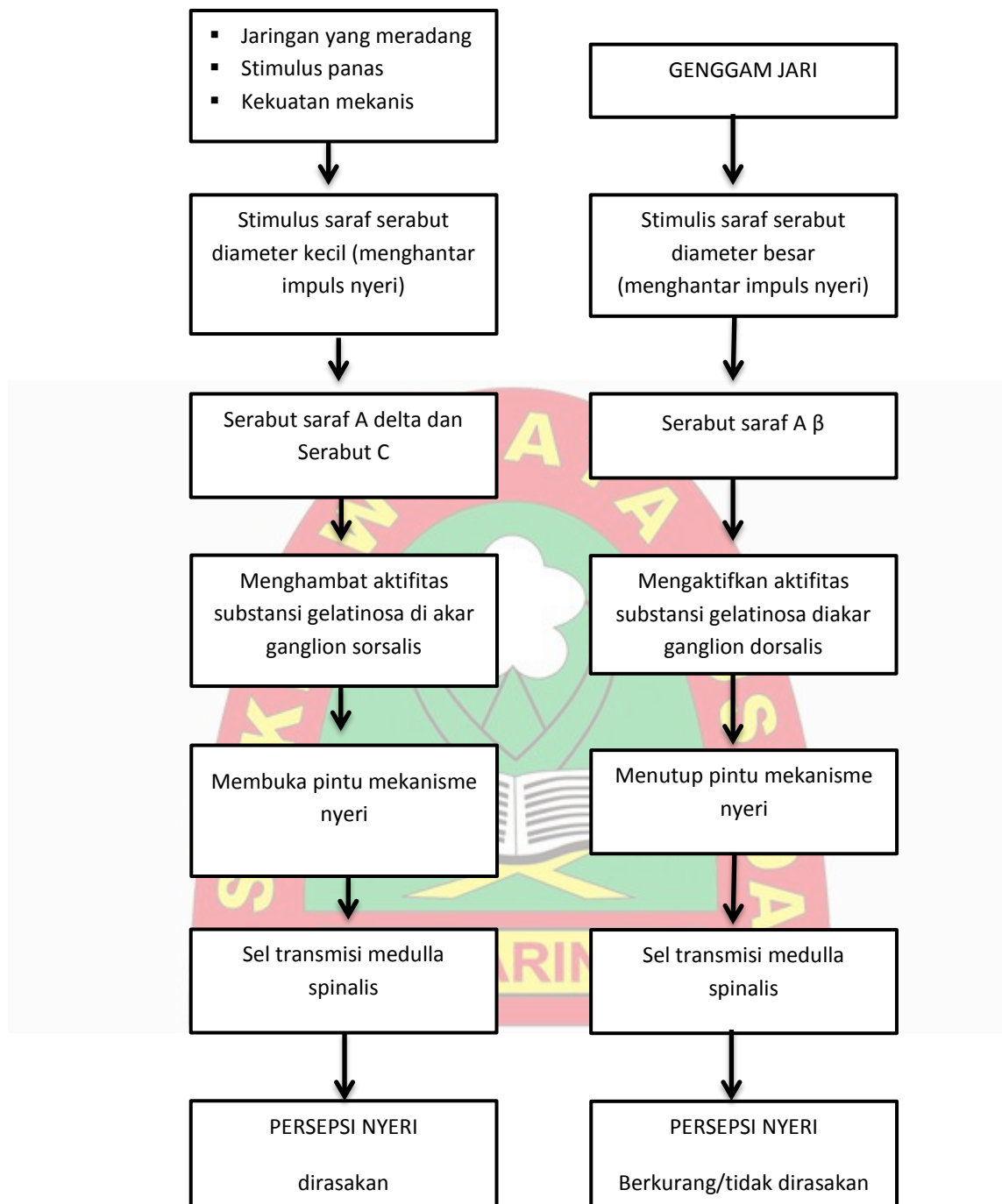
Penelitian Katylaksa menyatakan bahwa aromaterapi bisa dihirup dengan meneteskan 6 tetes minyak rosemary pada kapas, kemudian diletakkan di depan hidung dengan jarak 2 cm selama 4 menit. Adapun menurut La Torre, 1-5 tetes minyak lavender yang dihirup dari tisu wajah selama 5-10 menit. Selain itu Penghirupan minyak aromaterapi juga dapat dilakukan langsung pada sapu tangan atau tisu wajah dan diletakkan di samping bantal sebanyak 2-4 tetes dapat memberikan efek mengendurkan urat-urat saraf dan dapat membuat tidur menjadi nyaman.

b. Menggunakan *diffuser*

Diffuser aromaterapi adalah alat yang digunakan untuk mengubah minyak aromaterapi menjadi uap dan menyebarkannya ke seluruh ruangan. Terdapat beragam jenis *diffuser*, baik dari keramik (tungku) dengan lilin, atau yang memakai tenaga listrik.

c. Untuk pijat

Ketika memijat tubuh, minyak aroma terapi dapat di campurkan dengan minyak pijat. Selain membuat tubuh menjadi rileks, campuran minyak ini juga dapat mengurangi kram saat menstruasi.



Pinandita (2012)

Skema 2.1 Hubungan antara relaksasi genggam jari dengan penurunan intensitas nyeri

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Kasus Kelolaan Utama

Klien masuk di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 19 November 2019 dengan keluhan adanya benjolan pada wajah sebelah kanan dan akan dilakukan operasi pengangkatan tumor pada wajah sebelah kanan tersebut. Keluhan utama yang dirasakan klien yaitu nyeri di area luka setelah dilakukan operasi pada wajah sebelah kanan klien. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui skala nyeri yang dikeluhkan klien, dan pada saat dilakukan pengkajian skala nyeri ternyata nyeri pasien berada pada skala 5. Pasien terdiagnosa penyakit tumor pada saat ia masih kecil yaitu saat usia \pm 2-3 tahun kemudian oleh orang tua pasien, pasien dibawa ke rumah sakit pada tahun 2009 untuk melakukan operasi pengangkatan tumor dan operasi kedua pada tahun 2012 untuk pengangkatan tumor. Riwayat kesehatan masa lalu, sejak ibu klien prenatal sampai dengan post natal ibu klien tidak memiliki masalah kesehatan dan An. A mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: 2900 gram dan PB : 49 cm. Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat di Rumah sakit umum daerah di jember dan di rumah sakit umum daerah di solo untuk dilakukan operasi pengangkatan tumor pada wajahnya. klien mengatakan mempunyai alergi pada makan yaitu telur. Klien tidak memiliki keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Klien dapat melakukan kegiatan sebagaimana mestinya sesuai dengan usia klien saat ini. Pada pengkajian Konsep diri, Keluarga klien selalu mencari informasi terkait masalah pada An. A dan ibu klien mengetahui beberapa informasi tentang masalah yang diderita An.A. dan ibu klien mengatakan semakin beranjak dewasa An. A mulai merasa malu dengan kondisi penyakitnya sehingga klien sangat bersemangat dalam

menjalani perawatan-perawatan untuk kesembuhannya. Berdasarkan hasil Pemeriksaan Fisik didapatkan data GCS 15 (E4M6V5), BB : 38 Kg, TB : 151 Cm, LLA : 21 CM, LK : 51 cm, RR : 23 x/i, Suhu : 36,5 HR : 115 x/i. Warna kulit sawo matang, kulit tampak lembab. Tidak ada masa, turgor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, terdapat luka bekas operasi pada wajah sebelah kanan pasien, luka tertutup kassa steril, keadaan kassa bersih tidak ada rembesan, wajah meringis saat nyeri. Kekuatan otot atas 5//5, Capillary refill time (CRT) < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah, kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah.

Selama perawatan di rumah sakit di berikan terapi Infus RL 15 tpm, Terapi Pemberian Obat Injeksi : Ceftriaxone 1 gr/12 jam (IV), Santagesic 1 amp/8 jam (IV), Omeprazole 40 mg/12 jam (IV), Dexametasone 2x1 amp (IV), Betadine gurgle 4-5x/hari. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 november 2019 didapat hasil bahwa leukosit 5.66, eritrosit 4.66, hematocrit 36.1, hemoglobin 11.3 dan PLT 491, MCH 24.2, MCV 77.5

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai dengan yang dialami oleh pasien. Masalah keperawatan prioritas yang dialami oleh pasaien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri yang dialami setelah operasi pada wajah kanannya berkurang, dengan kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan asuhan keperawatan ini yaitu nyeri dengan skala 5 menajadi skala 2, setelah diberikan tindakan non farmakologi. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi keperwatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien tersebut yaitu memberikan tindakan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender untuk menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh

pasien. Untuk masalah keperawatan Risiko infeksi Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengontrol infeksi dan mencuci tangan dapat mengurangi Risiko infeksi. Untuk masalah keperawatan Harga diri rendah Tujuan umum asuhan keperawatan yaitu penilaian diri positif dan perasaan malu, dengan dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi memotivasi klien dan menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan dan semangat pada klien dapat mengurangi Harga diri rendah yang dialami klien.

Implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengontrol nyeri adalah melakukan tindakan non farmakologi dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi yang dilakukan selama ± 2 menit tiap satu jari dan dilakukan hingga sepuluh jari, jadi setiap tindakan dilakukan selama ± 20 menit, intervensi keperawatan diberikan sesuai rencana. Pada pasien ini dilakukan tindakan relaksasi genggam jari sebanyak 1 kali per hari selama 3 hari.

Hasil dari intervensi yang telah dilakukan didapatkan perubahan nyeri setelah dilakukan tindakan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender . evaluasi subjektif yang didapatkan adalah skala nyeri berkurang dari skala 3 setelah tindakan dilakukan selama 2 hari skala nyeri turun menjadi skala 2, sedangkan evaluasi objektif pasien mengatakakan merasa rileks atau tenang.

B. Kasus Kelolaan Resume

1. Kasus 1

Klien An. S berusia 14 tahun dengan diagnose *CTEV* dengan *post op postero medial release*. Orang tua klien mengatakan klien saat lahir fisiknya terlihat normal sampai pada saat berusia 3 atau 4 tahun kedua kakinya mengalami kelainan yaitu tampak bengkok sehingga saat itu orang tua klien membawa klien ke rumah sakit, pada saat itu klien belum

bisa untuk di operasi karena usianya yang masih sangat kecil sehingga operasi pada kakinya baru dapat dilakukan pada bulan agustus tahun 2019 kemarin dan kemudian akhirnya sampai dilakukan operasi selanjutnya pada saat ini.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 23 x/menit, Nadi:110x/menit, suhu: 36,3°C, BB: 30 kg, TB: 131 cm, LL : 20 cm, LK: 50 cm, LD: 63 cm dan LP: 65 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kaki kirinya pada tanggal 21 november 2019. klien mengalami nyeri pada kaki sebelah kiri dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Saat klien ingin ke WC atau ruang tindakan klien di bantu oleh orang tuanya. Kekuatan otot atas 5//5, Capillary refill time (CRT) < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 4//4, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu, ibu klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, klien hanya mengalami batuk, demam, pilek seperti anak pada umumnya.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500 cc/24 jam dengan kecepatan 21 Tpm, dan tidak ada pemberian obat oral. Kemudian untuk terpai pemberain obat injeksi pasien mendapatkan Ceftriaxone 500 mg/12 jam melalui IV dan Santagesik ½ ampul/ 8 jam melalui IV. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20 November 2019 menunjukan hasil bahwa, Leukosit : 9.74, Eritrosit 4.33, Hemoglobin 12.5, dan PLT 345 dan PCT 0.33.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai dengan yang dialami oleh pasien. Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan yaitu, 1) Nyeri akut 2) Risiko infeksi, 3) Resiko jatuh. Masalah keperawatan prioritas yang

dialami oleh pasien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri yang dialami setelah operasi pada kaki kirinya berkurang, dengan kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan asuhan keperawatan ini yaitu nyeri dengan skala 3 menjadi skala 1, setelah diberikan tindakan non farmakologi. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien tersebut yaitu memberikan tindakan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi untuk menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh pasien. Untuk masalah keperawatan Risiko infeksi Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengontrol infeksi dan mencuci tangan dapat mengurangi Risiko infeksi. Untuk masalah keperawatan Risiko Jatuh Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengidentifikasi faktor lingkungan dan memastikan lingkungan aman dapat mengurangi Risiko jatuh.

Implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengontrol nyeri adalah melakukan tindakan non farmakologi dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi yang dilakukan selama ± 2 menit tiap satu jari dan dilakukan hingga sepuluh jari, jadi setiap tindakan dilakukan selama ± 20 menit, intervensi keperawatan diberikan sesuai rencana. Pada pasien ini dilakukan tindakan relaksasi genggam jari sebanyak 1 kali per hari selama 3 hari.

Hasil dari intervensi yang telah dilakukan didapatkan perubahan nyeri setelah dilakukan tindakan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender . evaluasi subjektif yang didapatkan adalah skala nyeri berkurang dari skala 3 setelah tindakan dilakukan selama 3 hari skala nyeri turun menjadi skala 2, sedangkan evaluasi objektif pasien mengatakan merasa rileks atau tenang.

