

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Selulitis

1. Pengertian

Selulitis merupakan inflamasi jaringan subkutan dimana proses inflamasi yang umumnya dianggap sebagai penyebab adalah bakteri *S.aureus* atau *Streptococcus*. Selulitis biasa terjadi apabila sebelumnya terdapat gangguan yang menyebabkan kulit terbuka, seperti luka, terbakar, gigitan serangga atau luka operasi. Selulitis dapat terjadi di seluruh bagian tubuh, namun bagian tersering yang terkena selulitis adalah kulit di wajah dan kaki. Selulitis bisa hanya menyerang kulit bagian atas, tapi bila tidak diobati dan infeksi semakin berat, dapat menyebar ke pembuluh darah dan kelenjar getah bening (Matsumoto, 2018).

2. Etiologi

Penyakit Selulitis antara lain :

a. Infeksi bakteri dan jamur :

- 1) Disebabkan oleh *Streptococcus grup A* dan *Staphylococcus aureus*
- 2) Pada bayi yang terkena penyakit ini dibabkan oleh *Streptococcus grup B*
- 3) Infeksi dari jamur, tapi infeksi yang diakibatkan jamur termasuk jarang, biasanya disebabkan dari jamur *Aeromonas Hydrophila*.

4) *S. Pneumoniae (Pneumococcus.*

b. Penyebab lain :

- 1) Gigitan binatang, serangga, atau bahkan gigitan manusia.
- 2) Kulit kering
- 3) Kulit yang terbakar atau melepuh
- 4) Diabetes Mellitus
- 5) Pembekakan yang kronis pada kaki
- 6) Cacar air (Becker., 2018)

3. Manifestasi Klinis

Selulitis menyebabkan kemerahan atau peradangan yang terlokalisasi. Kulit tampak merah, bengkak, licin disertai nyeri tekan dan teraba hangat. Ruam kulit muncul secara tiba-tiba dan memiliki batas yang tegas. Bisa disertai memar dan lepuhan-lepuhan kecil. Menurut becker, 2018 gejala lainnya adalah:

- a) Demam
- b) Infeksi jamur di sela-sela jari kaki
- c) Nyeri otot
- d) Tidak enak badan
- e) Malaise
- f) Edema
- g) Lesi

4. Patofisiologi

Kejadian selulitis terjadi akibat adanya bakteri patogen yang menembus lapisan luar sehingga menimbulkan infeksi pada permukaan kulit atau menimbulkan peradangan. Penyakit selulitis ini sering menyerang orang gemuk, rendah gizi, kegemukan atau orang tua pikun dan pada penderita diabetes mellitus yang pengobatannya tidak adekuat. Setelah menembus bagian luar lapisan kulit, infeksi tersebut akan menyebar ke jaringan dan menghancurkannya. *Hyaluronidase* memecah substansi polisakarida, *fibrinolysin* mencerna barrier fibrin, dan *lecithinase* menghancurkan membrane sel (Fitzparick, 2018). Selulitis yang tidak berkomplikasi paling sering disebabkan oleh *streptokokus grup A*, *sterptokokus* lain atau *staphilokokus aureus*, kecuali jika luka yang terkait berkembang bakterimia, microbial yang pasti sulit ditentukan, untuk abses lokalisata yang mempunyai gejala sebagai lesi kultur pus atau bahan yang diaspirasi diperlukan. Meskipun etiologi abses ini biasanya adalah stapilokokus, abses ini kadang disebabkan oleh campuran bakteri aerob dan anaerob yang lebih kompleks. Bau busuk dan pewarnaan gram menunjukkan adanya organisme campuran (Prihatin, 2021)

5. Penatalaksanaan

Menurut jabbar 2019 penatalaksanaa selulitis diantaranya :

