

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER
PADA TN.A DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DAN DIAGNOSA MEDIS *ABSES GLUTEUS* DI RUANG
ANGGREK B RSUD KOTA BANDUNG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk Menyelesaikan Pendidikan Program Profesi Ners

Disusun oleh :

RIKY RAMADHAN, S.Kep

NIM 4006220069



PROGRAM PROFESI NERS

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN DHARMA HUSADA BANDUNG
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER
PADA TN.A DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DAN DIAGNOSA MEDIS *ABSES GLUTEUS* DI RUANG
ANGGREK B RSUD KOTA BANDUNG**

RIKY RAMADHAN, S.Kep

NIM 4006220069

Bandung, 23 Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Ns. Annisa Nur Erawan,S.Kep.,MSN

NIDN/NIK 0328118301

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners yang berjudul "*Asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada Tn.A dengan masalah keperawatan nyeri akut dan diagnosa medis Abses gluteus di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung*". Penulisan karya ilmiah akhir ners ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Sarjana keperawatan dan Profesi ners di STIKes Dharma Husada Bandung.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr.Dra. Suryani, Dipl. Mid., MM selaku Ketua STIKes Dharma Husada Bandung.
2. Dr. Suparni, ST.,M.K.K.K selaku PLH Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dan profesi ners STIKes Dharma Husada Bandung.
3. Putri puspitasari, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Koordinator Profesi Ners STIKes Dharma Husada Bandung.
4. Annisa Nur Erawan, MSN selaku pembimbing Utama dalam karya ilmiah akhir ners.

5. Kedua Orangtua Saya Bapak saepudin dan Ibu siti homsah yang telah memberikan dukungan moral dan materil, terimakasih atas segala doa, dukungan dan semangat kepada penulis.
6. Calon istri saya Devi friyanti yang sudah memberikan dukungan kepada penulis dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini.
7. Teman – teman profesi ners angkatan 2022/2023 yang sudah memberikan dukungan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah membantu begitu banyak dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners.

Semoga segala doa dan bantuan yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Penulis berharap karya ilmiah akhir ners ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bandung, 23 juni 2023

Penulis

(Riky Ramadhan)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil karya Saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah Saya nyatakan dengan benar.

Nama : RIKY RAMADHAN

NIM : 4006220069

Tanda Tangan :

Tanggal : 23 Juni 2023

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik STIKes Dharma Husada Bandung, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : RIKY RAMADHAN
NIM : 4006220069
Program Studi : Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Dharma Husada Bandung **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non- exclusive Royalty- Free Right*)** atas karya ilmiah akhir ners saya yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN AROMATERAPI
LAVENDER PADA TN.A DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DAN DIAGNOSA MEDIS
ABSES *GLUTEUS* DI RUANG ANGGREK B RSUD KOTA
BANDUNG**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini STIKes Dharma Husada Bandung berhak menyimpan, mengalih media/format- kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Bandung
Pada tanggal : 23 Juni 2023

Yang menyatakan,

(Riky Ramadhan)

ABSTRAK

Riky Ramadhan

ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER PADA TN.A DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DAN DIAGNOSA MEDIS *ABSSES GLUTEUS* DI RUANG ANGGREK B RSUD KOTA BANDUNG

V bab + 98 halaman + tabel + 2 bagan + 2 lampiran

Abses adalah penimbunan nanah yang terjadi akibat infeksi bakteri. Abses dapat terjadi dimana saja pada bagian tubuh kita. Salah satu penyebab yang paling sering ditemukan pada proses radang infeksi microbial. **Tujuan:** Penulisan Karya Ilmiah ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan medikal bedah pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *abses gluteus* **Desain:** menggunakan studi penelaahan kasus dengan metode pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan dokumentasi. Subjek laporan kasus ini menggunakan satu responden. **Hasil:** implementasi pemberian aromaterapi lavender pada pasien nyeri akut didapatkan hasil bahwa adanya perubahan dari yang awalnya nyeri skala 5 (0-10) menjadi skala 3(0-10). **Kesimpulan:** penelitian ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tindakan aromaterapi lavender pada Tn.A dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

Kata Kunci : terapi nyeri, aromaterapi, lavender
Kepustakaan : 17 literature (2012-2023)

ABSTRACT

Riky Ramadhan

NURSING CARE OF LAVENDER AROMATHERAPY TO TN.A WITH ACUTE PAIN PROBLEMS AND MEDICAL DIAGNOSIS OF GLUTEUS ABSCESS IN THE ROOM ANGGREK B BANDUNG CITY HOSPITAL

V chapter + 98 pages + 16 tables + 2 charts + 2 appendices

An abscess is a collection of pus that occurs as a result of a bacterial infection. Abscesses can occur anywhere on the body. One of the most common causes of inflammatory processes is microbial infection. Purpose: Writing this scientific work aims to conduct medical surgical nursing care by administering lavender aromatherapy to patients with acute pain nursing problems with medical diagnoses of gluteus abscess Design: using case study studies with data collection methods carried out by means of anamnesis, physical examination, direct observation, and documentation . The subject of this case report uses one respondent. Results: the implementation of giving lavender aromatherapy to acute pain patients showed that there was a change from initially pain on a scale of 5 (0-10) to a scale of 3 (0-10). Conclusion: this study showed a decrease in the pain scale before and after lavender aromatherapy was performed on Mr.A with acute pain nursing problems in the Anggrek B room at Bandung City Hospital

Keywords: pain therapy, aromatherapy, lavender

Literature : 17 literatures (2012-2023)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman persetujuan	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iii
Halaman Pernyataan Publikasi	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	5
C. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep <i>abses</i>	7
B. Konsep Nyeri	13
C. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis	20
D. <i>Evidence Based Practice</i>	29
BAB III METODE	
A. Desain Karya Ilmiah Akhir Ners	31
B. Subyek Laporan kasus	31
C. Lokasi dan Waktu Studi	31
D. Fokus Laporan kasus	32
E. Definisi Operasional	32
F. Instrumen Laporan kasus	33

	G. Metode Pengumpulan Data	33
	H. Etika Laporan kasus	34
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Profil Lahan Praktik.....	36
	B. Proses Keperawatan.....	37
	C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan	75
	D. Pembahasan	75
	E. Keterbatasan Penelitian	83
BAB V	PENUTUP	
	A. Kesimpulan	84
	B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	89

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 intervensi keperawatan.....	26
Tabel 2.2 eviden based practice	30
Tabel 3.1 Definisi operasional variabel	32
Tabel 4.1 Pola kebiasaan sebelum dan saat sakit.....	44
Tabel 4.4 Catatan Pengobatan pasien.....	59
Tabel 4.5 Analisa Data Keperawatan.....	62
Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan.....	63
Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan.....	73
Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan.....	74

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway abses	11
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP Relaksasi Genggam jari
Lampiran 2	Catatan Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Abses adalah penimbunan nanah yang terjadi akibat infeksi bakteri. Abses dapat terjadi dimana saja pada bagian tubuh kita. Abses dapat terlihat karena berada di bagian luar tubuh (pada lapisan kulit) atau terjadi pada organ dalam tubuh yang terjadi disebuah kavitas jaringan karena adanya proses infeksi oleh bakteri, karena adanya benda asing misalnya; serpihan, lika peluru atau jarum suntik (Smaltzer, 2013).

Hampir setiap orang pernah mengalami infeksi. Tingkat prevalensi penyakit infeksi di Indonesia masih tergolong tinggi dan menjadi suatu masalah kesehatan di Indonesia (Adila, 2013). Penyakit infeksi ini dapat terjadi dan berkembang di bagian tubuh mana saja. yang sebagian besar dapat menghasilkan nanah serta dapat berlanjut menjadi penyakit saluran pencernaan (diare) yang kerap kali mengganggu masyarakat (Jawetz, 2012). Abses adalah pengumpulan nanah dalam suatu ruangan terbatas di dalam tubuh. Abses biasanya timbul sendiri (Oswari, 2015). Abses adalah pengumpulan nanah yang terlokalisir sebagai akibat dari infeksi yang melibatkan organisme piogenik. Nanah merupakan suatu campuran dari jaringan nekrotik, bakteri, dan sel darah putih yang sudah mati, yang dicairkan oleh enzim autolitik (Morison, 2014).

Abses dapat muncul pada permukaan kulit, namun abses juga dapat muncul pada jaringan dalam organ. Beberapa jenis abses akan hilang dengan

sendirinya ketika pecah dan nanah mulai mengering. Abses terjadi karena adanya proses infeksi atau biasanya oleh bakteri atau parasit atau karena adanya benda asing, misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik. Penyebab abses biasanya kokus pyogen, yaitu *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus* merupakan salah satu kuman patogen pada manusia yang dapat menyebabkan berbagai macam infeksi baik lokal maupun sistemik. *Staphylococcus* masuk dan menyebar melalui membran mukosa, sehingga dapat ditularkan langsung atau tidak langsung melalui tangan dan obyek kontaminan lain. Tanda dan gejala suatu abses berupa nyeri, nyeri tekan, teraba hangat, pembengkakan, kemerahan, demam dan hilangnya fungsi dan mengakibatkan nyeri (Smaltzer & Bare, 2015).

Nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda – beda sesuai dengan skala dan perasaan dari individu tersebut. Berat ringannya nyeri tergantung seseorang tersebut mengatakan sesuai dengan persepsinya. Margo McCaffery mengatakan nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan oleh individu yang merasakan nyeri dan ada ketika individu tersebut mengatakan ada (Black & Hawks, 2014).

Pereda nyeri yang efektif dapat dicapai dengan baik melalui kombinasi terapi farmasi dan non farmasi. Berdasarkan sejarah manajemen farmasi telah menjadi pilihan utama untuk meredakan nyeri terutama nyeri akut (Black & Hawks, 2014). Pada pasien dengan abses pengurangan nyeri dapat diatasi dengan farmakologi, yaitu obat – obatan analgetik baik secara intravena maupun intramuscular. Obat analgetik dapat menyebabkan efek

samping biasanya konstipasi, mual dan muntah, depresi pernapasan yang mengakibatkan kematian, kulit gatal dan kemerahan, gangguan ginjal dan lain sebagainya bila tidak diatasi dengan metode mengatasi nyeri (Black & Hawks, 2014).

Terdapat banyak metode untuk mengatasi nyeri. Cara untuk mengatasi nyeri pada abses, yaitu dengan metode farmakologis dan nonfarmakologis. Ada beberapa bukti penelitian yang mendukung kemanjuran pemilihan metode farmakologis dalam penanganan nyeri persalinan, tetapi dari gambaran sistematis juga menyoroti bahwa adanya hubungan dari pemberian metode farmakologis dengan sejumlah efek samping (Jones L, 2012). Dalam pemberian metode farmakologis, nyeri persalinan akan berkurang secara fisiologis, namun kondisi psikologis dan emosional ibu akan terabaikan (Makvandi, 2016). Metode ini termasuk terapi panas dan dingin, terapi sentuhan, pijat, refleksi, relaksasi, menari, permen karet bebas gula, stimulasi saraf trans atau subkutan, terapi air, menggunakan birth ball, terapi musik, akupresur dan aromaterapi (Valiani M, 2013). Aromatherapy adalah metode yang menggunakan minyak esensial lavender untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spirit efek lainnya adalah menurunkan nyeri dan kecemasan (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, Green, 2017).

Beberapa penelitian menunjukkan efektivitas aromaterapi lavender untuk rasa sakit dan kecemasan terhadap pasien rawat inap di RS Abbott Northwestern (Rivard R, 2014). Menurut Tarsikah (2012), Aromatherapy

Lavender merupakan salah satu minyak esensial analgetik yang mengandung 8% terpena dan 6% keton. Monoterpena merupakan jenis senyawa terpena yang paling sering ditemukan dalam minyak atsiri tumbuhan. Ekstrak lavender berkualitas tinggi tidak hanya sesuai dengan monograf ini namun idealnya melebihi spesifikasi tersebut dengan kandungan linalil asetat yang lebih tinggi (idealnya 33-45%) dan lavandulil asetat ($\geq 1,5\%$), dan batas yang lebih rendah untuk kandungan cineol. yang merupakan senyawa ester yang terbentuk melalui penggabungan asam organik dan alkohol. Ester sangat berguna untuk menormalkan keadaan emosi serta keadaan tubuh yang tidak seimbang (Appleton J, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Turlina dan Fadhilah (2017) dengan judul Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Tingkat nyeri di Lamongan didapatkan hasil $P = 0.001$ 0.05 ($P \leq 0.05$) yang berarti ada pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan tingkat nyeri. Dalam penelitian Mirzaei F (2015) mengatakan bahwa Aromaterapi dengan lavender memperbaiki status kegelisahan selama persalinan dan mengurangi sekresi kortisol dari kelenjar adrenal dan meningkatkan sekresi serotonin.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan (ASKEP) dengan menerapkan salah satu tindakan keperawatan yaitu pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis Abses gluteus di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada Tn.A dengan masalah keperawatan nyeri akut dan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung
- b. Memaparkan hasil asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung
- c. Memaparkan hasil perencanaan asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung
- d. Memaparkan hasil tindakan asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

- e. Memaparkan hasil evaluasi asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

C. Manfaat

1. Manfaat Keilmuan

Manfaat keilmuan studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam pembuatan asuhan keperawatan pemberian aromaterapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

2. Manfaat Aplikatif

- a. Penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman baru dalam bidang penelitian terutama mengetahui pengaruh terapi lavender pada pasien masalah keperawatan nyeri akut

- b. Bahan masukan bagi rumah sakit tentang tindakan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *abses gluteus* sehingga rumah sakit dapat menambahkan dan membuat SOP tentang tindakan tindakan keperawatan pada pasien.

