

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis atau usus buntu merupakan penyakit yang menjadi perheparan karena angka kejadian penyakit apendisitis tinggi di setiap Negara. Apendisitis bisa terjadi karena peradangan (Hidayat, 2020). Peradangan bisa muncul secara mendadak pada apendiks atau usus buntu, dimana usus buntu adalah saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum. Penyebab apendisitis adalah inflamasi akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris, selain itu apendisitis juga dapat terjadi akibat adanya erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytica*. Tanda dan gejala apendisitis adalah nyeri samar-samar tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilicus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah, nafsu makan menurun, dan dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke kanan bawah titik Mc.Burney (Afriani Erlina, 2020).

Apendisitis yang tidak segera ditangani akan menimbulkan komplikasi seperti *perforasi*, *peritonitis*, *plylefblitis* dan satu-satunya cara penanganan adalah pembedahan apendiktomi. Apendiktomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang harus dilakukan untuk menurunkan risiko perforasi. Pembedahan itu menimbulkan efek nyeri karena terputusnya jaringan kontinuitas kulit, nyeri akan dirasakan selama ber hari hari, berminggu minggu atau bahkan hingga 3 bulan setelah dilakukannya post operasi apendiktomi (Astuti et al., 2020).

Menurut jurnal penelitian Dareh, (2020) Data dari WHO (*World Health Organization*) menyebutkan bahwa insiden apendisitis pada tahun 2014 menempati urutan delapan sebagai penyebab utama kematian di dunia dan di perkiran pada tahun 2020 akan menjadi penyebab kematian kelima di seluruh dunia. Angka kejadian apendisitis di Indonesia dilaporkan sekitar 95/1000 penduduk dengan jumlah kasus sekitar 10 juta setiap tahunnya dan merupakan kejadian tertinggi di ASEAN (Depkes, 2018).

Di Asia Tenggara, Indonesia menempati urutan pertama sebagai angka kejadian Apendisitis akut tertinggi dengan prevalensi 0.05%, diikuti oleh Filipina sebesar 0.022% dan Vietnam sebesar 0.02%. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, Apendisitis menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatdaruratan abdomen Kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65. 755 orang dan pada tahun 2017 jumlah klien apendisitis sebanyak 75. 601 orang dan pada tahun 2018 menempati urutan ke 4 terbanyak di Indonesia dengan jumlah klien rawat inap sebanyak 28.040 (Nathalia Mitha, 2022). Menurut jurnal penelitian (Anggraini Wirda, 2020) Kasus apendisitis yang ada di data oleh Dinas Kesehatan (Dinkes) Jawa Timur tahun 2017 sebanyak 5.980 penderita dengan 177 penderita berakibat kematian. Yang sangat berisiko terkena penyakit apendisitis terbanyak berjenis kelamin laki-laki dengan presentase 72,2% sedangkan berjenis kelamin perempuan hanya 27,8%. Hal ini dikarenakan laki-laki lebih banyak menghabiskan waktu diluar rumah untuk bekerja dan lebih cenderung mengkonsumsi makanan cepat saji, sehingga hal ini dapat menyebabkan beberapa komplikasi atau obstruksi pada usus yang bisa menimbulkan

masalah pada sistem pencernaan salah satunya yaitu apendisitis (Erianto et al. 2020).

Prevalensi data yang di dapatkan dari hasil study pendahuluan pada tanggal 24 Oktober 2022 di Ruang Bedah (Agung Wilis) Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Kabupaten Banyuwangi, klien yang mengalami apendisitis dengan indikasi operasi pada tahun 2020 terdapat 68 kasus, pada tahun 2021 terdapat 58 kasus dan pada bulan Januari sampai September 2022 terdapat 43 kasus klien apendisitis, dari jumlah kasus tersebut, klien yang paling banyak mengalami apendisitis adalah laki laki dengan presentase 70 % dan wanita 30%. Dan klien yang telah menjalani operasi apendisitis mengalami masalah Keperawatan Nyeri Akut (Ruang Bedah RSUD Blambangan).

Lambatnya penyembuhan luka pada klien post op apendektomi dikarenakan luka yang mengalami stress selama masa penyembuhan yang diakibatkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, gangguan sirkulasi dan perubahan metabolisme. Rasa nyeri sering sekali menjadi keluhan utama pasca pembedahan. Nyeri timbul disebabkan oleh luka operasi pasca pembedahan. Nyeri akut sering terjadi pada klien di saat post operasi. Nyeri akut juga sering terjadi setelah proses apendektomi. Proses apendektomi dapat dilakukan pada apendisitis tanpa komplikasi. Apendisitis ini dapat ditemukan pada semua umur, Prevalensi apendisitis jarang terjadi pada anak usia balita insidennya hanya 1%, apendisitis mengalami peningkatan pada masa pubertas dan mencapai puncaknya pada saat remaja awal. Apendisitis sama banyaknya antara wanita dan laki laki pada masa prapuber, sedangkan pada masa remaja

rasio laki-laki : perempuan menjadi 3 : 2 dan pada usia 25 tahun keatas rasio menjadi 1 : 1. Insiden apendisitis pada laki-laki tertinggi umur 10-14 tahun (27,6 % per 10.000 penduduk), sementara pada wanita insiden tertinggi pada umur 15-19 tahun (20,5% per 10.000 penduduk). Apendisitis menyerang 7-9% dari keseluruhan antara laki-laki dan perempuan (Risna & Ratih, 2021). Penatalaksanaan klien dengan penyakit apendisitis akut adalah pembedahan apendektomi. Pembedahan apendektomi merupakan suatu ancaman potensial atau aktual kepada integritas seseorang baik bio-psiko-sosial yang dapat menimbulkan respons berupa nyeri. Rasa nyeri tersebut biasanya timbul setelah operasi. Rasa nyeri yang dirasakan klien memiliki waktu pemulihan rata-rata 72,45 menit, dan akibat efek defisiensi anestesi, klien mengalami nyeri hebat pada 2 jam pertama pasca operasi akut dan nyeri akan terus dirasakan dengan jarak waktu kurang dari 3 bulan, atau nyeri yang dirasakan setelah mengalami pasca pembedahan (Reni & Noor, 2022).

Nyeri pasca operasi dirasakan pada pembedahan intra-toraks, intra-abdomen dan ortopedik mayor. Nyeri terjadi akibat stimulus ujung saraf oleh zat kimia yang di keluarkan saat pembedahan atau iskemia jaringan karena suplai darah terganggu. Suplai darah terganggu karena ada penekanan spasme otot atau edema. Mengakibatkan trauma pada serabut kulit sehingga timbul nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan dengan farmakologi dan non farmakologi. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespon nyeri yang dialami dengan cara, misalnya berteriak, meringis, dan lain-lain (Afriani Erlina, 2020).

Upaya yang dilakukan untuk meredakan rasa nyeri pada klien post op apendiktomi yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi merupakan pendekatan kolaborasi antara perawat dan dokter dalam memberikan obat untuk menghilangkan sensasi nyeri. Sedangkan terapi non farmakologi adalah pendekatan untuk menghilangkan sensasi nyeri dengan teknik manajemen nyeri yang meliputi : meditasi, latihan autogenic, latihan relaksasi progresif, guided imagery, nafas ritmik, operant conditioning, biofeedback, membangun hubungan terapeutik, sentuhan terapeutik, stimulus kutaneus, distraksi relaksasi, musik, accupresure, aromatherapy (Afriani Erlina, 2020).

