

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini merupakan pembahasan dalam karya tulis ilmiah yang akan mengurai tentang hasil analisis proses asuhan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa medis Post Operasi *Soft Tumor Tissue Antebrachi (S)* yang mengalami nyeri di tangan sebelah kiri, yang akan dilakukan terapi menggunakan teknik relaksasi aromaterapi jeruk di ruang Jupiter RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisis data, menentukan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan terapi relaksasi aromaterapi jeruk dan evaluasi keperawatan. Studi kasus pada Ny. E dilaksanakan pada tanggal 20 November 2024 sampai dengan 24 November 2024 di ruang Jupiter RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi.

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan dan tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2015). Pengumpulan data pada tahap pengkajian dapat dilakukan dengan menggunakan metode yaitu komunikasi, observasi, pemeriksaan fisik (Nursalam, 2014).

Berdasarkan hasil yang didapat dari pengkajian klien pada tanggal 19 November 2024 didapatkan klien bernama Ny. E dengan usia 35 Tahun, jenis

kelamin perempuan yang dirawat di ruang Jupiter RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi. Keluhan pasien adalah nyeri di tangan kiri luka post operasi dengan skala 6. Wajah tampak meringis dan pasien tampak gelisah. Pada pemeriksaan tanda vital ditemukan TD: 115/83 mmHg RR : 25 x/ menit, Nadi : 102x/menit, S : 36,3°C, SpO2 : 99%. Pasien tidak memiliki riwayat sakit seperti ini sebelumnya. Saat dirawat segala aktivitas pasien dibantu oleh keluarga. Pada pemeriksaan fisik, tidak ditemukan adanya kelainan. Pada pemeriksaan penunjang, ditemukan dalam pemeriksaan laboratorium ditemukan beberapa peningkatan hasil pemeriksaan, yaitu ureum 39 mg/dl, creatinin 1.17 mg/dl, kolesterol total 256 mg/dl, LDL 132 mg/dl, trigliserida 218 mg/dl, dan GDS 289 mg/dl.

Keluhan nyeri pada pasien post operasi (*Soft Tumor Tissue*) disebabkan oleh terjadinya aktivitas hormon prostaglandine yang menyebabkan sensasi nyeri yang diterima oleh neuroreseptor nyeri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Keluhan nyeri yang dirasakan Ny. E pada post operasi *Soft Tumor Tissue* di Ruang Jupiter sama dengan teori nyeri pada pasien post pembedahan, yaitu nyeri di bagian sekitar luka yang telah dioperasi namun bisa menurun dengan penggunaan injeksi maupun obat-obatan farmasetika. Hal tersebut dapat disebabkan karena pasien telah mendapatkan medikasi untuk mengurangi nyeri sejak dari Ruang RR hingga peneliti melakukan pengkajian.

Menurut Yusniawati (2018) perempuan memiliki resiko lebih tinggi terkena penyakit *Soft Tumor Tissue* dibandingkan dengan laki-laki. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rodgers et al., (2019) bahwa mayoritas penderita *Soft Tumor Tissue* adalah perempuan.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Firdaus et al., (2018) yang bahwa *Soft Tumor Tissue* lebih banyak terjadi pada perempuan dari pada laki-laki. Menurut peneliti perempuan lebih rentan terhadap *Soft Tumor Tissue*, hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen dan peningkatan lipid yang merupakan protektan terhadap kejadian pembentukan jaringan baru. Perempuan berisiko mengalami *Soft Tumor Tissue* setelah menopause akibat penurunan kadar estrogen dan peningkatan lipid di dalam darah.

Usia juga merupakan salah satu faktor predisposisi timbulnya *Soft Tumor Tissue* (Yusniawati, 2018). Pada penelitian Ruiz dkk (2014) didapatkan bahwa terjadinya *Soft Tumor Tissue* dipercepat dengan bertambahnya usia. Peningkatan plak, *necrotic core*, dan peningkatan kadar kalsium yang secara signifikan menunjukkan efek yang berhubungan dengan pengembangan jaringan baru. Menurut peneliti, pengaruh usia lanjut dalam hal ini karena perubahan endotel vaskular dan trombogenesis. Pada lansia, pembuluh darah semakin tidak elastis dan pembuluh darah menjadi rapuh menyebabkan adanya kerusakan endotel sehingga menyebabkan trombogenesis yang disertai dengan penurunan respon penyembuhan luka pada lansia sehingga meningkatkan risiko timbulnya jaringan baru di dalam kulit.