- c. Masyarakat/Pasien

Menambah pengetahuan tentang teknik aromaterapi lavender untuk penurunan nyeri yang dapat diaplikasikan secara mandiri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Abses

1. Definisi

Abses adalah suatu penimbunan nanah, biasanya terjadi akibat suatu infeksi bakteri, jika bakteri menyusup ke dalam jaringan yang sehat maka akan terjadi infeksi. Sebagian sel mati dan hancur meninggalkan rongga yang berisi jaringan dan sel-sel yang terinfeksi. Abses adalah penumpukan nanah di dalam rongga di bagian tubuh setelah terinfeksi bakteri. Nanah adalah cairan yang mengandung banyak protein dan sel darah putih yang telah mati. Nanah berwarna putih kekuningan (Craft, 2012 dalam James, 2016).

2. Etiologi

Menurut (Craft, 2012) Abses dapat disebabkan karena adanya :

a. Infeksi Microbial

Salah satu penyebab yang paling sering ditemukan pada proses radang infeksi microbial. Virus menyebabkan kematian sel dengan cara multiplikasi intraseluler. Bakteri melepaskan eksotokin yang spesifik yaitu suatu sintesis kimiawi yang secara spesifik mengawali proses peradangan atau melepaskan endotoksin yang ada hubungannya dengan dinding sel

b. Reaksi Hipersentivitas

Reaksi hipersentivitas terjadi bila perubahan kondisi respons imunologi mengakibatkan tidak sesuainya atau berlebihannya reaksi imun yang akan merusak jaringan.

c. Agen Fisik

melalui trauma fisik, ultraviolet atau radiasi ion, terbakar atau dingin yang berlebih (*frosbite*).

d. Bahan kimia iritan dan korosif

Bahan kimiawi yang menyebabkan korosif (bahan oksidan, asam basa) akan merusak jaringan yang kemudian akan memprovokasi terjadinya proses radang. Disamping itu, agen penyebab infeksi dapat melepaskan bahan kimiawi spesifik yang mengiritasi dan langsung mengakibatkan radang.

e. Nekrosis jaringan

Aliran darah yang tidak mencukupi akan menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan makanan pada daerah bersangkutan, yang akan mengakibatkan terjadinya kematian jaringan. Kematian jaringan sendiri merupakan stimulus yang kuat untuk terjadinya infeksi. Pada tepi infark sering memperlihatkan suatu respons radang akut.

Menurut siregar (2019) suatu infeksi bakteri menyebabkan abses melalui beberapa cara:

- 1) Bakteri masuk ke dalam kulit akibat luka yang berasal dari tusukan jarum yang tidak steril
- 2) Bakteri menyebar dari suatu infeksi dibagian tubuh yang lain.

- 3) Bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia dan tidak menimbulkan gangguan, kadang bisa menyebabkan terbentuknya abses.

Peluang terbentuknya abses akan meningkat jika:

1. Terdapat kotoran atau benda asing di daerah tempat terjadinya infeksi
2. Daerah yang terinfeksi mendapatkan aliran darah yang kurang
3. Terdapat gangguan system kekebalan.

3. Manifestasi klinis

Abses biasanya terbentuk diseluruh bagian tubuh. Menurut (Longso, 2018). Gejala dari abses tergantung kepada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ saraf. Gejalanya biasanya berupa:

a. Nyeri (Dolor)

Nyeri merupakan respon yang bersifat subyektif terhadap adanya stressor fisik dan psikologik. Nyeri merupakan tanda peringatan adanya kerusakan jaringan. Nyeri disebabkan oleh regangan dan distorsi jaringan akibat edema dan terutama tekanan pus di dalam rongga abses. Beberapa mediator kimiawi pada radang akut termasuk bradikinin, prostaglandin, dan serotonin, diketahui juga dapat mengakibatkan nyeri.

b. Nyeri tekan

Nyeri tekan timbul di daerah yang terjadi kerusakan jaringan.

c. Pembengkakan (Tumor)

Pembengkakan sebagai hasil adanya edema merupakan suatu akumulasi cairan di dalam rongga ekstrasvaskuler yang merupakan bagian daricairan eksudat dan dalam jumlah sedikit, kelompok sel radang yang masuk dalam daerah tersebut.

d. Kemerahan (Rubor)

Jaringan yang mengalami radang akut tampak merah, sebagai contoh kulit yang terkena sengatan matahari, warna kemerahan ini terjadi akibat adanya dilatasi pembuluh darah kecil dalam daerah yang mengalami kerusakan.

e. Panas (calor)

Peningkatan suhu hanya tampak pada bagian perifer atau tepi tubuh, seperti pada kulit. Peningkatan suhu ini diakibatkan oleh peningkatan aliran darah (hiperemia) yang hangat pada daerah tersebut, mengakibatkan system vaskuler dilatasi dan mengalirkan darah hangat pada daerah tersebut. Demam sistemik sebagai hasil dari beberapa mediator kimiawi proses radang juga ikut meningkatkan temperatur lokal.

f. Hilangnya fungsi

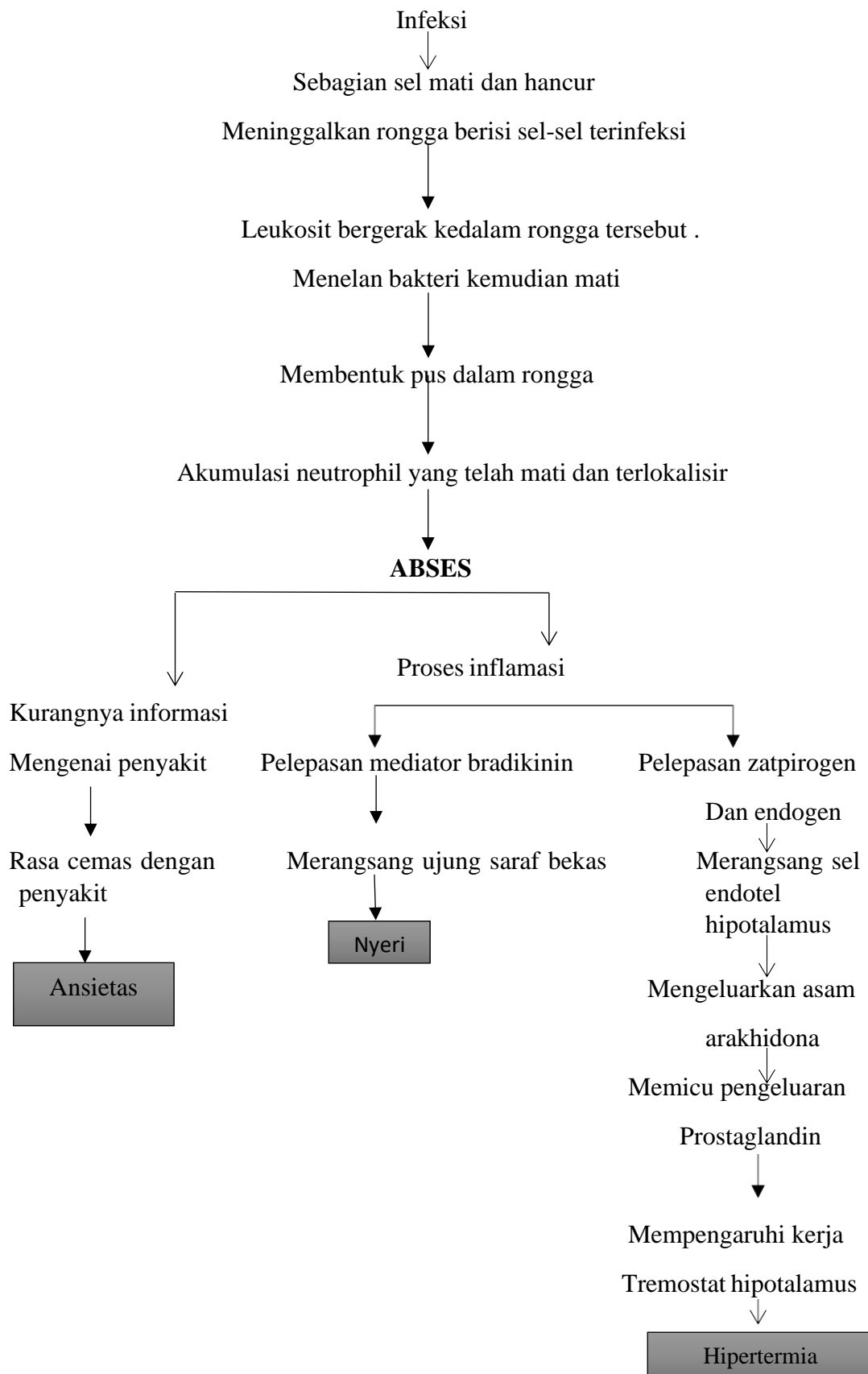
Kehilangan fungsi yang diketahui merupakan konsekuensi dari satu proses radang. Gerakan yang terjadi pada daerah radang, baik yang dilakukan secara sadar ataupun secara reflek akan mengalami hambatan oleh rasa sakit. Pembengkakan yang hebat secara fisik mengakibatkan berkurangnya gerak jaringan.

4. Patofisiologi

Menurut (Longso, 2018). Patofisiologi abses sebagai berikut:

Proses abses merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran atau perluasan infeksi ke bagian lain tubuh. Cedera jaringan yang disebabkan oleh infeksi Microbial, reaksi Hipersensitivitas, Agen fisik, Bahan kimia iritan dan Korosit dan Nekrosis menyebabkan peradangan atau inflamasi. Sehingga jaringan dilepaskan histamine, bradikinin, serotonin ke cairan sekitarnya. Zat-zat ini khususnya histamine meningkatkan aliran darah lokal dan juga meningkatkan permeabilitas kapiler, vena dan vanula, memungkinkan sejumlah besar cairan dan protein, termasuk fibrinogen, bocor masuk kedalam jaringan. Terjadi edema eksternal lokal serta cairan ekstrasel dan cairan limfe keduanya membeku karena efek koagulasi eksudat jaringan atas fibrinogen yang bocor. Jadi terjadi edema hebat dalam ruang sekitar sel yang cedera. Hal ini mengakibatkan regangan dan distorsi jaringan yang menyebabkan nyeri (*dolor*) dan memperlihatkan tanda *rubor* dan *kalor*. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan (Nyeri).

