

Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan STEMI melalui Intervensi Hipnosis Lima Jari Untuk Menurunkan Nyeri di Ruang ICU RS Wiradadi Purwokerto

Darsiti¹, Adiratna Sekar Siwi^{2*}

^{1,2}Program Studi Keperawatan, Universitas Harapan Bangsa
adiratnasekarsiwi@uhb.ac.id*



e-ISSN: 2987-811X

MARAS: Jurnal Penelitian Multidisiplin

<https://ejournal.lumbungpare.org/index.php/maras>

Vol. 4 No. 3 September 2026

Page: 861-874

Article History:

Received: 04-06-2026

Accepted: 10-07-2026

Abstrak : *ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) merupakan bentuk sindrom koroner akut akibat oklusi total arteri koroner yang menyebabkan nekrosis miokard dan umumnya disertai nyeri dada hebat. Nyeri yang tidak tertangani dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatis, memperberat iskemia miokard, serta memperburuk kondisi klinis pasien. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat digunakan sebagai terapi komplementer adalah hipnosis lima jari. Studi kasus ini bertujuan menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien STEMI melalui intervensi hipnosis lima jari untuk menurunkan intensitas nyeri di Ruang ICU RS Wiradadi Purwokerto. Penelitian menggunakan desain studi kasus deskriptif pada satu pasien yang dirawat selama tiga hari. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan rekam medis. Intervensi hipnosis lima jari diberikan selama 30 menit sebanyak dua kali sehari selama 3×24 jam, sedangkan intensitas nyeri diukur menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Hasil menunjukkan skala nyeri pasien menurun dari 7 menjadi 3 setelah pemberian intervensi yang dikombinasikan dengan terapi farmakologis. Selain itu, pasien tampak lebih rileks, tidak lagi meringis saat bergerak, dan menunjukkan perbaikan tanda-tanda vital. Temuan ini menunjukkan bahwa hipnosis lima jari berpotensi menjadi intervensi komplementer dalam asuhan keperawatan untuk membantu menurunkan intensitas nyeri pada pasien STEMI, meskipun penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar masih diperlukan untuk memperkuat bukti efektivitasnya.*

Kata Kunci : STEMI; Nyeri; Hipnosis Lima Jari

PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskular (PKV) masih menjadi penyebab utama kematian di dunia dan memberikan beban yang besar terhadap sistem pelayanan kesehatan. Salah satu manifestasi klinis yang paling serius adalah *Acute Coronary Syndrome (ACS)*,

yaitu kumpulan sindrom akibat penurunan aliran darah koroner secara akut yang meliputi *Unstable Angina Pectoris* (UAP), *Non-ST Elevation Myocardial Infarction* (NSTEMI), dan *ST-Elevation Myocardial Infarction* (STEMI). STEMI merupakan bentuk ACS yang paling berat karena ditandai oleh oklusi total arteri koroner sehingga menyebabkan nekrosis miokard yang luas apabila tidak segera mendapatkan reperfusi. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap tingginya angka morbiditas, mortalitas, serta penurunan kualitas hidup pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2022; World Health Organization [WHO], 2020).

Pasien dengan STEMI umumnya datang dengan keluhan nyeri dada yang khas, berupa rasa tertekan, tertindih, atau diremas di daerah retrosternal yang dapat menjalar ke bahu kiri, lengan kiri, leher, rahang, maupun punggung. Nyeri berlangsung lebih dari 20 menit dan sering disertai sesak napas, diaforesis, mual, muntah, serta kecemasan. Nyeri yang tidak tertangani dengan baik dapat meningkatkan aktivasi sistem saraf simpatis sehingga kebutuhan oksigen miokard semakin meningkat, memperberat iskemia, dan memperburuk prognosis pasien. Oleh karena itu, pengendalian nyeri merupakan salah satu prioritas utama dalam asuhan keperawatan pasien STEMI (Ketut et al., 2022).