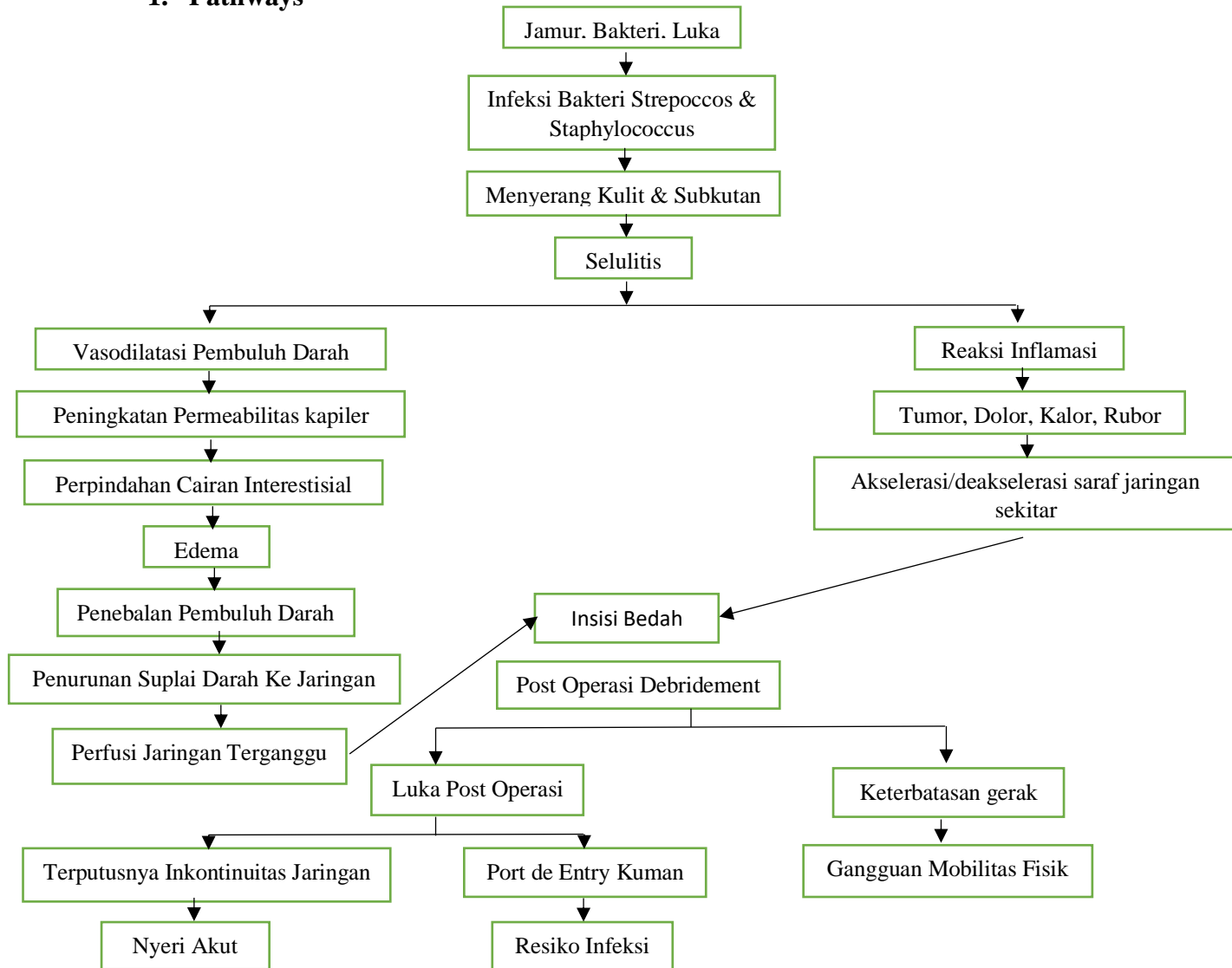
- a. Kolaborasi dalam pemeriksaan laboraturium untuk mengecek apakah terjadi infeksi.
- b. Kultur darah, dilaksanakan bila infeksi tergeneralisasi telah diduga.

c. Dilakukan insisi drainase/debridemen bila luka terbentuk abses.

d. Pemberian antibiotik.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathways



Sumber; Barlos, 2019

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis yang dilakukan dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien, sangat penting dalam penegakan diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nettina, 2017).