Pemberian terapi aromaterapi lavender dapat membuat relaksasi saraf dan otot yang tegang Lavender merupakan salah satu minyak essensial analgesik yang mengandung 8% etena dan 6% keton. Keton yang ada di lavender dapat menyebabkan peredaan nyeri dan peradangan, juga membantu dalam perkembangan tidur. Sedangkan etena merupakan senyawa kimiagolongan hidrokarbon yang berfungsi dalam bidang kesehatan sebagai obat bius. Kelebihan lavender dibanding dengan aroma yang lain karena aromaterapi lavender sebagian besar mengandung *linalool* (35%) dan *linalyl* asetat (51%) yang memiliki efek sedatif dan narkotik. Secara fisik baik digunakan untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan secara psikologis dapat merilekskan pikiran, menurunkan ketegangan dan kecemasan serta memberi ketenangan.(Putri, 2019). Penelitian Maryani & Himalaya, (2020) menjelaskan bahwa molekul dan partikel lavender saat dihirup akan masuk melalui hidung, kemudian diterima oleh reseptor saraf sebagai signal yang

baik dan kemudian diinterpretasikan sebagai bau yang menyenangkan, dan akhirnya sensori bau tersebut masuk serta memengaruhi sistem limbic sebagai pusat emosi seseorang, sehingga syaraf, pembuluh darah dan perasaan klien akan semakin rileks ketika mencium aromaterapi lavender akhirnya rasa nyeri berkurang.

Oleh sebab itu, penulis berkeinginan untuk menerapkan asuhan keperawatan terhadap klien post apendiktomi untuk mengatasi nyeri dengan cara mengatur posisi dan tarik nafas dalam serta memberikan analgetik sesuai order dokter dan memberikan tehnik non farmakologi dengan menggunakan aroma lavender untuk meredakan nyeri pada klien.

1.2 Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op Apendiktomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan 2023.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diatas maka rumusan masalah pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah Bagaimana Penerapan Pemberian Aromaterapi Lavender pada Asuhan Keperawatan Klien Post Op Apendiktomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Penerapan Pemberian Aromaterapi Lavender pada Asuhan Keperawatan Klien Post Op Apendiktomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Post Op Apendiktomi penulis dapat :

1. Terlaksananya pengkajian Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op Apendiktomi.
2. Menegakan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami post op apendiktomi di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan.
3. Tersusunya perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami post op apendiktomi di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan.
4. Terlaksananya tindakan keperawatan pada klien yang mengalami post op apendiktomi di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan.
5. Terlaksananya evaluasi pada klien yang mengalami Post Op apendiktomi di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus ini diharapkan bisa memberikan informasi mengenai asuhan keperawatan medical bedah pada klien post op apendiktomi,

sehingga bisa dikembangkan dan dijadikan dasar ilmu dalam melakukan asuhan keperawatan

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Manfaat Bagi Perawat

Diharapkan dapat memberikan memberikan inovasi berbasis evidence based practice bagi tenaga kesehatan dalam upaya meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada klien yang telah menjalani post op apendiktomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

2) Bagi tempat penelitian

Dapat menambah wawasan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik khususnya pada post op apendiktomi dengan memanfaatkan terapeutik sesuai standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

3) Bagi institusi pendidikan

Meningkatkan mutu dan kualitas proses belajar mengajar khususnya mata kuliah keperawatan medical bedah sehingga menghasilkan perawat yang profesional.

4) Bagi klien

Studi kasus ini diharapkan mampu menambah pengetahuan klien dan pemahaman untuk meredakan nyeri akut post op apendiktomi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Apendiksitis

2.1.1 Definisi Apendiksitis

Apendisitis merupakan radang yang timbul secara mendadak pada (apendiks) atau usus buntu, dimana usus buntu adalah saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum. Penyebab apendisitis adalah inflamasi akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris, selain itu apendisitis juga dapat terjadi akibat adanya erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytica*. Tanda dan gejala apendisitis adalah nyeri samar-samar tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilicus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah, nafsu makan menurun, dan dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke kanan bawah titik *Mc.Burney* (Afriana Erlina,2020).

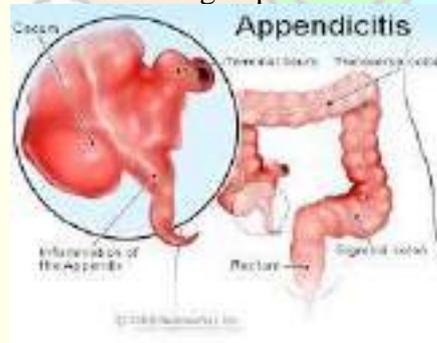
Apendisitis merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, namun sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai pencetus disamping hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica* (Arifuddin, Salmawati, and Prasetyo, 2017).

Apendisitis merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering ditemukan dan memerlukan tindakan bedah mayor segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya, (Sandi C, 2011). Penyakit ini dapat dijumpai disemua usia, namun paling sering pada usia antara 20 sampai 30 tahun. Kejadian apendisitis 1,4 kali lebih tinggi pada pria dibandingkan dengan wanita, (Awaluddin 2020)

Apendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis oleh karena adanya sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Apendisitis merupakan penyakit yang menjadi perheparan oleh karena angka kejadian apendisitis tinggi di setiap negara. Resiko perkembangan apendisitis bisa seumur hidup sehingga memerlukan tindakan pembedahan.(Fransisca, Gotra, and Mahastuti 2019)

2.1.2 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi Fisiologi Apendiksitis



Gambar 2.1 Anatomi Apendisitis

<http://rsudciawi.bogorkab.go.id/index.php/detail/147/APPENDICITIS>

#.Yzyjd3bMLIU

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (4 inci), lebar 0,3 - 0,7 cm dan isi 0,1 cc melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu : taenia anterior, medial dan posterior. Secara klinis, apendiks terletak pada daerah

Mc.Burney yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan spina iliaka anterior superior kanan dengan pusat. Lumennya sempit dibagian proksimal dan melebar dibagian distal. Namun demikian, pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Persarafan parasimpatis pada apendiks berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri mesentrika superior dan arteri apendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari nervus torakalis X. Oleh karena itu, nyeri viseral pada apendisitis bermula disekitar umbilicus (Maulana, 2017).

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir itu normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Lendir dalam apendiks bersifat basa mengandung amilase dan musin. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (*Gut Associated Lymphoid Tissue*) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk apendiks ialah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur kedalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya cenderung kecil, maka apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi (Maulana, 2017).

2.1.3 Etiologi

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendisitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. histolytica*. Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya appendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya appendisitis akut (Hidayat, 2020)

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi appendisitis terbagi menjadi dua yaitu, appendisitis akut dan appendisitis kronik menurut Hidayat, (2020):

1. Apendisitis akut.

Apendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala appendisitis akut ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun.

Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik mcBurney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

2. Apendisitis kronik.

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden apendisitis kronik antara 1-5%.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klini apendisitis menurut penelitian menurut Hidayat, (2020):

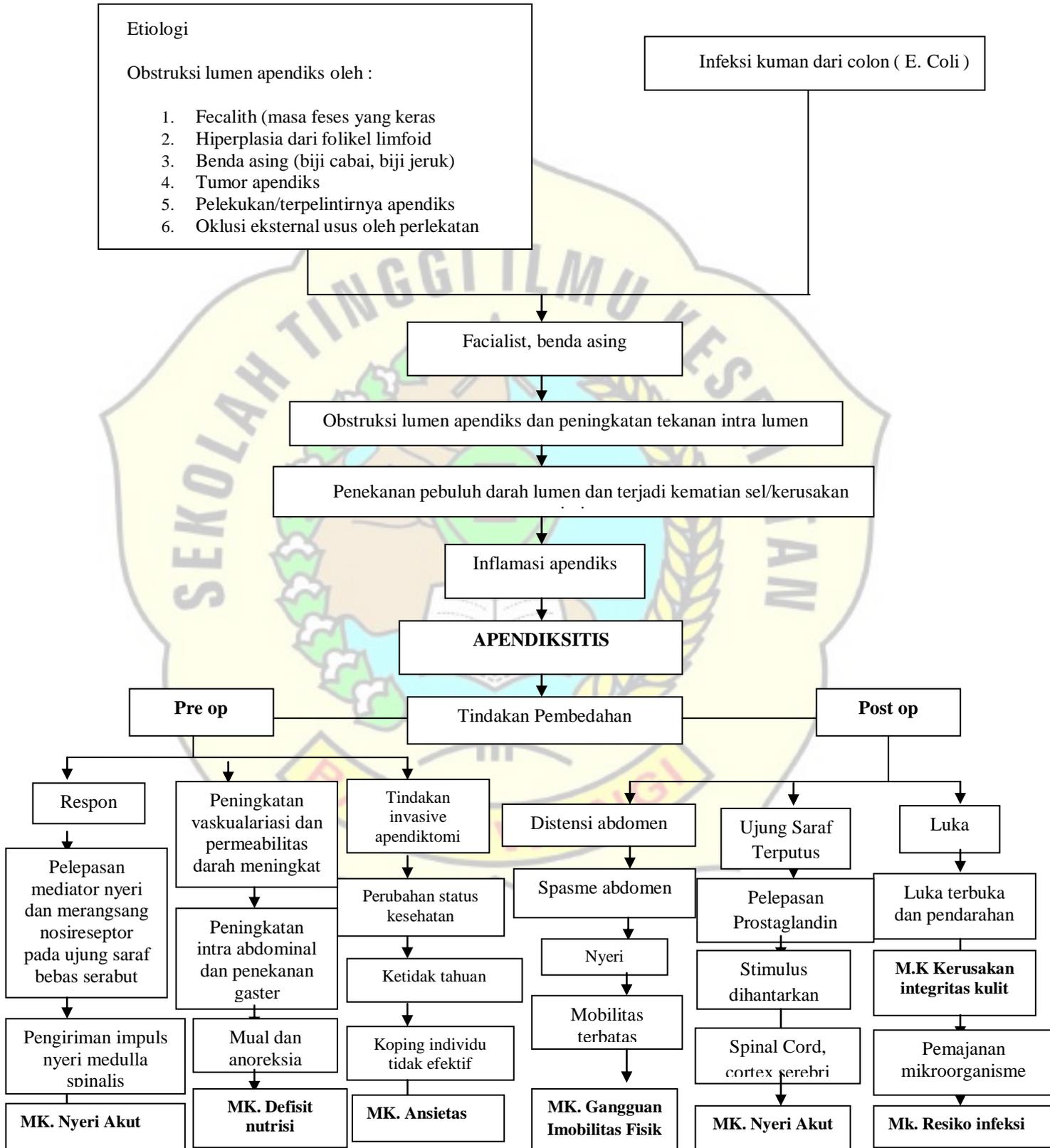
1. Nyeri kuadran kanan bawah dan biasanya demam ringan
2. Mual, muntah
3. Anoreksia, malaise
4. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
5. Spasme otot
6. Konstipasi, diare

2.1.6 Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks, dapat terjadi karena berbagai macam penyebab, antara lain obstruksi oleh fecalith. Feses mengeras, menjadi seperti batu (fecalith) dan menutup lubang penghubung apendiks dan caecum tersebut. Terjadinya obstruksi juga dapat terjadi karena benda asing seperti permen karet, kayu, batu, sisa makanan, biji-bijian. Hiperplasia folikel limfoid apendiks juga dapat menyebabkan obstruksi lumen. Insidensi terjadinya apendisitis berhubungan dengan jumlah jaringan limfoid yang hiperplasia. Penyebab dari reaksi jaringan limfatik baik lokal atau general misalnya akibat infeksi virus atau akibat invasi parasit entamoeba. Carcinoid tumor juga dapat mengakibatkan obstruksi apendiks, khususnya jika tumor berlokasi di 1/3 proksimal (Warsinggih, 2018).

2.1.7 Pathway

Bagan. 2.1 Bagan Web Of Caution Apendisititis



2.1.8 Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

1) Penatalaksanaan Medis

Menurut Hidayat,(2020) penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi :

a. Sebelum operasi

1. Observasi

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

2. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV)

b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendektomi. Apendektomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks . Indikasi dilakukannya 16 operasi apendektomi yaitu bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan. Apendektomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anastesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus . Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh dalam 4 jam pasca operasi klien sudah boleh melakukan mobilisasi bertahap, dan dalam 8 jam pertama setelah perlakuan mobilisasi dini pada klien pasca operasi abdomen terdapat peningkatan peristaltik ususbahkan peristaltik usus dapat kembali normal. Kembalinya fungsi peristaltik usus akan memungkinkan pemberian diet, membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi serta mempercepat proses penyembuhan.

Operasi apendektomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu operasi apendektomi terbuka dan laparaskopi apendektomi. Apendektomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan

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

c. Pasca operasi

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

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan Keperawatan menurut Tariani, (2021)

- a. Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi.

Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparoskopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada klien dengan akut abdomen, terutama pada wanita.

- b. Tujuan keperawatan

Mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutris yang optimal.

c. Sebelum operasi

Siapkan klien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.

2.1.9 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op Apendiktomi

Konsep asuhan Keperawatan menurut Putri, (2019) mngungkapkan :

1. Pengkajian

Pengkajian yaitu tahap pertama dari proses keperawatan dan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan lengkap dimulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien

1. Identitas

Identitas klien post operasi apendiktomi yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, no rekammedis.

2. Keluhan utama

Berisi keluhan utama klien saat dikaji, klien post operasi apendiktomi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi.

3. Riwayat penyakit

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (*Provokatif, Quality, Region, Severitys cale and Time*).

Klien yang telah menjalani operasi apendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima (0-10). Nyeri akan terlokalisasi di daerah operasi dapat pula menyebar diseluruh abdomen dan paha kanan dan umumnya menetap sepanjang hari. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas seperti rentang toleransi klien masing-masing.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendisitis yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

d. Riwayat psikologis

Secara umum klien dengan post apendisitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

e. Riwayat Sosial

Klien dengan post operasi apendektomi tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

f. Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

4. Kebiasaan sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Kemungkinan klien akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Klien post apendektomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks. Adapun pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan yaitu memeriksa kesadaran umum klien, biasanya klien kesedaranya composmentis, dan lihat ekspresi wajah klien menahan sakit atau ada tidaknya kelemahan

1) Sistem Pernafasan

Klien post apendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

2) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi jantung.

3) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien post apendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

4) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post apendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

5) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

6) Sistem Integumen

Selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgorkulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

7) Sistem Persarafan

Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek.

8) Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

9) Sistem Endokrin

Klien post apendiktomi tidak mengalami kelainan fungsi endokrin.

Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan

6. Pemeriksaan Laboratorium

Di lihat dari kenaikan leukosit 10.000-18.000/mm³, bilalebih maka sudah terjadi perforasi. Normalnya Tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan USG

Normal: Tidak tampak ada peradangan pada bagian Mc.Burney.

b. Foto polos

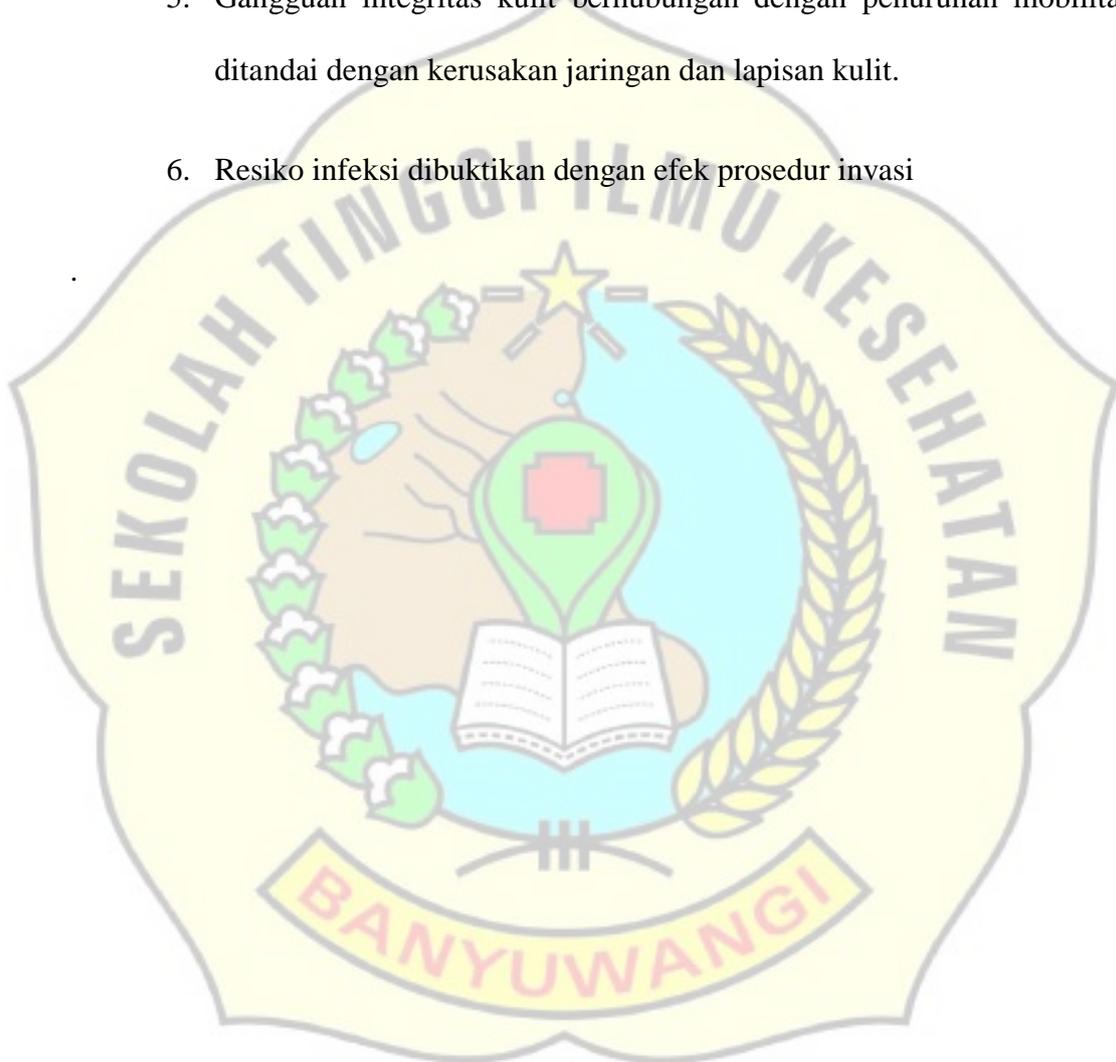
Normal: Tidak tampak ada kelainan pada organ

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien post op apendiktomi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik (terpotong dan prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis, mengeluh nyeri dan gelisah.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan ditandai dengan kram dan nyeri abdomen.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas dan efek agen farmakologis
4. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan merasa khaatir terhadap kondisi yang di alami.
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas ditandai dengan kerusakan jaringan dan lapisan kulit.
6. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi



3. Intervensi Keperawatan

Tabel.3.1 Tabel Intervensi Keperawatan

| NO | Diagnosa | SLKI | SIKI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----------|-----------------|---------------|--------|-----------------|-----------|---------------------------------|---|---|---|---|---|-----------|-----------|-----------------|--------|---------------|---------|---------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|--|
| 1. | KODE D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisik (terpotong dan prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis, mengeluh nyeri dan gelisah. | KODE L08006 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah tingkat nyeri dapat teratasi dengan ekspektasi menurun dengan kriteria Hasil : <table border="1" data-bbox="506 623 1409 1307"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Menuntaskan aktifitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <th>Indicator</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> <tr> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap Protektif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisha</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Berfokus pada diri sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Diaphoresis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | Kemampuan Menuntaskan aktifitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Indicator | Meningkat | Cukup Meningkat | sedang | Cukup Menurun | Menurun | Keluhan Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sikap Protektif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Gelisha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kesulitan tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Menarik diri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Berfokus pada diri sendiri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Diaphoresis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Perasaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Luaran Utama : Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> Terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi lavender, tehnik imajinasi terbimbing. Kompres hangat/dingin, terapi bermain. |
| Indicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kemampuan Menuntaskan aktifitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicator | Meningkat | Cukup Meningkat | sedang | Cukup Menurun | Menurun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Keluhan Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sikap Protektif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gelisha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kesulitan tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menarik diri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berfokus pada diri sendiri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diaphoresis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perasaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | <p>5. Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah aromaterapi.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilih minyak esensial sesuai dengan indikasi. 2. Lakukan uji kepekaan kulit dengan uji temple (patch test) dengan larutan 2% pada daerah lipatan lengan atau lipatan belakang leher. 3. Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat (mis. Inhalasi, pemijatan, mandi uap atau kompres) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara menyimpan minyak esensial dengan tepat. 2. Anjurkan menggunakan minyak esensial secara bervariasi. 3. Anjurkan menghindari kemasan minyak esensial dari jangkauan anak. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasikan jenis dan dosis minyak esensial yang tepat dan aman. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|-----------------|---------------|--------|-----------------|-----------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|--|
| 2 | <p>KODE D.0019</p> <p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan keram perut dan nyeri abdomen</p> | <p>KODE I.03030</p> <p>Status Nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porsi makan yang dihabiskan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat | Porsi makan yang dihabiskan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kekuatan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>Intervensi utama : Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhankalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastritik |
| Indicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porsi makan yang dihabiskan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kekuatan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|------------------|------------------------|----------------------|---------------|------------------------|------------------|--|------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------|------------------------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|------------------|-----------------|-----------------------|---------------|----------------------|----------------|-------------|--|--|--|--|--|-------------------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| | | <table border="1"> <tr> <td>tujuan kesehatan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicator</td> <td>Meningkat</td> <td>Cukup meningkat</td> <td>Sedang</td> <td>Cukup menurun</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>perasaan cepat kenyang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri abdomen</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sariawan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rambut rontok</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Diare</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Indicator</td> <td>Memburuk</td> <td>Cukup memburuk</td> <td>sedang</td> <td>Cukup membaik</td> <td>Membaik</td> </tr> <tr> <td>Berat badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indeks masa tubuh</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bafsu makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bising usus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tebal lipatan kulit trisep</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membrane mukosa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> | tujuan kesehatan | | | | | | Indicator | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | perasaan cepat kenyang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nyeri abdomen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sariawan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Rambut rontok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Diare | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Indicator | Memburuk | Cukup memburuk | sedang | Cukup membaik | Membaik | Berat badan | | | | | | Indeks masa tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Frekuensi makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Bafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Bising usus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Tebal lipatan kulit trisep | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Membrane mukosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>ketersediaan makanan, agama/kepercayaan, mengunyah tidak adekuat, gangguan menelan, penggunaan obat-obatan atau pasca operasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi perubahan berat badan. Identifikasi kelainan pada rambut (mis. Kering, tipis, kasar dan mudah patah) Identifikasi pola makan (mis. Kesukaan dan ketidaksukaan makanan) Identifikasi kemampuan menelan. Monitor mual muntah Monitor asupan oral monitor warna konjungtiva <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Timbang berat badan Ukur antropometrik tubuh Hitung perubahan berat badan Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan. |
| tujuan kesehatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicator | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| perasaan cepat kenyang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nyeri abdomen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sariawan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rambut rontok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diare | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicator | Memburuk | Cukup memburuk | sedang | Cukup membaik | Membaik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berat badan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indeks masa tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frekuensi makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bising usus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tebal lipatan kulit trisep | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Membrane mukosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | KODE D.0054 Gangguan Imobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dan efek agen farmakologis | <p>KODE L.05042 Mobilitas Fisik setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik ekspektasinya membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <tr> <td>Idicator</td> <td>Menurun</td> <td>Cukup Menurun</td> <td>Sedang</td> <td>Cukup Meningkat</td> <td>Meningkat</td> </tr> </table> | Idicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | <p>Intervensi Utama : Dukungan Mobilisasi (I.05173) Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor frekuensi jantung dan tekanan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idicator | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------|------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------|--|
| | | Pergerakan ekstremitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kekuatan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Rentang gerak (ROM) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Indicator | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | |
| | | Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kecemasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kaku Sendi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Gerakan tidak terkoordinasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Gerakan terbatas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kelemahan fisik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | | | | | | | darah sebelum memulai mobilisasi |
| | | | | | | | | 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi |
| | | | | | | | | Terapeutik |
| | | | | | | | | 1. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) |
| | | | | | | | | 2. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu |
| | | | | | | | | 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. |
| | | | | | | | | 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi |
| | | | | | | | | 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini |
| | | | | | | | | 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur pindah dari tempat tidur ke kursi) |
| | | | | | | | | Intervensi Pendukung : Manajemen Nyeri (I. 08238) |
| | | | | | | | | Tindakan |
| | | | | | | | | Observasi |
| | | | | | | | | 1. Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. |
| | | | | | | | | 2. Identifikasi skala nyeri |
| | | | | | | | | 3. Identifikasi respons nyeri non verbal |
| | | | | | | | | 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri |
| | | | | | | | | 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri |
| | | | | | | | | 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri |
| | | | | | | | | 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup |
| | | | | | | | | 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan |
| | | | | | | | | 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | |  | <p>10. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi lavender, tehnik imajinasi terbimbing. 2. Kompres hangat/dingin, terapi bermain. 3. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Fasilitas istirahat tidur nyeri dalam memilih strategi meredakan nyeri 5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 4 | KODE D.0080 Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami | KODE. L. 09093 Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : | <p>Intervensi Utama : Terapi Relaksasi (I.093326)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu |

| | | | | | | | |
|--|--|------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------|---|
| kegagalan ditandai dengan merasa khaatir terhadap kondisi yang di alami. | Indicator | Meningkat | Cukup Meningkat | Sedang | Cukup menurun | menurun | <p>kemampuan kognitif.</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi tehknik relaksasi yang pernh efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan tehknik sebelumnya. Priksa ketegangan otot, frekuensi nadi,tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan. Monitor respon terhadap terapi relaksasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu yang nyaman, jika memungkinkan. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur tehknik relaksasi. Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambar dan berirama. Gunakan relaksasi sebagai strategi sebagai penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya, jika sesuai. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (Mis. Musik,meditasi nafas dalam, relaksasi otot progresif Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih Anjurkan mengambil posisi nyaman Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi |
| | Verbalisasi kebingungan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Verbalisasi khawatir terhadap kondisi yang di hadapi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Prilaku gelisah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Perilaku tegang | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Keluhan pusing | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | anoreksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Palpitasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Frekuensi pemapasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Frekuensi nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Diaforesis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Tremor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Pucat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Indicator | Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik | |
| | Konsesntrasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Pola tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Perasaan keberdayaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Kontak mata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Pola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------|------------------|-----------------------|----------------|----------------------|----------------|---|
| | | | meningkat | | menurun | | | |
| | | Kerusakan jaringan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kerusakan lapisan kulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Perdarahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kemerahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Hematoma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Figmentasi abnormal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Jaringan parut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Nekrosis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Abrasi kornea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Indicator | Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik | |
| | | Suhu kulit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Sensasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Tekstur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Pertumbuhan rabut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | | | | | | | <p>pembersih non toksik. Sesuai kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan jaringan nekrotik Berikan salep ke kulit atau lesi. Jika perlu Pasang balutan sesuai jenis luka Pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Jadwalkan perubahan posisi tiap 2 jam atau sesuai kondisi klien Berikan dien dngan kalori 30 – 35 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kg BB/ hari Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, Vitamin C, Zink, dan asam amino). Sesuai indikasi Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous). Jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi prosedur debridement (mis. Nzimatik, biologis, mekanis, autoritik). Jika perlu Kolaborasi pemberian antibiotik. Jika perlu <p>Intervensi Pendukung : Perawatan Area Insisi (I.14558)</p> <p>Tindakan</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda tanda dehisen, atau eviserasi 2. Identifikasi karakteristik drainase 3. Monitor proses penyembuhan area insisi 4. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat. 2. Usap area insisi dan area yang bersih menuju area yang kurang bersih. 3. Bersihkan area sekitar tempat pembuangan atau tabung drainase. 4. Pertahankan posisi tabung drainase 5. Berikan salep antiseptic, jika perlu 6. Ganti balutan luka sesuai jadwal. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur kepada klien, dengan menggunakan alat bantu 2. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisial. 3. Ajarkan cara merawat area insisial |
| 6 | KODE D.0142 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi | KODE L.14137 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : | <p>Intervensi Utama : Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah |

| Indicator | Menurun | Cukup menurun | Sedang | Cukup meningkat | Meningkat |
|-------------------|---------|---------------|--------|-----------------|-----------|
| Kebersihan tangan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kebersihan badan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|------------------|------------------------|---------------|----------------------|----------------|--|---|
| | | Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | kontak dengan klien dan lingkungan klien |
| | | Indicator | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | | 4. Pertahanka teknik aseptik pada klien beresiko tinggi |
| | | Demam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Edukasi |
| | | Kemerahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi |
| | | Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar |
| | | Bengkak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 3. Ajarkan etika batuk |
| | | Vesikel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 4. Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi |
| | | Cairan berbau busuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 5. Anjurkan menyingkankan asupan nutrisi |
| | | Sputum berwarna hijau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan |
| | | Drainase purulen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Kolaborasi |
| | | Piuna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1. Kolaborasi pemberian imunisasi. Jika perlu |
| | | Periode malaise | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Intervensi Pendukung : Perawatan luka (I.14564) |
| | | Periode menggigil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Tindakan Observasi |
| | | Letargi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 3. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) |
| | | Gangguan kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 4. Monitor tanda tanda infeksi |
| | | Indicator | Memburuk | Cukup memburuk | Sedang | Cukup membaik | Membaik | | Terapeutik |
| | | Kadar sel darah putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan |
| | | Kultur darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu |
| | | Kultur urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik. Sesuai kebutuhan |
| | | Kultur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 4. Bersihkan jaringan nekrotik |
| | | | | | | | | | 5. Berikan salep ke kulit atau lesi. Jika perlu |

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien post apendiktomi pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. Interdependen dan dependen (A Buchari, 2018).

4. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (A Buchari, 2018).

Tehnik Pelaksanaan SOAP

1. *Subjective* adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. *Objective* adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

3. *Analisis* adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
4. *Planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Pengertian Nyeri Akut menurut buku SDKI, (2016) Pengalaman sensorik 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.

2.2.2 Penyebab

1. Agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.2.3 Gejala dan Tanda Nyeri Akut

1. Gejala dan tanda Mayor
 - a. Subjektif

1. Mengeluh nyeri

b. Objektif

1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah

4. Frekuensi nadi meningkat

5. Sulit tidur

2. Gejala dan tanda minor

a. Subyektif

1. Tidak tersedia

b. Obyektif

1. Tekanan darah meningkat

2. Pola nafs berubah

3. Nafsu makan berubah

4. Proses berfikir terganggu

5. Menarik diri

6. Berfokus pada diri sendiri

7. Diaphoresis

2.3 Konsep Aromaterapi Lavender

2.3.2 Pengertian Aromaterapi Lavender

Aromaterapi berasal dari kata aroma yang berarti harum atau wangi, dan terapi yang dapat diartikan sebagai cara pengobatan atau penyembuhan. Sehingga aromaterapi dapat diartikan sebagai suatu cara perawatan tubuh atau penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak esensial (*essensial oil*). Aromaterapi adalah suatu pengobatan alternatif yang menggunakan bau-bauan atau wangi-wangian yang berasal dari senyawa-senyawa aromatik. Respon bau yang dihasilkan dari aromaterapi akan merangsang kerja sel neurokimia otak. Oleh karena itu, bau yang menyenangkan akan menstimulasi thalamus untuk mengeluarkan enfealin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan tenang. (Syarifatul Izza, 2021)

Lavender merupakan bunga berwarna ungu kebiruan yang memiliki aroma khas dan lembut sehingga menjadikan rileks saat menghirup aroma jenis ini. Aromaterapi terfavorit adalah bau bunga lavender, bukan hanya disukai tetapi juga karena mempunyai banyak manfaat ketika menghirupnya. Minyak lavender memiliki banyak manfaat karena kandungan didalamnya. Dalam 100 gram bunga

lavender mengandung beberapa kandungan seperti : minyak essensial (1-3%), *camphene* (0,06%), *beta-mycreme* (5,33%), *alpha-pinena* (0,22%), *p-cymene* (0,3%), *limonene* (1.06%), *cineol* (0,51%), *linalool* (26,12%), *borneol* (1,21%), *terpinen-4-ol* (4,64%), *linalyl acetate* (26,32%), *geranyl acetane* (2,14%), dan *caryphyllene* (7,55%). Berdasarkan uraian diatas, kandungan utama bunga lavender adalah linaool dan linalyl asetat (Syarifatul Izza,2021)

2.3.3 Jenis dan Manfaat Aromaterapi Lavender

Rasa tenang timbul karena pemakaian aromaterapi mengandung minyak essensial, selain itu akan merangsang daerah yang disebut otak untuk memulihkan daya ingat, depresi, mengurangi kecemasan dan stress. Banyak jenis tanaman yang bisa dijadikan untuk minyak atsiri aromaterapi (Syarifatul Izza,2021) yaitu :

- a. Akar wangi berkhasiat menyegarkan dan melemaskan pikiran dan tubuh, meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, menstabilkan emosi, menenangkan, dan membantu mengatasi stress.
- b. Lavender berfungsi sebagai peringan nyeri otot dan sakit kepala, menurunkan ketegangan, stress, membangkitkan kesehatan, kejang otot, serta digunakan untuk imunitas.

- c. Cengkeh berfungsi meringankan nyeri, otot, artritis, mengatasi kegelisahan mental, dan memperkuat ingatan.
- d. Mawar berfungsi untuk anti depresan, meringankan stress serta memperbaiki kondisi kulit.
- e. Clary sage berfungsi menurunkan stress, melemaskan otot, dan menimbulkan perasaan senang dan tenang.
- f. Jahe mempunyai khasiat sebagai penghilang radang sendi, rematik, dan sakit pada otot.
- g. Jasmine mempunyai manfaat untuk ketenangan, kegelisahan, membentuk perasaan optimis, senang dan bahagia, dan menghilangkan kelesuan.
- h. Jeruk nipis mempunyai manfaat untuk membangkitkan tenaga dan menjernihkan pikiran.
- i. Kenanga bermanfaat untuk merelaksasi badan dan pikiran serta menurunkan tekanan darah.

2.3.4 Cara Penggunaan Aromaterapi Lavender

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER PADA ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN POST OP APENDIKTOMI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG AGUNG WILLIS RSUD BLAMBANGAN

| | |
|------------|--|
| Pengertian | Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Salah satu aromaterapi yang sering digunakan adalah aromaterapi lavender, dimana memiliki komponen utama yaitu linalool dan linaly asetat yang meningkatkan gelombang alfa dalam otak dan gelombang inilah yang mendorong dan merangsang pengeluaran hormon endophin sehingga menciptakan keadaan yang rileks atau menenangkan, dapat mengatasi gangguan tidur dan juga depresi. Dampak bila tidak diberikan tindakan pemberian aromaterapi yaitu nyeri akan bertambah menjadi skala berat |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none">1. Untuk menurunkan rasa nyeri dengan efektif2. Dapat memberikan rasa relaksasi yang penuh pada klien |
| Indikasi | <ol style="list-style-type: none">1. Klien Post Operasi Apendiktomi2. Nyeri3. Klien yang mengalami ganngguan rasa nyaman |
| Waktu | Pemberian aromaterapi lavender diberikan 2 kali dalam 1 hari dengan |

dosis 5 tetes, dan dihirup selama 10 menit/harinya

Prosedur

a. Pra Interaksi

Kerja

1. Melakukan identifikasi identitas dan jenis pengobatan klien

2. Mencuci tangan

3. Mempersiapkan alat

a. Tisu

b. Aromaterapi Lavender

c. Handscoon

d. Handzainitaizer

e. Jam tangan

f. Buku Catatan

b. Pra Orientasi

Persiapan perawat :

1. Memberikan salam

2. Memperkenalkan diri

3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan (inform consent)

4. Menjelaskan lama tindakan (kontrak waktu dengan klien apabila klien setuju dengan tindakan yang akan dilakukan)

c. Tahap Kerja

1. Persiapan Lingkungan :

Menutup sampiran (menjaga privasi klien)

Mendekatkan alat, mencuci tangan

2. Persiapan Klien

Posisikan klien senyaman mungkin

silent gadget klien

Minta klien untuk memejakan mata

3. Tindakan :

Teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender yang pertama adalah meminta klien untuk memejamkan mata,

lalu meneteskan minyak lavender 5 tetes pada tissue atau kassa lalu di letakkan \pm 20 cm jauh dari kepala kemudian anjurkan klien untuk menghirup aromanya.