Penatalaksanaan nyeri pada pasien STEMI dilakukan melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis seperti pemberian analgesik opioid, antiplatelet, antikoagulan, dan tindakan revaskularisasi bertujuan mengurangi nyeri serta memulihkan perfusi miokard. Namun demikian, intervensi farmakologis sering kali belum sepenuhnya mampu mengatasi aspek psikologis pasien, seperti kecemasan dan ketegangan, yang turut memperberat persepsi nyeri. Oleh sebab itu, intervensi keperawatan nonfarmakologis diperlukan sebagai terapi pendamping (*adjunctive therapy*) untuk meningkatkan kenyamanan pasien tanpa menambah efek samping obat (Ibrahim et al., 2019). Bukti terkini menunjukkan bahwa hipnosis sebagai terapi tambahan memberikan efek analgesik yang bermakna pada berbagai kondisi nyeri klinis ketika dikombinasikan dengan terapi standar.

Salah satu intervensi nonfarmakologis yang mulai banyak diterapkan dalam praktik keperawatan adalah hipnosis lima jari. Teknik ini merupakan bentuk *self-hypnosis* yang mengombinasikan relaksasi, konsentrasi, dan sugesti positif melalui stimulasi setiap jari tangan untuk menghasilkan kondisi relaksasi yang lebih dalam. Aktivasi mekanisme relaksasi tersebut diyakini dapat menurunkan respons stres, menghambat transmisi impuls nyeri melalui mekanisme *gate control theory*, serta meningkatkan pelepasan endorfin sehingga persepsi nyeri berkurang (Keliat et al., 2015; Potter & Perry, 2015). Sejumlah penelitian terbaru juga melaporkan bahwa hipnosis lima jari efektif menurunkan intensitas nyeri pada berbagai kondisi klinis, termasuk pasien pascaoperasi, pasien kanker, dan pasien dengan penyakit kronis.

Meskipun efektivitas hipnosis lima jari telah banyak dilaporkan pada berbagai kondisi medis, bukti mengenai penerapannya pada pasien STEMI yang dirawat di ruang Intensive Care Unit (ICU) masih relatif terbatas. Sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada pasien pascaoperasi, kanker, hipertensi, maupun gangguan psikologis, sedangkan laporan mengenai implementasi intervensi ini pada pasien dengan sindrom koroner akut, khususnya STEMI, masih sedikit. Kondisi tersebut menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan (*research gap*) mengenai penerapan

hipnosis lima jari sebagai terapi komplementer dalam asuhan keperawatan pasien STEMI di ruang intensif.

Berdasarkan uraian tersebut, studi kasus ini bertujuan menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien STEMI dengan penerapan intervensi hipnosis lima jari sebagai terapi komplementer untuk menurunkan intensitas nyeri selama perawatan di Ruang ICU RS Wiradadi Purwokerto. Hasil studi ini diharapkan dapat menjadi referensi ilmiah sekaligus memberikan alternatif intervensi keperawatan berbasis bukti dalam mendukung manajemen nyeri pasien STEMI.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan studi kasus deskriptif pada Tn. S, seorang pasien STEMI di Ruang ICU RS Wiradadi Purwokerto pada bulan Maret 2026. Data dikumpulkan selama tiga hari dan dianalisis secara deskriptif berdasarkan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Instrumen pengumpulan data termasuk wawancara terstruktur, observasi langsung, studi dokumentasi, format pengkajian keperawatan, lembar observasi, dan rekam medis pasien. Intervensi yang dilakukan yakni teknik hipnosis lima jari yang dilakukan selama 30 menit selama 3x24 jam sebanyak 2 kali sehari. Untuk mengukur tingkat keberhasilan terapi, skala nyeri diukur menggunakan instrumen pengukuran nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS). Skor 0 berarti tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 nyeri berat. Penelitian telah memperoleh persetujuan dari pasien dan keluarga melalui informed consent sebelum pelaksanaan studi kasus. Identitas pasien disamarkan untuk menjaga kerahasiaan sesuai prinsip etik penelitian keperawatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Hasil pengkajian pada tanggal 6 Maret 2026 pukul 16.25, diketahui identitas pasien yang dirawat berinisial Tn. S berusia 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai pensiunan. Tn. S masuk RS pada tanggal 4 Maret 2026 dengan keluhan utama sesak, nyeri dada sejak pagi terus menerus terasa seperti tertindih, menjalar hingga ke leher, rahang dan lengan kiri., skala nyeri 7, nyeri berlangsung selama $\pm$ 2-5 menit. Tn. S mengatakan tubuh terasa lemas. TD 147/100 mmHg, RR 24 x/mnt, N 44 x/mnt. Kesimpulan dari EKG 12 lead : II,III, aVF gelombang ST elevasi (infark inferior). Selama perawatan Tn. S mendapatkan terapi Infus NACL 20 tpm/IV, Inj Ondansetron 1 ampul/IV, Inj Morphine HCL 10 mg/1 mL INJ IV, Inj Ranitidin 50mg/2 mL INJ IV, Inj Atropin Sulfat 0.25mg/1 mL INJ IV, Inj Clopidogrel 4x75 mg TAB IV, PO. Nosfirinal (Asam Asetilsalisilat) 4x80 mg dan PO. Atorvastatin 2x20 mg malam.