2. Kasus 2

Klien An. K berusia 9 tahun dengan diagnose post op *Craniotomy*. keluarga klien mengatakan Klien mengalami kecelakaan lalu lintas pada 4 bulan yang lalu, kemudian klien dirawat di rumah sakit di malang dan dilakukan operasi pada kepala. Kemudian direncanakan untuk melakukan operasi yang ke dua di rumah sakit di malang tetapi dari pihak keluarga ingin klien di operasi di rumah sakit di samarinda saja dan akhirnya operasi ke dua dilakukan di rsud aws samarinda.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 26 x/menit, Nadi: 92 x/menit, suhu: 36,1°C, BB: 32 kg, TB: 130 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kepalanya pada tanggal 21 november 2019. Pada pemeriksaan fisik di kepala klien mengatakan mengalami nyeri pada daerah kepala dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Kekuatan otot atas 5//5, Capillary refill time (CRT) < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ektremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu, keluarga klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, dan sangat aktif disekolahnya.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500 cc/24 jam dengan kecepatan 21 tpm, dan tidak ada pemberian obat oral. Kemuadian untuk terapai pemberain obat injeksi pasien mendapatkan Ceftriaxone 500 mg/12 jam melalui IV dan Santagesik ½ ampul/ 8 jam melalui IV. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 November 2019 menunjukkan hasil bahwa, Leukosit : 4.50, Eritrosit 4.45, Hemoglobin 13.9, dan PLT 162 dan Hematokrit 35.0.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai

dengan yang dialami oleh pasien. Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan yaitu, 1) Nyeri akut 2) Risiko infeksi, 3) Resiko jatuh. Masalah keperawatan prioritas yang dialami oleh pasaien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri yang dialami setelah operasi pada kaki kirinya berkurang, dengan kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan asuhan keperawatan ini yaitu nyeri dengan skala 3 menajadi skala 1, setelah diberikan injeksi santagesic iv dan diberikan tindakan non farmakologi. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi keperwatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien tersebut yaitu memberikan tindakan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi untuk menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh pasien. Untuk masalah keperawatan Risiko infeksi Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengontrol infesi dan mencuci tangan dapat mengurangi Risiko infeksi. Untuk masalah keperawatan Risiko Jatuh Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengidentifikasi factor lingkungan dan memastikan lingkungan aman dapat mengurangi Risiko jatuh.

Implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengontrol nyeri adalah melakukan tindakan non farmakologi dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi yang dilakukan selama \pm 2 menit tiap satu jari dan dilakukan hingga sepuluh jari, jadi setiap tindakan dilakukan selama \pm 20 menit, intervensi keperawatan diberikan sesuai rencana. Pada pasien ini dilakukan tindakan relaksasi genggam jari sebanyak 1 kali per hari selama 2 hari.

Hasil dari intervensi yang telah dilakukan didapatkan perubahan nyeri setelah dilakukan tindakan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender . evaluasi subjektif yang didapatkan adalah skala nyeri

berkurang dari skala 3 setelah tindakan dilakukan selama 2 hari skala nyeri turun menjadi skala 2, sedangkan evaluasi objektif pasien mengatakan merasa rileks atau tenang.

3. Kasus 3

Klien An. M berusia 8 tahun dengan post op *Craniotomy*. klien mengeluh nyeri kepala, orang tua klien mengatakan klien mengalami kecelakaan lalu lintas saat di bonceng dengan motor lalu menabrak mobil dengan kondisi tidak menggunakan helm. Kemudian klien langsung dibawa kerumah sakit untuk dirawat.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 25 x/menit, Nadi: 98 x/menit, suhu: 36,3°C, BB: 32 kg, TB: 130 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kepalanya pada tanggal 14 november 2019. Pada pemeriksaan fisik di kepala klien mengatakan mengalami nyeri pada daerah kepala dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Kekuatan otot atas 5//5, Capillary refill time CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ektremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu, keluarga klien mengatakan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, biasanya hanya batuk dan demam yang tidak lama.

Terapi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500 cc/24 jam dengan kecepatan 21 tpm, dan tidak ada pemberian obat oral. Kemuadian untuk terapi pemberain obat injeksi pasien mendapatkan Ceftriaxone 500 mg/12 jam melalui IV dan Santagesik ½ ampul/ 8 jam melalui IV. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 13 November 2019 menunjukkan hasil bahwa, Leukosit : 9.53, Eritrosit 4.63, Hemoglobin 12.9, dan PLT 307 dan Hematokrit 39.5.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai dengan yang dialami oleh pasien. Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan yaitu, 1) Nyeri akut 2) Risiko infeksi, 3) Resiko jatuh. Masalah keperawatan prioritas yang dialami oleh pasaien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri yang dialami setelah operasi pada kaki kirinya berkurang, dengan kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan asuhan keperawatan ini yaitu nyeri dengan skala 3 menajadi skala 1, setelah diberikan injeksi santagesic iv dan diberikan tindakan non farmakologi. Oleh sebab itu, untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi keperwatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien tersebut yaitu memberikan tindakan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi untuk menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh pasien. Untuk masalah keperawatan Risiko infeksi Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengontrol infesi dan mencuci tangan dapat mengurangi Risiko infeksi. Untuk masalah keperawatan Risiko Jatuh Tujuan umum asuhan keperawatan yang yang dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dengan intervensi mengidentifikasi factor lingkungan dan memastikan lingkungan aman dapat mengurangi Risiko jatuh.

Implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengontrol nyeri adalah melakukan tindakan non farmakologi dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi yang dilakukan selama \pm 2 menit tiap satu jari dan dilakukan hingga sepuluh jari, jadi setiap tindakan dilakukan selama \pm 20 menit, intervensi keperawatan diberikan sesuai rencana. Pada pasien ini dilakukan tindakan relaksasi genggam jari sebanyak 1 kali per hari selama 3 hari.

Hasil dari intervensi yang telah dilakukan didapatkan perubahan nyeri setelah dilakukan tindakan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender . evaluasi subjektif yang didapatkan adalah skala nyeri berkurang dari skala 3 setelah tindakan dilakukan selama 2 hari skala nyeri turun menjadi skala 2, sedangkan evaluasi objektif pasien mengatakan merasa rileks atau tenang.

C. Analisa EBN (*Evidence Based Nursing*)

1. Analisa PICO

Pendekatan PICO (*Population Intervension Comparation Outcome*) digunakan dalam menganalisa masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisa PICO, pertanyaan klinis dalam *evidence based nursing* ini adalah “apakah evektif pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender terhadap nyeri *post op*”. Penjabaran analisa PICO dalam penurunan masalah klinis, yakni sebagai berikut :

- a. Problem : Nyeri yang dirasakan setelah operasi
- b. Intervension : Pemberian terapi relaksasi genggam jari
- c. Comparation : Aroma Terapi Lavender
- d. Outcome : Skala nyeri berkurang

2. Pelaksanaan *Evidence Based Nursing*

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desai penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *one grup pretest and posttest*, rancangan ini menggunakan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek, kemudian kemudia kelompok subyek akan diobservasi sebelum dilakukan intervensi, selanjutnya diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2008).

b. Lokasi dan Waktu Penelitian

1) Lokasi

Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2) Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November – Desember tahun 2019 di Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2012) adapun target populasi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami flebitis akibat terapi intravena di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2) Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini berjumlah 4 orang pasien dengan masalah flebitis di Ruang Keperawatan Anak Melati RSUD Abdum Wahab Sjahranie Samarinda dengan kriteria sebagai berikut :

a) Kriteria Inklusi

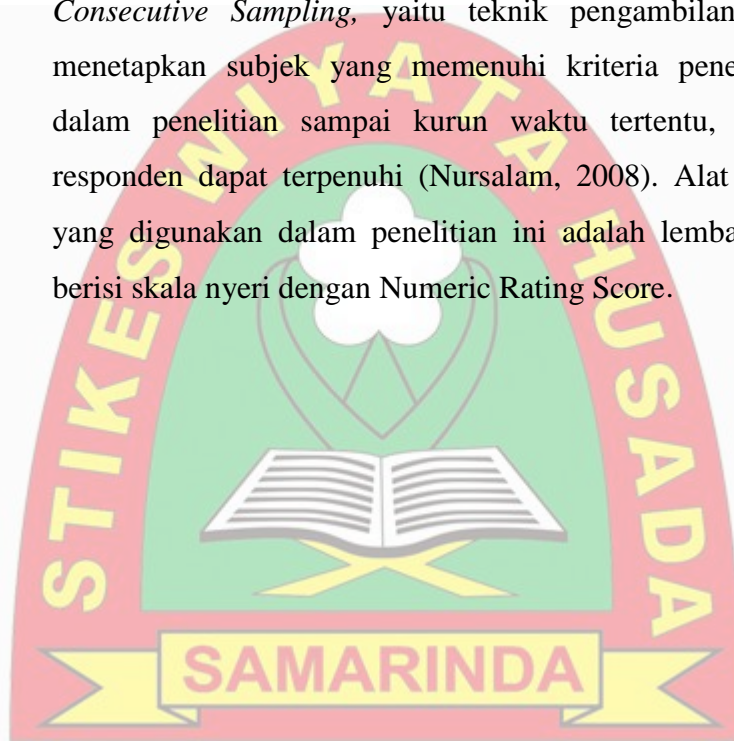
- (1) Pasien *post op* dengan usia sekolah
- (2) Pasien yang mengalami nyeri ringan sampai dengan sedang
- (3) Bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian.
- (4) Pasien kooperatif

b) Kriteria Eksklusi

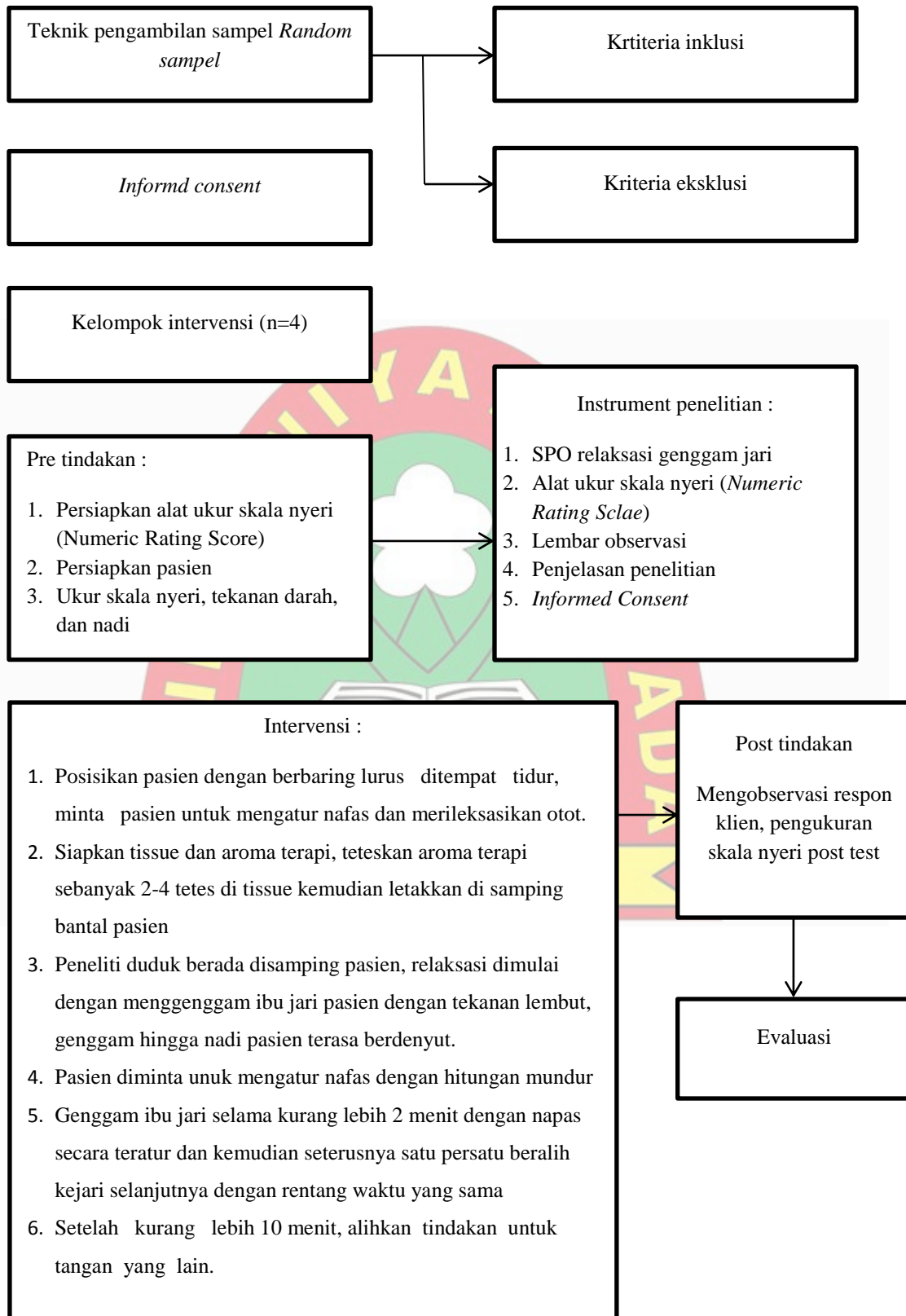
- (1) Pasien yang tidak sadar
- (2) Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian
- (3) Pasien dengan luka atau fraktur pada tangan

d. Teknik Pengambilan Sampel

Notoadmojo (2012) mengatakan sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi. Populasi sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi (Nursalam, 2008). Alat pengukuran data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang berisi skala nyeri dengan Numeric Rating Score.



e. Alur Penelitian



D. Hasil Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Persiapan

- a. Identifikasi kebutuhan pengembangan terkait perawatan pasien dengan gangguan sistem muskuloskeletal.
- b. Identifikasi dilakukan pada pasien dengan gangguan musculoskeletal dengan masalah nyeri *post* operasi
- c. Mencari jurnal terkait dengan gangguan masalah gangguan sistem muskuloskeletal dengan masalah nyeri *post* operasi
- d. Menganalisis masalah dengan menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comperation, Outcome*).
- e. Melakukan pencarian jurnal menggunakan *search* dengan kata kunci nyeri post operasi, genggam jari dan aroma terapi.
- f. Jurnal yang telah didapatkan kemudian dipilih yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.

