

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri dan Penerapan Terapi *Finger Hold*

1. Konsep kebutuhan rasa nyaman nyeri

a. Definisi nyeri

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Seringkali dijelaskan dalam istilah proses distruksi, jaringan seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut, mual. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri digambarkan sebagai keadaan yang tidak nyaman, akibat dari ruda paksa pada jaringan (Judha dkk., 2018).

b. Penyebab/Etiologi

Adapun penyebab adanya nyeri akut menurut PPNI 2017 sebagai berikut :

- 1) Agen cedera fisiologis : Inflamasi, iskemia, neoplasma

- 2) Agen cedera kimiawi : Terbakar, bahan kimia iritan
- 3) Agen cedera fisik : Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan

c. Tanda dan Gejala

Berikut tanda dan gejala nyeri akut menurut PPNI 2017:

1) Mayor

Subyektif :

- a) Mengeluh nyeri

Obyektif :

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (Mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

2) Minor

Subyektif : (tidak tersedia)

Obyektif :

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Menarik diri

- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

d. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2, yaitu :

1) Nyeri akut

Merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017)

2) Nyeri kronis

Merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2017).

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Judha dkk., 2018) :

1) Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogren dan akan terjadi persepsi nyeri.

4) Makna nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

5) Perhatian

Perhatian dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan presepsi nyeri., tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

7) Keletihan

Keletihan meningkatkan presepsi nyeri, rasa kelelahan, dan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping.

8) Gaya koping

Gaya koping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri

9) Dukungan keluarga dan sosial

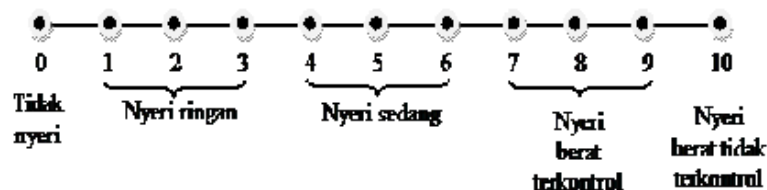
Kehadiran orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri.

f. Skala Nyeri

Beberapa contoh alat pengukur nyeri :

1) Skala nyeri *Numerical Rating Scales* (NRS)

Skala nyeri NRS digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Klien dapat menilai nyeri dengan menggunakan skala angka 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat menguji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2015).



Gambar 2.1 Skala Nyeri *Numerical Rating Scales* (NRS)

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berinteraksi dengan orang lain.

2) Skala nyeri wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

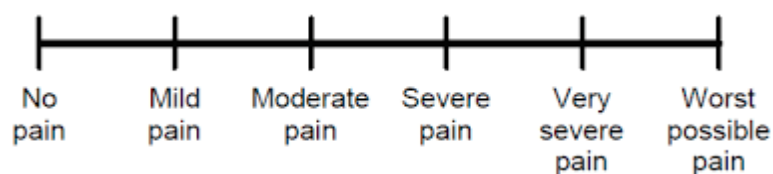
Skala nyeri muka (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) ini tergolong mudah untuk dilakukan. Hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat betatap muka tanpa menanyakan keluhanya. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah (Potter & Perry, 2015) :



Gambar 2.2 (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

3) *Verbal descriptor scale*

Skala diskriptif yaitu alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendiskriptif verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendiskripsian ini dirangkai dari “tidak nyeri” sampai "nyeri yang tidak tertahan (Judha dkk., 2018).



Gambar 2.3 *Verbal Descriptor Scale*

2. Konsep Terapi Modalitas *Finger Hold*

a. Definisi *finger hold*

Teknik menggenggam jari adalah salah satu teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu merupakan teknik akupresur Jepang. Teknik ini adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Terapi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Ketika tubuh dalam keadaan rileks, maka ketegangan otot berkurang dan kemudian akan mengurangi kecemasan (Yuliasuti, 2019).

Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi yang terletak pada jari tangan kita titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks/spontan pada saat genggam (Rasyid & Samaran 2019).

b. Manfaat terapi relaksasi *finger hold*/ terapi genggam jari

Beberapa manfaat dari relaksasi genggam jari (Wardhana, 2022):

- 1) Mengurangi nyeri, takut dan cemas
- 2) Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- 3) Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- 4) Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
- 5) Melancarkan aliran dalam darah

c. Mekanisme terapi relaksasi *finger hold*/ terapi genggam jari

Tangan merupakan alat sederhana dan ampuh untuk menyalurkan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam – dalam dapat mengurangi bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi, teknik relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik – titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari – jari tangan, sehingga nantinya mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggam, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2018).