5. Pathway Abses



6. Komplikasi

Jika infeksi bisa terlokalisasi oleh dinding abses, biasanya infeksi tidak menyebar. Dalam beberapa kasus, infeksi yang dimulai di dalam abses kulit dapat menyebar ke jaringan disekitarnya dan diseluruh tubuh, yang menyebabkan komplikasi serius. Beberapa abses baru dapat terbentuk pada sendi, tangan atau lokasi lain di kulit. Jaringan kulit dapat mati akibat infeksi, yang menyebabkan gangrene, ketika infeksi menyebar secara internal di dalam tubuh dapat menyebabkan endocarditis yang berakibat fatal jika tidak di tangani sejak dini. Infeksi juga bisa menyebar ke tulang menyebabkan osteomyelitis. Dalam beberapa kasus, bakteri penyebab abses dapat menyebabkan sepsi (Craft, 2012 dalam James, 2016)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien dengan abses diantaranya adalah:

- a. Drainase Abses dengan menggunakan pembedahan biasanya diindikasikan apabila abses telah berkembang dari peradangan serosa yang keras menjadi tahap pus yang lebih lunak. Apabila menimbulkan resiko tinggi, misalnya pada area yang kritis, tindakan pembedahan dapat ditunda atau dikerjakan sebagai tindakan terakhir yang dilakukan.
- b. Seringkali abses disebabkan oleh bakteri *staphylococcus aureus*, antibiotic antistafilokokus seperti flucloxacillin atau dicloxacillin sering digunakan. Dengan adanya kemunculan *staphylococcus aerus* resisten methicillin (MRSA) yang didapat melalui komunitas, antibiotic biasa tersebut menjadi tidak efektif. Untuk menangani MRSA yang didapat melalui komunitas, digunakan antibiotic lain seperti clindamycin, trimetoprim, sulfamethoxazole, dan doxycycline.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hidayati, 2019) pemeriksaan pada abses dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan leukositosis bisa terjadi terutama saat kondisi akut

2. Radilogi, hal ini dilakukan rutin untuk evaluasi fistula. Dapat membantu saat luka pertama sulit untuk diidentifikasi atau dalam kasus kambuhan atau untuk mengidentifikasi jalur sekunder pada fistula multiple dan sebagainya.
3. CT Scan, membantu dalam pengaturan terhadap penyakit infeksi perirectal disbanding dalam pengaturan terhadap fistula yang kecil karena lebih baik dengan mengeringkan cairan kantong daripada sebuah fistula kecil dalam mencari salurannya. Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses dalam, bisa dilakukan pemeriksaan rontgen, USG, atau MRI.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi

Kebutuhan kenyamanan adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual, kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri, dimana setiap individu memiliki karakteristik fisiologi, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri (Pebrianti, 2019).

2. Gangguan rasa nyaman

a. Definisi gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan emosional (Anggi Noviyanti, 2019).

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distres, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang

dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (Murni, 2019).

- b. Penyebab gangguan rasa nyaman:
 - 1. Gejala penyakit
 - 2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
 - 3. Ketidakadekuatan sumber daya
 - 4. Kurang privasi
 - 5. Gangguan stimulus lingkungan
 - 6. Efek samping terapi (missal medikasi, radiasi dan kemoterapi)
- c. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : Mengeluh tidak nyaman
 - Objektif : Gelisah
- d. Gejala dan tanda minor
 - Subjektif:
 - 1. Mengeluh sulit tidur dang mengeluh lelah
 - 2. Tidak mampu rileks
 - 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - 4. Merasa gatal
 - 5. Mengeluh mual
 - Objektif :
 - 1) Menunjukkan gejala distress
 - 2) Tampak merintih/menangis
 - 3) Pola eliminasi berubah
 - 4) Postur tubuh berubah
 - 5) Iritabilitas
- e. Kondisi klinis terkait :
 - 1. Penyakit kronis dan keganasan
 - 2. Distres psikologis, kehamilan (Anggi Noviyanti, 2019).

3. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Murni,2019) gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasa sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari 6 bulan.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c) Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan dan keamanan

a. Emosi

Kecemasan, defresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

b. Status Mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injuri.

c. Gangguan persepsi sensori

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang telah berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

d. Keadaan Imunitas

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

e. Tingkat Kesadaran

Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

f. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

g. Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

h. Penggunaan antibiotic yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan Anafilaktik syok.

i. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

j. Usia

Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

k. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

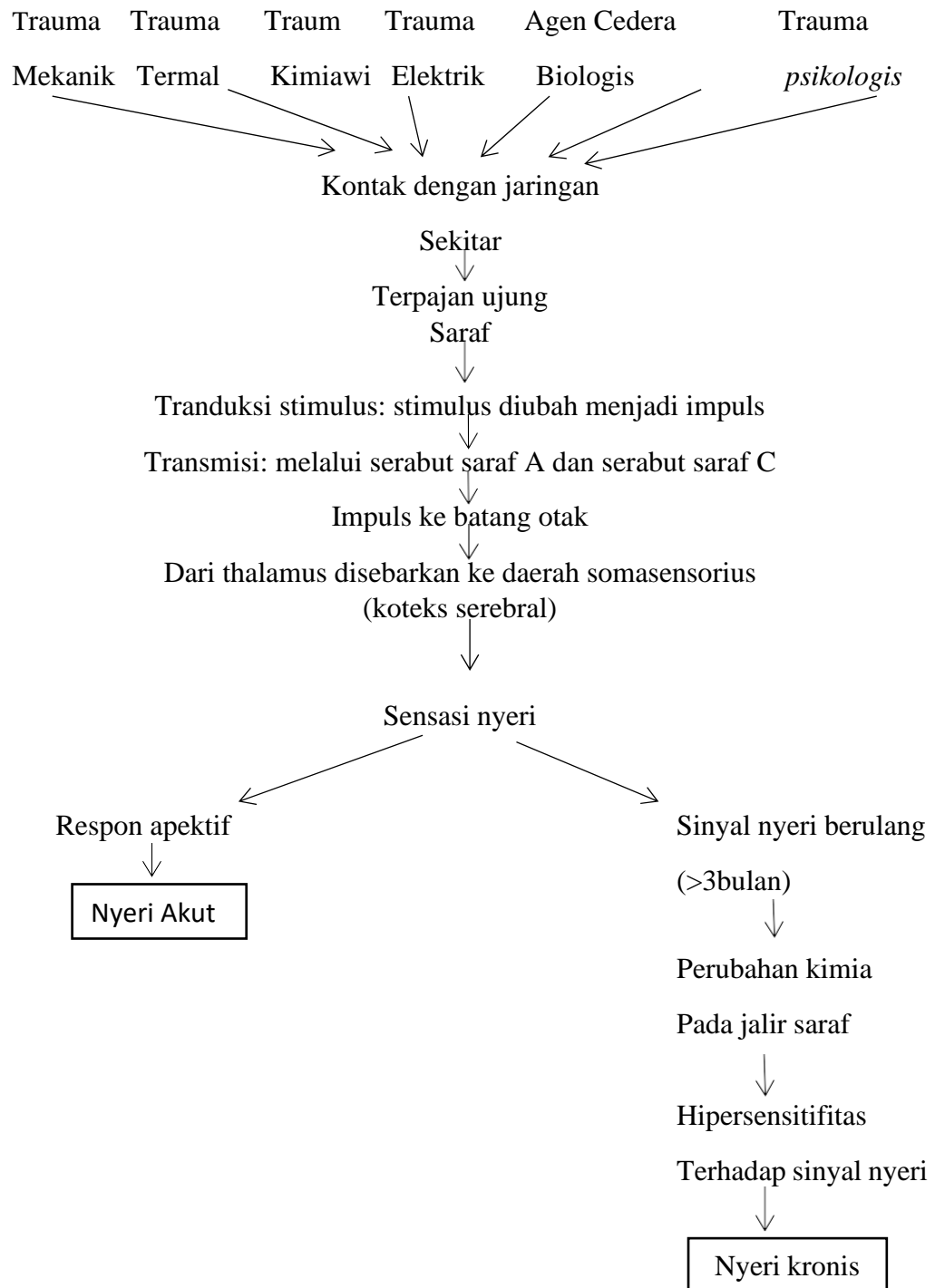
l. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punyai (Nenometa, 2019).

5. Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Anggi Noviyanti, 2019). Menurut Association For Study Of Pain (2010) menjelaskan bahwa nyeri yaitu suatu pengalaman emosional dan subjektif yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat aktual ataupun potensial dan dirasakan pada tempat terjadinya kerusakan.

6. Fisiologi nyeri



7. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri Akut adalah pengalaman sensori atau 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.

Penyebab nyeri akut antara lain :

1. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
2. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat atau konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Penyebab nyeri kronis antara lain:

1. Kondisi musculoskeletal kronis
2. Kerusakan system saraf
3. Penekanan saraf
4. Infiltrasi tumor
5. Ketidakseimbangan neuromediator, dan reseptor
6. Gangguan imunitas (mis: neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)
7. Gangguan fungsi metabolic
8. Riwayat posisi kerja statis
9. Peningkatan indeks massa tubuh
10. Kondisi pasca trauma
11. Tekanan emosional
12. Riwayat penganiyaan (mis: fisik, psikologis, seksual)

13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat.

Sumber: (Anggi Noviyanti, 2019).

8. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran untuk mempermudah dalam pengukuran intensitas nyeri atau seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh seseorang, pengukuran intensitas nyeri ini bersifat subyektif dan individual yang artinya hasil tes tergantung dari persepsi yang dirasakan penderita dan intensitas nyeri yang dirasakan setiap individu berbeda satu sama lain. Alat ukur nyeri yang digunakan untuk menilai skala nyeri pasien antara lain : *face pain scale*, *Numeric Rating scale (NRS)*, *Verbal Dimension Scale (NDS)*, dan *Visual Analogue Scale (VAS)* (Putri, zarizal, 2019)

Visual analogue merupakan suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk membuat tandapa pada garis tersebut dan nilai dapat yang didapat ialah jarak dalam mm atau cm. VAS dinilai dengan kata yang diwakili dengan angka 0 (tidak ada nyeri) sampai 10 (nyeri sangat berat). Sesuai ktiteria aicher derajat rasa nyeri berdasarkan skala VAS dibagi dalam beberapa kategori yaitu 0-0,4 cm tidak nyeri, 0,5-3,9 cm ringan, 4,0-6,9 cm, sedang, 7,0-9,9 cm berat, 10 sangat berat.

Pengukuran skala nyeri yang mirip dengan VAS yaitu numeric Rating Scale, menurut NRS dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis NRS adalah skala nyeri yang lebih banyak digunakan khususnya pada kondisi pasien akut, mengukur intesitas nyeri sebelum dan sesudah, intervensi terapeutik, mudah untuk digunakan dan didokumentasikan. Nyeri berdasarkan Numeric Rating Scale dibagi atas (Putri, zarizal, 2019).

- 0 : tidak ada kelihatan nyeri
- 1-3 : nyeri ringan (ada rasa nyeri dan masih dapat ditahan)
- 4-6 : nyeri sedang (ada rasa nyeri, terasa mengganggu, memerlukan usaha yang kuat untuk menahan nyeri)
- 7-10 : nyeri berat (adanya nyeri bertambah, sampai mengganggu, tidak tertahankan).

C. Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien Dengan Gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan

1. Pengkajian

- a. Pengumpulan data
 - a. Identitas klien

Meliputi: Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.
 - b. Identitas penanggung jawab

Meliputi dari : Nama, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien
- b. Riwayat kesehatan
 - a. Keluhan utama saat masuk MRS (Masuk Rumah Sakit)

Ditulis keluhan utama (satu keluhan saja) yang dirasakan klien yang menyebabkan klien masuk rumah sakit.
 - b. Keluhan utama saat pengkajian

Diisi dengan keluhan yang dirasakan klien saat melakukan pengkajian. Tanyakan kepada klien keluhan apa yang dirasakan pada saat itu, jika keluhan klien dirasakan lebih dari 1, tanyakan satu saja keluhan yang sangat mengganggu klien yang membuat merasa tidak nyaman
- c. Riwayat penyakit sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang perawat mengkaji apakah gejala terjadi pada waktu yang tertentu saja atau tidak, seperti sebelum atau sesudah makan, ataupun setelah, ataupun setelah mencerna obat tertentu atau setelah mengkonsumsi alcohol.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan kenyamanan seperti adanya penyakit Apendisitis, DM (Diabetes Melitus), atau penyakit lain yang berhubungan dengan kebutuhan kenyamanan.

e. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit yang dialami keluarga yang sama dengan pasien.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terdiri dari:

1. Kesadaran dan keadaan umum

Memeriksa kesadaran umum klien pada saat perawat melakukan pengkajian, seperti klien tampak lemah, klien nampak meringis, atau klien nampak berfokus pada nyeri.

2. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Memeriksa tanda-tanda vital pada pasien meliputi

- a. Tekanan darah (TD): Biasa terjadi klien mengalami hipertensi atau hipotensi
- b. Suhu: Kemungkinan klien mengalami hipertermia atau hipotermia
- c. *Respiratory Rate* (RR): Biasanya pasien merasa sesak akibat nyeri yang berlebihan
- d. Nadi: Biasanya terjadi perubahan karena nyeri yang berlebihan

3. Pemeriksaan wajah

a. Mata

Kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata/palpebral oedem, ptosis/dalam kondisi tidak sadar mata tetap membuka, apakah ada peradangan, apakah terdapat luka, benjolan, bulu mata rontok atau tidak, konjungtiva dan sclera, perubahan warna (anemis/ananemis), warna iris (hitam, hijau, biru), reaksi pupil terhadap cahaya (miosis/midriasis) pupil (isokor/anisokor).

b. Hidung

Inspeksi dan palpasi: Amati bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (adakah pembengkokan atau tidak).