Tindakan teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender dilakukan selama \pm 10 menit. Setelah diberikan tindakan teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender diharapkan nyeri klien berkurang yang dapat diketahui dengan menilai skala nyeri menggunakan kuesioner *numeric rating scale* (NRS)

4. Evaluasi

1) Mengobservasi Keadaan Klien

2) Bagaimana perasaan Klien setelah diberikan tindakan

3) Apakah nyeri yang dirasakan berkurang

5. Posisikan klien ke posisi semula

6. Rapikan alat
7. Ucapkan salam
8. Dokumentasi
9. Catat waktu pelaksanaan
10. Catat tindakan yang dilaksanakan
11. Catat hasil tindakan

2.3.4 Mekanisme Kerja Aromaterapi Lavender

Mekanisme proses aromaterapi dalam tubuh menurut (Wulandari, Sulistyaningsih, and Machianti 2020)

Proses kerja aromaterapi pada tubuh manusia terjadi dengan tiga jalan utama, yaitu ingesti, olfaksi dan inhalasi selain absorpsi melalui kulit. Inhalasi merupakan cara yang paling banyak digunakan. Wewangian bisa memberikan pengaruh pada daya ingat, kondisi psikis dan emosi. Aromaterapi lemon ialah jenis aroma terapi yang dipergunakan untuk mengatasi nyeri dan cemas. Bau sama seperti narkotika memiliki pengaruh langsung pada otak dan hidung manusia mampu membedakan lebih dari 100.000 bau berbeda yang berpengaruh bagi kita dan berlangsung tanpa disadari. Yang dipengaruhi oleh bau-bauan tersebut ialah bagian otak yang berhubungan dengan mood (suasana hepar), emosi, ingatan, dan pembelajaran.

Penciuman dibagi menjadi 3 tingkatan yaitu dimulai dari penerimaan molekul bau tersebut pada olfaktory epithelium yaitu reseptor yang terdiri dari 20 juta ujung saraf. Kemudian bau ditransmisikan ke pusat penciuman yang berada pada pangkal otak. Di tempat ini bermacam-macam sel neuron mengartikan bau tersebut dan mengantarkannya ke sistem limbik yang kemudian akan diteruskan ke hipotalamus dan diolah disana.

Selanjutnya melalui penghantar respon oleh hipotalamus, seluruh unsur pada minyak esensial akan diantarkan sistem sirkulasi dan agen kimia pada bagian tubuh yang memerlukan. Secara fisiologis, kandungan dalam aromaterapi tersebut akan mengatasi ketidakseimbangan dalam tubuh.

2.3.5 Tabel Pendekatan Analisis

Tabel. 3.3 Pendekatan Analisis

| NO | Nama dan Judul | Intervensi | Hasil |
|----|--|---|--|
| 1. | Penerapan Teknik Distraksi Relaksasi Aromaterapi Lavender untuk Menurunkan Nyeri Klien Post Operasi Apendiktomi Di RSUD RA Kartini Jepara (Rsud & Kartini, 2020) | <p>Perlakuan : Pemberian Teknik Distraksi</p> <p>Waktu : Tindakan dilakukan selama 2 hari, pemberian 2 kali sehari.</p> <p>Kombinasi : Aromaterapi lavender</p> <p>Instrumen : Teknik pengumpulan data ini meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan NRS (Numerical Rating Scale).</p> <p>Prosedur : Sebelum dilakukan pemeriksaan dan tindakan klien harus mengisi informed consent bahwa setuju untuk dijadikan subjek eksperimen dan mengisi skala numeric rating scale. Responden 1 dan 2 diberikan teknik distraksi aromaterapi lavender dengan menganjurkan responden memejamkan mata, lalu perawat</p> | <p>Hasil evaluasi penerapan teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender pada Tn.N skala nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 3, Tn.N menjadi rileks dan nyaman dan pada Tn.A yang awalnya skala 5 menjadi skala 3, Tn.A menjadi rileks dan nyaman. Penerapan teknik distraksi relaksasi aromaterapi lavender pada kasus post apendiktomi sangat efektif hal ini terbukti setelah dilakukan pengelolaan pada Tn.N dan Tn.A selama 4 hari.</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | meneteskan minyak lavender sebanyak 3 tetes pada tisu atau kasa lalu anjurkan klien untuk rileks dan menghirup aroma tersebut. | |
| 2. | Asuhan Keperawatan Klien Post Op Apendektomi dengan Aplikasi Aromaterapi Essensial Oil Lavender di Ruang Eboni RSP Unand Padang (Putri, 2019) | <p>Perlakuan : Pemberian Essensial Oil Aromaterapi Lavender</p> <p>Waktu : Tindakan dilakukan selama 1 hari (6jam)</p> <p>Kombinasi :</p> <p>Instrumen : Pengumpulan data menggunakan pengukuran skala nyeri <i>Visual analogue scale</i> (VAS), <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS), wawancara dan observasi.</p> <p>Prosedur : Pemberian aromaterapi dilakukan dengan cara meneteskan 4 tetes minyak essensial lavender pada kapas/kasa lalu diletakkan di kerah klien atau sekitar ± 20 cm jauh dari kepala, kapas/kasa diganti setiap 1 jam sekali dan diteteskan kembali 4 tetes minyak essensial lavender, dan selanjutnya untuk skala nyeri dan tanda-tanda vital klien diukur setiap 1 jam setelah pemberian aromaterapi.</p> | Penerapan Evidence Based Nursing dengan memberikan aromaterapi essential oil lavender dalam manajemen nyeri pada klien apendisitis post operasi Apendektomi selama 1 hari (6 jam) menunjukkan adanya penurunan nyeri sebanyak 2 point dari skala 5 (nyeri sedang) menjadi skala 3 (nyeri ringan), hal ini menunjukkan bahwa adanya penurunan nyeri secara signifikan. |
| 3. | Efek aromaterapi lavender mengurangi nyeri nifas efek lavender aromaterapi reduce puerpreium pain (Maryani & Himalaya, 2020) | <p>Perlakuan : Pemberian Aromaterapi Lavender</p> <p>Waktu : -</p> <p>Kombinasi : -</p> <p>Instrumen : Penelitian ini merupakan tinjauan literatur (literature review) dengan metode naratif yang mencoba menggali hasil penelitian terkait dengan pengaruh aroma terapi lavender terhadap pengurangan nyeri nifas.</p> <p>Prosedur : penelitian menjelaskan bahwa molekul dan partikel lavender saat dihirup akan masuk melalui hidung, kemudian diterima oleh reseptor saraf sebagai signal yang baik dan kemudian diinterpretasikan sebagai bau yang menyenangkan, dan akhirnya sensori bau tersebut masuk serta memengaruhi sistem limbic sebagai pusat emosi seseorang, sehingga syaraf dan pembuluh darah</p> | Dari tujuh jurnal yang dipilih menggunakan metode penelitian yang sama yaitu quasi eksperimen aromaterapi esensial lavender dengan inhalasi, penulis menyimpulkan bahwa aromaterapi lavender efektif mengurangi nyeri pada masa nifas baik itu karena nyeri karena laserasi perineum, luka post sectioesaria. Pemberian aromaterapi lavender tidak memberikan efek samping. Terapi esensial minyak lavender berpengaruh secara positif terhadap kecemasan dan dapat mengontrol rasa sakit |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | perasaan akan semakin relaks dan akhirnya rasa nyeri berkurang | |
| 4. | Asuhan Keperawatan pada Anak Usia Sekolah dengan Pasca Operasi Apendiktomi dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman : Nyeri (Purnawati, Risma2021). | <p>Perlakuan : Pemberian tehnik pijat kaki ke anak usia sekolah</p> <p>Waktu : Tindakan dilakukan selama 3 hari. Sehari dilakukan sebanyak 2x</p> <p>Kombinasi Aromaterapi lavender</p> <p>Instrumen : Pengumpulsn data menggunakan tehnik wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi</p> <p>Prosedur : Tehnik pijat kaki aromaterapi diterapkan 1-2 tetes minyak essensial ke titik refleks dibagian telapak kaki bawah jari jempol klien dengan keempat jari tangan kita menyentuh seluruh kulit titik reflek. Pemijatan dilakukan dari bawah ke atas dimulai dari jari-jari kaki, telapak kaki, tumit kaki, pergelangan kaki sampai bagian betis. Ketika melakukan pemijatan menggunakan tekanan sedang, pemijatan di jari-jari kaki sampai berguling keujung jari dan keatas kuku jari, dilepaskan dan selanjutnya bergerak maju atau ke atas di bagian telapak kaki, tumit kaki, pergelangan kaki sampai bagian betis</p> | Evaluasi yang didapatkan pada akhir tindakan yaitu tindakan ke 6 pada sore hari tanggal 21 Februari 2021 dengan hasil evaluasi skala nyeri yang sebelum diberikan tindakan dengan skala 6 menurun menjadi skala 3. Dengan kesimpulan tehnik pijat kaki aromaterapi ini efektif untuk menurunkan rasa nyeri pada anak usia sekolah dengan pasca operasi apendiktomi. |
| 5. | Pengaruh aromaerapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri klien post op SC (Anwar et al., 2018) | <p>Perlakuan : Pemberian Aromaterapi Lavender</p> <p>Waktu : -</p> <p>Kombinasi : -</p> <p>Instrumen : Pengumpulan data menggunakan <i>instrument Numerical Rating Scale (NRS)</i>. Uji statistik menggunakan Uji <i>Wilcoxon</i>.</p> <p>Prosedur : Terdapat alternatif dalam penanganan nyeri dengan nonfarmakologi berupa tehnik relaksasi pernapasan menggunakan aromaterapi lavender</p> | Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa rata-rata skala nyeri pada ibu paska operasi sectio caesarea sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol yaitu 6.92 dan 5.25, sedangkan pada kelompok kelompok intervensi yaitu 6.92 dan 3.83. Hasil analisis statistik lebih lanjut menggunakan Uji Mann-Whitney dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | sesudah dilakukan teknik relaksasi aromatherapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada post operasi sectio caesarea dengan p value 0.000 (p value < 0.05). Hal ini berarti bahwa terdapat pengaruh aromaterapi lavender terhadap nyeri pada klien paska operasi sectio caesaria |
|--|--|--|--|