Mekanisme teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri adalah di dalam jari manusia terdapat titik meridian yang memberikan rangsangan saat menggenggam. Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen *non-nosiseptor*. Serabut saraf *non-nosiseptor* mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebri dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggam, diproses menuju saraf menuju organ

yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphen untuk mengurangi nyeri (Sofiyah et al., 2019).

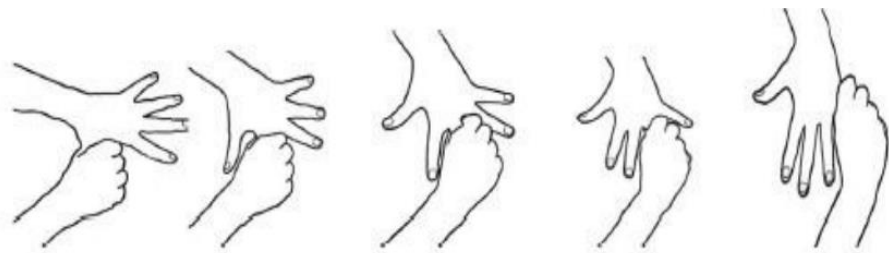
Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan diberikan minimal selama 3 hari. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan nyeri pada semua klien pasca operasi, kecuali pada klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi (Indriani S, 2020).

d. Cara melakukan terapi relaksasi *finger hold*/ terapi genggam jari

Cara melakukan teknik genggam jari menurut Cane (2018) adalah :

- 1) Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 2 - 5 menit, anda bisa memulai dengan tangan manapun.
- 2) Tarik nafas dalam - dalam (ketika bernafas, hiruplah dengan rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan)
- 3) Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepas semua perasaan - perasaan negatif dan masalah - masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita yang berhubungan dengan kerusakan jaringan karena post operasi sectio caesarea).

- 4) Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari – jari tangan.
 - a) Sekarang pikirkan perasaan - perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya foku pada perasaan yang nyaman dan damai saja.
 - b) Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan lainnya.
 - c) Tindakan Relaksasi Genggam Jari dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari atau saat nyeri terasa.
- 5) Seringkali ketika sedang menggenggam jari, anda merasakan denyutan yang cukup keras disetiap jari anda. Hal ini menunjukkan keadaan emosi yang kurang seimbang sehingga jalur energi terhambat dan kurang seimbang. Ketika energi yang tersumbat mulai lancar, maka denyutan disetiap jari akan melembut dan perasaan menjadi lebih tenang dan seimbang. Setelah denyutan menjadi lebih ringan, anda bisa memindahkan genggaman pada jari selanjutnya secara berurutan



Gambar 2.4 Teknik Relaksasi Genggam Jari (Henderson, 2007)



Gambar 2.5 Titik Meridian Jari Tangan

Keterangan :

- 1) Ibu jari berhubungan dengan perasaan sedih, ingin selalu menangis, dan merasa merana.
- 2) Jari telunjuk berhubungan dengan perasaan takut, panik, merasa terancam dan tidak nyaman.
- 3) Jari tengah berhubungan dengan perasaan marah, benci, dan kecewa.
- 4) Jari manis berhubungan dengan perasaan cemas dan kuatir.
- 5) Jari kelingking berhubungan dengan perasaan rendah diri dan kecil hati.

- e. Standar prosedur operasional terapi relaksasi finger hold / terapi genggam jari

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi *Finger Hold* / Genggam Jari

Standar Prosedur Operasional Terapi Relaksasi <i>Finger Hold</i> / Terapi Genggam Jari	
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dan dapat mengurangi rasa nyeri
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 5. Melancarkan aliran dalam darah
Kebijakan	Bahwa semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari
Prosedur	<p>Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu ≥ 10 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat di lakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi</p> <p>Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Siapkan pasien dalam posisi yang nyaman b. Siapkan lingkungan yang tenang c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari <p>Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau</p>

Standar Prosedur Operasional
Terapi Relaksasi *Finger Hold* / Terapi Genggam Jari

	<p>posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang</p> <p>f. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata</p> <p>g. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja</p> <p>h. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut</p> <p>i. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur</p> <p>j. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan</p> <p>k. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran</p> <p>l. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari</p> <p>m. Dokumentasi respon pasien</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