Amati meatus: Adakah perdarahan dan kotoran, apakah ada pembengkakan, apakah ada pembesaran / polip.

c. Mulut

Amati bibir: Kelainan Konginetal (labioscisis, palatoscisis, atau labiopalatoscisis), warna bibir, apakah ada lesi, bibir pecah, amati gigi, gusi, dan lidah: apakah caries, apakah terdapat kotoran, apakah memakai gigi palsu, warna lidah, apakah terdapat perdarahan dan abses. Amati orofaring atau rongga mulut: Bau mulut, Benda asing: (ada / tidak).

d. Telinga

Amati bagian telinga luar: Bentuk, ukuran, Warna, lesi, nyeri tekan, peradangan, penumpukan serumen. Dengan otoskop periksa membran tympany amati, warna, transparansi, perdarahan.

1) Pemeriksaan Kepala, Dan Leher

a. Kepala

Inspeksi: bentuk kepala (dolicephalus/lonjong, Brakhiocephalus/ bulat), kesimetrisan, Hidrocephalus, apakah terdapat Luka, darah.

Palpasi: adakah nyeri tekan, fontanella/pada bayi (cekung / tidak)

b. Leher

Inspeksi: Bentuk leher (simetris atau asimetris), peradangan, jaringan parut, perubahan warna, massa.

Palpasi: pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid, posisi trakea (simetris/tidak simetris), pembesaran Vena jugularis.

2) Pemeriksaan Thoraks/dada

a. Pemeriksaan Paru

Inspeksi

a) Bentuk torak (Normal chest / Pigeon chest / Funnel chest / Barrel chest),

b) Susunan ruas tulang belakang (Kyposis / Scoliosis / Lordosis),

- c) Bentuk dada (simetris / asimetris),
- d) keadaan kulit
- e) Retraksi otot bantu pernafasan: apakah terdapat Retraksi intercosta, retraksi suprasternal, Sternomastoid, pernafasan cuping hidung.
- f) Pola nafas: (Eupnea / Takipneu / Bradipnea / Apnea / Chene Stokes / Biot's /Kusmaul)
- g) Amati: apakah terdapat sianosis, batuk (produktif / kering / darah).

Palpasi:

Pemeriksaan taktil / vocal fremitus: getaran antara kanan dan kiri teraba (sama / tidak sama). Lebih bergetar sisi mana

Perkusi:

Area paru: (sonor / Hipersonor / dullnes)

Auskultasi:

- a) Suara nafas Area Vesikuler: (bersih / halus / kasar),
Area Bronchial: (bersih / halus / kasar)
Area Bronkovesikuler (bersih / halus / kasar) PR.
- b) Suara Ucapan Terdengar: Bronkophoni, Egophoni, Pectoriloqui
- c) Suara tambahan Terdengar: Rales, Ronchi, Wheezing, Pleural fricion rub, bunyi tambahan lain.

b. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi: Ictus cordis, pelebaran

Palpasi: Pulsasi pada dinding torak teraba: (Lemah / Kuat / Tidak teraba)

Perkusi:

Batas-batas jantung normal adalah:

Batas atas: (Normal = ICS II)

Batas bawah: (Normal = ICS V)

Batas Kiri: (Normal = ICS V Mid Clavikula Sinistra)

Batas Kanan: (Normal = ICS IV Mid Sternalis Dextra)

Auskultasi

BJ I terdengar (tunggal / ganda, (keras / lemah), (reguler / irreguler)

BJ II terdengar (tunggal / ganda), (keras / lemah), (reguler / irregular)

Apakah ada bunyi jantung tambahan: BJ III, Gallop Rhythm, Murmur.

3) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

Bentuk abdomen: (cembung/cekung/datar), adakah Massa/Benjolan,

Kesimetrisan.

Auskultasi

Frekuensi peristaltic usus (normal = 5 – 35 x/menit)

Palpasi

Palpasi Hepar: diskripsikan: Nyeri tekan, pembesaran, perabaan (keras/lunak), permukaan (halus / berbenjol-benjol), tepi hepar (tumpul / tajam) . (Normal = hepar tidak teraba).

Perkusi

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

4) Pemeriksaan Genetalia dan Rektal

a. Genetalia Pria

Inspeksi: Rambut pubis (bersih / tidak bersih), apakah terdapat lesi, apakah terdapat benjolan.

Palpasi:

Penis: apakah terdapat nyeri tekan, apakah ada benjolan.

Scrotum dan testis: apakah terdapat beniolan, apakah ada nyeri tekan.

Kelainan-kelainan yang tampak pada scrotum:

Hidrochele, Scrotal Hernia, Spermatochele, Epididimal Mass/Nodularyti, Epididimitis, Torsi pada saluran sperma, Tumor testiscular.

Inspeksi dan palpasi Hernia : Inguinal hernia (+ / -), femoral hernia (+ / -), apakah ada pembengkakan.

b. Pada Wanita

Inspeksi

Kebersihan rambut pubis (bersih / kotor), apakah terdapat lesi, eritema, keputihan, peradangan, Lubang uretra: stenosis /sumbatan.

- 5) Pemeriksaan sistem saraf
 - a. Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale): (Compos Mentis / Apatis / Somnolen / Delirium / Sporo coma / Coma)
 - b. Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak
Apakah ada peningkatan suhu tubuh, nyeri kepala, kaku kuduk, mual muntah, kejang, penurunan tingkat kesadaran.
 - c. Memeriksa reflek kedalaman tendon
Reflek fisiologis: R.Bisep, R. Trisep, R. Brachioradialis, R. Patella, R. Achilles
- 6) Pemeriksaan Ektremitas/Muskuloskeletal
Apakah ada nyeri sendi, lesi, atau edema
 - a. Inspeksi
Otot antar sisi kanan dan kiri (simetris / asimetris), apakah terdapat deformitas, fraktur, lokasi fraktur, jenis fraktur, kebersihan luka, apakah terpasang gib, traksi.
 - b. Palpasi
Apakah terdapat edema.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis terhadap adanya pengalaman dan respon individu, keluarga ataupun komunitas terhadap masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan ataupun proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan proses asuhan keperawatan yang sesuai dalam membantu pasien mencapai kesehatan optimal. Mengingat diagnosis keperawatan yang bisa diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis yang dibakukan sebelumnya (Anggi Noviyanti, 2019).

Diagnosis yang mungkin muncul pada gangguan kebutuhan

kenyamanan berdasarkan standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan yang di rancang oleh perawat, atau suatu perawatan yang di lakukan berdasarkan penilaian secara klinis dan pengetahuan perawat yang bertujuan untuk meningkatkan outcome pasien atau klien. Perencanaan keperawatan mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Kedua perawat ditunjukkan kepada individu, keluarga, dan masyarakat dan orang - orang yang dirujuk oleh perawat, dirujuk oleh Dokter maupun pemberian layanan kesehatan lainnya (SDKI, 2018).

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas dari menurun menjadi cukup meningkat 2. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi

	<p>3. Meringis dari meningkat menjadi menurun</p> <p>4. Gelisah dari meningkat menjadi menurun</p> <p>5. Mual dari cukup meningkat menjadi menurun</p> <p>6. Pola nafas dari cukup memburuk menjadi membaik</p> <p>7. Pola tidur dari cukup memburuk menjadi membaik</p>	<p>pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh nyeri padaku alitas hidup</p> <p>7. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>8. kontrol lingkungan yang memperrberat rasa nyeri</p> <p>9. fasilitasi istirahat tidur</p> <p>10. Jelaskan penyebab, priode,dan pemicu nyeri</p> <p>11. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>12. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri .</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>13. Kolaborasi pemberian analgetik.</p>
--	--	---

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dan dapat dicapai (Mahendra, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik (Murni, 2019). Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah ketidaknyamanan yaitu nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri di antaranya:

1. Klien mengatakan adanya penurunan rasa nyeri.
2. Mampu menggunakan tindakan-tindakan Peredaan nyeri nonfarmakologis
3. Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.
4. Diharapkan masalah pada klien teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan pada klien.

D. Studi Literatur (EBP)

1. Review Method

Pencarian jurnal *literatur* dilakukan dengan cara mengakses internet melalui database elektronik menggunakan *Google Scholar*, *Google cendekia*, *Elsevier* dan *PubMed* dengan kata kunci : terapi nyeri, terapi aromaterapi lavender, terapi nyeri non farmakologi. Sedangkan dalam bahasa Inggris menggunakan *keywords* : *pain therapy*, *lavender*, *non-pharmacological pain therapy*.

kriteria jurnal yang di literatur adalah berupa jurnal nasional yang sudah terakreditasi SINTA, DIKTI, dan BALITBANG dengan kurun waktu selama minimal 10 tahun kebelakang terhitung dari tahun 2014 – 2023. Sementara untuk jurnal *internasional* sudah terakreditasi SCOPUS. Selanjutnya peneliti menspesifikasikan lagi sesuai dengan kriteria yang ada. Sebanyak 1 jurnal yang akan menjadi *literature*, dengan hasil sebagai berikut :

Tabel : 2.3 Hasil literatur review

No	Judul/ Peneliti / Tahun Publikasi	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
1.	Penerapan Teknik Distraksi Relaksasi Aromaterapi Lavender untuk Menurunkan Nyeri Pasien Post Operasi Apendiktomi Di RSUD RA Kartini Jepara / Erlina Afriani 1) , Vera Fitriana 2) / 2020	Untuk mengetahui pengaruh teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender untuk menurunkan nyeri pasien post operasi apendiktomi. Metode studi kasus: Studi kasus ini menggunakan	metode deskriptif, sampel yang diambil 2 orang. Teknik pengumpulan data ini meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 29 Mei-16 Juni 2019, tindakan dilakukan selama 2 hari dengan waktu pemberian 2 kali sehari.	Hasil studi kasus: Setelah diberikan tindakan teknik distraksi relaksasi terdapat penurunan tingkat nyeri yaitu pada responden 1 nyeri dari skala 6 menjadi skala 3 dan pada responden 2 nyeri dari skala 5 menjadi skala 3.

BAB III

METODE

A. Desain Karya Ilmiah Akhir Ners

Desain karya ilmiah Akhir ners ini menggunakan studi penelaahan kasus (*case study*), dimana studi kasus ini dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah, atau sekelompok masyarakat di suatu daerah. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya unit tunggal namun, dianalisis secara mendalam meliputi berbagai aspek (Notoatmodjo, 2018).

B. Subjek studi kasus

Subjek pada studi kasus ini adalah Tn. A berusia 69 tahun dengan masalah keperawatan nyeri akut dan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

C. Lokasi dan waktu Studi kasus

1. Lokasi studi kasus

Tempat penelitian studi kasus di laksanakan di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian studi kasus dilakukan pada tanggal 10 mei sampai dengan tanggal 12 mei 2023

D. Fokus studi kasus

Penulisan studi kasus ini berfokus pada asuhan keperawatan pasien dewasa dengan diagnosa medis *Abses gluteus* di Ruang Anggrek B RSUD Kota Bandung

E. Definisi operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran penelitian. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Notoatmodjo, 2018). Dalam penelitian ini, definisi operasional variabelnya adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur
1.	Nyeri Akut	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau 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.	Skala nyeri numerik (0-10)	Nominal (0-10)
2.	Aromaterapi lavender	Teknik aromaterapi lavender merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan menghirup essential oil aromaterapi lavender menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi	SOP	-

yang dirasakan ketika melakukan teknik ini memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Hasaini, 2019).

F. Instrumen studi kasus

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini adalah menggunakan instrumen dokumentasi asuhan manajemen keperawatan yang sudah dibakukan. Instrumen skala nyeri menggunakan instrumen skala nyeri numerik (0-10). Sedangkan instrumen yang digunakan untuk melakukan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri adalah lembar standar operasional prosedur (SOP) Terapi aromaterapi lavender.

G. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dimulai dengan:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal untuk mengumpulkan data. Pengkajian dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dibuat dengan jelas, singkat dan lugas terkait dengan masalah kesehatan yang pasien alami. Sebelum membuat diagnosa

keperawatan ditentukan dulu masalah keperawatan dengan merumuskan masalah dengan mengumpulkan data dan mencari penyebabnya. Ditemukanlah salah satu masalah keperawatan yaitu nyeri akut.