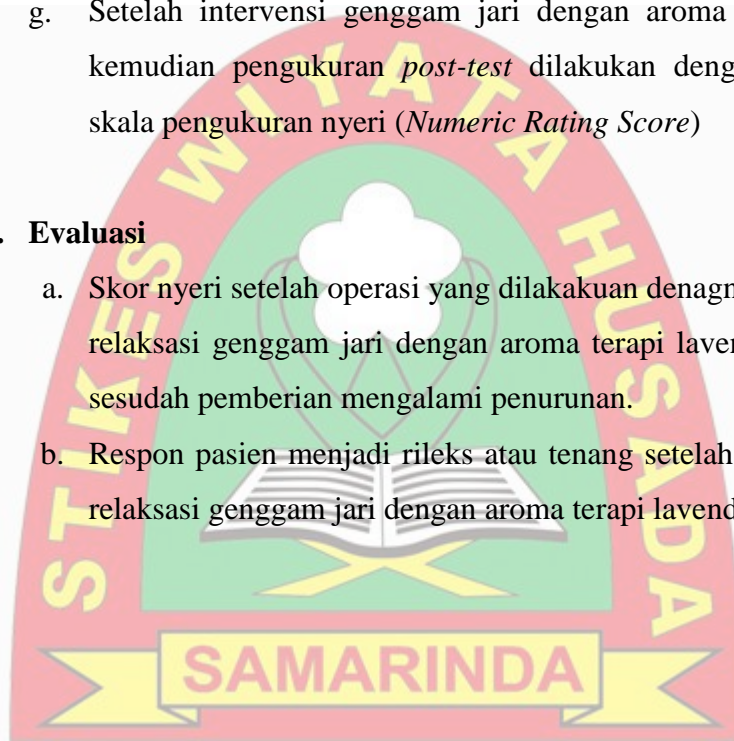
2. Pelaksanaan

- a. Pelaksanaan EBN dilakukan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 18 November 2019-07 Desember 2019.
- c. Jumlah responden yang diberi penerapan EBN ini yaitu sebanyak 4 pasien intervensi. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi (1) Pasien yang mengalami nyeri setelah operasi (2) Bersedia menjadi responden dan mengikuti tata cara penelitian (3) Pasien kooperatif (4) pasien usia sekolah. Kriteria Eksklusi (1) Pasien yang tidak sadar (2) Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian (3) Pasien dengan luka atau fraktur pada jari tangan.

- d. Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan terlebih dahulu kepada orang tua pasien mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan.
- e. Setelah mendapatkan persetujuan responden kemudian dilakukan - *pre-test* dengan melakukan pengukuran nyeri pada anak dengan menggunakan skala pengukuran nyeri (*Numeric Rating Score*)
- f. Setelah dilakukan pengukuran nyeri, barulah terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi dilakukan selama ± 20 menit.
- g. Setelah intervensi genggam jari dengan aroma terapi diberikan, kemudian pengukuran *post-test* dilakukan dengan menggunakan skala pengukuran nyeri (*Numeric Rating Score*)

3. Evaluasi

- a. Skor nyeri setelah operasi yang dilakukan dengan pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender sebelum dan sesudah pemberian mengalami penurunan.
- b. Respon pasien menjadi rileks atau tenang setelah pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender.



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Klien masuk di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 19 November 2019 dengan keluhan adanya benjolan pada wajah sebelah kanan dan akan dilakukan operasi pengangkatan tumor pada wajah sebelah kanan tersebut. Keluhan utama yang dirasakan klien yaitu nyeri di area luka setelah dilakukan operasi pada wajah sebelah kanan klien. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan peneliti untuk mengetahui skala nyeri yang dikeluhkan klien, dan pada saat dilakukan pengkajian skala nyeri ternyata nyeri pasien berada pada skala 5. Keluhan utama yang terjadi pada pasien adalah nyeri, hal ini sejalan dengan teori menurut Smeltzer dan Bare (2009) bahwa nyeri merupakan tanda dan gejala yang khas pada pasien pasca operasi. Berbagai masalah pasien yang ditimbulkan akibat pasca operasi menyebabkan gangguan rasa nyaman nyeri yang perlu diatasi. Rasa nyaman merupakan bagian perawatan yang penting untuk diperhatikan. Kenyamanan merupakan nilai dasar yang menjadikan tujuan keperawatan pada setiap waktu (Siefert, 2012).

Ibu klien mengatakan semakin beranjak dewasa An. A mulai merasa malu dengan kondisi penyakitnya. Harga diri rendah menurut Fitria (2010) adalah perasaan seseorang bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran-gambaran negative tentang dirinya. masa remaja adalah suatu masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju kemasa dewasa, dengan ditandai individu telah mengalami perkembangan-perkembangan atau pertumbuhan-pertumbuhan yang sangat pesat di segala bidang, yang meliputi dari perubahan fisik yang menunjukkan kematangan organ

reproduksi serta optimalnya fungsional organ-organ lainnya. Selanjutnya perkembangan kognitif yang menunjukkan cara gaya berfikir remaja, serta pertumbuhan sosial emosional remaja. dan seluruh perkembangan-perkembangan lainnya yang dialami sebagai masa persiapan untuk memasuki masa dewasa. Untuk memasuki tahapan dewasa, perkembangan remaja banyak faktor-faktor yang harus diperhatikan selama pertumbuhannya diantaranya: hubungan dengan orang tuanya, hubungan dengan teman sebayanya, hubungan dengan kondisi lingkungannya, serta pengetahuan kognitifnya. Batasan usia masa remaja menurut Hurlock, Awal masa remaja berlangsung dari mulai umur 13-16 tahun atau 17 tahun, dan akhir masa remaja bermula dari usia 16 atau 17 tahun sampai 18 tahun, yaitu usia matang secara hukum. Dengan demikian akhir masa remaja merupakan periode yang sangat singkat. Menurut Santrock, Awal masa remaja dimulai pada usia 10-12 tahun, dan berakhir pada usia 21-22 tahun.

Berdasarkan hasil Pemeriksaan Fisik didapatkan data GCS 15 (E4M6V5), BB : 38 Kg, TB : 151 Cm, LLA : 21 CM, LK : 51 cm, RR : 23 x/i, Suhu : 36,5 HR : 115 x/i. Warna kulit sawo matang, kulit tampak lembab. Tidak ada masa, turgor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, terdapat luka bekas operasi pada wajah sebelah kanan pasien, luka tertutup kassa steril, keadaan kassa bersih tidak ada rembesan, wajah meringis saat nyeri. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah.

2. Pengkajian Kasus Resume 1

Klien An. S berusia 14 tahun dengan diagnose *CTEV* dengan *post op postero medial release*. Orang tua klien mengatakan klien saat lahir fisiknya terlihat normal sampai pada saat berusia 3 atau 4 tahun kedua kakinya mengalami kelainan yaitu tampak bengkok sehingga saat itu

orang tua klien membawa klien ke rumah sakit, pada saat itu klien belum bisa untuk di operasi karena usianya yang masih sangat kecil sehingga operasi pada kakinya baru dapat dilakukan pada bulan agustus tahun 2019 kemarin dan kemudian akhirnya sampai dilakukan operasi selanjutnya pada saat ini.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 23 x/menit, Nadi:110x/menit, suhu: 36,3°C, BB: 30 kg, TB: 131 cm, LL : 20 cm, LK: 50 cm, LD: 63 cm dan LP: 65 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kaki kirinya pada tanggal 21 november 2019. klien mengalami nyeri pada kaki sebelah kiri dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Nyeri dialami oleh sebagian besar (86%) anak yang menjalani perawatan di rumah sakit, dari angka tersebut 40% mengalami nyeri berat sedangkan Pasien pasca pembedahan 99% menderita nyeri. Nyeri pada pasien pasca pembedahan apabila tidak segera ditangani akan berpengaruh pada perubahan hemodinamik, terdapat gangguan aliran darah, faktor koagulasi, fibrinolisis, terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit serta meningkatnya kebutuhan sistem respirasi dan sistem kardiovaskuler akibat peningkatan hormon katabolik (Hockenberry & Wilson, 2009). Saat klien ingin ke WC atau ruang tindakan klien di bantu oleh orang tuanya. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah , kekuatan otot bawah 4//4, terdapat kelemahan pada ektremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu, ibu klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, klien hanya mengalami batuk, demam, pilek seperti anak pada umumnya.

3. Pengkajian Kasus Resume 2

Klien An. K berusia 9 tahun dengan diagnose post op *Craniotomy*. keluarga klien mengatakan Klien mengalami kecelakaan lalu lintas pada 4 bulan yang lalu, kemudian klien dirawat di rumah sakit di malang dan

dilakukan operasi pada kepala. Kemudian direncanakan untuk melakukan operasi yang ke dua di rumah sakit di Malang tetapi dari pihak keluarga ingin klien di operasi di rumah sakit di Samarinda saja dan akhirnya operasi ke dua dilakukan di RSUD AWS Samarinda.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 26 x/menit, Nadi: 92 x/menit, suhu: 36,1°C, BB: 32 kg, TB: 130 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kepalanya pada tanggal 21 November 2019. Pada pemeriksaan fisik di kepala klien mengatakan mengalami nyeri pada daerah kepala dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Rasa nyeri yang timbul akibat pembedahan bila tidak dikontrol dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan dan juga dapat meningkatkan stress post operasi. Respon terhadap nyeri juga dapat menyebabkan anak frustrasi, menghindari kontak sosial, menangis, menjerit, atau memukul sehingga tidak kooperatif dengan tindakan keperawatan, menurunnya minat terhadap aktivitas dan pemenuhan kebutuhan seperti makan, bermain dan kebersihan diri (Soetjiningsih, 2010). Tindakan untuk mengatasi nyeri diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri melalui cara farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi farmakologi yang diberikan di ruangan yaitu infus D 5 ½ NS 1500 cc/24jam, dan tidak ada pemberian obat oral. Kemudian untuk terapai pemberain obat injeksi pasien mendapatkan Ceftriaxone 500 mg/12 jam melalui IV dan Santagesik ½ ampul/ 8 jam melalui IV. Kekuatan otot atas 5//5, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas ataupun ekstremitas bawah, kekuatan otot bawah 5//5, tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah. Riwayat penyakit dahulu, keluarga klien menjelaskan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, dan sangat aktif disekolahnya.

4. Pengkajian Kasus Resume 3

Klien An. M berusia 8 tahun dengan post op *Craniotomy*. klien mengeluh nyeri kepala, orang tua klien mengatakan klien mengalami kecelakaan lalu lintas saat di bonceng dengan motor lalu menabrak mobil dengan kondisi tidak menggunakan helm. Kemudian klien langsung dibawa kerumah sakit untuk dirawat.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan respirasi : 25 x/menit, Nadi: 98 x/menit, suhu: 36,3°C, BB: 32 kg, TB: 130 cm, LL : 15 cm, LK: 51 cm, LD: 59 cm dan LP: 61 cm.

Klien melaksanakan operasi pada kepalanya pada tanggal 14 november 2019. Pada pemeriksaan fisik di kepala klien mengatakan mengalami nyeri pada daerah kepala dikarenakan post operasi dengan skala nyeri 3. Efek nyeri dapat berpengaruh pada fisik, nyeri yang tidak diatasi secara cepat mempunyai efek yang membahayakan diluar ketidaknyaman yaitu dapat mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imonologi. Efek prilaku, dapat diamati dari respon vocal (menangis), ekspresi wajah (meringis), gerakan tubuh (perasaan gelisah) dan interaksi sosial (menghindari percakapan). Pengaruh dalam aktivitas sehari – hari yaitu kesulitan dalam melakukan personal hygiene (Andarmoyo, 2013). Nyeri pasca operasi hebat dirasakan pada pembedahan intratoraks, intra-abdomen, dan pembedahan ortopedik mayor. Nyeri juga dapat terjadi akibat stimulasi ujung serabut saraf oleh zat-zat kimia yang dikeluarkan saat pembedahan atau iskemia jaringan karena terganggunya suplai darah. Suplai darah terganggu karena ada penekanan, spasme otot, atau edema. Trauma pada serabut kulit mengakibatkan nyeri yang tajam dan terlokalisasi (Soetjningsih, 2010). tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas atas maupun bawah. Riwayat penyakit dahulu, keluarga klien

mengatakan bahwa klien merupakan anak yang jarang sekali sakit, biasanya hanya batuk dan demam yang tidak lama.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan masalah pada klien antara lain nyeri akut, Harga diri rendah, Risiko infeksi, dan Risiko jatuh. Asuhan keperawatan dibeikan kepada pasien kelolaan dengan permasalahan keperawatan yang hamper sama

1. Diagnosa keperawatan Nyeri akut

Pada keempat kasus tersebut nyeri akut merupakan masalah utama. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer and Bare, 2012). Nyeri akut menurut SDKI (2017) didefinisikan sebagai Pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Pengangkatan diagnosa nyeri akut yang diangkat berdasarkan gejala tanda mayor dan minor, antara lain mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat proteksi, dan berfokus pada diri sendiri. Beberapa faktor yang berhubungan dengan nyeri akut dikarenakan adanya luka pasca operasi yang dialami klien.

Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan, selanjutnya dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Setiap pembedahan selalu berhubungan dengan insisi yang merupakan trauma bagi penderita yang menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Salah satu keluhan yang sering dikemukakan adalah nyeri (Argi, 2013). Adapun bentuk nyeri yang dialami oleh klien

pasca pembedahan adalah nyeri akut. Nyeri akut secara serius mengancam penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama. Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang fisiologis, tetapi hal ini menjadi salah satu keluhan yang paling ditakuti oleh klien setelah pembedahan. Sensasi nyeri mulai terasa sebelum kesadaran klien kembali penuh, dan semakin meningkat seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi. Adapun bentuk nyeri yang dialami oleh klien pasca pembedahan adalah nyeri akut (Perry & Potter, 2012). Tujuan dari manajemen nyeri pasca operasi adalah untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan pasien dengan efek samping seminimal mungkin.

Nyeri akut yang terjadi pada keempat klien ini berkisar antara skala nyeri 5 dan 3. Keluhan yang sering timbul pasca pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri yang hebat dan mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat nyeri yang tidak adekuat (Novariski, 2009). Hampir semua pembedahan mengakibatkan rasa nyeri. Nyeri yang paling lazim adalah nyeri insisi. Nyeri terjadi akibat luka, penarikan, manipulasi jaringan serta organ. Nyeri pasca operasi hebat dirasakan pada pembedahan intratoraks, intra-abdomen, dan pembedahan ortopedik mayor. Nyeri juga dapat terjadi akibat stimulasi ujung serabut saraf oleh zat-zat kimia yang dikeluarkan saat pembedahan atau iskemia jaringan karena terganggunya suplai darah. Suplai darah terganggu karena ada penekanan, spasme otot, atau edema. Trauma pada serabut kulit mengakibatkan nyeri yang tajam dan terlokalisasi (Bradero dkk, 2008).

Rasa nyeri yang timbul akibat pembedahan bila tidak dikontrol dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan dan juga dapat meningkatkan stress post operasi (Soetjningsih, 2010). Efek nyeri dapat berpengaruh pada fisik, nyeri yang tidak diatasi secara cepat mempunyai efek yang membahayakan diluar

ketidaknyaman yaitu dapat mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologi. Efek perilaku, dapat diamati dari respon vocal (menangis), ekspresi wajah (meringis), gerakan tubuh (perasaan gelisah) dan interaksi sosial (menghindari percakapan).

2. Diagnosa Keperawatan Risiko infeksi

Resiko infeksi menurut SDKI (2017) didefinisikan Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogen. Berdasarkan faktor resiko menurut SDKI (2017) yaitu efek dari prosedur invasif dan tindakan infasif. Kejadian infeksi terkait operasi juga disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang mengkontaminasi daerah luka operasi pada saat berlangsungnya operasi atau sesudah operasi saat pasien dirawat di rumah sakit. Faktor kejadian Infeksi post operasi meliputi nutrisi, personal hygiene, mobilisasi dan perawatan luka. Perawatan luka >5 hari akan meningkatkan terjadinya infeksi. Prosedur perawatan luka harus dilaksanakan sesuai yang ditetapkan bertujuan agar mempercepat proses penyembuhan dan bebas dari infeksi luka yang ditimbulkan dari infeksi nosocomial. Luka operasi dikatakan terinfeksi apabila luka tersebut mengeluarkan nanah atau pus dan kemungkinan terinfeksi apabila luka tersebut mengalami tanda-tanda inflamasi. Infeksi luka paska operasi merupakan salah satu masalah utama dalam praktek pembedahan dan infeksi menghambat proses penyembuhan luka sehingga menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas bertambah besar yang menyebabkan lama hari perawatan.

3. Diagnosa Keperawatan Risiko Jatuh

Risiko infeksi berdasarkan SDKI (2017) didefinisikan dengan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Pencegahan risiko jatuh merupakan sasaran keselamatan pasien keenam

dan penting untuk dilakukan karena pasien jatuh menjadi suatu insiden yang sangat mengkhawatirkan pada seluruh pasien rawat inap.(Hirza ainin, 2017). Pengangkatan diagnosa risiko jatuh yang diangkat berdasarkan faktor risiko lingkungan yang tidak aman dan kondisi pasien pasca operasi.

Ketiga pasien An. K, An.S dan An. M berisiko jatuh karena berdasarkan hasil observasi yang dilakukan didapatkan bahwa pagar-pagar pengaman pada bed klien tidak dalam kondisi terkunci saat tidak ada keluarga yang mendampingi klien dan saat klien tidur.

4. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Harga diri rendah situasional berdasarkan SDKI (2017) didefinisikan sebagai evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini. Pengertian harga diri rendah juga disampaikan oleh beberapa sumber diantaranya adalah menurut Kusumawati (2010), harga diri rendah adalah penilaian subjektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar atau tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran dan tubuh.

Peningkatan emosional yang terjadi secara cepat pada remaja awal yang dikenal sebagai masa strong dan masa stress. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik terutama hormon yang terjadi pada masa remaja. Dari segi kondisi sosial peningkatan emosi ini merupakan tanda bahwa remaja berada dalam kondisi baru, yang berbeda dari masa sebelumnya. Pada masa ini banyak tuntutan dan tekanan yang ditunjukkan pada remaja misalnya mereka di harapkan untuk tidak lagi bertingkah seperti anak-anak, mereka harus lebih mandiri dan tanggung jawab. Kemandirian dan tanggung jawab ini akan terbentuk seiring dengan berjalannya waktu, dan akan Nampak jelas pada remaja akhir yang dalam hal ini biasanya remaja sedang duduk di masa sekolah. Perubahan yang cepat secara fisik yang juga di sertai kematangan seksual. Terkadang

perubahan ini membuat remaja merasa tidak yakin akan diri dan kemampuan mereka sendiri. Perubahan fisik yang terjadi secara cepat baik perubahan internal maupun eksternal. Perubahan internal seperti sistem sirkulasi, pencernaan, dan sistem respirasi. Sedangkan perubahan eksternal seperti tinggi badan, berat badan, dan proporsi tubuh sangat berpengaruh terhadap konsep diri remaja. Perubahan yang menarik bagi dirinya dan hubungan dengan orang lain. Selama masa remaja banyak hal-hal yang menarik bagi dirinya dibawa dari masa kanak-kanak digantikan dengan hal menarik yang baru dan lebih menantang. Hal ini juga dikarenakan adanya tanggung jawab yang lebih besar pada masa remaja, maka remaja diharapkan untuk dapat mengarahkan ketertarikan mereka pada hal-hal yang lebih penting. Perubahan juga terjadi dalam hubungan dengan orang lain. Remaja tidak lagi berhubungan dengan hanya dengan individu dari jenis kelamin yang sama, tetapi juga dengan lawan jenis, dan dengan orang dewasa.

Pengangkatan diagnosa Harga diri rendah situasional yang diangkat berdasarkan gejala tanda mayor dan minor, antara lain merasa malu, postur tubuh menunduk dan kontak mata kurang. Menurut Suerni (2013) menjelaskan pada harga diri rendah kemampuan diri menurun dan tidak berani menatap lawan bicara lebih menunduk. An. A merasa malu dengan kondisinya saat ini dikarenakan adanya benjolan pada wajah sebelah kanannya. Orang tua klien mengatakan semakin beranjak dewasa An. A sudah mengeluhkan kondisi penyakitnya yang berkaitan dengan penampilannya yang membuatnya merasa malu dengan keadaan atau orang-orang dilingkungannya. Konsep diri mengenai citra tubuh klien mengatakan dirinya berbeda dengan orang lain, klien terkadang merasa malu dengan orang lain, sesuai dengan teori menurut (Potter dan Perry dalam Dermawan, 2013) citra tubuh dapat dipengaruhi oleh pandangan seseorang tentang sifat-sifat fisik dan kemampuan yang dimiliki dan persepsi orang lain terhadap dirinya.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada penurunan nyeri yang dirasakan pasca operasi. Intervensi keperawatan yang di aplikasikan pada pasien kasus kelolaan mengacu pada SIKI tahun 2017 yaitu :

1. Nyeri akut

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut menurut SIKI yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri didefinisikan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoris atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Intervensi keperawatan yang dilakukan antara lain: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan terapi genggam jari, jelaskan strategi meredakan nyeri . Manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu dengan memberikan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender, Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Sharma (2009) mengatakan bahwa bau berpengaruh secara langsung terhadap otak seperti obat analgesik. Misalnya, mencium lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alfa didalam otak dan membantu untuk merasa rileks. Genggam jari dilakukan selama \pm 20 menit dalam sekali pemberian intervensi dengan masing-masing jari mendapat waktu 2 menit untuk di genggam. Pemberian intervensi yaitu selama 2-3 hari, kemudian dilakukan pengukuran post test dengan mengukur skala nyeri dengan *Numeric Rating Score*. Sehingga Kriteria hasil yang diharapkan pada manajemen nyeri adalah keluhan nyeri berkurang dengan indicator skala yang digunakan pada nyeri adalah skala angka (*Numeric Score* 1-10), skor 0

tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat terkontrol, 10 nyeri berat tidak terkontrol, ekspresi wajah meringis berkurang, dan sikap proteksi yang ditunjukkan anak juga berkurang dalam kisaran waktu perawatan.

2. Risiko Infeksi

Intervensi keperawatan sesuai SIKI yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi. Pencegahan infeksi didefinisikan mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik (SLKI, 2017). Intervensi yang dilakukan antara lain: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien., jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, anjurkan kepada ibu untuk meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan supan cairan. Sehingga Kriteria hasil yang diharapkan pada kontrol infeksi yaitu kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko infeksi meningkatkan kemampuan mengidentifikasi faktor resiko infeksi meningkat, kemampuan mengubah perilaku untuk mengontrol infeksi menjadi jauh lebih baik dan kemampuan menghindari faktor resiko infeksi menjadi meningkat dalam kisaran waktu perawatan.

3. Risiko Jatuh

Intervensi keperawatan sesuai SIKI yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi yaitu dengan pencegahan jatuh. Kejadian pasien jatuh merupakan masalah serius di rumah sakit terutama pasien rawat inap karena kejadian pasien jatuh merupakan salah satu indikator keselamatan pasien khususnya anak dan indikator mutu rumah sakit.

Pencegahan jatuh didefinisikan dengan mengidentifikasi dan menurunkan risiko jatuh akibat perubahan kondisi atau psikologis yang

dilakukan dengan mengidentifikasi risiko jatuh dan factor lingkungan, kemudian memastikan bahwa kondisi lingkungan di sekitar pasien aman.

4. Harga Diri Rendah

Intervensi keperawatan sesuai SIKI yang dilakukan untuk mengatasi masalah harga diri rendah situasional yaitu promosi harga diri rendah. Promosi harga diri rendah didefinisikan dengan meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri yang dilakukan dengan memotivasi klien terkait dengan verbalisasi positif untuk diri sendiri, anjurkan keluarga terutama orang tua klien untuk memberikan dukungan positif pada klien, Dukungan psikologis orang tua berpotensi mempengaruhi status kesehatan anak seperti apabila sistem dukungan anak kurang maka anak akan cenderung mudah mengalami cemas (Hidayat, 2012). Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak mengingat anak bagian dari keluarga. telah terbukti dalam beberapa penelitian bahwa anak akan merasa aman apabila disamping orang tuanya dan selalu mendapatkan dukungan dari orang tuanya (Diana, 2013). Dan intervensi selanjutnya yaitu anjurkan untuk mempertahankan kontak mata sehingga diharapkan tujuan utama yang akan dicapai yaitu penilaian diri menjadi positif dapat meningkat dan perasaan malu menjadi berkurang.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomey, 2006). Fokus implementasi dalam karya ilmiah ini adalah terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender. Implementasi mulai dilakukan pada tanggal 15 november - 25 november 2019 yang dilakukan pada 4 klien.

Implementasi keperawatan dalam mengatasi masalah utama nyeri yaitu dengan tindakan nonfarmakologi terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender. Pada Ke 4 klien kasus kelolaan dimulai dengan informed consent, setelah klien bersedia, dilakukan intervensi dengan menggunakan terapi nonfarmakologi yang sama yaitu terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender.

Sebelum melakukan intervensi peneliti terlebih dahulu melakukan pemeriksaan vital sign pada pasien kemudian melakukan pengkajian nyeri dengan *numeric rating scale*, memposisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot, lalu Siapkan tissue dan aroma terapi lavender, teteskan aroma terapi sebanyak 2-4 tetes di tissue kemudian letakkan di samping bantal pasien kemudian Peneliti duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut, Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan mundur kemudian Genggam ibu jari selama kurang lebih 2 menit dengan napas secara teratur dan kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama, Setelah kurang lebih 10 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.