Faktor presipitasi terjadinya *Soft Tumor Tissue* salah satunya adalah makan makanan yang bersantan dan berlemak (Muttaqin, 2015). Dari hasil pengkajian didapatkan pasien adalah orang yang suka makan makanan berlemak dan bersantan. Temuan dalam pengkajian ini sejalan dengan penelitian Visseren et al., (2021) bahwa sebagian besar pasien *Soft Tumor Tissue* memiliki riwayat diet yang buruk. Penelitian yang dilakukan (Firdaus

et al., 2018) juga bahwa kebiasaan makan makanan berlemak memiliki hubungan dengan kejadian *Soft Tumor Tissue*. Menurut peneliti, makan makanan berlemak merupakan faktor besar yang memberi kontribusi kepada penyakit *Soft Tumor Tissue*.

Faktor presipitasi lain yang dapat menimbulkan *Soft Tumor Tissue* adalah hiperlipidemi dan hipertensi (Muttaqin, 2015). Dari hasil pemeriksaan tanda vital, tekanan darah pasien saat pengkajian adalah 115/83 mmHg dan hasil pemeriksaan penunjang didapatkan kolesterol total 256 mg/dL dan trigliserid 218 mg/dL. Hal tersebut menunjukkan pasien mengalami hiperlipidemia. Penelitian yang dilakukan oleh Weber et al., (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat penyakit hipertensi dan hiperlipidemia dengan kejadian *Soft Tumor Tissue*.

Tatalaksana farmakologis pada pasien dengan *Soft Tumor Tissue* antara lain adalah obat anti nyeri, anti peradangan berupa *non steroid anti inflammatory* (Kementerian Kesehatan, 2023). Terapi yang diperoleh Ny. E sudah sesuai dengan teori oleh kementerian Kesehatan yaitu Dexketoprofen sebagai obat.

Berdasarkan penjelasan dan penelitian yang mendukung diatas, menurut peneliti antara teori tentang penyebab, faktor presipitasi, tanda gejala, dan penatalaksanaan terapi yang diberikan pada pasien Ny. E tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta yang ada.

5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya

baik yang berlangsung actual maupun potensial. Berdasarkan SDKI (2017) diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Post Operasi *Soft Tumor Tissue* adalah : Nyeri Akut Berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada kasus kelolaan di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi yang dilakukan oleh peneliti, berdasarkan hasil pengkajian peneliti didapatkan masalah keperawatan pada Ny. E yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Dari data pengkajian yang diperoleh peneliti terdapat data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri di tangan sebelah kiri seperti tersayat yang muncul sejak post operasi, nyeri skala 6 dirasakan hilang timbul, nyeri berkurang jika digunakan untuk beristirahat. Pasien mengatakan merasa mengantuk namun masih susah tidur. Untuk data objektifnya pasien tampak lemah, wajah tampak meringis, TD : 115/83 mmHg, nadi 102x/menit, semua aktivitas dilakukan ditempat tidur, semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Dari data subjektif dan objektif tersebut muncul masalah keperawatan Nyeri Akut.

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017, Nyeri Akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengankerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab (etiologi) untuk masalah nyeri akut adalah agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan). Gejala dan tanda mayor subjektif :

mengeluh nyeri dada, dan objektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor. Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gejala khas dari post pembedahan adalah adanya nyeri yang mendefinisikan nyeri tersebut sebagai pengalaman emosional dan sensori pasien yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif karena adanya kerusakan jaringan di tubuhnya (Urden, Stacy & Lough, 2019). Faktor pemicu nyeri dada dapat menyebabkan kondisi psikologis pasien seperti stress/cemas. Stress/ cemas yang biasanya dialami oleh pasien dengan post operasi dapat mengakibatkan peningkatan aktivitas sistem saraf pusat dan otonom yang dapat berdampak pada tubuh seperti terjadinya peningkatan katekolamin, HR (*Heart Rate*), dan tekanan darah yang akhirnya dapat menyebabkan jantung mengalami gangguan elektrik. Dampak post operasi pada umumnya pasien akan merasa gelisah karena nyerinya, lalu pasien akan mengalami kesulitan tidur dan keterbatasan aktivitas dikarenakan nyeri tersebut. Keluhan pasien tersebut akan terus dirasakan apabila nyeri yang dirasakan pasien masih belum teratasi.