Tn. S mengatakan nyeri dada sejak pagi terus menerus terasa seperti tertindih, menjalar hingga ke leher, rahang dan lengan kiri. Nyeri muncul setelah pasien pulang dari kebun untuk istirahat, saat pertama kali merasakan nyeri Tn. S meminta Ny. T untuk mengambilkan obat pereda nyeri seperti biasa. Sebelum sakit Tn. S mengatakan memiliki riwayat hipertensi terkontrol (diit, minum obat secara rutin dan kontrol rutin). Tn. S menderita hipertensi sudah sejak usia 55 tahun Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit diabetes melitus, jantung maupun HT. Pasien terpasang kateter, jumlah urine output 700cc/7 jam, warna kuning jernih, tidak ada rasa sakit saat BAK. Pasien mengeluh belum BAB sejak 3

Maret 2026, tidak ada diare, bising usus 10x/menit, perkusi abdomen pekak, palpasi teraba masa pada kuadran kanan bawah.

Hasil pengkajian diketahui jika usia pasien adalah 66 tahun, menurut asumsi peneliti kejadian STEMI semakin meningkat dengan bertambahnya usia. Peningkatan umur dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah pada jantung. Hal ini berkaitan dengan proses penuaan yang menyebabkan peningkatan proses aterosklerosis pada pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan terganggunya aliran darah ke organ jantung sehingga terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dengan suplai oksigen, aliran darah dan nutrisi terhambat (Smeltzer & Bare, 2015).

Usia penderita STEMI berusia lebih dari 45 tahun menurut teori seseorang yang berisiko menderita sindrom koroner akut, pada laki-laki berusia lebih dari 45 tahun sedangkan pada perempuan berusia sedang pada perempuan berusia kurang lebih 55 tahun. Semakin bertambahnya usia maka pembuluh darah seseorang akan mengalami perubahan yang berangsur secara terus menerus yang dapat mempengaruhi fungsi jantung (Susilo, 2015).

Kelompok umur yang paling banyak mengalami SKA adalah kelompok lansia dengan rentang umur 61-70 tahun sebanyak 20 responden. Hal tersebut dikarenakan pada lansia terjadi proses atherogenesis seperti injuri pada endotelial, penumpukan lemak, dan respon inflamasi (pembentukan ateroma) yang membentuk adanya jaringan nekrotik dan trombus. Trombus tersebut dapat mengalami ruptur, erosi, atau fisura yang dapat menyebabkan NSTEMI atau STEMI (Dai et al., 2016). Tingginya angka penderita SKA pada kelompok usia tua juga dikarenakan pada usia tua tidak menunjukkan tanda nyeri dada, sehingga risiko kematian lebih tinggi pada usia tua. Hal tersebut didukung oleh penelitian dari Gale et al. (2021) yang mengatakan bahwa usia tua dapat meningkatkan risiko terjadinya SKA dan memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi dibandingkan kelompok umur yang lebih muda.