3. Intervensi / perencanaan

Setelah menemukan masalah keperawatan dan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis membuat rencana keperawatan untuk menghilangkan nyeri atau mengurangi nyeri tersebut. Salah satu cara untuk mengurangi nyeri adalah manajemen nyeri dengan terapi non farmakologi dengan aromaterapi lavender.

4. Implementasi / Tindakan keperawatan

Setelah membuat rencana keperawatan selanjutnya penulis melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP).

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dalam pengumpulan data. Pada tahap ini penulis mengevaluasi apakah ada keberhasilan dari tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut menggunakan aromaterapi lavender

H. Etika studi kasus

Etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, dan pihak yang diteliti (subjek peneliti) (Notoatmodjo, 2018). Dalam melakukan penelitian, peneliti harus

mendapatkan izin terlebih dahulu dari institusi terkait. Setelah itu peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik, seperti:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Sebelum melakukan penelitian, subjek dan keluarga diberikan penjelasan dan maksud dari tindakan. Kemudian tanda – tangan dilembar persetujuan.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Anonymity dilakukan oleh penelitian dengan cara menginstruksikan responden untuk mengisi nama inisial sehingga identitas subjek dijaga kerahasiaannya.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan seluruh hasil subjek dijamin peneliti dengan salah satu cara yaitu menyembunyikan identitas asli responden dengan cara diganti dengan inisial.

4. *Beneficence* (manfaat)

Penelitian ini bermanfaat bagi klien maupun keluarga karena dapat diimplementasikan di Rumah sakit maupun secara mandiri dirumah

5. *Non maleficence*

Subjek maupun keluarga tidak dirugikan selama proses pengambilan data peneliti yaitu dengan menyediakan seluruh kebutuhan alat dalam melakukan tindakan keperawatan. Peneliti berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil Lahan Praktik

1. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung pada awalnya berasal dari Puskesmas dengan tingkat perawatan (DTP) sampai pada bulan April tahun 1993 berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ujungberung kelas D, berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Kota Bandung Nomor 928 Tahun 1992.

RSUD Ujungberung terus berkembang disertai dengan hadirnya dokterdokter spesialis yaitu dokter spesialis anak dan dokter spesialis kandungan, kemudian seiring kedatangan dua orang dokter spesialis dalam dan spesialis bedah, serta datang dokter-dokter spesialis lainnya sehingga Rumah Sakit ujungberung dianggap memenuhi persyaratan untuk ditingkatkan kelasnya menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Ujungberung kelas C. berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1373/Menkes/SK/XII/98.

Pada tahun 2000 tepatnya pada bulan Desember 2000 berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) Nomor 10 tahun 2000, tentang status Kelembagaan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang tadinya kelembagaanya sebagai UPT DKK menjadi Lembaga Teknis Daerah yang bertanggung jawab langsung kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Tahun 2007 berdasarkan Surat Keputusan Menkes RI Nomor :YM.01.10/III/1148/2007 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ujungberung mendapatkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan Status Akreditasi Penuh untuk 5 (lima) Standar Pelayanan meliputi : Administrasi Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam medis.

Peraturan Daerah (Perda) Kota Bandung Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ujungberung menjadi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung, dan satu-satunya rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kota Bandung selain dua rumah sakit khusus yaitu Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) dan Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut (RSKGM).

Tahun 2010 Terjadi perubahan Pengelolaan Keuangan rumah sakit menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Keputusan Walikota Bandung Nomor : 445/Kep-868-RSUD/2010 Tentang Penetapan RSUD Kota Bandung untuk menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.

RSUD Kota Bandung tahun 2012, setelah mendapat akreditasi penuh tingkat dasar tahun 2007 ,kembali mendapatkan sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan Status Akreditasi Penuh untuk 12 Pelayanan meliputi : Administrasi Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, Farmasi, K3RS, Radiologi, Laboratorium, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan

Perinatal Resiko Tinggi, sesuai dengan Surat Keputusan KARS/398/II/2012 tanggal 14 Februari tahun 2012.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung terus meningkatkan kualitas pelayanan terhadap masyarakat kota Bandung dan sekitarnya sehingga RSUD Kota Bandung telah mendapat sertifikat ISO 9001:2000/SNI 19-9001-2001 dengan Penerapan Sistem Mutu pada pelayanan kesehatan di Poliklinik THT, Poliklinik Mata dan Poliklinik Gigi dan Mulut disertai Instalasi dan Unit Penunjangnya.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung dalam meningkatkan dan secara konsisten tetap menjaga mutu kualitas pelayanan kesehatan dengan menerapkan sistem mutu ISO 9001-2008 kembali RSUD Kota Bandung tersertifikasi SNI ISO 9001:2008 dengan sertifikat Quality System Certificate No. QMS/410 tahun 2012 khususnya pada Poliklinik Mata, Poliklinik THT dan Poliklinik Gigi dan Mulut disertai Instalasi dan Unit Penunjangnya.

1. Motto, Visi, Misi dan Tujuan

a. Motto

Sehat Bersama Kami

b. Visi Terwujudnya Pelayanan Rumah Sakit yang PRIMA

c. Misi

- 1) Mewujudkan pelayanan kesehatan berkualitas, terakreditasi, dan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien
- 2) Mewujudkan kualitas sumberdaya pelayanan kesehatan dan intergrasi Pendidikan

- 3) Terselenggaranya tatakelola rumah sakit yang professional dan mandiri

d. Tujuan

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan berkualitas, terakreditasi dan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien
- 2) Meningkatkan kualitas sumberdaya pelayanan kesehatan dan intergrasi Pendidikan
- 3) Meningkatkan tatakelola rumah sakit yang professional dan mandiri

2. Gambaran ruang anggrek B

Anggrek B terletak di RSUD Kota Bandung, dimana pasien dengan pre dan post op kebanyakan ditempatkan di ruangan tersebut. Selain itu menurut website resmi RSUD Kota Bandung, anggrek B juga difungsikan sebagai ruang rawat inap kelas 1.

FORMAT PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Riky Ramadhan

NIM : 4006220069

Ruang : Anggrek B

Tgl Pengkajian : 10 Mei 2023

A. PENGKAJIAN**I. Identitas****A. Identitas Pasien**

- 1) Nama inisial : Tn. A
- 2) No RM : 323230
- 3) Usia : 69 Tahun
- 4) Status perkawinan : Menikah
- 5) Pekerjaan : Buruh harian lepas
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : SMP/SLTP
- 8) Suku : Sunda

- 9) Alamat rumah : Jl. Pajaten rt04 rw19 cileunyi
kab.bandung
- 10) Sumber biaya : BPJS Non PBI
- 11) Tanggal masuk RS : 10/05/2023
- 12) Diagnosa Medis : Abses gluteus dekstra

B. Identitas Penanggungjawab

- 1) Nama : Ny. Y
- 2) Umur : 56 tahun
- 3) Hubungan dengan pasien : Istri
- 4) Pendidikan : SD
- 5) Alamat : Jl. Pajaten rt04 rw19 cileunyi
kab.bandung

II. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri

- b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/riwayat penyakit sekarang (PQRST): Penyebab, onset, lamanya, frekuensi, intensitas, faktor pencetus, lokasi, hal yang memperberat, hal yang memperingan.

Pasien mengatakan nyeri pinggul menjalar ke kaki sebelah kanan, penyebab nyeri tersebut klien mengatakan bahwa tidak mengetahui penyebabnya, skala nyeri klien 4.

c. Riwayat kesehatan lalu

Riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat perawatan di RS, riwayat penyakit berat/kronis, riwayat pengobatan, riwayat operasi

Tidak ada

d. Riwayat kesehatan keluarga

Genogram atau penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko, 3 generasi.

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki Riwayat penyakit seperti diabetes melitus, asma, hipertensi, dll.

e. Riwayat psikososial dan spiritual

1. Support sistem terdiri dari dukungan keluarga, lingkungan, fasilitas kesehatan terhadap penyakitnya.

Selama menjalani perawatan dirumah sakit Tn. A selalu ditemani oleh istrinya. Fasilitas dan pelayanan yang diberikan dirumah sakit menunjang pada kesembuhan Tn. A.

2. Komunikasi terdiri dari pola interaksi sosial sebelum dan saat sakit

Komunikasi antara pasien dengan tenaga medis selama pasien menjalani masa perawatan dinilai baik karena pasien komunikatif saat diajak mengobrol.

3. Sistem nilai kepercayaan sebelum dan saat sakit

Saat menjalani perawatan dirumah sakit pasien selalu berdoa demi kesembuhannya supaya diberikan kesehatan dan diangkat penyakitnya.

f. Lingkungan

1. Rumah

- Kebersihan

Rumah pasien berada di Bandung Cileunyi

- Polusi

Pasien tinggal dikawasan padat penduduk.

2. Pekerjaan

- Kebersihan

bersih

- Polusi

Tidak ada

- Bahaya

Tidak ada

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

Kebiasaan	Sebelum masuk RS	Di RS
1. Pola Nutrisi		
a. Asupan	• Oral	• Oral
b. Frekuensi makan	1x/hari	3x/hari
c. Nafsu makan		
d. Makanan tambahan	• Buruk	• Baik
e. Makanan alergi	Buah	Buah, kue basah
f. Perubahan BB dalam 3 bulan terakhir	Tidak ada makanan alergi	Tidak ada makanan alergi
	Tetap	Tetap
2. Pola Cairan		
a. Asupan cairan	• Oral • Parenteral	• Oral • Parenteral
b. Jenis	Air Mineral	Air Mineral
c. Frekuensi	6x/Hari	2000cc/hari
d. Volume	2000cc/hari	
3. Pola Eliminasi		
BAK		
a. Frekuensi	8x/menit	8x/menit
b. Jumlah output	2000cc/hari	2000cc/hari
c. Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
d. Bau	Bau Amoniak	Bau Amoniak Lebih sering pipis

e. Keluhan	Tidak ada keluhan	
BAB		
a. Frekuensi	1x/hari	1x/hari
b. Warna	Kecoklatan	Kecoklatan
c. Bau	Khas Feses	Khas Feses
d. Konsistensi	Lunak	Lunak
e. Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
f. Penggunaan obat pencahar	Tidak menggunakan obat pencahar	Tidak menggunakan pencahar
4. Insensible Water Loss	-	-
5. Pola Personal Hygiene		
a. Mandi	2 x/hari	1 x/hari
b. Oral hygiene	2x/hari	2x/hari
• Frekuensi		
• waktu		
c. Cuci rambut	3 x/mgg	1 x/mgg
6. Pola istirahat dan tidur		
a. Lama tidur	7 jam	5 jam
b. Waktu	Dimalam Hari	Malam hari
• Siang		
• Malam		
c. Kebiasaan sebelum tidur	Sebelum tidur pasien senang mengobrol dengan istrinya	Sebelum tidur pasien senang mengobrol dengan istrinya

<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan obat tidur • Kegiatan lain <p>d. Kesulitan dalam tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelang tidur • Sering terbangun • Merasa tidak nyaman setelah bangun tidur 	Tidak terdapat kesulitan dalam tidur	terdapat kesulitan dalam tidur karena klien merasa nyeri
7. Aktivitas dan latihan		
<p>a. Kegiatan dalam pekerjaan</p> <p>b. Waktu bekerja</p> <p>c. Kegiatan waktu luang</p> <p>d. Keluhan dalam beraktivitas</p> <p>e. Olah raga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis • frekuensi <p>f. Keterbatasan dalam hal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Menggunakan pakaian • Berhias 	<p>Sebelum sakit, pasien bekerja sebagai buruh harian lepas. Pasien jarang berolahraga. Tidak ada keluhan dalam beraktivitas.</p> <p>Tidak terdapat keterbatasan dalam melakukan personal hygiene</p>	<p>Terdapat kelelahan setelah melakukan aktivitas yang dirasa berat ataupun ketika pasien banyak bergerak karena nyeri.</p> <p>Selama sakit Tn. A melakukan personal hygiene secara mandiri, Tn. A</p>
8. Pola kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan		
<p>a. Merokok</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi 	Tidak merokok	Tidak merokok

<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Lama pemakaian 		
b. Minuman keras	Tidak mengonsumsi minuman keras	Tidak mengonsumsi minuman keras
<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Jumlah • Lama pemakaian 		
c. Ketergantungan obat	Tidak konsumsi obat-obatan	Tidak konsumsi obat-obatan

III. Pengkajian Fisik

Kesadaran : Komposmentis

Tekanan darah : 130/70mmhg

Nadi : 86x/menit

Respirasi rate : 20x/menit

Suhu : 36.6 C

TB/BB sebelum masuk RS dan saat di rawat di RS : - KG

Pemeriksaan Fisik persistem :

a. Sistem penglihatan

1) Posisi mata : simetris/tidak simetris:

Posisi mata sejajar/anemis.