Relaksasi genggam jari merupakan sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah untuk dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energy di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga *finger hold* (Liana, 2008). Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf *non-nosiseptor* mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada *kortek serebri* dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Pinandita, 2012). Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang

akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulasi pada luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut aferen nosiseptor ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudian disampaikan ke kortek serebri dan di interpretasikan sebagai nyeri (Pinandita, 2012). Pada implementasi ini juga digunakan aroma terapi lavender dimana Diharapkan dengan tambahan penggunaan aroma terapi lavender ini pasien dapat menjadi rileks sehingga dapat focus dalam mengikuti arahan yang diberikan selama proses terapi relaksasi genggam jari berlangsung. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neila Sulung dan Sarah Dian (2017) mengenai pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari terhadap pengurangan rasa nyeri insisi post appendiktomi. Dari hasil observasi yang dilakukan didapatkan hasil :

Tabel 4.1 Pemberian Implementasi
Pasien post op yang diberikan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender

No	Pasien	Tingkat nyeri			
		Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi hari-1	Sesudah Intervensi hari-2	Sesudah Intervensi hari-3
1	An. A	5	5	3	2
2	An.S	3	3	2	2
3	An.K	3	3	2	2
4	An.M	3	3	3	2

kesimpulan dari table 4.1 yakni sebelum dilakukan relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pasien kelolaan An. A berada pada nyeri dengan skala 5 kemudian setelah dilakukan intervensi selama 20 menit dalam satu kali pemberian selama tiga hari skala nyeri berkurang pada hari pertama sesudah pemberian tindakan skala nyeri masih 5 pada hari kedua setelah tindakan skala nyeri menjadi 3 kemudian pada hari ketiga setelah pemberian tindakan skala nyeri menjadi 2. Kemudian pada pasien An S dan An. K berada pada nyeri dengan skala 3 sebelum dilakukan tindakan kemudian setelah dilakukan intervensi selama 20 menit dalam satu kali pemberian selama tiga hari skala nyeri berkurang pada hari pertama sesudah pemberian

tindakan skala nyeri masih 3 pada hari kedua setelah tindakan skala nyeri menjadi 2 kemudian pada hari ketiga setelah pemberian tindakan skala nyeri 2. An. M berada pada nyeri dengan skala 3 sebelum dilakukan tindakan kemudian setelah dilakukan intervensi selama 20 menit dalam satu kali pemberian selama tiga hari skala nyeri berkurang pada hari pertama sesudah pemberian tindakan skala nyeri masih 3 pada hari kedua setelah tindakan skala nyeri masih 3 kemudian pada hari ketiga setelah pemberian tindakan skala nyeri menjadi 2. Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesic sebagai terapi pereda nyeri. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer, 2011). Dampak relaksasi dapat meningkatkan toleransi nyeri melalui beberapa mekanisme antara lain relaksasi dapat menurunkan nyeri, menurunkan respons katekolamin, meningkatkan aliran darah ke uterus, menurunkan tegangan otot. Tindakan mandiri perawat dalam penanganan nyeri salah satunya dengan Teknik relaksasi (Yuliatun, 2008)

Intervensi utama yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada kasus kelolaan adalah dengan Terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender secara berulang selama 3 hari dapat menurunkan skala nyeri pada pasien pasca operasi. teknik relaksasi genggam jari memberikan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian yang terletak pada meridian yang terletak pada jari tangan kita. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Genggam jari dapat dilakukan

sendiri dan sangat membantu dapat dilakukan sendiri dan sangat membantu dalam kehidupan sehari-hari untuk merilekskan ketegangan fisik (Neila Sulung, 2017).

Implementasi dari intervensi diagnosa keperawatan Risiko infeksi intervensi yang telah dilakukan yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien., menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada keluarga dan pasien, mengajarkan cara cuci tangan dengan benar, menganjurkan kepada ibu pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan pada pasien.

Implementasi dari intervensi diagnosa keperawatan Risiko jatuh intervensi yang telah dilakukan yaitu mengidentifikasi risiko jatuh dan factor lingkungan, kemudian memastikan bahwa kondisi lingkungan di sekitar pasien aman seperti pagar pada bed dan roda pada bed telah terkunci.

Implementasi dari intervensi diagnosa keperawatan Harga diri rendah situasional intervensi yang telah dilakukan yaitu memotivasi klien terkait dengan verbalisasi positif untuk diri sendiri, menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan positif pada klien dan menganjurkan pasien untuk mempertahankan kontak mata dengan orang lain.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi, maka evaluasi dilakukan pada keempat klien dengan menilai skala nyeri yang dirasakan dan melihat respon klien. Pada pasien kasus kelolaan (An. A) sebelum dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender skala keletihan nyeri 5 setelah dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pada hari ketiga skala nyeri menjadi 2. Pada klien ke 2 (An. S) memiliki skala Nyeri 3 sebelum dilakukan pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender, setelah dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pada hari ketiga skala nyeri menjadi 2. Pada klien ke 3

(An. K) memiliki skala nyeri 3 sebelum dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender setelah dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pada hari ketiga skala nyeri menjadi 2. Pada klien ke 4 (An.M) memiliki skala nyeri 3 sebelum dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender setelah dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pada hari ketiga skala nyeri menjadi 2.

Dari hasil implementasi yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada kasus kelolaan adalah dengan Terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender secara berulang selama 3 hari dapat menurunkan skala nyeri pada pasien pasca operasi. teknik relaksasi genggam jari memberikan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian yang terletak pada meridian yang terletak pada jari tangan kita. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Genggam jari dapat dilakukan sendiri dan sangat membantu dapat dilakukan sendiri dan sangat membantu dalam kehidupan sehari-hari untuk merilekskan ketegangan fisik (Neila Sulung, 2017).

Menurut peneliti Teknik relaksasi genggam jari dapat dijadikan salah satu Teknik relaksasi untuk mengatasi tingkat nyeri yang banyak di alami oleh pasien post operasi, dimana terapi ini sangat sederhana, mudah dilakukan oleh siapapun, dan tidak memiliki efek samping, sehingga dengan melakukan terapi ini dapat mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien post operasi dan juga terdapat perbedaan intensitas nyeri yang dirasakan oleh masing – masing responden sebelum dan sesudah dilakukannya relaksasi genggam jari, hal ini

manandakan bahwa respon tubuh seseorang berbeda – beda tergantung dari pada berat atau ringannya gangguan yang dirasakan seseorang.

F. Pembahasan EBN (*Evidence Based Nursing*)

Pembahasan bab ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan klien dengan masalah utama Nyeri akut di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender pada anak yang sedang mengalami nyeri pasca operasi sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya.

1. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini terdiri dari 4 pasien dengan post op yang mengalami nyeri akut di Ruang perawatan Anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin		Presentase
	Laki – Laki	Perempuan	
1	1	3	100%
Total	1	3	100%

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

No	Usia	Presentase	
1	Sekolah (6-12 tahun)	4	100%
	Total	4	100%

Operasi atau pembedahan adalah suatu penanganan medis secara infasif yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri, atau deformitas tubuh yang akan mencederai jaringan yang dapat menimbulkan perubahan fisiologis tubuh dan mempengaruhi organ tubuh lainnya. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuka sayatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari world health organization (WHO) jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai

angka peningkatan yang sangat signifikan dari tahun ke tahun. Tercatat ditahun 2011 terdapat 140 juta pasien diseluruh rumah sakit yang ada di dunia, sedangkan pada tahun 2012 data mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa, sedangkan untuk di Indonesia pada tahun 2012 mencapai 1,2 juta jiwa (Sartika, 2013).

Tindakan pembedahan menyebabkan jaringan sekitar mengalami pemutusan (discontinuitas) sehingga mengakibatkan cedera pada jaringan yang dilakukan pembedahan. Cedera karena pembedahan ini akan mengaktifkan nosiseptor untuk melepaskan zat kimia yang akan diteruskan oleh kornudorsalis dan dilanjutkan ke otak sebagai persepsi nyeri. Dalam beberapa detik setelah kerusakan jaringan yang hebat akan terjadi aliran sensoris yang masif kedalam medulla spinalis, ini akan menyebabkan jaringan saraf didalam medulla spinalis menjadi hiperresponsif. Reaksi ini akan menyebabkan munculnya rangsangan nyeri akibat stimulus non noxious dan pada daerah yang jauh dari jaringan cedera juga akan menjadi lebih sensitif terhadap rangsangan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002; Skilton, 2003).

Nyeri dialami oleh sebagian besar (86%) anak yang menjalani perawatan di rumah sakit, dari angka tersebut 40% mengalami nyeri berat. Pasien pasca pembedahan 99% menderita nyeri sedangkan pasien dengan penyakit infeksi sebanyak 65% mengalami nyeri (Kozlowski, et al., 2012). Terapi non- farmakologi diperlukan sebagai pendamping terapi farmakologi untuk mempersingkat waktu nyeri yang hanya berlangsung dalam beberapa detik atau menit. Beberapa penelitian, telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pascaoperasi. Ini mungkin karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca-operatif atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

2. Analisis Pemberian Terapi Relaksasi Genggam Jari dengan aroma terapi lavender

Berdasarkan hasil pengukuran nyeri yang dilakukan dengan menggunakan *Numerik Rating Scale* didapatkan bahwa An. A berada pada nyeri dengan skala 5 kemudian setelah dilakukan intervensi selama 20 menit dalam satu kali pemberian selama 3 hari skala nyeri berkurang menjadi 2. Kemudian pada pasien An S, An.K, An.M berada pada nyeri dengan skala 3 kemudian setelah dilakukan intervensi terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi selama 20 menit dalam satu kali pemberian selama 3 hari skala nyeri berkurang menjadi 2. Nyeri adalah suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu (Neila Sulung, 2017). Nyeri setelah operasi merupakan nyeri akut yang secara serius mengancam proses penyembuhan klien. Nyeri yang dialami pasien setelah pembedahan menghambat kemampuan pasien untuk terlibat aktif dan meningkatkan resiko komplikasi akibat immobilisasi. Rehabilitasi dapat tertunda dan hospitalisasi menjadi lama jika nyeri akut tidak bisa di control. Kemajuan fisik atau psikologis tidak dapat terjadi selama nyeri akut masih dirasakan karena pasien memfokuskan semua perhatiannya pada upaya untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2014). Rasa nyeri yang timbul akibat pembedahan bila tidak dikontrol dapat menimbulkan efek yang membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan dan juga dapat meningkatkan stress post operasi (Soetjningsih, 2010). Pada nyeri pasca bedah rangsangan nyeri disebabkan oleh rangsangan mekanik yaitu luka (insisi) dimana insisi ini akan merangsang mediator-mediator kimia dari nyeri seperti histamin, bradikinin, asetilkolin, dan substansi prostaglandin dimana zat-zat ini diduga dapat meningkatkan sensitifitas reseptor nyeri yang akan menimbulkan sensasi nyeri. Selain zat yang mampu merangsang kepekaan nyeri, tubuh juga memiliki zat yang mampu

menghambat (inhibitor) nyeri yaitu endorfin dan enkefalin yang mampu meredakan nyeri (Bare G & Smelzer C, 2012).

Teknik relaksasi genggam jari adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional Teknik ini membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi (Andika dan Mustafa, 2016). Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesic sebagai terapi pereda nyeri. Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Apabila individu mempersiapkan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul relaksasi. Mekanisme relaksasi genggam jari ini di jelaskan melalui teori gatecontrol yang menyatakan bahwa stimulasi kutaneous mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat (Potter & Perry, 2012).

Teknik relaksasi genggam jari ini juga dipadukan dengan pemberian roma terapi lavender. Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak essensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spiritual seseorang. Kandungan zat kimia dalam minyak tersebut dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kinerja otak melalui sistem saraf yang saling berhubungan dengan indera penciuman. Respon ini akan merangsang peningkatan aktivitas neurotransmitter yang berkaitan dengan pemulihan kondisi psikologis seperti emosi, perasaan, pikiran, dan keinginan (Jelani, 2009). Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak essensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spiritual seseorang. Kandungan zat kimia dalam minyak tersebut dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kinerja otak melalui sistem saraf yang saling berhubungan dengan indera penciuman. Respon ini akan

merangsang peningkatan aktivitas neurotransmitter yang berkaitan dengan pemulihan kondisi psikologis seperti emosi, perasaan, pikiran, dan keinginan (Jelani, 2009).

Aromaterapi yang digunakan melalui cara inhalasi atau dihirup akan masuk ke sistem limbic dimana nantinya aroma akan diproses sehingga kita dapat mencium baunya. Pada saat kita menghirup suatu aroma, komponen kimianya akan masuk ke bulbus olfactory, kemudian ke limbic sistem pada otak. Hal ini akan merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus berperan sebagai relay dan regulator, memunculkan pesan-pesan yang harus diterima kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia berupa zat endorphen dan serotonin, sehingga berpengaruh langsung pada organ penciuman dan dipersepsikan oleh otak untuk memberikan reaksi yang membuat perubahan fisiologis pada tubuh, pikiran, jiwa, dan menghasilkan efek menenangkan pada tubuh sehingga dapat mengurangi nyeri (Dewi, dkk.2013). Pemberian aromatherapi lavender merupakan salah satu dari terapi komplementer berupa latihan teknik relaksasi pernapasan. Prinsip dasar teori penurunan nyeri oleh teknik relaksasi pernapasan menggunakan aromatherapi lavender adalah teori gate control yang terletak pada fisiologis sistem otonom. Tarik napas dalam dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa ketidaknyamanan atau cemas, stress fisik dan emosi yang menyebabkan nyeri meningkat, sehingga mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien.