- a. Biodata atau identitas diri.
- b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien selulitis dan harus segera ditangani. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien selulitis ini biasanya adalah nyeri.

- c. Riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga)

Melihat dan menanyakan tentang riwayat penyakit dari pasien yang pernah dialami seperti asam urat, kolesterol tinggi, kadar kalsium tinggi dalam darah dan lain-lain.

- d. Pengkajian Pola Gordon
 - 1) Pola persepsi

Apakah pasien pernah mengalami riwayat penyakit tersebut sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita, dan pentingnya kesehatan bagi pasien dan keluarga.

2) Pola nutrisi dan cairan

Pola makan dan minum sehari-hari, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, berapa kali sehari, nafsu makan menurun/tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi

Mengkaji pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) sebelum dan selama sakit, konsistensi, warna dan bau, berapa kali sehari, adanya konstipasi atau tidak, adanya gangguan berkemih atau tidak.

4) Pola aktivitas dan latihan

Reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan/kelelahan), perubahan pola nafas setelah aktifitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri.

5) Pola tidur dan istirahat

Berapa jam sehari, terbiasa tidur siang atau tidak, gangguan selama tidur (sering terbangun), nyenyak atau tidak, nyaman atau tidak.

6) Pola persepsi kognitif

7) Konsentrasi, daya ingat dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya

Pola persepsi dan konsep diri Adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri karena penyakit yang diderita

8) Pola reproduksi dan seksual

Adakah gangguan reproduksi dan seksual, atau adakah perubahan pola reproduksi dan seksual selama sakit.

9) Pola mekanisme dan coping

Emosi, ketakutan terhadap penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan yang jelas.

10) Pola hubungan

Hubungan antar keluarga harmonis, interaksi, komunikasi dan cara berkomunikasi.

11) Pola keyakinan dan spiritual

Agama pasien, gangguan beribadah selama sakit, ketaatan dalam berdoa dan beribadah.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Pemeriksaan tanda vital
- 2) Pemeriksaan kulit
- 3) Pemeriksaan kepala dan leher
- 4) Pemeriksaan dada (thorak)
- 5) Pemeriksaan jantung (cardiovaskuler)
- 6) Pemeriksaan abdomen
- 7) Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus.
- 8) Pemeriksaan musculoskeletal

- 9) Pemeriksaan ekstremitas

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial dari individu atau kelompok. Tujuan proses diagnosis keperawatan adalah memudahkan perawat dalam menganalisis dan mensistesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosa keperawatan juga digunakan sebagai sarana untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah dan kemampuan klien dalam mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan

Indonesia (SDKI, 2017) antara lain :

- a. Nyeri Akut (D.0077)

- 1) Pengertian

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) Etilogi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

(1) Subyektif (tidak tersedia)

(2) Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

(1) Subyektif (tidak tersedia)

(2) Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

- c) Kondisi Klinis Terkait
 - (1) Kondisi pembedahan
 - (2) Cedera traumatis
 - (3) Infeksi
 - (4) Sindrom koroner akut
 - (5) Glaukoma

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan musculoskeletal
- l) Gangguan neuromuscular

- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - n) Efek agen farmakologis
 - o) Program pembatasan gerak
 - p) Nyeri
 - q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - r) Kecemasan
 - s) Gangguan kognitif
 - t) Keengganan melakukan pergerakan
 - u) Gangguan sensoripersepsi
- 3) Manifestasi Klinis
- a) Gejala Dan Tanda Mayor
 - (1) Subjektif
 - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - (2) Objektif
 - Kekuatan otot menurun
 - Rentang gerak (ROM) menurun
 - b) Gejala dan Tanda Minor
 - (1) Subjektif
 - Nyeri saat bergerak
 - Enggan melakukan pergerakan
 - Merasa cemas saat bergerak
 - (2) Objektif
 - Sendi kaku

- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

c) Kondisi Klinis Terkait

- Stroke
- Cedera medula spinalis
- Trauma
- Fraktur
- Osteoarthritis
- Osteomalasia
- Keganasan

c. Resiko infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2) Etiologi

(a) Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).