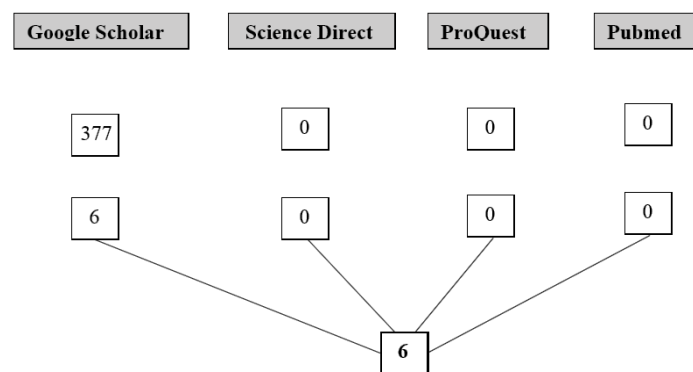
Sumber : RSPAD Gatot Subroto

B. Hasil Review Literatur

1. Pertanyaan klinis (PICO/PICOT)

PICOT berisi tentang rumusan pertanyaan klinis sebagai berikut, meliputi : a) *Problem* : Nyeri pada pasien SLE; b) *Intervention* : Relaksasi *Finger Hold* (Relaksasi Genggam Jari); c) *Comparison* : Tidak ada intervensi pembanding; d) *Outcome* : Penurunan intensitas nyeri; e) *Time* : 3 kali dalam 1 kali kunjungan selama 10-15 menit atau jika nyeri. Berdasarkan hasil PICOT diatas maka rumusan masalah yaitu “ Apakah relaksasi *finger hold* dapat menurunkan nyeri pada pasien SLE ? ”

2. Metode penelusuran evidence



Gambar 2.6 Hasil Penelusuran EBN

Pencarian artikel ditetapkan menggunakan jurnal yang sudah terpublikasi baik nasional maupun internasional dengan batasan minimal 5 tahun terakhir dari tahun terbit dengan kata kunci “relaksasi *finger hold* untuk menurunkan intensitas nyeri” menggunakan database: *Google Scholar*, *Science Direct*, *ProQuest* dan *Pubmed*. Hasil penelusuran didapatkan 6 artikel terdiri dari 2 jurnal internasional dan 4 jurnal nasional yang dipilih karena metode yang digunakan mendekati penelitian ini (lama, durasi dan frekuensi) serta 1 penelitian dengan pasien SLE.

Berikut hasil penelusuran artikel :

Tabel 2.2 Hasil Review Literatur

No	Penulis/ Tahun	Judul	Desain	Sampel	Tempat dan Waktu Penelitian	Hasil	Keterbatasan Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1.	Budiya Rahman, Noor Khalilati/ 2018	Reducing Pain Score using Finger Hold Technique on Patient with Mild Head Injury in Emergency Department (of) General Hospital Brigadier H Hasan Basry Kandangan	Quasy Experimental design with the One Group Pretest-Posttest Design	Populasi pasien Cedera Kepala Ringan. Sampel diambil dengan teknik Accidental Sampling sebanyak 20 responden	RSU Briptu H Hasan Basry Kandangan, Kalimantan Selatan. 2018	Skala nyeri sebelum teknik pegang jari pada pasien cedera kepala ringan sebagian besar didapatkan nyeri sedang pada 15 orang (75%). Skala nyeri setelah dilakukan teknik finger hold, pasien cedera kepala paling banyak mendapat kategori nyeri ringan sebanyak 13 orang (65%). Hipotesis	Keterbatasan dari penelitian ini adalah terkadang pasien perlu diberikan arahan dan bimbingan bagaimana melakukan finger hold saat berada di IGD dan terkadang mereka merasa malu saat diberikan treatment. Pasien terkadang masih merasa sakit dan perlu istirahat sehingga peneliti harus menunggu	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan <i>finger hold</i> untuk menurunkan nyeri Perbedaan dalam penelitian ini adalah desain penelitian dan sampel oleh Budiya 2018 menggunakan quasi eksperimen with pretest-posttest dan pasien dengan cedera kepala sedang, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain studi kasus dan sampel pasien dengan SLE.