3. Hambatan dan alasan mempertahankan

Alasan penulis mempertahankan penelitian ini adalah pentingnya penanganan nyeri pada pasien pasca operasi menjadi salah satu penanganan alternative bagi Rumah Sakit, masyarakat, serta perkembangan ilmu keperawatan. Hambatan yang dirasakan selama proses penelitian yaitu :

- a. Berkaitan dengan penggunaan waktu
- b. Akses terhadap jurnal dan artikel
- c. Keterampilan dalam melakukan kritik riset
- d. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil riset-riset
- e. Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literature hasil penemuan untuk intervensi praktik yang tertarik untuk diterapkan pada pasien.



BAB V

PENUTUP

Uraian dalam bab ini meliputi simpulan dan saran terkait dengan analisa pengalaman praktik Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang dikaitkan dengan pelaksanaan intervensi inovasi yang diberikan kepada pasien penyakit kanker leukemia yang menjalani terapi kemoterapi, uraiannya sebagai berikut

A. Simpulan

Asuhan keperawatan yang diberikan pada 4 klien kelolaan, seluruhnya memiliki permasalahan yang sama yaitu harus menjalani operasi kemudian dirawat di ruang rawat melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Masalah tersebut adalah yang mengalami nyeri pasca operasi, sehingga membutuhkan perawatan dan penangan untuk mengurangi nyeri yang dialami. Hasil dari implementasi yaitu dengan Penanganan yang diberikan berupa cara non farmakologis yaitu dengan memberikan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi lavender yang dilakukan selama \pm 20 menit dengan masing-masing jari digenggam selama 2 menit yang dilakukan satu kali dalam satu hari selama tiga hari mengalami penurunan skala nyeri.

Penyusunan program inovasi berdasarkan dari hasil observasi dan persetujuan oleh orang tua beserta pasien yang dilakukan dilahan praktek. Pelaksanaan program ini mendapat respon positif dari pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan. Program ini dapat dipelajari dan dipraktekkan bagi klien.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

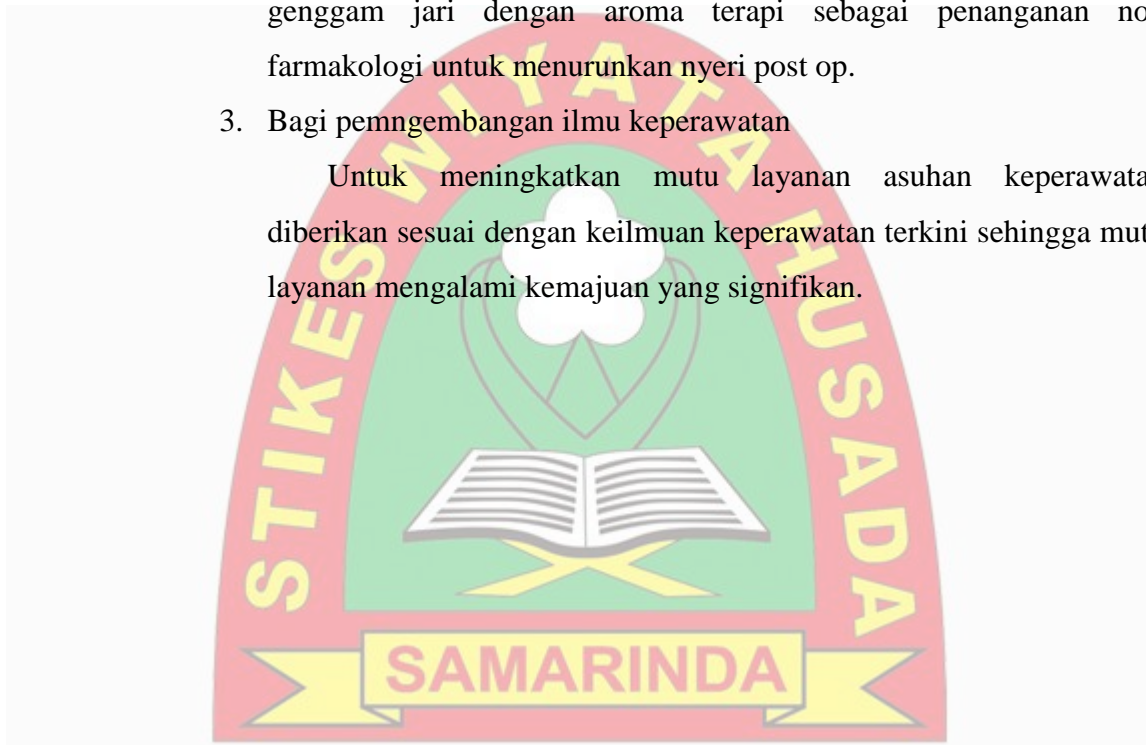
Untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami pasien dengan post op dapat dilakukan terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri.

2. Bagi pelayanan keperawatan

Untuk mempermudah pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif serta dapat menerapkan pemberian terapi relaksasi genggam jari dengan aroma terapi sebagai penanganan non farmakologi untuk menurunkan nyeri post op.

3. Bagi pengembangan ilmu keperawatan

Untuk meningkatkan mutu layanan asuhan keperawatan diberikan sesuai dengan keilmuan keperawatan terkini sehingga mutu layanan mengalami kemajuan yang signifikan.



DAFTAR PUSTAKA

Andarmoyo, S. 2013. *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: ArRuzz Media.

Andika M, Mustafa, R, (2016), *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Apendektomi di RS DR. Reksodiwiryo*. STIKes Mercubaktijaya Padang

Bangun, Argi Virgona, dkk. 2013. *Pengaruh aromaterapi lavender terhadap intensitas nyeri pada pasien pasca operasi di rumah sakit dustira cimahi*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 8.

Bare G & Smelzer C. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC

Dewi, Iga Prima, dkk. 2013. *Aromaterapi Lavender Sebagai Media Relaksasi*. Universitas Udayana: Bagian Farmasi Fakultas Kedokteran. Jurnal Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Bali.

Dwi, Nur Aini, dkk. 2017. *Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri pasien post operasi appendektomi di rsud dr. H. Soewondo Kendal*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing).

Jaelani. (2009). *Aromaterapi*. Edisi ke 2. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

Jitowiyono, S, et al. Dalam Christylia Liliane, et al. 2016. *Pengaruh Teknik Distraksi Terhadap Penurunn Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendicitis Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Manando*. eJurnal Sariputra. Juni 2016 Vol. 2

Kowalak Jennifer P. 2012. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Muttaqin, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Perioperatif (Konsep, Proses, dan Aplikasi)*. Jakarta: Medika

Neila, Sulung, dkk. 2017. *Teknik relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post appendiktomi*. *Jurnal Endurance* 2(3) October 2017 (397-405)

Pertiwi, Annis, dkk. (2016). *Pengaruh Aromaterapi rosemary (Rosmarinus officinalis) terhadap penurunan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah*. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, Volume 3 - Nomor 1

Pinandita, 2012. *Pengaruh Teknik Relaksasi genggam Jari terhadap penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi laparatomi*.

Prasetyo, S. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Solehati T. dan Kosasih C. E. 2015. *Konsep dan Aplikasi Relaksasi* . Bandung: Rafika Aditama.

Supartini, Y. (2012). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.



Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,

Calon/Keluarga Responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan dibawah ini : Mahasiswa Stikes Wiyata Husada Samarinda, program profesi Ners.

Saat ini sedang melakukan penerapan inovasi dengan judul “Teknik Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Intensitas Nyeri”. Tujuan dari penerapan inovasi ini adalah untuk mengukur perubahan intensitas nyeri pada pasien post op yang mengalami nyeri di ruang perawatan Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie, Apabila saudara/i setuju sebagai peserta penerapan inovasi maka ada beberapa hal yang saudara alami, yaitu :

1. Dimintai berbagai informasi mengenai keluhan nyeri yang dialami
2. Permintaan informasi akan dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi genggam jari

Keuntungan dari saudara/i yang ikut dalam proyek inovasi ini adalah untuk menurunkan intensitas nyeri. Kami menjamin bahwa penerapan inovasi ini tidak akan menimbulkan efek yang merugikan pada saudara/i. dalam penerapan inovasi ada intervensi dalam bentuk tindakan genggam jari yang dilakukan responden secara mandiri dengan bimbingan mahasiswa. Setiap data pemeriksaan dan penerapan inovasi dijamin kerahasiaannya. Sebagai peserta penerapan inovasi keikutsertaan ini bersifat sukarela dan tidak dikenakan biaya penelitian.

Atas partisipasi dan kesediaan saudara/I dalam kerjasamanya kami ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

Mahasiswa



Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis kelamin :

Alamat :

Bersedia berpartisipasi sebagai responden dengan tindakan “Teknik relaksasi genggam jari untuk penurunan intensitas nyeri”

Saya telah membaca dan mengerti mengenai penjelasan prosedur teknik relaksasi genggam jari dan serta mendapat jawaban atas segala pertanyaan yang saya ajukan pada mahasiswa, maka saya memahami tujuan dan manfaat dari tindakan ini, saya mengerti mahasiswa menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penerapan inovasi ini tidak berdampak negative bagi saya dan keikutsertaan saya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di Rumah sakit.


Dengan menanda tangani surat persetujuan ini maka saya menyatakan untuk berpartisipasi dalam tindakan ini.

Samarinda, - - 2019

Responden

.....

Lampiran 3

	<p style="text-align: center;">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI DAN AROMA TERAPI</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Relaksasi genggam jari yang juga disebut sebagai <i>finger hold</i> adalah sebuah teknik relaksasi yang digunakan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan (Pinandita, Purwanti & Utoyo, 2012).</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesic sebagai terapi pereda nyeri post operasi.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi5. Melancarkan aliran dalam darah <p>Terapi genggam jari ini dikombinasikan dengan pemberian aroma terapi dengan tujuan Membuat tubuh dan pikiran menjadi lebih santai atau rileks.</p>
<p>Indikasi dan kontraindikasi</p>	<p>Indikasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1. pasien dengan nyeri post op skala sedang 4-6 (numeric rating scale)2. pasien usia sekolah (6-12 tahun) <p>Kontraindikasi :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. pasien yg mengalami fraktur pada jari atau luka pada jari atau tangan 2. pasien dengan penurunan kesadaran
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami nyeri post op yang dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari 2. nyeri diukur pada hari ke-2 post op
Prosedur	<p>Persiapan klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kontrak waktu dan menjelaskan tujuan dilaksanakannya terapi relaksasi genggam jari <p>Persiapan alat dan bahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tissue 2. Aroma terapi
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan sesuai SOP 2. Lakukan pemeriksaan vital sign pada pasien 3. Lakukan pengkajian nyeri dengan numeric rating scale 4. Posisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot. 5. Siapkan tissue dan aroma terapi, teteskan aroma terapi sebanyak 2-4 tetes di tissue kemudian letakkan di samping bantal pasien 6. Peneliti duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. 7. Pasien diminta unuk mengatur nafas dengan hitungan mundur 8. Genggam ibu jari selama kurang lebih 2 menit dengan

	<p>napas secara teratur dan kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama</p> <p>9. Setelah kurang lebih 10 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.</p> <p>10. Lakukan cuci tangan sesuai SOP</p>
<p>Evaluasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 3 kali dalam sehari. 2. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan responden melakukan tehnik relaksasi genggam jari. 3. Melakukan pemeriksaan vital sign 4. Tes akhir dilakukan sama dengan melakukan tes awal dengan memberikan pertanyaan tentang nyeri yang dirasakan dan memilih skala nyeri menggunakan lembaran checklist yang telah ditetapkan mewakili sensasi nyeri yang dirasakan serta hasil tersebut dicatat dalam lembaran hasil pengukuran. 5. Catat dan dokumentasikan hasil observasi yang telah dilakukan 6. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 7. Ucapkan terima kasih atas kesediaan responden untuk berpartisipasi

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI

Kode Responden :

Nama responden :

Hari/Tanggal :

Pertemuan :

Diagnosa :

No	Parameter	Sebelum	Sesudah
1	Skala Nyeri		
2	Tekanan darah		
3	Nadi		
4	Respon pasien		

Hari/Tanggal :

Pertemuan :

Diagnosa :

No	Parameter	Sebelum	Sesudah
1	Skala Nyeri		
2	Tekanan darah		
3	Nadi		
4	Respon pasien		

Lampiran 5

DOKUMENTASI



Lampiran 6



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIAYATA HUSADA SAMARINDA PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

A. Pengkajian

1. Data klien

Nama : An. A
Tempat tgl lahir : Jember, 15 maret 2007
Umur : 12 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Nama Ayah/ibu : Tn. N / Ny. S
Pekerjaan Ayah : Karyawan
Pekerjaan ibu : Guru
Pendidikan Ayah : SMA
Pendidikan Ibu : S1
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Jl. Tenau kampung banjar, Sangatta

2. Keluhan Utama

operasi pengangkatan tumor

3. Riwayat Keluhan Saat Ini

Pasien terdiagnosa penyakit tumor pada saat ia masih keci yaitu saat usia \pm 2-3 tahun kemudian oleh orang tua pasien, pasien dibawa ke rumah sakit pada tahun 2009 untuk melakukan operasi pengangkatan tumor dan operasi kedua pada tahun 2012 untuk pengangkatan tumor

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Prenatal	Ibu mengatakan selama kehamilan ibu rutin control kehamilan ke klinik bidan setiap 1 bulan sekali selama 9 bulan kehamilan.
Intranatal	Ibu mengatakan melahirkan di klinik bersalin bidan tempat dimana dulu ibu pasien sering melakukan control kehamilan. Persalinan dilakukan secara normal dan tidak ada penyulit apapun saat proses persalinan .
Postnatal	Ibu klien mengatakan setelah lahir anaknya langsung menyusui dan mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: 2900 gram dan PB : 49 cm.