Pasien dalam studi kasus ini berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan pernyataan WHO yang menyatakan bahwa pasien yang terdiagnosis sindrom koroner akut mayoritas terjadi pada laki-laki. Penelitian lain dari Indrawati et al., juga menyebutkan bahwa penderita SKA terbanyak pada laki-laki dengan jumlah 44 orang (77%) dari 71 responden (Indrawati et al., 2018). Hal tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Polewzczyk et al., (2011), yang menunjukkan bahwa SKA lebih banyak dialami oleh perempuan, terutama perempuan yang sudah mengalami menopause. Thompson & McQuillan (2016) juga mengatakan bahwa wanita memiliki risiko terkena SKA lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Persentase penyakit arteri koroner pada wanita lebih sedikit, namun prevalensi disfungsi mikrovaskular koroner lebih banyak terjadi pada wanita.

Hasil pengkajian diketahui bahwa keluhan utama yang dialami pasien adalah nyeri dada. Nyeri jantung terjadi akibat dari peningkatan kerja jantung dan penurunan aliran darah yang menyebabkan iskemik pada jantung. Iskemik miokard akan memicu metabolisme anaerob yang akan menghasilkan asam laktat, kemudian asam laktat akan mengiritasi saraf miokard dan dipersepsikan dengan nyeri dada. Nyeri dada dapat dipengaruhi oleh gejala awal yang dialami pasien sebelum dibawa ke rumah sakit, atau gejala prodromal. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian McCarthy et al. (2015) yang mengungkapkan bahwa gejala awal SKA seperti sakit kepala ($p=0.006$),

cemas ($p=0.017$) dan gangguan tidur ($p=0.012$) dapat meningkatkan intensitas nyeri dada.

Keluhan utama pada pasien STEMI adalah nyeri dada khas yang terasa seperti ditekan, diremas, atau tertindih, dengan durasi umumnya lebih dari 20 menit dan dapat menjalar ke lengan kiri, bahu, leher, rahang, maupun punggung. Nyeri sering disertai gejala otonom seperti keringat dingin, mual, muntah, sesak napas, dan rasa cemas. Pada pemeriksaan elektrokardiografi ditemukan elevasi segmen ST yang menetap sebagai karakteristik utama STEMI. Kondisi ini memerlukan penanganan segera untuk mencegah kerusakan miokard yang lebih luas (Ketut et al., 2022; Borrayo-Sánchez et al., 2018). Dalam hal tersebut, frekuensi dan intensitas nyeri, perubahan tanda vital seperti hipertensi, takikardi dan penurunan saturasi oksigen SpO₂ atau kelainan irama jantung lainnya dapat juga terjadi jika keluhan tidak ditangani dengan segera (Sanjani et al., 2018). Sehingga sesuai dengan gejala dari nyeri akut secara teori. Nyeri dada yang khas, adanya perubahan hasil rekaman EKG. Adanya peningkatan hasil Troponin I 0.16 U/L. nyeri dada khas pada STEMI dicirikan nyeri di bagian dada seperti ditekan, diremas, dibakar, dan menjalar ke tangan atau punggung. Nyeri disertai mual, muntah, sesak napas, berkeringat, berdebar (Bahrudin, 2018).

Hasil pengkajian riwayat kesehatan sebelumnya diketahui sebelum sakit Tn. S mengatakan memiliki riwayat hipertensi terkontrol (diet, minum obat, kontrol rutin) dan memiliki kebiasaan merokok sejak masih muda dengan menghabiskan 10 batang rokok/hari. Hal ini menunjukkan bahwa pasien memiliki perilaku merokok yang tinggi, sesuai dengan penelitian Pramadias et al., yang menyebutkan jumlah responden yang merokok lebih banyak dibandingkan yang tidak merokok yaitu sebanyak 42 orang dari 66 responden (Pramadias et al., 2016).

Perilaku merokok dapat menyebabkan sindrom koroner akut tergantung dari lama merokok dan banyaknya yang dihisap oleh seseorang. Menurut *World Heart Federation* kandungan yang ada dalam rokok seperti tembakau menyebabkan terjadinya penggumpalan pada darah yang mengganggu proses pengangkutan oksigen yang diperlukan tubuh dan kebutuhan otot jantung akan meningkat akibat terjadinya pembentukan plak oleh zat tersebut (*Cardiovascular Risk Factor*, 2015).