(b) Efek prosedur invasi.

(c) Malnutrisi.

(d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

(e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

- Gangguan peristaltik,
- Kerusakan integritas kulit,
- Perubahan sekresi pH,

- Penurunan kerja siliaris,
- Ketuban pecah lama,
- Ketuban pecah sebelum waktunya,
- Merokok,
- Status cairan tubuh.

(f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

- Penurunan hemoglobin,
- Imunosupresi,
- Leukopenia,
- Supresi respon inflamasi,
- Vaksinasi tidak adekuat.

3) Kondisi Klinis Terkait

- AIDS.
- Luka bakar.
- Penyakit paru obstruktif.
- Diabetes melitus.
- Tindakan invasi.
- Kondisi penggunaan terapi steroid.
- Penyalahgunaan obat.
- Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).
- Kanker.
- Gagal ginjal.
- Imunosupresi.

- *Lymphedema*.
- Leukositopenia.
- Gangguan fungsi hati.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), yang diuraikan sebagai berikut :

a. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI : Tingkat Nyeri

1) Pengertian

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) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria hasil :

Tabel 2.1 Indikator Tingkat Nyeri

	Cukup Menurun		Sedang	Cukup Menaikkan	
Kemampuan Menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5

	Menaikkan	Cukup Menaikkan		Sedang	Cukup Menurun	
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5	

Meringis	1	2	3	4	5
Gelisah	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
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

		Cukup		Cukup	
	Memburuk	memburuk	Sedang	membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Tindakan

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 analgetic

b) Terapeutik

- Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, 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 nonfarmakologi untuk mneurangi rasa nyeri

d) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas Fisik

SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)

1) Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Ekspektasi : Meningkatkan

3) Kriteria Hasil

Tabel 2.2 Indikator Mobilitas Fisik

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningka t	Meningkat
Perggerakan Ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan Otot	1	2	3	4	5
Rentang Gerak (ROM)	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Mobilisasi (L05173)

1) Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

	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

2) Tindakan

a) Observasi

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

b) Terapeutik

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

-

c) Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Resiko Infeksi

SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

1) Definisi

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

Tabel 2.3 Indikator Tingkat Infeksi

	cukup menurun		sedang	cukup meningkat	
	menurun	meningkat		menurun	meningkat
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5

	Cukup Meningkat		Sedang	Cukup Menurun	
	menurun	meningkat		menurun	meningkat
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5

Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5
Vesikel	1	2	3	4	5
Cairan Berbau Busuk	1	2	3	4	5
Sputum Berwarna Hijau	1	2	3	4	5
Drainase Puluren	1	2	3	4	5
Piuna	1	2	3	4	5
Periode Malaise	1	2	3	4	5
Periode Menggigil	1	2	3	4	5
Lelargi	1	2	3	4	5
Gangguan Kognitif	1	2	3	4	5

	Buruk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membak
Kadar Sel Darah Putih	1	2	3	4	5
Kultur Darah	1	2	3	4	5
Kultur Urine	1	2	3	4	5
Kultur Sputum	1	2	3	4	5
Kultur Area Luka	1	2	3	4	5
Kultur Feses	1	2	3	4	5
Kadar Sel Darah Putih	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Infeksi (I.12406)

1) Definisi

Mengajarkan pencegahan dan deteksi dini infeksi pada pasien berisiko

2) Tindakan

a) Observasi

Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi

b) Terapeutik

- Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah
- Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi
- Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. leukosit, WBC)
- Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi
- Anjurkan membatasi pengunjung
- Ajarkan cara merawat kulit pada area yang edema
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat
- Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan
- Anjurkan latihan napas dalam dan batuk sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengelola antibiotik sesuai resep
- Ajarkan cara mencuci tangan