No	Penulis/ Tahun	Judul	Desain	Sampel	Tempat dan Waktu Penelitian	Hasil	Keterbatasan Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						diterima dengan tingkat signifikansi $0,000 < 0,05$	pasien terlebih dahulu	
2.	Indah Larasati, Eni Hidayati/ 2022	Relaksasi genggam jari pada pasien post operasi	Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan dengan responden berjumlah dua orang	2 pasien dengan nyeri post operasi laparotomi	Ruang catleya RSUD dr. Gondo Suwarno Semarang. April 2022	Adanya perubahan skala nyeri dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. Pemberian Relaksasi genggam jari efektif untuk menurunkan skala nyeri post operasi laparotomy	Penulis tidak menyampaikan keterbatasan penelitian	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan finger hold untuk menurunkan nyeri dengan desain penelitian studi kasus Perbedaan dalam penelitian ini adalah sampel dalam Larasati (2012) pasien dengan nyeri post operasi laparotomi, sedangkan dalam penelitian ini pasien dengan SLE.
3.	Erna Safariah, Irawan Danismay a , Nadya Salsabilla, Henri Setiawan/ 2022	A Case Study of Finger Grip Relaxation Intervention on Lowering Pain Scale in Appendicitis Patients	studi kasus dengan pendekatan implementasi praktik berbasis bukti yang berfokus pada	Partisipan dalam penelitian ini adalah Ny.C, seorang wanita berusia 35 tahun yang mengeluhkan nyeri perut kanan bawah	BLUD RSUD Kota Banjar pada tanggal 27-31 Mei 2022.	pasien mengakui bahwa nyeri berkurang setelah intervensi relaksasi Finger grip	Penulis tidak menyampaikan keterbatasan penelitian	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan finger hold untuk menurunkan nyeri dengan desain penelitian studi kasus Perbedaan dalam penelitian ini adalah

No	Penulis/ Tahun	Judul	Desain	Sampel	Tempat dan Waktu Penelitian	Hasil	Keterbatasan Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
			intervensi keperawatan					sampel dalam Safariah, et.al (2022) pasien dengan apendicitis, sedangkan dalam penelitian ini pasien dengan SLE.
4.	Dea Oktaria Nur, Suci Khasanah / 2022	Implementasi Relaksasi Genggam Jari Dalam Menurunkan Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Hemoroid	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif berupa pendekatan studi kasus praktik keperawatan	Pasien dengan nyeri karena hemoroid	Ruang Dewandaru RSUD Kardinah Tegal. 2022	Teknik relaksasi genggam jari dapat menurunkan nyeri akut pada pasien dimana terjadi penurunan skala nyeri sebesar 3	Penulis tidak menyampaikan keterbatasan penelitian	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan finger hold untuk menurunkan nyeri dengan desain penelitian studi kasus Perbedaan dalam penelitian ini adalah sampel dalam Nur (2022) adalah pasien dengan nyeri hemoroid, sedangkan dalam penelitian ini pasien dengan SLE.
5.	M. Zul'irfan, Bayu Azhar, Ayu Intan Pandini/ 2022	Relaksasi Genggam Jari Berpengaruh Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Bedah	Desain penelitian menggunakan pre eksperimen rancangan pretest- posttest with	Populasi dalam penelitian semua pasien yang mengalami fraktur ekstremitas bawah yang dirawat di RSUD Arifin	RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. 2022	relaksasi genggam jari berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pasien pasca bedah fraktur	Penulis tidak menyampaikan keterbatasan penelitian	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan finger hold untuk menurunkan nyeri Perbedaan dalam penelitian ini pada desain penelitian dan sampel oleh Budiya 2018

No	Penulis/ Tahun	Judul	Desain	Sampel	Tempat dan Waktu Penelitian	Hasil	Keterbatasan Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
		Fraktur Ekstremitas Bawah	one group design	Achmad Provinsi Riau. Jumlah sampel dalam penelitian 36 responden.		ekstremitas bawah.		menggunakan pre eksperimental dan pasien pasca bedah fraktur ekstremitas bawah, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain studi kasus dan sampel pasien dengan SLE.
6	Della Nur'aini/ 2022	Aplikasi Terapi Relaksasi Genggam Jari dan Hipnotis 5 Jari terhadap Nyeri pada Pasien SLE	Kualitatif dengan pendekatan studi kasus	3 Pasien SLE	RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang/ 2022	Penurunan skala nyeri 4- 6(sedang)→ 1- 3(Ringan). Ketiga pasien lebih memilih terapi relaksasi genggam jari	Penulis tidak menyampaikan keterbatasan penelitian	Persamaan dalam penelitian ini sama-sama menggunakan finger hold untuk menurunkan nyeri dengan desain penelitian studi kasus dengan sampel pasien SLE. Perbedaan dalam penelitian ini adalah Nur'aini (2022) menggunakan intervensi pembanding berupa hipnotis 5 jari, penelitian ini tidak.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan SLE

1. Pengkajian

a. Identitas : nama, umur, agama, pendidikan, alamat, diagnosis

b. Status kesehatan :

1) Keluhan utama

Biasanya klien dengan penyakit Systemic Lupus Erythematosus datang ke RS dengan keluhan nyeri dan kaku pada seluruh badan, kulit kering, bersisik dan mengelupas pada beberapa bagian kulit, rasa sakit biasanya dirasakan sejak 3 bulan yang lalu, pasien juga merasa lemah (Anggraini, 2016).