Hasil pengkajian juga diketahui bahwa pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pasien yang menderita hipertensi memiliki kejadian 7,5 kali lebih besar terjadi dari pada yang tidak hipertensi. Setiap kenaikan 10 mmHg tekanan darah systole dan 5 mmHg tekanan darah diastole maka akan meningkatkan risiko SKA (Mawardy et al., 2015). Penelitian lain dari Budiman et al., menunjukkan jumlah penderita infark miokard akut yang termasuk bagian dari SKA lebih banyak terjadi pada pasien dengan penyakit hipertensi yaitu 41 orang (57,7%) (Budiman et al., 2015). Penelitian yang dilakukan pada 622 pasien infark miokard akut di Tripoli Medikal Center Libia sebanyak 35,7 % pasien dengan penyakit hipertensi mengalami IMA (Abduelkarem, 2012).

Diagnosis Keperawatan

Penentuan prioritas utama masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. DS : Tn. S mengeluh nyeri di dada kiri seperti tertindih menjalar ke leher, rahang dan lengan kiri, nyeri skala 7, nyeri terasa saat merubah posisi, dengan lama nyeri $\pm$ 2-5 menit. DO : wajah Tn. S tampak meringis jika merubah posisi, tampak

memegangi dada jika merubah posisi. KU Sesak, TD 147/100 mmHg, RR 24 x/mnt, N 44 x/mnt. Hasil pemeriksaan EKG 12 lead : II,III, aVF gelombang ST elevasi (infark inferior). Diagnosa utama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

Pada Tn. S diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dapat diatasi terlebih dahulu. Peneliti memprioritaskan nyeri sebagai diagnosa utama karena nyeri merupakan keluhan utama pasien. Berdasarkan hirarki kebutuhan manusia menurut Abraham Maslow, kebutuhan rasa aman dan nyaman memang menempati urutan kedua setelah kebutuhan fisik, tetapi pasien merasakan kenyamanan terganggu sehingga membutuhkan pertolongan untuk mengatasi nyerinya agar kebutuhan rasa nyaman terpenuhi. Nyeri merupakan suatu kondisi yang menyebabkan suatu ketidak nyamanan. Rasa ketidaknyamanan dapat disebabkan karena terjadinya kerusakan saraf sensoria atau juga diawali rangsangan aktivitas sel T ke korteks serebri dan menimbulkan persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2017).

Nyeri yang dialami pasien bersifat akut dan harus segera ditangani, Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup baik pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Semua intervensi akan sangat berhasil bila dilakukan sebelum nyeri menjadi lebih parah dan keberhasilan sering dicapai jika beberapa intervensi diterapkan secara simultan (Nurhayati et al., 2015).

Intervensi Keperawatan

Studi kasus ini mengangkat diagnosa keperawatan adalah nyeri akut, sehingga perencanaan keperawatan ditujukan sebagai upaya agar tingkat nyeri yang dialami pasien dapat menurun. Intervensi keperawatan dalam kasus ini mengambil Manajemen nyeri (I.08238) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, keluhan nyeri menurun, pasien tidak terlihat meringis kesakitan, frekuensi nadi normal, sikap protektif terhadap nyeri menurun dan tidak ada gangguan tidur. Adapun tahap intervensinya adalah Observasi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik meliputi berikan teknik nonfarmakologis pemberian hipnosis lima jari untuk mengurangi nyeri dan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Edukasi meliputi anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, jelaskan strategi meredakan nyeri dan ajarkan teknik nonfarmakologis pemberian hipnosis lima jari untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi meliputi Kolaborasi pemberian analgetik yang terbagi menjadi dua golongan utama, yaitu analgesik non-opioid (seperti parasetamol dan ibuprofen) untuk nyeri ringan hingga sedang, serta analgesik opioid (seperti morfin) untuk nyeri berat.