Menurut analisa peneliti pada kasus Ny. E keluhan utama pasien sudah sesuai dan sejalan dengan teori serta data subjektif dan objektif yang ada didalam buku SDKI. Peneliti mengangkat nyeri akut sebagai diagnosa utama karena nyeri tersebut merupakan faktor utama yang membuat pasien mengalami berbagai macam gangguan dalam melakukan aktifitas.

5.3 Intervensi Keperawatan

Pengkajian dan menegakkan diagnosis telah dilakukan, selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada Ny. E. Diagnosis utama pada Ny. E adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (tindakan pembedahan) ditandai dengan keluhan nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Intervensi merupakan suatu strategi untuk mengatasi masalah klien yang perlu ditegakkan diagnosis dengan tujuan yang akan tercapai serta kriteria hasil. Umumnya perencanaan yang ada pada tinjauan teoritis dapat diaplikasikan dan diterapkan dalam tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan disusun berdasarkan SIKI (2018), yaitu manajemen nyeri yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana yang dilakukan pada Ny. E sesuai dengan pedoman standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri dan respon nyeri non verbal; Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan; monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan aromaterapi jeruk; Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan); fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode, dan pemJupiternyeri; Jelaskan strategi meredakan nyeri; Anjurkan memonitor

nyeri secara mandiri. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan atau intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Natalya & Marampa (2022) Intervensi utama yang dilakukan pada pasien *Soft Tumor Tissue* yang mengalami nyeri akut yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri yang dapat dilakukan salah satunya adalah memberikan terai nonfarmakologis yaitu terapi relaksasi Aromaterapi jeruk. Terapi relaksasi Aromaterapi jeruk bertujuan untuk mengurangi nyeri, mengatasi gangguan tidur (insomnia), mengatasi kecemasan. Hal ini sejalan dengan penelitian Cahyati & Herliana (2022) yaitu salah satu intervensi pada pasien *Soft Tumor Tissue* adalah dengan terapi relaksasi Aromaterapi jeruk untuk mengatasi masalah nyeri akut yang dialami pasien. Relaksasi aromaterapi jeruk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian kepada relaksasi sehingga kesadaran pasien terhadap nyerinya berkurang, relaksasi ini dilakukan dengan cara menggabungkan relaksasi yang diberikan dengan kepercayaan yang dimiliki pasien. Formula kata-kata tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan hanya relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan yang memiliki makna menenangkan sehingga pasien dapat menggunakan relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Menurut peneliti pada pasien *Soft Tumor Tissue* akan merasakan nyeri hebat yang dapat diatasi dengan terapi farmakologis dan selanjutnya untuk pasien yang sudah mendapatkan terapi farmakologis dan di observasi masih akan mengalami nyeri sedang yang dapat diberikan terapi nonfarmakologis relaksasi Aromaterapi jeruk untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

Menurut pendapat peneliti intervensi pada diagnosis utama nyeri akut yaitu manajemen nyeri telah dilakukan sesuai dengan yang direncanakan pada kasus Ny. E, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori. Rencana keperawatan tersebut telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang disusun dalam asuhan keperawatan yang akan diberikan dan semua intervensi dapat dilaksanakan pada pasien. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan lancar.

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan kepada Ny.E dilaksanakan selama 5 hari dimulai tanggal 20 Nopember 2024 sampai tanggal 24 Nopember 2024 dimana semua tindakan yang dilakukan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia sehingga dapat tercapai sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan yang pertama yaitu melakukan pengkajian identifikasi nyeri secara komprehensif.

Implementasi dilakukan pada Ny. E yang dirawat di Ruang Jupiter RSAU

dr. Efram Harsana Lanus Iswahjudi di hari pertama yaitu :

1. Mengidentifikasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri dan respon nyeri non verbal, Respon: pasien mengatakan nyeri di tangan sebelah kiri seperti tersayat, nyeri skala 6 dirasakan hilang timbul. Pasien tampak meringis
2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Respon: nyeri bertambah pasrah jika digunakan untuk aktivitas berat, dan berkurang jika digunakan untuk beristirahat
3. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Respon: Pasien memahami penjelasan yang diberikan oleh perawat mengenai penyebab nyeri, periode nyeri muncul dan pemicu nyeri yang dirasakan pasien,
4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan terapi non farmakologis dengan teknik relaksasi aromaterapi jeruk, Respon: Pasien mengerti dan memahami serta bersedia melakukan strategi non farmakologis untuk meredakan nyeri.
5. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan terapi aromaterapi jeruk, Respon: Pasien kooperatif dan mengikuti instruksi perawat untuk rileks dan memejamkan mata sembari mengucapkan istighfar sesuai anjuran perawat
6. Memonitor keberhasilan terapi aromaterapi jeruk yang sudah diberikan, Respon: Pasien tampak rileks, pasien mengatakan skala nyeri menurun menjadi skala 5. TTV setelah aromaterapi jeruk