5. Riwayat Masa Lalu

a. Penyakit waktu kecil

Ibu klien mengatakan klien merupakan anak yang sangat jarang sekali sakit yang serius. Sakit yang sering dialami klien hanyalah batuk, pilek dan demam biasa seperti anak pada umumnya.

b. Pernah di rawat di RS

Ibu klien mengatakan klien pernah di rawat di Rumah sakit umum daerah di jember dan di rumah sakit umum daerah Muadi di solo untuk dilakukan operasi pengangkatan tumor pada wajahnya

c. Obat – obatan yang digunakan

Ibu klien mengatakan lupa nama obat-obatan yang pernah diberikan.

d. Tindakan (Operasi)

Ibu klien mengatakan klien pernah dilakukan tindakan operasi pengangkatan tumor sebanyak dua kali yaitu pada tahun 2009 dan 2012.

e. Alergi

klien mengatakan mempunyai alergi pada makan yaitu telur

f. Kecelakaan

klien mengatakan tidak pernah terjatuh ataupun kecelakaan.

g. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan pasien punya riwayat imunisasi lengkap

BCG : usia baru lahir Polio : usia 4 bulan

DPT : usia 4 Bulan Campak : usia 9 bulan

Hepatis B : usia baru lahir dan usia 5 bulan

6. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Tengkurap, usia : 4 Bulan

Duduk, usia : 7 Bulan

Berdiri, usia : 9 Bulan

Berjalan, usia : 1 Tahun

Bicara, usia : 1 Tahun

Tumbuh Gigi, usia : 6 Bulan

Keterangan :

Klien tidak memiliki keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Klien dapat melakukan kegiatan sebagaimana mestinya sesuai dengan usia klien saat ini.

7. Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan klien di asuh oleh orang tua kandung, hubungan klien dengan keluarga yang lain baik, klien berhubungan baik dengan teman sebayanya dan sering bermain dengan teman sebayanya disekitar rumah tempat tinggal klien. Klien memiliki 2 orang adik, hubungan klien dengan kedua adiknya baik.

Klien mengatakan semakin ia dewasa ia merasa malu dan disekolah ia juga merasa malu karena adanya benjolan diwajahnya.

8. Riwayat Keluarga

a. Sosial Ekonomi

Ibu klien mengatakan keadaan sosial ekonomi perbulan pendapatannya \pm 2 juta, termasuk social ekonomi menengah, klien dirawat dirumah sakit dengan jaminan BPJS.

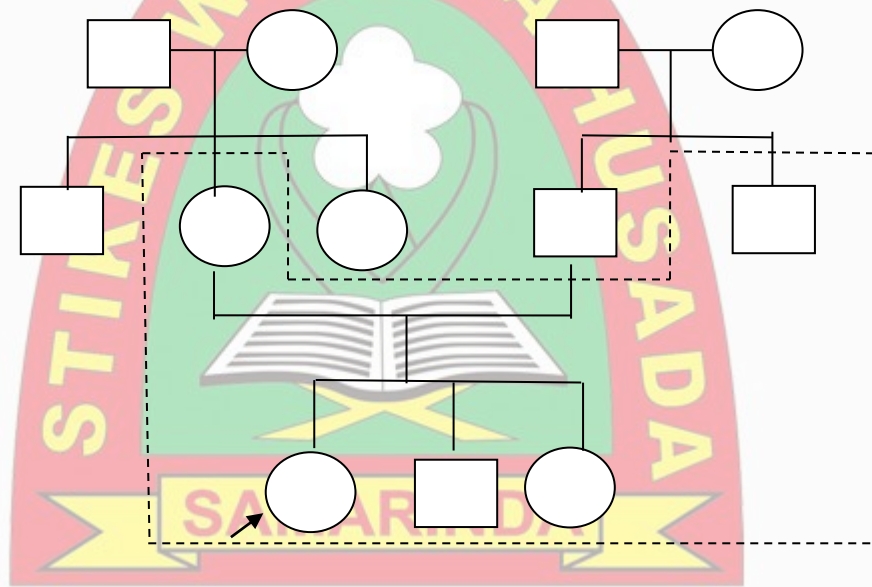
b. Lingkungan Rumah

Ibu klien mengatakan lingkungan rumah aman, tempat tinggal permanen, rumah dinding beton, rumah memiliki ventilasi pada setiap jendela, pencahayaan rumah baik, pasien menggunakan listrik PLN, dan air dari PDAM, WC yang ada dirumah menggunakan kloset jongkok, pembuangan limbah saptic tank berjarak 10 meter, rumah memiliki halaman.

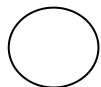
c. Penyakit keluarga

Ibu klien mengatakan bahwa nenek dari ayah klien memiliki riwayat penyakit hipertensi.

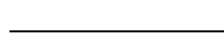
d. Genogram



Keterangan :



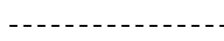
: Perempuan



: Garis Hubungan



: Laki-laki



: Tinggal Serumah



: Pasien



: Meninggal

Catatan : Dalam silsilah keluarga orang tua dari ayah klien memiliki riwayat penyakit hipertensi.

9. Pengkajian Tingkat Perkembangan saat ini

Umur An. A saat ini 12 tahun 8 bulan. saat dikaji klien tidak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan usia klien saat ini.

10. Pengkajian pola Kesehatan saat ini

- a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan
Ibu mengatakan setiap ada keluarga yang sakit ibu selalu membawa ke puskesmas terdekat untuk memeriksakan kesehatan.
- b. Nutrisi
 - **SMRS** : Ibu klien mengatakan jika An. A dirumah kuat makan tidak ada masalah. Ibu mengatakan jika klien makan biasa 3x/ hari dengan 1 porsi sedang ditambah lauk-pauk, ikan/ayam, dan sayur, kecuali telur, karena pasien alergi pada telur.
 - **MRS** : Ibu mengatakan nafsu makan An.A selama di rumah sakit mengalami penurunan. An.A mengatakan ia tidak suka dan tidak berselera dengan makanan dirumah sakit yang hambar, pasien mengkonsumsi bubur sebanyak 3x/har
- c. Cairan
 - **SMRS** : Ibu mengatakan kalau klien sebelumnya lumayan banyak minum air sehari pasien bisa menghabiskan air putih sekitar \pm 1800 cc/harinya
 - **MRS** : Ibu mengatakan selama dirumah sakit klien minum air putih \pm 1500 cc/hari. Dan klien dapat susu dari rumah sakit, tetapi tidak diminum karena klien mengatakan tidak suka dengan rasanya.

d. Aktivitas

- **SMRS**: Ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas dengan teman sebayanya di lingkungan rumah dan bermain dengan adiknya dirumah.
- **MRS** : Ibu mengatakan selama masuk rumah sakit klien banyak beraktivitas di tempat tidur saja, seperti berbaring dan duduk sambil bermain handphone.

e. Tidur dan istirahat

- **SMRS**: Ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak ada masalah dalam pola tidur dan istirahat klien, klien biasanya tidur siang \pm 2 jam dan tidur malam \pm 8 jam, perasaan klien pada saat bangun tidak ada masalah klien selalu segar.
- **MRS** : Ibu mengatakan selama klien dirawat di RS klien tidak ada masalah dalam pola tidur dan istirahat klien, klien biasanya tidur siang \pm 2-3 jam dan tidur malam \pm 8-9 jam, perasaan klien pada saat bangun tidak ada masalah klien selalu segar.

f. Eliminasi

- **SMRS** :

BAK → Ibu mengatakan sebelum dirawat pasien tidak memiliki masalah saat sedang bak, pasien biasa bak 6-7x/hari, bak lancar, konsistensi kuning jernih dan berbau khas.

BAB → ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam hal bab. Pasien biasa BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.

- **MRS** :

BAK → pasien terpasang kateter urine dan BAK per hari ± 1800

BAB → ibu mengatakan selama dirawat pasien hanya BAB 1x sehari.

g. Pola hubungan

klien dapat berhubungan baik dengan teman sebayanya dirumah dan orang tua, dan juga petugas kesehatan, tetapi saat diajak berkomunikasi kontak mata dari pasien kurang.

h. Koping dan disiplin yang di terapkan

klien cukup kooperatif dan klien selalu mendengarkan apa kata ibu atau ayahnya.

i. Kognitif dan persepsi

Klien dapat mengetahui yang mana tindakan yang menurut klien sakit, ia akan mengatakannya secara langsung tetapi jika tindakan yang dilakukan tidak membuat sakit klien hanya diam dan melihat.

j. Konsep diri

Keluarga klien selalu mencari informasi terkait masalah pada An. A dan ibu klien mengetahui beberapa informasi tentang masalah yang diderita An.A. dan ibu klien mengatakan semakin beranjak dewasa An. A mulai merasa malu dengan kondisi penyakitnya sehingga klien sangat bersemangat dalam menjalani perawatan-perawatan untuk kesembuhannya.

k. Seksual dan menstruasi

Pasien berjenis kelamin perempuan

l. Nilai Keyakinan

Pasien dan keluarga beragama islam, ibu mengatakan terkadang pasien biasanya ikut melaksanakan sholat berjamaah dirumah, sebelum makan pasien juga membaca doa makan.

11. Pemeriksaan Fisik (tanggal 23-11-2019)

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis

- Tanda-tanda vital :

KU : Sedang, Kesadaran : CM, GCS : E4V5M6

TD : 110/70 mmHg

N : 115x/i

S : 36,5⁰C

RR : 23x/i

BB/TB : 38kg / 151 cm

Lingkar Kepala : 51 cm

Lingkar Lengan Atas : 21 cm

- Skala Nyeri :



Keterangan :

Saat ini pasien mengalami nyeri di tangan sebelah kiri karena terapi intravena dengan skala 5.

- Resiko Jatuh

Skala Humpty Dumpty

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun		4
	3-7 Tahun		3
	7 -13 Tahun	2	2
	≥ 13 Tahun		1
Jenis Kelamin	Laki-laki		2
	Perempuan	1	1
Diagnosis	Diagnosis Neurologi		4
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, sinkop, pusing)		3

	Gangguan perilaku/psikiatri		2
	Diagnosis lainnya	1	1
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya		3
	Lupa akan adanya keterbatasan		2
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa		4
Faktor Lingkungan	Menggunakan alat bantu/diletakkan dalam tempat tidur bayi		3
	Pasien diletakkan di tempat tidur		2
	Area di luar rumah sakit	1	1
	Dalam 24 jam		3
Pembedahan/ sedasi/anasteri	Dalam 48 jam	2	2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anastesi		1
	Penggunaan multiple : sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose		3
	Penggunaan salah satu obat diatas		2
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	1
Jumlah Skor Humpty Dumpty			9

Keterangan : Pasien saat ini dalam resiko rendah mengalami jatuh.

b. Kulit

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, ada luka jahitan post op pada bagian wajah, kulit tampak lembab.

Palpasi : Tidak ada masa, turgor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, tidak ada nyeri tekan

c. Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, tidak terdapat benjolan dan penyebaran rambut merata

Palpasi : tidak Terdapat nyeri tekan pada daerah kepala

d. Mata

Inspeksi : Bentuk mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, kornea jernih, pupil isokor, sklera an ikterik, tidak ada peradangan, reflek cahaya (+/+)

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada mata.

e. Telinga

Inspeksi : Telinga bersih, bentuk telinga simetris kanan-kiri, tidak ada peradangan, tidak ada gangguan pendengaran atau perdarahan.