Tabel 1. Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI	Paraf
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	
		Tingkat Nyeri (L.08063)		

NO	Diagnosa	SLKI			SIKI	Paraf
	Kriteria hasil	Aw	Ak		3. Identifikasi respons nyeri nonverbal	
	Keluhan nyeri	2	5		4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
	Meringis	2	5		Terapeutik	
	Frekuensi nadi	3	5		1. Berikan teknik nonfarmakologis pemberian hipnosis lima jari untuk mengurangi nyeri	
	Sikap protektif	2	5		2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	
	Kesulitan tidur	3	5		Edukasi	
					1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	
					2. Jelaskan strategi meredakan nyeri	
					3. Ajarkan teknik nonfarmakologis pemberian hipnosis lima jari untuk mengurangi rasa nyeri	
					Kolaborasi	
					Kolaborasi pemberian analgetik	

Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri berupa penanganan farmakologis. Pengendalian nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Pemberian farmakologis tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya. Sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan nonfarmakologis agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang (Swandari, 2014). Manajemen nonfarmakologis yang sering diberikan antara lain yaitu dengan meditasi, latihan autogenik, latihan relaksasi progresif, guided imagery, nafas ritmik, *operant conditioning*, *biofeedback*, membina hubungan terapeutik, sentuhan terapeutik, stimulus kutaneus, hipnosis, musik, accupresure, aromatherapy (Andarmoyo, 2013).

Terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam studi kasus ini adalah hipnosis lima jari. Hipnosis lima jari merupakan teknik relaksasi berbasis self-hypnosis yang bertujuan menurunkan persepsi nyeri melalui pemberian sugesti positif. Hipnosis lima jari mempengaruhi sistem limbik seseorang sehingga berpengaruh pada pengeluaran hormon-hormon yang menyebabkan relaksasi dan menghambat rasa nyeri (Keliat et al., 2015). Hipnosis lima jari ini dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori gate control menurut Perry & Potter (2015), bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Penelitian sebelumnya oleh Nurfalah (2024) menunjukkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan terapeutik menggunakan hipnosis lima jari selama 15 menit dengan tiga pertemuan pasien mengalami penurunan skala nyeri dari 9,5 menjadi 3. Penelitian yang telah dilakukan oleh Adiningtya (2023) mengatakan bahwa hipnosis lima jari dapat digunakan untuk menurunkan nyeri dari skala 6 menjadi skala 3 yang dilakukan sebanyak 2 kali dalam 10- 15 menit. Penelitian lain menurut Wasita & Perstiowati (2023) bahwa terapi hipnosis lima jari yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan waktu 15-30 menit dapat menurunkan nyeri dari skala 5 menjadi skala 1.

Implementasi

Implementasi keperawatan pada studi kasus ini direncanakan dengan tujuan mengatasi masalah nyeri akut. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun oleh peneliti, yang mengacu kepada SIKI dan SLKI. Implementasi yang digunakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dilakukan selama 3 hari sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah penanganan nyeri secara nonfarmakologis menggunakan hipnosis lima jari.

Tabel 2. Tabel Implementasi Keperawatan

Tanggal/jam	Implementasi	Respon	TTD
07 maret 2026 07.00 sd 13.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di dada kiri seperti tertindih menjalar ke leher, rahang dan lengan kiri, nyeri skala 7, nyeri terasa saat merubah posisi, dengan lama nyeri $\pm$ 2-5 menit Data Objektif: Wajah Tn. S tampak meringis jika merubah posisi, tampak memegang dada jika merubah posisi	Darsiti
	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian hipnosis lima jari 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Data Subjektif: Pasien mengatakan bersedia diberikan terapi nonfarmakologis hipnosis lima jari Data Objektif: Tn. S terlihat mengikuti arahan perawat dan mengerti terkait teknik untuk mengurangi nyeri	