yaitu TD 125/78 mmHg, HR 82x/menit, RR 22x/menit

7. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Respon: Pasien kooperatif dan bersedia mengulangi aromaterapi jeruk bila nyeri bertambah
8. Berkolaborasi untuk pemberian analgetik, Respon: Pasien meminum obat dexketoprofen sesuai anjuran
9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik, Respon: Pasien tidak merasakan efek samping dari obat yang diminum
10. Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan membatasi pendamping/pengunjung dan meredupkan lampu di dekat bed pasien, Respon: Pasien kooperatif dan merasa lebih rileks

Menurut peneliti, implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti selama 5 hari pada pasien Ny. E sudah sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun dalam asuhan keperawatan. Peneliti tidak menemukan kesenjangan selama pelaksanaan implementasi pada pasien dan semua tindakan telah dilakukan pada pasien. Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya peneliti lakukan sendiri, namun bekerja sama dengan perawat ruangan dan juga keluarga Ny.E, terutama suami pasien karena yang mengarahkan a r o m a terapi jeruk kepada istrinya saat peneliti tidak di ruangan.

Saat peneliti tidak berada di ruangan, peneliti mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien, melalui ERM pasien, catatan perkembangan pasien, dan bertanya pada perawat yang sedang jaga. Peneliti bekerja sama dengan perawat ruangan seperti observasi tanda – tanda vital,

melakukan pemberian obat, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor kondisi umum, dan membimbing pasien untuk melakukan relaksasi aromaterapi jeruk bila nyeri, di karenakan penulis tidak dinas selama 24 jam penuh di RS.

Intervensi utama aromaterapi jeruk dilakukan sehari 2 kali yaitu pagi sekitar jam 08.00 sebelum pasien minum obat dan sore sekitar pukul 14.30. Pasien dianjurkan untuk mengambil posisi yang nyaman saat berbaring, lalu memejamkan mata. Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan di samping badan dan merilekskan seluruh otot tubuhnya. Kemudian menginstruksikan pasien untuk menarik napas secara perlahan dan wajar, sembari mengucapkan istighfar dalam hati. Selanjutnya menginstruksikan pasien untuk mengulang latihan dengan prosedur seperti ini dalam waktu sekitar 10 menit dan dilakukan dua kali sehari setiap hari.

Implementasi hari ke 2-5 hampir sama seperti implementasi hari pertama, pada hari kedua pasien mengatakan telah melakukan aromaterapi jeruk secara mandiri saat nyeri timbul dan hingga hari kelima intervensi, nyeri yang dirasakan pasien semakin berkurang hingga mencapai nyeri ringan dari yang semula adalah nyeri sedang. Menurut penelitian Ariyanti, Laksmi, & Darmawan (2024) tentang Pengaruh aromaterapi jeruk terhadap skala nyeri pada pasien Post operasi *Soft Tumor Tissue* Di Ruang Hcu Rumah Sakit Umum Bali Royal menunjukkan skala nyeri dada pasien sebelum diberikan relaksasi aromaterapi jeruk sebagian besar mengalami nyeri sedang dan setelah diberikan relaksasi aromaterapi jeruk sebagian besar mengalami nyeri ringan dan dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh relaksasi Aromaterapi jeruk terhadap skala

nyeri pada pasien dengan post operasi.

Menurut analisa peneliti, terdapat persamaan pada hasil implementasi dan evaluasi pada hari pertama hingga hari ke lima diberikan terapi relaksasi Aromaterapi jeruk yaitu terdapat penurunan tingkat nyeri pada Ny. E dengan skala nyeri sedang menjadi nyeri ringan. Selain itu, pasien juga mendapatkan terapi farmakologi yang diresepkan oleh dokter. Oleh sebab itu, terapi relaksasi Aromaterapi jeruk yang diimbangi dengan terapi farmakologi akan menunjang penurunan tingkat nyeri yang dirasakan pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian Rahman dkk (2023) teknik relaksasi aromaterapi jeruk merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi aromaterapi jeruk akan menghambat aktifitas saraf simpatis. saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Dengan mengajarkan pasien seperti relaksasi Aromaterapi jeruk bertujuan sebagai terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, yang bisa dilakukan mandiri oleh pasien bila nyeri berulang atau kambuh. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri pasien yaitu dengan menganjurkan pasien untuk mengulangi terapi relaksasi Aromaterapi jeruk yang diajarkan setiap nyeri timbul, atau sebanyak 2x sehari.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Pada studi kasus ini tindakan utama yang diberikan kepada Ny. E adalah terapi relaksasi Aromaterapi jeruk untuk mengurangi nyeri yang dialami Ny. E. Evaluasi dilakukan setiap hari yang dibuat oleh perawat. Evaluasi

keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Semua indikator keberhasilan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sesuai dengan standar luaran keperawatan (SLKI) antara lain : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadimembaik. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

Pada hari pertama saat dilakukan implementasi, pasien masih mengeluh nyeri dan wajah masih tampak meringis dan masih merasa terganggu untuk tidur, meskipun telah diberikan terapi relaksasi Aromaterapi jeruk, namun nyeri yang dirasakan sudah berkurang dibandingkan saat pengkajian yaitu dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 5. Untuk implementasi hari ke dua dan ketiga pasien masih dibimbing untuk melakukan relaksasi Aromaterapi jeruk, namun pasien sudah mampu melakukan relaksasi mandiri disaat sore hari saat tidak didampingi perawat, dan skala nyeri makin menurun dan pasien sudah jarang tampak meringis, juga pasien sudah dapat beristirahat tidur lebih baik dibanding hari sebelumnya. Pada saat Implementasi hari kelima, pasien sudah tampak membaik, tidak tampak meringis, nyeri yang dirasakan adalah nyeri ringan yaitu skala 2, tanda vital dalam batas normal, dan pasien sudah mampu beristirahat tidur saat malam hari dengan nyenyak.

Evaluasi akhir yang ditentukan sesuai dengan ketentuan intervensi keperawatan yang telah dibuat yang dilakukan pada hari terakhir yaitu hari kelima tanggal 24 November 2024 pukul 13.00 WIB pada studi kasus Ny. E

dengan Post Operasi *Soft Tumor Tissue* dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan yaitu Ny. E mengatakan mengatakan nyeri hanya dirasakan 2 kali kemarin, skala nyeri ringan yaitu skala 2. pasien mengatakan mengulang kembali terapi relaksasi yang telah diajarkan pada sore hari sebelum minum obat. Pasien dapat beristirahat tidur malam kurang lebih 5 jam, dan tidur siang kurang lebih 1 jam. Didukung dengan data objektif yaitu kesadaran : Composmentis dengan GCS : E=4, V=5, M=6, wajah rileks, dengan tanda vital TD : 123/78 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, S : 36°C, SpO₂ : 99%.

Pada hasil penelitian yang dilakukan Ariyanti, Laksmi, & Darmawan (2024), ada pengaruh relaksasi Aromaterapi jeruk terhadap skala nyeri dada pada pasien dengan SKA, dan disimpulkan bahwa intervensi medikasi yang ditambah relaksasi aromaterapi jeruk lebih efektif daripada medikasi saja. Pada hasil penelitian lain, Rustono (2018) menunjukkan kombinasi relaksasi Aromaterapi jeruk dan terapi analgetik lebih efektif menurunkan nyeri dada pada pasien sindroma koroner akut dibandingkan dengan yang hanya mendapatkan terapi analgetik saja pada pasien sindroma koroner akut di Ruang *Intermediate* Medikal Rumah Sakit Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta.

Menurut pendapat peneliti, sesuai dengan kriteria hasil SLKI, studi kasus Ny. E berhasil mengurangi skala nyeri pasien dengan kriteria hasil yang tertulis di intervensi atau perencanaan keperawatan, penurunan skala nyeri tersebut terjadi karena implementasi dilakukan secara berturut-turut dengan frekuensi dan durasi yang sudah sesuai dengan SOP yang ditentukan tanpa ada halangan

didalam pelaksanaan implementasinya. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti sudah sesuai dengan apa yang terdapat dalam teori dan penelitian yang pernah dilakukan. Peneliti berasumsi, relaksasi aromaterapi jeruk merupakan teknik relaksasi pasif dengan tidak menggunakan tegangan otot sehingga sangat tepat untuk mengurangi nyeri pada kasus nyeri post operasi. Relaksasi aromaterapi jeruk merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal yang tenang sehingga dapat membantu meningkatkan kesehatan pasien