Palpasi : Tidak ada benjolan disekitar telinga, tidak ada nyeri tekan,

f. Hidung

Inspeksi : Hidung simetris, tampak bersih, tidak ada sekret di hidung, tidak ada peradangan, tidak ada perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada ada polip hidung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

g. Mulut

Inspeksi : Mulut simetris, mukosa bibir lembab, mulut tampak bersih, terdapat caries gigi, lidah tampak bersih, tidak ada gangguan menelan.

h. Wajah

Inspeksi : terdapat luka bekas operasi pada wajah sebelah kanan pasien, luka tertutup kassa steril, keadaan kassa bersih tidak ada rembesan, wajah meringis saat nyeri

Palpasi : terdapat nyeri pada area wajah setelah operasi

i. Leher

Inspeksi : Tidak ada luka atau jejas, tidak ada peradangan

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

j. Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris kiri dan kanan tidak ada lesi dan warna kulit tidak ada hiperpigmentasi

Palpasi : Vocal fremitus : pergetaran dinding dada kiri dan kanan simetris

k. Paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada fraktur costa, pernapasan menggunakan pernapasan dada, tidak ada lesi dan jejas dan pada saat pasien inspirasi dan ekspirasi tidak ada lapang paru yang tertinggal.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus getaran terasa kanan kiri

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

l. Jantung

Inspeksi : Tidak ada kelainan pada bentuk dada

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : Suara S1 & S2 Reguler

Perkusi : Pada daerah jantung suara pekak

m. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen cembung

Auskultasi : Bising usus 13x/i

Perkusi : Timpani

Palpasi : teraba lembek, lingkaran perut : 66 Cm

n. Genitalia

Inspeksi : Ibu mengatakan genitalia anaknya tidak ada mengalami lecet atau luka dan jejas

o. Anus dan rectum

Inspeksi : Ibu mengatakan tidak masalah pada anus anaknya, tidak ada ambien pada anaknya

p. Muskuloskeletal

MMT :

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

Keterangan : Klien tidak memiliki kelemahan anggota gerak baik pada ekstremitas atas ataupun pada ekstremitas bawah.
Klien tidak pernah mengalami fraktur.

q. Neurologi

Tidak ada gangguan neurologi yang dialami pasien

12. Pemeriksaan diagnostic lainnya

a. Pemeriksaan Labotarorium

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 14 November 2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	5.66	4.50-14.50	$10^3/\mu\text{L}$
2	Eritrosit	4.66	4.00-5.20	$10^6/\mu\text{L}$
3	MCH	24.2	27.00 – 31.00	$10^3/\mu\text{L}$
4	MCV	77.5	81.0 – 99.0	$10^6/\mu\text{L}$
5	Hematocrit	36.1	35.0-45.0	%
6	Hemoglobin	11.3	12.0 – 16.0	g/dL
7	PCT	0.45	0.15 – 0.40	%
8	PLT	491	150 – 450	$10^3/\mu\text{L}$

13. Program Terapi dan cairan

a. Terapi Pemberian Infus

Infus RL 15 tpm

b. Terapi Pemberian Obat Oral

Tidak ada

c. Terapi Pemberian Obat Injeksi

- Ceftriaxone 1 gr/12 jam IV
- Santagesic 1 amp/8 jam IV
- Omeprazole 40 mg/12 jam IV
- Dexametasone 2x1 amp IV
- Betadine gargle 4-5x/hari

ASUHAN KEPERAWATAN

A. ANALISIS DATA

No	Data Penunjang	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri di area wajah yang dioperasi P : luka setelah operasi Q : sepeti tertusuk R : wajah sebelah kanan S : skala 5 T : hilang timbul (10 detik)	Agen Cidera Fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut
2	Do : - Wajah anak tampak meringis saat merasa nyeri - Klien tampak selalu mengelus – elus bagian bawahnya yang nyeri	Tindakan invasive	Resiko Infeksi
3.	Ds : pasien mengatakan merasa malu karena adanya benjolan pada wajah yang merubah bentuk wajahnya Do : - Kontak mata kurang - Tampak bentuk wajah tidak simetris	Kondisi terdiagnosis (tumor) dan pembedahan	Harga diri rendah

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri Akut (D. 0077) Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan kenyamanan Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan	Tingkat Nyeri (L. 08066) Definisi : Pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat	Manajemen Nyeri (I.08238) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan

dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen cedera fisiologis (Inflamsi)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersifat proteksi

Gejala dan Tanda Minor

Objektif

1. Berfokus pada diri sendiri

dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan .

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Keluhan nyeri (2)
2. Meringis (2)
3. Sikap proteksi (2)

Indikator Skala :

- 1 = Meningkatkan
- 2 = Cukup meningkat
- 3 = Sedang
- 4 = Cukup menurun
- 5 = Menurun

jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Aktivitas – aktivitas :

- 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 1.2 Identifikasi skala nyeri
- 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal
- 1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi genggam jari)
- 1.5 Jelaskan strategi meredakan nyeri .

2.

Resiko Infeksi (0142)

Kategori : Lingkungan
Subkategori : keamanan dan proteksi
Definisi :
Beresiko mengalami peningkatan organisme patogen .

Faktor Resiko

1. Efek prosedur infasif

Kondisi Klinis Terkait

1. Tindakan infasif

Kontrol Resiko (L.14128)

Definisi :
Kemampuan untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang dapat dimodifikasi.

Klien dan keluarga mampu menunjukkan kemampuan mencegah infeksi dalam waktu 3X8 jam dengan kriteria hasil :

1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (4)
2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (4)
3. Kemampuan mengubah prilaku (4)
4. Kemampuan menghindari faktor resiko (4)

Indikator skala:

- 1 = Menurun
- 2 = Cukup menurun
- 3 = Sedang
- 4 = Cukup meningkat
- 5 = Meningkatkan

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Definisi :
Mengidentifikasi dan menurunkan resiko terserang organisme patogenik .

Aktivitas – aktivitas :

- 1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- 1.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi .
- 1.4 Ajarkan cara cuci tangan dengan benar.
- 1.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 1.6 Anjurkan meningkatkan supan cairan

3	<p>Harga diri rendah situasional (D.0087) Kategori : fisiologis subkategori : respirasi definisi : evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.</p> <p>Penyebab : - Perubahan pada citra tubuh - Transisi perkembangan</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Merasa malu Objektif 1. Postur tubuh menunduk</p> <p>Gejala dan tanda minor Objektif 1. Kontak mata kurang</p>	<p>Harga diri (L.09069) Definisi : perasaan positif pada diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini. Klien dan keluarga mampu menunjukkan kemampuan mencegah risiko jatuh dalam waktu 2X8 jam dengan kriteria hasil : - Penilaian diri positif (2)</p> <p>indicator skala : 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun</p> <p>- Perasaan malu (4)</p> <p>indicator skala : 1. menurun 2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. Meningkatkan</p>	<p>Promosi harga diri (I.09308) Definisi : meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri</p> <p>Aktivitas-aktivitas : 1.1 Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 1.2 Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 1.3 Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain.</p>
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Sabtu, 23 November 2019	1	Manajemen Nyeri :	Subjektif : - Klien mengatakan masih nyeri pada area operasinya	

16.10	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>EP : Pasien mengatakan nyeri pada area wajah post operasinya, pasien sesekali menunjukkan wajah meringis An.A mengatakan nyeri dengan skala 5.</p>	<p>- Klien mengatakan merasa rileks</p> <p>Objektif :</p> <p>- Pasien terlibat sesekali meringis.</p> <p>Assesment : Masalah belum teratasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (2) 2. Meringis (3) 3. Sikap proteksi (3)
16.13	<p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>EP : Berdasarkan pengkajian nyeri didapatkan skala nyeri yaitu 5.</p>	<p>Planning: Lanjutan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal
16.14	<p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>EP : Wajah pasien tampak meringis sampai pasien mengerutkan dahi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi 1.4 Menjelaskan strategi meredakan nyeri.
16.15	<p>1.4 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi selama ± 15-20 menit</p> <p>EP : klien mengikuti arahan yang diberikan dengan cukup baik</p>	
16.35	<p>1.5 Menjelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>EP : klien mengatakan sudah memahami cara meredakan nyeri dengan teknik genggam jari</p>	

Minggu, 24 November 2019	Manajemen nyeri : Aktivitas – aktivitas 1.1 Mengidentifikasi skala nyeri EP : klien mengatakan skala nyeri 3	Subjektif : - Klien mengatakan merasa rileks - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang Objektif :
10.01	1.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal EP : pasien tampak baik tidak ada respon nyeri non verbal	- Klien terlihat lebih nyaman dan mengikuti arahan yang diberikan dengan cukup baik saat dilakukan intervensi
10.02	13. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi selama ± 15-20 menit EP : memberikan aroma terapi ke tissue yang diletakkan di samping pasien dan melakukan genggam jari pada klien	Assesment : Masalah teratasi sebagian : 1. Keluhan nyeri (3) 2. Meringis (4) 3. Sikap proteksi (4) Planning: Lanjutan intervensi 1.1 Identifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari 1.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri
10.22	1.4 Menjelaskan strategi meredakan nyeri. EP : klien mengatakan sudah memahami cara meredakan nyeri dengan teknik genggam jari	

Senin, 25 November 2019	2	Manajemen nyeri : Aktivitas – aktivitas	Subjektif : - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang
16.00		1.1 Mengidentifikasi skala nyeri EP : klien mengatakan skala nyeri menjadi 2	Objektif : - Pasien terlihat sudah tidak meringis - Pasien terlihat lebih rileks
16.01		1.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal EP : pasien tampak baik tidak ada respon nyeri non verbal	Assesment : Masalah teratasi sebagian :
16.03		1.3 Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari dengan aroma terapi selama ± 15-20 menit EP : memberikan aroma terapi ke tissue yang diletakkan di samping pasien dan melakukan genggam jari pada klien	2. Keluhan nyeri (3) 3. Meringis (4) 4. Sikap proteksi (4) Planning: Lanjutan intervensi 1.1 Identifikasi skala nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 1.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri
16.22		1.4 Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri EP : Strategi untuk meredakan nyeri yaitu dengan melakukan teknik genggam jari	

Hari/tanggal	Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
--------------	----	--------------	----------	-------

Sabtu, November 2019	23 2	Pencegahan Infeksi : Aktivitas – aktivitas	Subjektif : - Objektif :
16.40		2.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : tidak ada gejala-gejala inflamasi pada area di sekitar luka operasi	- Pasien terlihat lebih tenang - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih. Assesment : Masalah teratasi sebagian
16.45		2.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (3) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan mengubah perilaku (3) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (3)
16.47		2.5 mengajarkan jarkan cara cuci tangan dengan benar. EP : keluarga dan pasien mengikuti dan mempraktekkan cara mencuci tangan yang dilakukan oleh mahasiswa	Planning: Lanjutan intervensi
16.52		2.6 Menjelaskan kepada orang tua tanda dan gejala infeksi EP: keluarga mendengarkan dan mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejalanya	2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2.3 Anjurkan keluarga pasien dan pasien untuk rajin mencuci tangan
17.00		2.7 menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan EP : klien mengatakan makan tidak terlalu banyak dan minum cukup banyak dalam 1 hari	

Minggu, 23 November 2019	Pencegahan Infeksi :	Subjektif :-
	Aktivitas – aktivitas	Objektif :
11.00	2.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : tidak ada rembesan dari kassa luka operasinya, tidak ada kemerahan di area bekas operasinya	- Pasien terlihat tenang - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih.
		Assesment :
		Masalah teratasi sebagian
11.05	2.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (3) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan mengubah perilaku (3) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (4)
11.10	2.3 Merivew kembali orang tua dan lien cara mencuci tangan 6 langkah EP : Orang tua pasien bisa melakukan cuci tangan 6 langkah dengan cukup baik	Planning: Lanjutan intervensi 2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2.3 Anjurkan keluarga dan pasien untuk rajin mencuci tangan

Senin, 25 November 2019	Pencegahan Infeksi :	Subjektif :-
	Aktivitas – aktivitas	Objektif :
16.20	2.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. EP : tidak ada rembesan dari kassa luka operasinya, tidak ada kemerahan di area bekas operasinya	- Pasien terlihat tenang - Lingkungan sekitar pasien terlihat bersih.
16.25	2.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien EP : Perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Assesment : Masalah teratasi sebagian 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko (4) 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko (3) 3. Kemampuan mengubah perilaku (4) 4. Kemampuan menghindari faktor resiko (4)
16.27	2.3 Merivew kembali orang tua dank lien cara mencuci tangan 6 langkah EP : Orang tua pasien bisa melakukan cuci tangan 6 langkah dengan cukup baik	Planning: Lanjutan intervensi 2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2.3 Anjurkan keluarga dan pasien untuk rajin mencuci tangan

Hari/Tgl	No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
----------	-------	--------------	----------	-------

Sabtu, 23 November 2019	3	Manajemen harga diri rendah	Subjektif : klien mengatakan sangat ingin cepat sembuh dari sakit
			Objektif :
15.40	3.1	memotivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri EP : klien mau mendengarkan dengan baik	- Kontak mata masih kurang Assesment : Masalah belum teratasi 1. Penilaian diri positif (3) 2. Perasaan malu (3)
15.41	3.2	menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien EP : keluarga mengatakan akan selalu memberikan dukungan dan semangat kepada klien	Planning: Lanjutan intervensi 3.1 motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 3.2 jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
15.42	3.3	menganjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. EP : kontak mata masih kurang saat berkomunikasi	3.3 anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
Minggu, 24 November 2019	3	Manajemen harga diri rendah	Subjektif : klien mengatakan hari ini perasaannya baik
			Objektif :
15.40	3.1	memotivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri EP : klien mau mendengarkan dengan baik	- Kontak mata ada Assesment : Masalah belum teratasi 1. Penilaian diri positif

			(3) 2. Perasaan malu (3)
			Planning: Lanjutan intervensi
15.41	3.2 menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien EP : keluarga mengatakan selalu memberikan dukungan dan semangat kepada klien		3.1 motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 3.2 jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
15.42	3.3 menganjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. EP : kontak mata ada saat berkomunikasi		3.3 anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
Senin, 25 November 2019	3 Manajemen harga diri rendah		Subjektif : klien mengatakan perasaannya pada hari ini baik dan sangat ingin cepat sembuh dari sakit
10.30	3.1 memotivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri EP : klien mau mendengarkan dengan baik		Objektif : - Kontak mata ada Assesment : Masalah belum teratasi
10.40	3.2 menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien EP : keluarga mengatakan tentu akan selalu memberikan dukungan dan semangat kepada klien		1. Penilaian diri positif (4) 2. Perasaan malu (3) Planning: Lanjutan intervensi 3.1 motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 3.2 jelaskan kepada

10.48	3.3 menganjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. EP : kontak mata ada saat berkomunikasi	keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 3.3 anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