2) Alasan MRS

Pasien masuk rumah sakit dikarenakan muncul gejala nyeri dan kaku seluruh badan, kulit kering dan bersisik, kulit mengelupas pada beberapa bagian kulit, dan semakin parah apabila terpapar sinar matahari (Alamanda, 2018).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pada pasien yang menderita Systemic Lupus Erythematosus pada saat dikaji keluhan yang dirasakan seperti nyeri dan kaku seluruh badan, kulit menegelupas dibeberapa bagian, pasien lemas (Fatmawati, 2018).

c. Riwayat kesehatan terdahulu

1) Riwayat penyakit sebelumnya.

Biasanya pada penderita Systemic Lupus Erythematosus mengalami penyakit nyeri terutama pada persendian. Pasien merasa panas seluruh badan badan selama 1 bulan, dan pasien merasakan kulitnya kering/ bersisik, pecah-pecah rambut rontok dan semakin parah apabila terpapar sinar matahari (Alamanda, 2018).

2) Riwayat penyakit keluarga

Pada penyakit Systemic Lupus Erythematosus ini belum diketahui secara pasti penyebab penyakitnya tetapi faktor genetik juga sering dikaitkan dengan penderita (Alamanda, 2018).

3) Riwayat pengobatan

Pada penderita Systemic Lupus Erythematosus sebelum mengalami penyakit ini biasanya sering mengkonsumsi obat asam urat seperti Allopurinol 100 mg yang diminum setiap hari selama 1 tahun (Fatmawati, 2018).

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien menurut Hikmah (2018):

1) Keadaan umum

a) Kesadaran

Pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus* kesadarannya composmentis bahkan bisa sampai terjadi penurunan kesadaran.

b) Tanda-tanda vital

Biasanya pada penderita *Systemic Lupus Erythematosus* ini ditemukan peningkatan suhu dan di atas rentang normal.

2) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Terdapat ruam (malar) pada pipi yang tampak kemerah – merahan, terdapat butterfly rash pada wajah terutama pipi dan sekitar hidung, telinga, dagu, daerah pada leher

b) Mata

Pada pemeriksaan mata di dapatkan hasil mata tampak pucat (anemis)

c) Telinga

Melakukan inspeksi dan palpasi struktur telinga luar, melakukan inspeksi struktur telinga tengah dengan

ostoskop dan menguji telinga dalam dengan mengukur ketajaman pendengaran.

d) Hidung

Mengobservasi bentuk, ukuran, warna kulit, dan adanya deformitas atau inflamasi. Jika ada pembengkakan, perawat melakukan palpasi dengan hati-hati.

e) Mulut

Mengobservasi bentuk, ukuran, warna kulit, dan adanya deformitas atau inflamasi. Melakukan palpasi ada nyeri tekan terhadap pasien pada bagian mulut & bibirnya. Pada pasien biasanya akan terjadi sariawan dan bibir pecah – pecah.

f) Leher

Memulai dengan leher dalam posisi anatomik biasa dengan sedikit hiperekstensi. Inspeksi kesimetrisan bilateral dari otot leher untuk menguji fungsi otot sternokleidomastoideus. Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid

g) Payudara

Mengenali adanya abnormalitas dengan tampilan payudara pasien. Melakukan palpasi untuk menentukan adanya nyeri tekan, konsistensi dan ukuran besarnya payudara

h) Genetalia

Melakukan inspeksi karakteristik warna kulit sekitar genetalia adanya gangguan serta nyeri tekan hingga benjolan lain yang didapatkan saat sakit

i) Dada

Inspeksi adanya luka/parut sekaligus bekas luka dan kesimetrisan dinding dada, perkusi biasanya peranannya menurun sesudah ada foto rontgen toraks sekaligus dapat dilakukan dengan cara sederhana untuk menentukan letak jantung dengan ketukan

j) Muskuloskeletal

Sistem otot dikaji dengan memperhatikan kemampuan megubah posisi, kekuatan otot pasien serta kelemahan yang dialami. Sendi dilakuakn dengan tes ROM yang menentukan gerakan sendi normal/tidak. ROM dibagi menjadi 2 yaitu pasif dan aktif

k) Abdomen

Pemeriksaan abdomen pasien harus rileks. Otot abdomen yang mengencang akan menyembunyikan keakuratan palpasi dan auskultasi. Perawat meminta pasien untuk berkemih sebelum pemeriksaan dimulai. Inspeksi dilakukan dengan cara melihat kondisi abdomen secara keseluruhan yang nampak

e. Pemeriksaan sistemik

Menurut Hidayat dalam Judha (2018) data yang ditemukan pada pasien SLE adalah :

1) Sistem muskuloskeletal

Artalgia, artritis, pembengkakan sendi, nyeri tekan dan rasa nyeri ketika bergerak, rasa kaku pada pagi hari.