Tanggal/jam	Implementasi	Respon	TTD
	1. Kolaborasi pemberian injeksi analgesik	Data Subjektif: - Data Objektif: Injeksi analgesik masuk lewat IV infus	
08 Maret 2026 07.00-13.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri di dada kiri seperti tertindih menjalar ke leher, rahang dan lengan kiri, nyeri skala 5, nyeri terasa saat merubah posisi, dengan lama nyeri $\pm$ 2-5 menit Data Objektif: Pasien terlihat lebih rileks meskipun masih memegang dada saat merubah posisi	
	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian hipnosis lima jari 2. Mengajarkan teknik nonfarmakologis dengan hipnosis lima jari untuk mengurangi nyeri	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan terapi nonfarmakologis hipnosis lima jari Data Objektif: Tn. S terlihat mengikuti arahan perawat dan mengerti terkait teknik untuk mengurangi nyeri	
	1. Kolaborasi pemberian injeksi analgesik	Data Subjektif: - Data Objektif: Injeksi analgesik masuk lewat IV infus	
09 Maret 2026 07.00-13.00	1. Mengidentifikasi skala nyeri	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, nyeri skala 3, nyeri masih terasa saat merubah posisi Data Objektif: Pasien tampak lebih tenang dan tampak tidak meringis kesakitan	

Tanggal/jam	Implementasi	Respon	TTD
		Vital sign: TD 131/95 mmHg HR 40 x/mnt RR 20 x/mnt S 36,2 °C	
	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian hipnosis lima jari	Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan terapi nonfarmakologis hipnosis lima jari	
	2. Memotivasi pasien untuk mengulangi teknik nonfarmakologis dengan hipnosis lima jari untuk mengurangi nyeri	Data Objektif: Tn. S terlihat bisa melakukan hipnosis lima jari dengan baik	
	1. Kolaborasi pemberian injeksi analgesik	Data Subjektif: - Data Objektif: Injeksi analgesik masuk lewat IV infus	

Pada hari pertama pasien mendapatkan pengetahuan tentang nyeri, karakteristik, kondisi, skala nyeri. Pada hari kedua Tn. S dapat menyebutkan keluhan nyeri yang dirasa berasal dari jantung, skala nyeri yang dirasakan dan karakteristik dari nyeri. Pada hari ke 3 Tn. S lebih rileks dan tenang, sudah dapat mengimplementasikan terapi hipnosis lima jari.

Tabel 3. Hasil Parameter Penanganan Nyeri

Indikator	Hari 1 (7/3/2026)	Hari 2 (8/3/2026)	Hari 3 (9/3/2026)
Skala Nyeri	7	5	3
Meringis	Ya kesakitan	Sedikit Kesakitan	Lebih Rileks
TD	147/100 mmHg	140/95 mmHg	131/95 mmHg
HR	44 x/mnt	41 x/mnt	40 x/mnt
RR	24 x/mnt	22 x/mnt	20 x/mnt

Hasil implementasi menunjukkan bahwa ada penurunan skala nyeri dari 7 menjadi 3 setelah dilakukan hipnosis lima jari selama 3x24 jam. Hipnosis merupakan tambahan substansial yang mampu meningkatkan efisiensi perawatan standar dan merupakan intervensi pikiran-tubuh (*mind-body*) yang berfokus pada interaksi antara otak, tubuh, pikiran, jiwa dan perilaku (Landry et al., 2018; Wortzel & Spiegel, 2017). Terapi hipnosis lima jari merupakan terapi generalis keperawatan dimana pasien melakukan hipnosis diri mereka sendiri dengan cara memikirkan pengalaman yang menyenangkan. Terapi hipnosis lima jari bisa menurunkan tingkat nyeri klien yang mengalami penyakit kronis maupun permasalahan lain yang dihadapi oleh klien. Dimana hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap lansia dengan penyakit kronis 85% mereka mengatakan dapat fokus dan bisa memusatkan perhatian saat diberikan terapi hipnosis lima jari (Budiarti & Nora, 2021).

Hipnosis lima jari ini dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *gate control* menurut Perry & Potter (2015), menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan.

Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seseorang pasien saat diberikan hipnosis lima jari. Pesan yang akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinofrin, suatu pembunuh nyeri alami berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P, teknik homeopaty, massase, hipnosis, persalinan dalam air, metode pernafasan, relaksasi merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter & Perry, 2015).