- Ajarkan etika batuk

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh pasien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik imajinasi terbimbing. Teknik imajinasi terbimbing merupakan teknik yang membentuk imajinasi dengan menggunakan semua indra melalui proses kognitif dengan mengubah objek, tempat, peristiwa atau situasi yang menyenangkan. Stimulasi yang menyenangkan dapat menyebabkan pelepasan hormon endorfin,

pelepasan hormon ini menghambat transmisi neurotransmitter sehingga terjadi penurunan nyeri. Efek imajinasi terbimbing pada nyeri memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang. Pasien dalam keadaan rileks secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin. Hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh yang terdapat pada otak, spinal, dan traktus gastrointestinal. (Rustiawati et al., 2022)

6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- a) S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- b) O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat
- c) A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan

perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- d) P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

7. Evidence Based Practice (Ebp)

- a. Lorna, 2018 Dengan judul “Pengaruh Pemberian Guided Imagery Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisitis Hari Pertama Di Rsud Sawerigading Kota Palopo”. Penelitian ini merupakan penelitian quasy eksperimental dengan rancangan one group pre-posttest design dengan jumlah populasi sebanyak 95 orang dan jumlah sampel 20 orang. Analisa data yang digunakan menggunakan Paired Sample T-test. Hasil analisis uji statistic Paired Sample T-test diperoleh p value = 0.000 lebih kecil dari 0,05. Penelitian ini diharapkan dapat diterapkan di bidang keperawatan dan menjadi referensi dalam pendidikan serta penelitian selanjutnya yang terkait dengan tehnik terapi non farmakologi.
- b. Savringga, 2021 Dengan judul “Pengaruh Teknik Relaksasi Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Asparaga Rsud Dr. Haryoto Lumajang”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi guided imagery terhadap penurunan nyeri pada

pasien post operasi di Ruang Asparaga RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Desain penelitian ini adalah pre eksperimental dengan menggunakan rancangan one-grup pra-test post-test design dan teknik sampling purposive sampling dengan jumlah sampel 29 pasien, penelitian dilakukan pada bulan Maret-April 2020. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi, seluruh pasien mengalami nyeri sedang (100%) dengan rentang skala nyeri 4-5. Setelah diberi terapi, didapatkan hasil efektif pada seluruh pasien dengan menurunnya skala nyeri menjadi ringan (100%) dengan rentang skala nyeri 1-2. Berdasarkan penghitungan sebelum hingga setelah terapi menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Rank dengan nilai taraf signifikan $<0,05$, diperoleh hasil $p = 0,000$. Berdasar hasil tersebut, maka H_1 diterima sehingga terdapat pengaruh terapi guided imagery terhadap skala nyeri pasien post operasi di Ruang Asparaga RSUD Dr. Haryoto Lumajang. Pasien post operasi di RSUD Dr. Haryoto Lumajang dominan mengalami perubahan skala nyeri setelah mendapat terapi guided imagery.

- c. Rustiawati, 2022 Dengan judul “Efektifitas Teknik Relaksasi Napas dan Imajinasi Terbimbing terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Ruang Bedah”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing terhadap penurunan nyeri pada pasien pasca operasi. Penelitian ini menggunakan desain time series eksperimen dan consecutive sampling. Jumlah sampel 90 orang terdiri dari 30 responden kelompok kontrol, 30 responden intervensi teknik relaksasi napas dan 30 responden intervensi imajinasi terbimbing. Analisis data

menggunakan uji Fiedman dan uji Post Hoc Wilcoxon. Hasil uji Fiedman (p value = 0,0001) menunjukkan perbedaan penurunan nyeri antara kelompok kontrol dengan kelompok teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing pada hari ke 1, ke 2 dan ke 3 (p 0,05). Teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing yang dipadukan dengan kolaborasi teknik farmakologi dapat diterapkan sebagai upaya penatalaksanaan keperawatan dalam penurunan nyeri pada pasien pasca operasi.