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan. Pada studi ini judul yang di ambil yaitu Apendiktomi.

3.2 Batasan Istilah

Tabel. 3.4 Tabel Batasan Istilah

| | |
|----------------------|---|
| Post Op Apendiktomi | Klien yang menjalani post op apendiktomi kurang lebih 6 jam setelah <i>recovery</i> mengeluh nyeri pada bagian luka |
| Aromaterapi Lavender | Aromaterapi lavender diberikan untuk mengurangi rasa nyeri pada klien post op apendiktomi diberikan dengan cara meneteskan aromaterapi lavender pada tisu atau kasa sebanyak 5 tetes diberikan 2x sehari dan dievaluasi setiap 10-60 menit. |
| Nyeri Akut | Klien post op apendiktomi kurang lebih setelah 3 jam akan merasakan nyeri. Nyeri yang di rasakan klien di ukur menggunakan <i>metode Numeric rating scale (NRS)</i> . |

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah klien yang telah menjalani post op apendiktomi. Subjek yang digunakan adalah 2 klien atau 2 keluarga (2 kasus) yang mengalami post op apendiktomi dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut di Ruang Agung Willis RSUD Blambangan. Dengan kriteria jenis kelamin wanita dan laki laki, dengan usia produktif , tidak memiliki kelainan atau gangguan pada indra penghidu.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Tempat penelitian akan dilaksanakan di Ruang Agung Wilis RSUD Blambangan Banyuwangi.

2. Waktu

Lama waktu sejak klien pertama kali masuk rumah sakit dan sudah di operasi apendiktomi atau klien yang di rawat minimal 3 hari, jika dalam waktu kurang dari 3 hari klien sudah keluar dari rumah sakit maa intervensi dapat dilakukan dengan *home care*. Dalam penelitian ini waktu penelitian di bagi menjadi 2 tahap yang meliputi :

a. Tahap persiapan yang meliputi :

Penyusunan proposal : September – Oktober 2022

Seminar Proposal : November 2022

b. Tahap pelaksanaan yang meliputi :

Pengajuan Ijin : Desember 2022

Pengumpulan Data : Desember 2022

3.5 Pengumpulan data

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang direncanakan dan disepakati oleh kedua pihak klien dan perawat. Tujuan dari metode wawancara ini adalah untuk mengetahui informasi mengenai kesehatan klien, mengidentifikasi masalah klien, dan mengevaluasinya Jannah (2019).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Mengobservasi data merupakan suatu metode pengumpulan data dengan menggunakan indra. Observasi ini dilakukan dengan sengaja dan sadar dengan upaya pendekatan Jannah (2019). Observasi dilakukan untuk mengetahui perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara *head to toe*, terutama pada data yang mendukung asuhan keperawatan medical medah dengan manajemen kesehatan tidak efektif menggunakan alat berupa nursing kit, format pengkajian, dan tentunya alat tulis.

3. Studi dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun

secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hokum Hutagalung (2019).

3.1.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi dapat diperoleh dengan berbagai cara diantaranya data dapat dikumpulkan dengan metode yang berbeda (triangulasi metode), dan orang yang berbeda (triangulasi sumber). Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah dengan triangulasi sumber, melalui triangulasi data di peroleh dari klien, keluarga klien yang mengalami hipertensi dan perawat. Triangulasi teknik sumber data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. Triangulasi teknik sumber data utama perawat digunakan untuk menyampaikan persepsi antara klien dan perawat.

3.1.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang digunakan menganalisis masalah. Data mentah yang didapat, tidak dapat menggambarkan informasi yang diinginkan untuk menjawab masalah penelitian.

3.1.8 Etika Penelitian

Penelitian ini sudah melalui uji etik di Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) STIKES Banyuwangi dengan nomor sertifikat 030/01/KEPK-STIKESBWI/I/2023. Dalam penelitian ini menggunakan etika yang mendasari penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

1. *Informed Conccent*

Lembar ini dibuat supaya responden mengetahui tujuan dari penelitian yang dilakukan. Setelah mengetahui diharapkan responden mengerti dan bersedia menjadi peserta dan bersedia menandatangani lembar persetujuan yang telah dibuat tetapi jika tidak bersedia peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Berarti peneliti tidak perlu mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga privasi dari responden. Peneliti hanya mencantumkan kode sebagai tanda keikutsertaan dari responden.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang disajikan sebagai data.

4. *Respek*

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak – hak klien.

5. *Otonomi*

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan professional yang ada

6. *Benefience* (Kemurahan hepar/nasehat)

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka di sebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang di percayai oleh professional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang – kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.