2) Sistem integumen

Lesi akut pada kulit yang terdiri atas ruam berbentuk kupu-kupu yang melintang pangkal serta pipi.

3) Sistem kardiovaskuler

Pericarditis merupakan manifestasi kardiak

4) Sistem pernafasan

Pleuritis atau efusi pleura.

5) Sistem vaskuler

Inflamasi pada arteriole, dan purpura di ujung jari kaki, tangan, siku, serta permukaan ekstensor lengan bawah atau sisi lateral tangan dan berlanjur nekrosis.

6) Sistem perkemihan

Biasanya yang terkena glomerulus renal.

7) Sistem saraf

Spektum gangguan sistim saraf pusat sangat luas dan mencakup seluruh bentuk penyakit neurologi, sering terjadi depresi dan psikosis.

8) Sistem gastrointestinal : Asites dan nyeri

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (Inflamasi)
(SDKI 2017, D.0077: hal 172)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0056, Hal.128)
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Perubahan pigmentasi (SDKI, 2017 D.0129: hal 282)
- d. Risiko Infeksi dibuktikan dengan faktor resiko immunosupresi (SLE)
(SDKI 2017, D.0142; hal 304)
- e. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko Ketidakmampuan mencerna makanan →adanya rasa mual (SDKI 2017, D.0032; hal 81)
- f. Risiko Jatuh dibuktikan dengan faktor resiko Kekuatan Otot menurun (SDKI 2017, D.0143: hal 306)

3. Luaran dan Intervensi Keperawatan

Luaran disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, anoreksia menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.

Intervensi keperawatannya adalah manajemen nyeri meliputi : a) Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor 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; b) Terapeutik : berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, bio feedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri; c) Edukasi jelaskan penyebab, periode, dan pemicu

nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri; d) Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas pada pasien meningkat yang ditandai dengan kriteria hasil meliputi : frekuensi nadi meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat. Intervensi utama adalah terapi aktivitas meliputi : a) Observasi: identifikasi defisit tingkat aktivitas, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu; b) Terapeutik: fasilitasi fokus kemampuan, bukan defisit yang dialami , sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktifitas; c) Edukasi : ajarkan cara melakukan aktifitas yang dipilih, anjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan; d) Kolaborasi : kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktifitas, jika perlu.

Diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan integritas kulit dan jaringan pada pasien meningkat dengan kriteria hasil meliputi : Elastisitas kulit meningkat, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, suhu kulit dalam batas normal (34.5-37.5 °C). Intervensi keperawatan utama perawatan integritas kulit meliputi : a) Observasi : identifikasi penyebab gangguan integritas kulit; b)

Terapeutik : ubah posisi pasien, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering; c) Edukasi : anjurkan menggunakan pelembab (lotion), anjurkan meningkatkan asupan sayur dan buah, anjurkan menggunakan tabir surya yang mengandung Sun Protection Factor (SPF) saat berada di luar rumah, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem; d) Kolaborasi : kelola pemberian salep gentamicin/ 24 jam.

Diagnosa risiko infeksi immunosupresi dibuktikan dengan faktor risiko (SLE), dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil meliputi : kebersihan tangan pasien, keluarga dan perawat/tenaga medis lainnya dari sedang (3 dari 5) menjadi meningkat (5 dari 5), tidak terdapat tanda-tanda infeksi (kemerahan, panas, bengkak, nyeri dan fungsi lease), pasien tidak demam/ suhu dalam batas normal (N : 36.35-37. 45° C). Intervensi utama adalah manajemen nyeri meliputi: a) Observasi : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik; b) Terapeutik: batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi; c) Edukasi: jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan teknik cuci tangan; d) Kolaborasi : kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

Diagnosa risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik yang ditandai dengan kriteria hasil meliputi : Frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus

membalik. Intervensi utamanya adalah manajemen nutrisi yang meliputi :

- a) Observasi : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan;
- b) Terapeutik : lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi;
- c) Edukasi : anjurkan posisi duduk, jika perlu, ajarkan diet yang diprogramkan;
- d) Kolaborasi : kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

Diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan faktor resiko kekuatan otot menurun, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat jatuh pada pasien membaik dengan kriteria hasil meliputi : pasien tidak jatuh dari tempat tidur, pasien tidak jatuh saat berdiri, pasien tidak jatuh saat duduk, pasien tidak jatuh saat dipindahkan, pasien tidak jatuh saat dikamar mandi. Intervensi utamanya adalah pencegahan jatuh meliputi :

- a) Observasi : identifikasi risiko jatuh, hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala humpty dumpty;
- b) Terapeutik : pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, pasang handrail tempat tidur, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien;
- c) Edukasi : anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh saat berdiri/berjalan dengan bantuan keluarga/perawat, libatkan keluarga untuk selalu mendampingi.