2) Kelopak mata

Tidak terdapat edema atau lesi pada kelopak mata

3) Pergerakan bola mata

Pergerakan bola mata baik dapat mengikuti arah benda

4) Konjungtiva

Konjungtiva anemis

5) Kornea

Kornea mata Tn. A jernih

6) Sklera

Sklera berwarna putih bersih

7) Pupil : ukuran, reaksi terhadap rangsang cahaya

Pupil isokor mengecil saat ada rangsang cahaya

8) Lapang pandang

Lapang pandang normal

9) Ketajaman penglihatan

10) Ketajaman penglihatan normal

11) Tanda-tanda radang

Tidak terdapat tanda radang

12) Pemakaian alat bantu lihat

Pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata

13) Keluhan lain

Tidak ada keluhan lain

b. Sistem pendengaran

1) Kesimetrisan

Kedua telinga sejajar dengan mata

2) Serumen : warna, konsistensi, bau :

Kondisi telinga pasien bersih

3) Tanda radang

Tidak terdapat tanda radang

4) Cairan telinga

Tidak terdapat keluaran cairan telinga

5) Fungsi pendengaran

Fungsi pendengaran baik, pasien dapat menjawab pertanyaan

6) Pemakaian alat bantu

Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar

c. Sistem wicara

Tidak terdapat kesulitan berbicara

d. Sistem pernafasan

1) Jalan nafas

Jalan nafas baik tidak ada hambatan atau obstruksi

2) RR

21x/menit

3) Irama

Irama nafas teratur

4) Kedalaman

Kedalaman nafas normal

5) Suara nafas

Suara nafas vesikuler

6) Batuk

Tidak terdapat batuk

7) Penggunaan otot bantu nafas

Tidak ada penggunaan otot bantu nafas

8) Penggunaan alat bantu nafas

Tidak terpasang alat bantu nafas

e. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

- Nadi

86x/menit

- Distensi vena jugularis

Tidak ada kenaikan vena jugularis

- Temperatur kulit

Suhu tubuh tinggi 36,6 C

- Warna kulit

Warna kulit sawo matang

- CRT

CRT < 2 Detik

- Flebitis

Tidak terdapat flebitis

- Varises

Tidak terdapat varises

- Edema

Terdapat kardiomegali pada hasil CT-SCAN

2) Sirkulasi jantung

- Bunyi jantung

S1 S2 (+)

- Kelainan bunyi jantung

Tidak terdapat kelainan bunyi jantung

- Keluhan : palpitasi, gemetaran, kesemutan, dll :

Terdapat kelelahan

- Nyeri dada

Tidak terdapat nyeri dada

- Ictus cordis

Ictus Cordis teraba pada intercostal ke 5

- Kardiomegali

Tidak terdapat kardiomegali pada jantung Tn. A

f. Sistem neurologi

1) Glasgow Coma Scale

GCS 15 Komposmentis, E4 M6 V5

2) Tanda peningkatan TIK

Tidak terdapat peningkatan tekanan intra kranial

3) Gangguan neurologis Nervus I sampai XII

Tidak terdapat gangguan

4) Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan reflek baik

5) Kekuatan otot

Terdapat kelemahan anggota gerak bawah dari gluteus menjalar ke bawah, abses gluteus sehingga nyeri skala 4

g. Sistem pencernaan

1) Keadaan mulut

Mukosa mulut lembab, bersih

2) Kesulitan menelan

Tidak terdapat kesulitan menelan

3) Muntah : frekuensi, karakteristik, jumlah

Tidak terdapat muntah

4) Nyeri daerah gluteus

Tidak

5) Bising usus

8x/menit

6) Massa pada abdomen

Tidak terdapat massa pada abdomen

7) Asites

Tidak terdapat asites

8) Palpasi hepar, gaster

Palpasi hepar tidak terdapat nyeri, palpasi gaster tidak terdapat nyeri

9) Perkusi hepar, gaster

Perkusi hepar dullness

10) Nyeri tekan

Tidak terdapat nyeri tekan

11) Nyeri lepas

Tidak terdapat nyeri lepas

12) Pemasangan colostomy

Tidak terpasang colostomy

13) Penggunaan NGT

Tidak terpasang NGT/alat bantu makan

h. Sistem imunologi

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening

i. Sistem endokrin

1) Nafas berbau keton

Tidak ada keluhan

2) Luka, kondisi luka

Tidak terdapat luka

3) Exophthalmus

Tidak ada keluhan

4) Tremor

Tidak ada tremor

5) Pembesaran kelenjar thyroid

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

6) Tanda peningkatan gula darah : polidipsi, poliuria, polipagia

Pasien tidak memiliki riwayat diabetes melitus

j. Sistem urogenital

1) Distensi kandung kemih

Tidak terdapat distensi kandung kemih

2) Nyeri tekan

Tidak terdapat nyeri

3) Nyeri perkusi

Tidak terdapat nyeri

4) Urine : anuria, hematuria, disuria, nocturia, oliguria

Pengeluaran urin pasien banyak dan sering

5) Penggunaan kateter

Tidak menggunakan alat bantu BAK

6) Keadaan genital

Tidak ada keluhan

k. Sistem integumen

1) Keadaan rambut

- Kekuatan : Kekuatan rambut baik
- Warna : Warna rambut hitam kecoklatan
- Kebersihan

Rambut bersih

2) Keadaan kuku

- Kekuatan

Kondisi kuku baik tangan baik, kondisi kuku kaki terdapat penebalan

- Warna

Kondisi kuku kemerahan

- Kebersihan

Kondisi kuku bersih

- Tanda radang

Tidak terdapat tanda radang

3) Keadaan kulit

- Turgor

Turgor kulit baik

- Warna

Sawo matang

- Kebersihan

Kondisi kulit bersih

- Luka

Tidak terdapat luka

- Tanda radang

Tidak terdapat tanda radang

- Dekubitus

Tidak terdapat luka decubitus

1. Sistem muskuloskeletal

- 1) Keterbatasan gerak, deformitas

Keterbatasan gerak ekstremitas bawah gluteus menjalar kebawah

- 2) Rentang gerak

Terdapat keterbatasan gerak karena pasien merasa lemas

- 3) Sakit pada tulang dan sendi

Tidak terdapat nyeri sendi

- 4) Tanda-tanda fraktur

Tidak ada fraktur

- 5) Lokasi

Tidak ada fraktur

- 6) Kontraktur pada sendi ekstremitas

Tidak ada kontraktur

- 7) Tonus otot/kekuatan otot

Terdapat kelemahan

- 8) Kelainan bentuk tulang/otot

Tidak ada kelainan bentuk tulang

- 9) Tanda radang sendi

Tidak ada radang sendi

B. PEMERIKSAN DAN PENATALAKSANAAN

I. Penatalaksanaan Medis

No.	Obat-obatan	Dosis	Waktu	Rute	Tujuan
1.	Ranitidine	500mg	2x1	Iv	Obat untuk menetralkan asam lambung klien
2.	Cefotaxime	1gr	3x1	IV	Cefotaxim termasuk dalam golongan antibiotik sefalosporin yang bekerja dengan cara membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhannya.
3.	Ketorolac	10mg	2x1	IV	Ketorolac adalah obat anti inflamasi non steroid yang digunakan untuk meredakan

					peradangan dan rasa nyeri.
4.	Metronidazole	500	3x1	IV	Metronidazole adalah antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai organ tubuh, termasuk di saluran pencernaan, paru-paru, darah, saluran kemih, hingga kelamin.
5	Anadium	450mg	2x1	Po	ANADIUM merupakan suplemen yang mengandung diosmin dan heseperidin. Suplemen ini digunakan untuk membantu mengurangi gejala wasir, nyeri pada kaki & edema
6	Dexametason	0,5mg	3x1	IV	Obat ini digunakan untuk supresi inflamasi dan gangguan alergi, Cushing's disease, hiperplasia adrenal, dan sebagainya.

II. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hematologi lengkap			
Hemoglobin	14,3	g/dl	13.7-17,3
Hematokrit	42,9	%	40,0-52,0
Eritrosit	4.52	10 ⁶ /nL	4,4-5,9
MCV	94,9	NmV3	80-100

MCH	L 31,6	Pg/cell	32-36
MCHC	33,3	g/dl	26-34
Leukosit	9,97	10 ^{v3} /NL	3,8-10,6
Trombosit	333	10 ^{v3} /NL	150-440
IPF	1,3	%	0,8-6,3
HITUNG JENIS LEUKOSIT			
Basofil	0,2	%	0-1
Eosinofil	L 0,1	%	2-4
Neutrofil	H 77,0	%	45,5-73,1
Limfosit	L 13,5	%	25-40
Monosit	H 9,2	%	2-8
Total Basofil	0,02	10 ^{v3} /NL	0,01-(-0,09)
Total Eosinofil	0,01	10 ^{v3} /NL	0,00-0,80
Total Neutrofil	H 7,67	10 ^{v3} /NL	1,31-6,71
Total Limfosit	1,35	10 ^{v3} /NL	0,9-3,22
Total Monosit	H 0,92	10 ^{v3} /NL	0,12-0,62
Neutrofil Limfosit Ratio	5,68		

C. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : Pasien mengatakan nyeri DO: - TD 130/70mmHg - Nadi 86x/menit - Skala nyeri 5 (0-10) - Tampak meringis - Gelisah	Trauma jaringan dan refleks spasme otot ↓ Tekanan intralumen meningkat ↓ Peningkatan bradikinin histamin prostaglandin ↓ Merangsang nasoreseptor ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)
2.	DS : Pasien mengatakan mudah Lelah dan memiliki keterbatasan gerak DO: - TD 130/70mmHg - Nadi 86x/menit - RR 20x/menit - Terdapat perasaan lemah Terdapat keluhan Lelah	Trauma jaringan dan refleks spasme otot ↓ Tekanan intralumen meningkat ↓ Peningkatan bradikinin histamin prostaglandin ↓ Merangsang nasoreseptor ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan ↓ Kelelahan dalam beraktifitas ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi Aktivitas (D.0058)
3.	DS : - pasien mengatakan sulit untuk tidur DO : - Tidur < 8 jam/hari - Nyeri skala 5 - Gelisah	Peningkatan bradikinin histamin prostaglandin ↓ Merangsang nasoreseptor ↓ Nyeri dipersepsikan	Gangguan pola tidur (D.0055)

		↓ Nyeri akut ↓ Sulit untuk tidur ↓ Tidur tidak adekuat ↓ Gangguan pola tidur	
--	--	---	--

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)
2. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)
3. Gangguan pola tidur b.d kurang Kontrol tidur (D.0055)

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN			
	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Tingkat Nyeri (I.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan Tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. Terapeutik : 2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan,	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan Observasi : 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Terapeutik : 2. Agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan 3. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan

			kebisingan) Edukasi : 4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	menggunakan cara nonfarmakologis Edukasi : 4. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 5. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit Kolaborasi : 6. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi
2.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 - jam masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil; - Terdapat lelah berkurang (5)	Dukungan Mobilisasi Observasi; 1. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan Edukasi; Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, berpindah)	1. Gangguan fungsi tubuh (jantung) dapat mengakibatkan kelelahan 2. Identifikasi perubahan status hemodinamika 3. Peningkatan hemodinamika menandakan kerja jantung yang berat 4. Dukungan keluarga menjadi motivasi pasien untuk bergerak 5. Merangsang pergerakan supaya dapat melakukan mobilisasi secara mandiri
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang control tidur (D. 0055)	Setelah dilakukan intervensi	Dukungan Tidur (1.05174) 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	Dukungan Tidur (1.05174) 1. Untuk mengetahui pola tidur yang tepat

		keperawatan selama 3x 24 jam maka Pola Tidur Membaik dengan kriteria hasil: Pola Tidur (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik/psikologis) 3. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) 4. Tetapkan jadwal rutin tidur 5. Ajarkan teknik relaksasi Edukasi Aktivitas/Istirahat (1.12362) 6. Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat	2. Nyeri dapat menjadi factor pengganggu tidur 3. Suhu yang panas, tempat yang bising, pencahayaan terlalu terang mengganggu tidur 4. Tidur yang adekuat 8 jam 5. Teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu tidur Edukasi Aktivitas/Istirahat (1.12362) 6. Agar pasien dapat tidur yang adekuat
--	--	---	---	---

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	HARI/TGL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Kamis , 11 Mei 2023	Observasi : 1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. R/ lokasi nyeri dibagian gluteus sebelah kanan, skala nyeri 5 Terapeutik : 2. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) R/ klien mengikuti Aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan nyeri O: - TD 103/70mmHg - Nadi 73x/menit - Skala nyeri 5 (0-10) - Tampak meringis A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Riky

			<p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) R/ suhu ruangan yang terlalu panas menurut klien Edukasi : 4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri R/ terapi relaksasi nafas dalam Kolaborasi : 6. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ ketorolac 2x10mg</p>	<p>(Aromaterapi lavender) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik</p>	
2.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)	Kamis , 11 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ pasien masih terlihat lemas 2. Memonitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi R/ TD 110/70mmHg Nadi 73x/menit 3. Memonitori kondisi umum selama melakukan aktivitas R/ pasien belajar duduk, berpindah</p>	<p>S: Pasien mengatakan terdapat lemas (lelah) O: - TD 107/63mmHg - Nasi 76x/menit - RR 21x/menit - Saturasi 98% - Terdapat kelemahan A: Masalah Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Identifikasi toleransi fisik dalam</p>	Riky

			<p>pasien terlihat senang dan stabil</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan</p> <p>R/ istri Tn.E menemani selama masa perawatan</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>R/ pasien secara bertahap melakukan mobilisasi</p>	<p>melakukan pergerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, berpindah, berjalan) 	
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang Kontrol tidur (D.0055)	Kamis , 11 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>R/ pola tidur klien < 8jam/hari</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>R/ nyeri</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur)</p> <p>R/ klien ingin redup Ketika tidur</p> <p>4. Menetapkan jadwal rutin tidur</p> <p>R/ 22.00 – 06.00</p> <p>5. Mengajarkan teknik relaksasi</p>	<p>S: Pasien mengatakan sulit tidur</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidur < 8 jam/hari - nyeri adalah faktor pengganggu tidur <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik/psikologis) - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) 	Riky

			<p>R/ Teknik relaksasi nafas dalam sebelum tidur</p> <p>Edukasi Aktivitas/ Istirahat (1.12362)</p> <p>6. Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat</p> <p>R/ sebelum tidur melakukan relaksasi terlebih dahulu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tetapkan jadwal rutin tidur - Ajarkan teknik relaksasi - Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat 	
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Jumat 12 Mei 2023	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri.</p> <p>R/ lokasi nyeri dibagian gluteus sebelah kanan, skala nyeri 8</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender)</p> <p>R/ klien mengikuti Aromaterapi lavender</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>R/ suhu ruangan yang terlalu panas menurut klien</p> <p>Edukasi :</p> <p>4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 112/76mmHg - Nadi 78x/menit - Skala nyeri 4 (0-10) - Tampak meringis <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik 	Riky

			<p>R/ klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat</p> <p>5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>R/ terapi relaksasi nafas dalam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>R/ ketorolac 2x10mg</p>		
2.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)	Jumat 12 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>R/ pasien masih terlihat lemas</p> <p>2. Memonitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi</p> <p>R/ TD 110/70mmHg Nadi 73x/menit</p> <p>3. Memonitori kondisi umum selama melakukan aktivitas</p> <p>R/ pasien belajar duduk, berpindah pasien terlihat senang dan stabil</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan</p> <p>R/ istri Tn.E menemani selama masa perawatan</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	<p>S: Pasien mengatakan terdapat lemas (lelah)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 107/63mmHg - Nasi 76x/menit - RR 21x/menit - Saturasi 98% - Terdapat kelemahan <p>A: Masalah Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu 	Riky

			R/ pasien secara bertahap melakukan mobilisasi	<p>pasien meningkatkan pergerakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, berpindah, berjalan) 	
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang Kontrol tidur (D.0055)	Jumat , 12 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R/ pola tidur klien < 8jam/hari 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R/ nyeri 3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) R/ klien ingin redup Ketika tidur 4. Menetapkan jadwal rutin tidur R/ 22.00 – 06.00 5. Mengajarkan teknik relaksasi R/ Teknik relaksasi nafas dalam sebelum tidur Edukasi Aktivitas/ Istirahat (1.12362) 6. Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat R/ sebelum tidur melakukan relaksasi terlebih dahulu 	<p>S: Pasien mengatakan sulit tidur</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidur 6 jam/hari - nyeri adalah faktor pengganggu tidur <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik/psikologis) - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) - Tetapkan jadwal rutin tidur - Ajarkan teknik relaksasi - Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat 	Riky
1	Nyeri akut b.d Agen	Sabtu t, 13 Mei 2023	Observasi :	S: Pasien mengatakan nyeri	Riky

	<p>pencedera fisiologis (D.0077)</p>		<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. R/ lokasi nyeri dibagian gluteus sebelah kanan, skala nyeri 3 Terapeutik : 2. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) R/ klien mengikuti Aromaterapi lavender 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) R/ suhu ruangan yang terlalu panas menurut klien Edukasi : 4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri R/ klien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri R/ terapi relaksasi nafas dalam Kolaborasi : 6. Berkolaborasi pemberian analgetik R/ ketorolac 2x10mg</p>	<p>O: - TD 115/80mmHg - Nadi 82x/menit - Skala nyeri 3 (0-10) - Tampak meringis A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik</p>	
--	--------------------------------------	--	--	--	--

2	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)	Sabtu, 13 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ pasien masih terlihat lemas</p> <p>2. Memonitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi R/ TD 110/70mmHg Nadi 73x/menit</p> <p>3. Memonitori kondisi umum selama melakukan aktivitas R/ pasien belajar duduk, berpindah pasien terlihat senang dan stabil</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan R/ istri Tn.E menemani selama masa perawatan</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R/ pasien secara bertahap melakukan mobilisasi</p>	<p>S: Pasien mengatakan terdapat lemas (lelah)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 107/63mmHg - Nadi 76x/menit - RR 21x/menit - Saturasi 98% - Terdapat kelemahan <p>A: Masalah Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, berpindah, berjalan) 	
---	--	---------------------------	--	--	--

3	Gangguan pola tidur b.d kurang Kontrol tidur (D.0055)	Sabtu, 13 Mei 2023	<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R/ pola tidur klien \geq 8jam/hari</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R/ nyeri</p> <p>3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) R/ klien ingin redup Ketika tidur</p> <p>4. Menetapkan jadwal rutin tidur R/ 22.00 – 06.00 terpenuhi</p> <p>5. Mengajarkan teknik relaksasi R/ Teknik relaksasi nafas dalam sebelum tidur Edukasi Aktivitas/ Istirahat (1.12362)</p> <p>6. Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat R/ sebelum tidur melakukan relaksasi terlebih dahulu</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa tidur</p> <p>O: - tidur \geq 8 jam/hari</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
---	---	---------------------------	--	---	--

G. CATATAN PERKEMBANGAN

NO	DIAGNOSA	HARI/TGL	SOAPIER	PARAF
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Kamis, 11 mei 2023	<p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri. - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aromaterapi lavender) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan kebisingan) - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Berkolaborasi pemberian analgetik <p>E: Skala nyeri pada pasien berkurang</p> <p>R: Intervensi keperawatan dan kolaborasi dilanjutkan</p>	Riky
2.	Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0058)	Jumat 12 mei 2023	<p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi - Memonitori kondisi umum selama melakukan aktivitas - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <p>E: Pasien mulai melakukan aktivitas bertahap</p> <p>R: Intervensi keperawatan dan kolaborasi dilanjutkan</p>	Riky
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang Kontrol tidur (D.0055)	Sabtu 13 mei 2023	<p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Memodifikasi lingkungan - Menetapkan jadwal rutin tidur 	Riky

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik relaksasi - Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat <p>E : Pasien mengalami perubahan jam tidur sehingga tidur adekuat \geq 8 jam/ hari</p> <p>R : Intervensi keperawatan dan kolaborasi dihentikan</p>	
--	--	--	---	--

B. Hasil Penerapan Tindakan keperawatan

Setelah dilakukan terapi relaksasi aromaterapi lavender pada pasien selama 10 – 20 menit. Terdapat perubahan skala nyeri yang diukur menggunakan skala numerik (0-10). Sebelum dilakukan terapi relaksasi pastikan mengidentifikasi ulang lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan skala nyeri pada klien. Pada studi kasus ini klien masih mengeluh nyeri setelah diberikan terapi farmakologi sehingga penulis memutuskan untuk menambahkan terapi komplementer untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien dengan relaksasi aromaterapi lavender.

C. Pembahasan

1) Pengkajian

TN. A adalah seorang laki- laki berusia 69 tahun, dengan no RM: 323230 status perkawinan sudah Menikah, Pekerjaan Buruh harian lepas yang beragama Islam, Pendidikan terakhir SMP/SLTP, suku Sunda, yang berlatam rumah di Jl. Pajaten rt04 rw19 cileunyi kab.bandung Sumber biaya menggunakan BPJS Non PBI Tanggal

masuk RS 10/05/2023 dengan diagnosa Medis Abses gluteus dekstra
Identitas Penanggungjawab yakni Ny. Y 56 tahun sebagai Istri dari Tn. A yang beralamat di Jl. Pajaten rt04 rw19 cileunyi kab.bandung Tn. A
Pasien mengatakan nyeri pinggul menjalar ke kaki sebelah kanan, penyebab nyeri tersebut klien mengatakan bahwa tidak mengetahui penyebabnya, skala nyeri klien 4. Riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat perawatan di RS, riwayat penyakit berat/kronis, riwayat pengobatan, riwayat operasi Tidak ada Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki Riwayat penyakit seperti diabetes melitus, asma, hipertensi, dll.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

3) Diagnosa keperawatan yang sama pada teori dengan yang ditemukan pada kasus

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Hal ini ditandai dengan Pasien mengeluh nyeri pada bagian gluteus sebelah kanan, skala nyeri 5. Keadaan umum : lemah, Pasien tampak meringis, Kesadaran : E4,M5,V6 (CM), dengan tanda –

tanda vital TD: 150 / 90 mmHg, Nadi : 89x/ menit, RR : 25 x/ menit, S: 36,5°C, Skala nyeri :5 (0-10).

- b. Intoleransi Aktifitas Pasien mengatakan mudah Lelah dan memiliki keterbatasan gerak TD 130/70mmHg Nadi 86x/menit RR 20x/menit Terdapat perasaan lemah Terdapat keluhan Lelah.
 - c. Gangguan pola tidur karena pasien mengatakan sulit untuk tidur, Tidur < 8 jam/hari, Nyeri skala 5 dan juga pasien Gelisah.
- 4) Diagnosa keperawatan yang disebutkan pada tinjauan teori namun tidak ditemukan pada kasus
- Tidak Ada
- 5) Tindakan Keperawatan

Pada tahap ini penulis akan membahas intervensi keperawatan yang telah disusun dari masing-masing diagnosa. Intervensi adalah rencana keperawatan yang penulis rencanakan kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien terpenuhi. Perencanaan ini dibuat sesuai dengan teori meliputi tujuan, kriteria hasil, intervensi, dan rasional. Rencana tindakan yang ditetapkan meliputi tindakan keperawatan mandiri maupun kolaboratif.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat

nyeri menurun, dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun
 Meringis menurun Sikap protektif menurun, Gelisah menurun
 ,Frekuensi nadi membaik. Rencana Tindakan meliputi
 Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, dan kualitas
 nyeri. Identifikasi skala nyeri Observasi tanda – tanda vital ,
 Terapeutik, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi
 rasa nyeri , Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ,
 Fasilitasi istirahat dan tidur , Kolaborasi, Kolaborasi pemberian
 analgetic, jika perlu

2. Intoleransi Aktivitas, Dukungan Mobilisasi Observasi;
 Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan,
 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum
 mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan
 mobilisasi Terapeutik Libatkan keluarga untuk membantu
 pasien meningkatkan pergerakan Edukasi; Ajarkan mobilisasi
 sederhana yang harus dilakukan (duduk, berpindah
3. Gangguan Pola Tidur, Dukungan Tidur (1.05174), Identifikasi
 pola aktivitas dan tidur Identifikasi faktor pengganggu tidur
 (Fisik/psikologis), Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan,
 kebisingan, suhu, dan tempat tidur), Tetapkan jadwal rutin tidur,
 Ajarkan teknik relaksasi Edukasi Aktivitas/ Istirahat (1.12362)
 Mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat.