4 . Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien dengan gangguan rasa nyaman : Nyeri, disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dan disesuaikan dengan apa yang dibutuhkan oleh klien. Beberapa hal yang harus diperhatikan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Lemone, dkk. 2018).

Jenis-jenis tindakan pada tahap pelaksanaan implementasi adalah :

a. Secara mandiri (independent)

Tindakan yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (interdependent)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti: dokter, fisioterapi, dan lainlain.

c. Rujukan/ketergantungan (Dependent)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

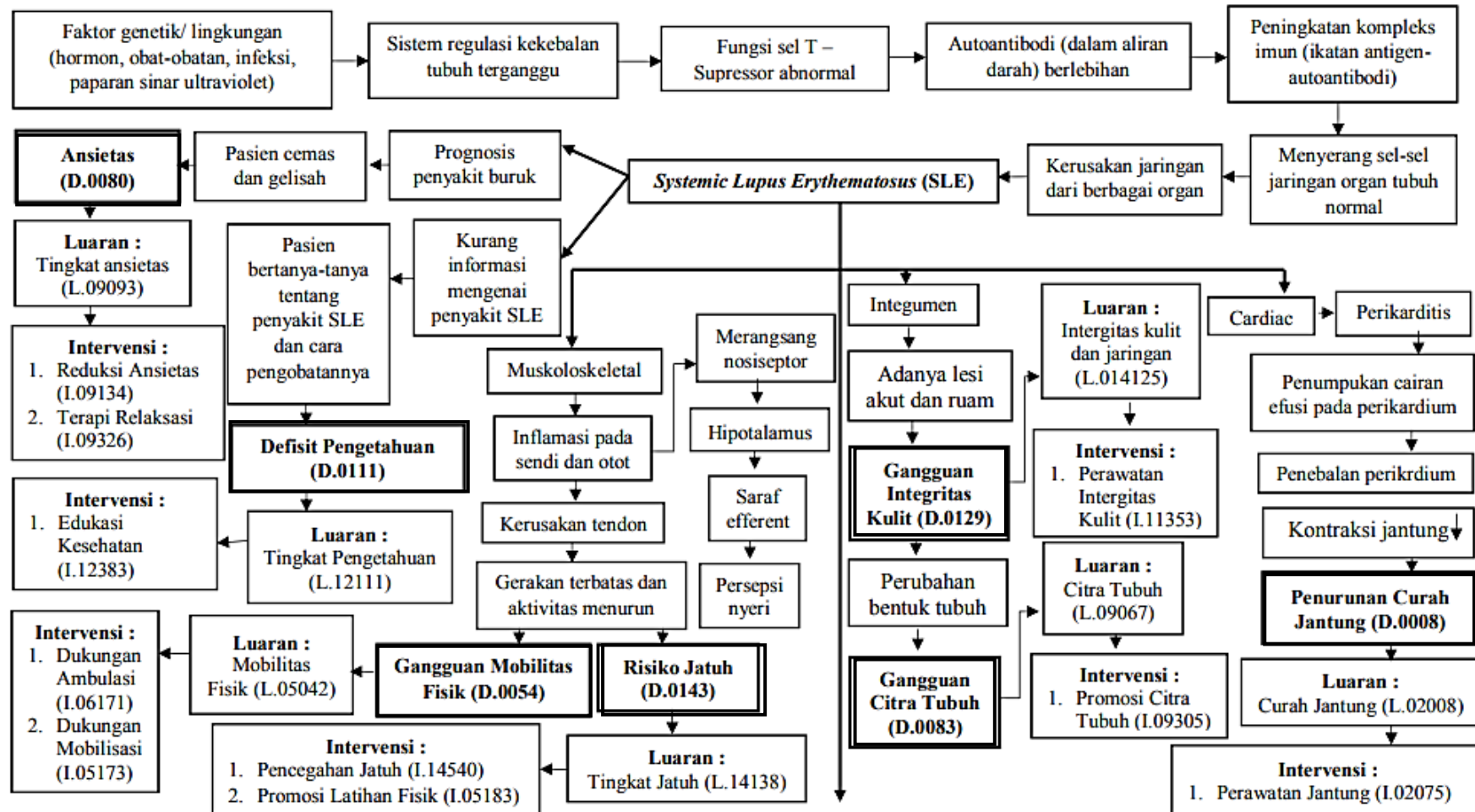
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan.