6) Implementasi Keperawatan

Pembahasan pada tahap ini merupakan pembahasan mengenai implementasi keperawatan. Implementasi merupakan tahap keempat setelah perencanaan. Dalam tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan memperhatikan keadaan dan kondisi pasien saat itu.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Tindakan keperawatan yang penulis lakukan yaitu Mengidentifikasi ulang lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, Mengidentifikasi ulang skala nyeri, Mengobservasi tanda – tanda vital, Memberikan teknik nonfarmakologi lavender untuk mengurangi rasa nyeri, Berkolaborasi dalam pemberian analgesik. Pada teori disebutkan bahwa untuk menghilangkan nyeri bisa dilakukan dengan terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan sehari-hari. Metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri adalah analgesic menurut, Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002 dalam (Alfitri, 2019). Pereda nyeri yang efektif dapat dicapai dengan baik melalui kombinasi terapi farmasi dan non

farmasi. Berdasarkan sejarah manajemen farmasi telah menjadi pilihan utama untuk meredakan nyeri terutama nyeri akut (Black & Hawks, 2014). Terdapat banyak intervensi non farmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri, terutama ketika digunakan bersamaan dengan obat - obat farmakologi (Black & Hawks, 2014). Salah satu teknik non farmakologi yang membantu meredakan nyeri adalah relaksasi aromaterapi lavender

7) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dinilai berdasarkan perkembangan yang terjadi pada pasien setelah dilakukan tindakan, mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi pada pasien TN. A yang dilakukan pada hari Sabtu, 13 mei 2023 adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa ini setelah dibandingkan dengan kriteria hasil, penulis menetapkan bahwa masalah belum teratasi ditandai dengan pasien masih mengeluh nyeri dengan skala 3 (0-10), keadaan pasien masih lemah. Oleh karena itu, penulis memutuskan untuk melanjutkan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

8) Tindakan Keperawatan sesuai dengan hasil penelitian

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan memperhatikan keadaan dan kondisi pasien saat itu. Tindakan yang dilakukan yaitu pemberian relaksasi aromaterapi lavender untuk menurunkan nyeri akut pada pasien dengan diagnosa medis abses gluteal. Sebelum dilakukan relaksasi aromaterapi lavender pada tangan dan kaki skala nyeri pada pasien yaitu 4 (0 – 10), setelah dilakukan relaksasi aromaterapi lavender sesuai dengan prosedur skala nyeri pasien berkurang menjadi 3 (0-10). Bersamaan dengan pengobatan yang diresepkan oleh dokter.

Dalam buku (Black & Hawks, 2014) menyebutkan bahwa terdapat banyak intervensi non farmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri, terutama Ketika digunakan bersama obat – obatan farmakologi salah satunya adalah refleksi relaksasi aromaterapi lavender. Pemberian relaksasi aromaterapi lavender seperti usapan yang akan membuat nyaman dan rileks apalagi dilakukan saat akan menjelang tidur.

Penelitian yang dilakukan Sulung (2017) menjelaskan pada penelitiannya, bahwa responden yang diberikan relaksasi aromaterapi lavender tangan dapat dilakukan secara mandiri dengan cara menggengam jari satu persatu mulai dari ibu jari sampai jari kelingking kemudian ganti tangan selanjutnya. Setiap mearomaterapi lavender dilakukan selama 3 sampai 5 menit mengalami penurunan skala nyeri.

Hal ini terjadi karena adanya sentuhan tangan yang dapat membantu responden lebih rileks dan pernafasan yang mudah untuk keseimbangan energy dalam tubuh. aromaterapi lavender mampu menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian yang ada pada jari-jari tangan. Intensitas nyeri akan mengalami perubahan Teknik relaksasi aromaterapi lavender sebagai teknik non farmakologi dan aman dapat digunakan oleh perawat bersama dengan intervensi farmakologi lainnya untuk mengurangi penderitaan nyeri pasien terkait prosedur invasif.

Selain menurunkan nyeri pada pasien dengan gangguan kardiovaskular, relaksasi aromaterapi lavender juga dapat menurunkan nyeri pada penyakit dan tindakan invasif lainnya. Seperti, Penelitian yang dilakukan (Faizah, Murwani, & Candra, 2018) pada pasien yang dilakukan tindakan Suction menunjukkan bahwa Setelah dilakukan relaksasi aromaterapi lavender nyeri pasien menurun hingga nyeri sedang sampai nyeri ringan.

Teknik relaksasi aromaterapi lavender merupakan upaya tindakan non farmakologi dalam manajemen nyeri teknik ini bisa dilakukan secara mandiri dan mudah dilakukan oleh siapapun. Teknik aromaterapi lavender merupakan kombinasi antara relaksasi nafas dalam dan aromaterapi lavender-jari tangan menggunakan waktu yang relative singkat. Sensasi yang dirasakan ketika melakukan teknik ini

memberikan perasaan nyaman, lebih rileks sehingga mampu membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Hasaini, 2019).

9) Keterbatasan Laporan kasus

Penulisan laporan kasus ini memiliki keterbatasan-keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, keterbatasan-keterbatasan tersebut yaitu :

- a. Hasil penelitian sangat tergantung pada kejujuran responden dalam menjawab pertanyaan saat dilakukan pengkajian untuk nantinya dianalisis dan dilakukan asuhan keperawatan.
- b. Penelitian ini mempunyai keterbatasan pada proses pengumpulan data dan pencarian artikel untuk pembuktian pada intervensi yang digunakan oleh penulis yaitu aromaterapi lavender.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. A 69 tahun dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis *Abses gluteus* maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan oleh penulis yaitu pengkajian primer dan sekunder. Pada pengkajian primer didapatkan nyeri akut, pasien mengeluh nyeri pada bagian gluteus sebelah kanan, dengan skala nyeri 5. Sedangkan pada pengkajian sekunder keluhan utama pasien adalah nyeri.
2. Diagnosa yang muncul pada kasus ada 3, Nyeri akut, intoleransi aktifitas dan gangguan pola tidur.
3. Perencanaan pada ketiga diagnosa keperawatan disusun berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun sesuai dengan yang telah disebutkan pada teori.
4. Pada tahap implementasi penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.
5. Setelah dilakukan evaluasi, didapatkan bahwa belum ada masalah keperawatan yang teratasi. Intervensi masih terus dilanjutkan Hal ini dikarenakan keterbatasan waktu yang dimiliki penulis untuk melakukan asuhan keperawatan. Sehingga tindakan keperawatan selanjutnya diserahkan kepada perawat ruangan.
6. Hasil dari pemberian terapi relaksasi aroma lavender untuk masalah keperawatan nyeri akut yang dialami oleh Tn. A dilakukan dengan baik. Terdapat perubahan skala nyeri yang diukur menggunakan skala numerik. Sebelum dilakukan Aromaterapi skala nyeri pada pasien yaitu 5 (0 – 10), setelah dilakukan relaksasi dengan prosedur skala nyeri pasien berkurang menjadi 3 (0-10). Bersamaan dengan pengobatan yang diresepkan oleh dokter.

B. Saran

Berdasarkan kasus yang diambil penulis maka demi kebaikan penulis menyarankan :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i STIKes Dharma Husada Bandung dengan memberikan fasilitas-fasilitas berupa buku ajar dan pelatihan penanganan pasien dengan penyakit abses gluteus.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan bagi rumah sakit agar dapat memberikan penanganan Tindakan keperawatan yang lebih cepat dan tepat kepada pasien-pasien dan memberikan pendidikan kesehatan untuk semua pasien atau keluarga pasien.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan, khususnya tenaga keperawatan studi kasus ini dapat dijadikan masukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, pasien dan keluarga dapat menambah ilmu pengetahuan dan dapat melakukan perawatan diri dan keluarga dengan *abses gluteus*.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, L., & Aini, L. (2020). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(1).
- Asyari, A. (2019). Penatalaksanaan Abses Submandpasienla dengan Penyulit Uremia dan Infark Miokardium Lama. Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher (THT-KL) Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Bangun, A. V., & Nur'aeni, S. (2013). Pengaruh aromaterapi lavender terhadap intensitas nyeri pada pasien pasca operasi di Rumah Sakit Dustira Cimahi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 8(2).
- Black and Hawks. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Managemen for Positif Outcomes*. Elsevier
- Christiana, I., & Jayanti, D. (2020). Pengaruh Pemberian Aroma Terapi Lavender Terhadap Tingkat Nyeri Haid (Dismenore Primer) di Asrama Putri Stikes Banyuwangi Tahun 2020. *Healthy*, 8(2), 90-103.
- Dharmayanti, N. I., Sulistyowati, E., Tejolaksono, M. N., & Prasetya, R. (2000). Efektifitas Pemberian Propolis Lebah dan Royal Jelly Pada Abses Yang Disebabkan Staphylococcus aureus. *Berita Biologi*, 5(1), 41-48.
- Hetia, E. N., Ridwan, M., & Herlina, H. (2019). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap pengurangan Nyeri Persalinan Kala I Aktif. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 10(1), 5-9.

- Kikuchi, H., Asako, K., Kono, H., Asahara, M., Tanaka, T., Kamosida, G., ... & Ono, Y. (2019). Mycobacterium heckeshornense-induced deep abscess in the gluteus maximus muscle: a case report and review of the literature. *The Japanese journal of antibiotics*, 72, 1.
- Pratiwi, R. (2012). Penurunan Intensitas Nyeri Akibat Luka Post Sectio Caesarea Setelah Dilakukan Latihan Teknik Relaksasi Pernapasan Menggunakan Aromaterapi Lavender di Rumah Sakit Al Islam Bandung. *Students e-Journal*, 1(1), 30.
- Pratiwi, R. (2012). Penurunan Intensitas Nyeri Akibat Luka Post Sectio Caesarea Setelah Dilakukan Latihan Teknik Relaksasi Pernapasan Menggunakan Aromaterapi Lavender di Rumah Sakit Al Islam Bandung. *Students e-Journal*, 1(1), 30.
- Rizqi, A. N. (2022). *GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN (Studi Kasus Klien Tn. T Dengan Gangguan Sistem Integumen: Nyeri Akut Pre Operasi dan Post Operasi Abses Gluteus Di Ruang Tribata VIP RS. Bhayangkara Anton Soedjarwo Pontianak Tahun 2022)* (Doctoral dissertation, ITEKES MUHAMMADIYAH KALIMANTAN BARAT).
- Safaah, S., Purnawan, I., & Sari, Y. (2019). Perbedaan Efektivitas Aromaterapi Lavender Dan Aromaterapi Peppermint Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Rsud Ajibarang. *Journal of Bionursing*, 1(1), 47-65.
- Sari, D., & Leonard, D. (2018). Pengaruh Aroma Terapi Lavender terhadap kualitas tidur lansia di wisma cinta kasih. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 3(1), 121-130.

- Soundest Carpenito,L.J., (2006). Rencana Asuhan Keperawatan dan Pendokumentasian Keperawatan. Edisi 2, Alih Bahasa Monica Ester, Jakarta: EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

LAMPIRAN

Lampiran 1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)		
AROMATERAPI LAVENDER DALAM MENGURANGI NYERI PADA PASIEN DENGAN ABSES GLUTEUS		
1.	Pengertian	Aromaterapi lavender merupakan salah satu metode non farmakologi bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri, merelaksasi pikiran, menurunkan ketegangan dan kecemasan serta memberi ketenangan pada saat pasien bersalin
2.	Tujuan	1. Mengurangi rasa nyeri 2. Menurunkan ketegangan dan kecemasan serta memberi ketenangan
3.	Kebijakan	Klien dengan gangguan rasa tidak nyaman yaitu nyeri
4.	Petugas	Perawat
5.	Peralatan	1. Aromaterapi lavender 2. Kapas/Tissue/Kassa
6.	Persiapan penolong	Mencuci tangan dengan 6 langkah
7.	Persiapan ruangan	1. Menutup gorden/jendela dan pintu 2. Pastikan privasi klienterjaga
8.	Persiapan pasien	1. Beri penjelasan pada pasien bahwa nyeri pada saat persalinan adalah hal yang fisiologis 2. Membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeri

9.	Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai 2. Menganjurkan pasien untuk memilih posisi yang nyaman seperti duduk atau berbaring miring kiri 3. Menyiapkan Kapas/Tissue/Kassa 4. Teteskan 3-5 tetes minyak esensial kedalam Kapas/Tissue/Kassa 5. Meminta pasien untuk menundukkan selama 10-15menit 6. Mengevaluasi pemberian aromaterapi lavender 7. Rapikan pasien 8. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan 9. Membersihkan alat 10. Mencuci tangan dan dokumentasi
----	----------------------	--

Sumber : Jaelani, 2017