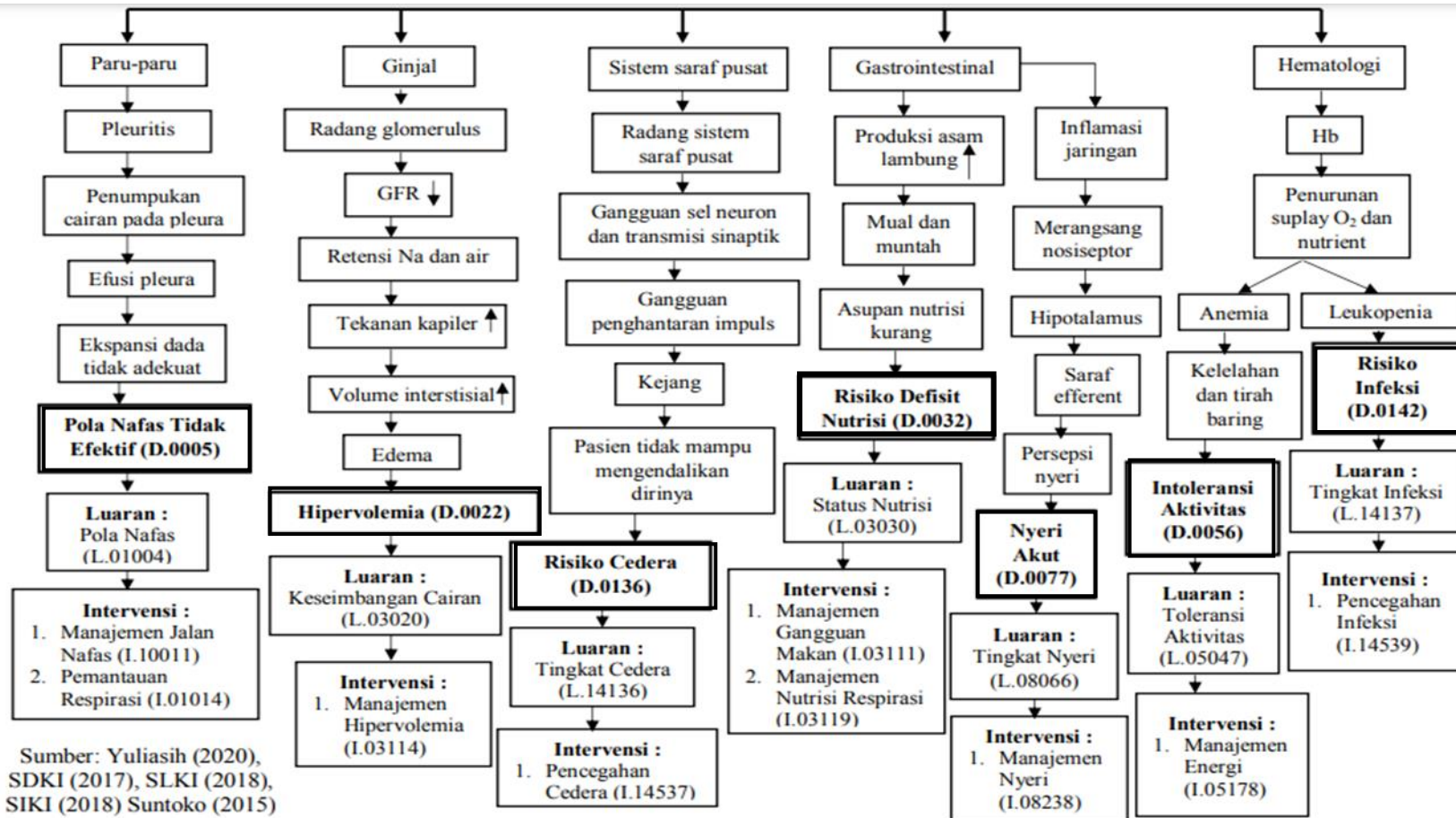
Menurut Padila (2018), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planing). Komponen SOAP yaitu :

- a. S (subyektif) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.
- b. O (obyektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.
- c. A (assesment) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasaya ditulis dala bentuk masalah keperawatan).
- d. P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

D. WOC (Web Of Causation)



Lanjutan WOC



Gambar 2.7 WOC (Web of Causation)