Hipnosis lima jari sebagai manajemen nyeri nonfarmakologis yang dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis berupa analgesik opioid (morfin) yang diberikan selama perawatan sehingga dapat meningkatkan suasana hati dan dengan demikian dapat mengubah toleransi rasa sakit individu. Hipnoterapi dapat mengarahkan perhatian klien dengan sugesti yang diberikan sehingga klien melupakan rasa sakit yang dirasakannya.

Penelitian sebelumnya oleh Syahfitri et al., (2025) menunjukkan bahwa sebelum intervensi, mayoritas responden mengalami nyeri berat (31,2%) dan setelah intervensi mayoritas responden melaporkan nyeri ringan (43,7%). Uji Wilcoxon menunjukkan pengaruh signifikan dari terapi hipnosis lima jari terhadap pengurangan nyeri pada pasien. Penelitian oleh Hidayati et al. (2023) di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman menunjukkan bahwa terapi hipnosis dapat mengurangi nyeri pada pasien yang menjalani prosedur medis. Penelitian oleh Wulandari et al. (2023) di Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang menemukan bahwa terapi hipnosis membantu menurunkan skala nyeri pada pasien dengan nyeri pascaoperasi.

Evaluasi

Evaluasi pada masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada hari pertama skala nyeri masih 7, pada hari kedua skala nyeri pasien berkurang menjadi 5. Pada hari ketiga skala nyeri pasien menjadi 3. Ekspresi pasien tampak tenang dan rileks. Subjektif: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, nyeri skala 3, nyeri masih terasa saat merubah posisi. Objektif: pasien tampak lebih tenang/rileks dan tampak tidak meringis kesakitan. Vital sign: TD 131/95 mmHg, HR 40 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,2 °C. Analisa: Masalah teratasi sebagian. Planning:

Pertahankan intervensi, menganjurkan pasien untuk selalu mengulang teknik nonfarmakologis tiap merasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.

Hasil evaluasi untuk mengatasi masalah nyeri akut memperlihatkan bahwa pasien sudah terlihat rileks. Skala nyeri dan sikap protektif menurun. Skala nyeri menurun dari skala 7 menjadi 3. Kondisi vital pasien membaik, yaitu TD 131/95 mmHg, HR 40 x/mnt, RR 20 x/mnt, S 36,2 °C. Hasil ini memperlihatkan bahwa masalah teratasi sebagian. Meski demikian intervensi tetap dilanjutkan dengan tujuan mempertahankan kondisi yang sudah baik, bahkan kualitas kesehatan semakin lebih baik.

Menurut asumsi peneliti tindak lanjut (*follow-up*) dalam penanganan nyeri, baik secara farmakologis (obat-obatan) maupun nonfarmakologis (tanpa obat), sangat krusial untuk memastikan efektivitas terapi, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Tindak lanjut penangan farmakologis untuk pemantauan rutin, dosis obat dapat disesuaikan (dikurangi atau diganti) berdasarkan penurunan skala nyeri, sehingga mencegah ketergantungan atau dosis berlebih. Tindak lanjut penanganan nonfarmakologis membantu mengurangi penggunaan analgetik jangka panjang yang berpotensi menimbulkan efek samping, terutama pada lansia atau pasien dengan gangguan organ.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa penerapan asuhan keperawatan pada pasien STEMI dengan intervensi hipnosis lima jari sebagai terapi nonfarmakologis yang dikombinasikan dengan terapi farmakologis dapat membantu menurunkan intensitas nyeri. Setelah pemberian intervensi selama 3×24 jam, skala nyeri pasien menurun dari 7 (nyeri berat) menjadi 3 (nyeri ringan), disertai perbaikan respons klinis berupa pasien tampak lebih rileks, tidak lagi meringis saat bergerak, serta menunjukkan kondisi hemodinamik yang lebih stabil. Hasil ini menunjukkan bahwa hipnosis lima jari dapat dipertimbangkan sebagai intervensi komplementer yang aman dan mudah diterapkan dalam asuhan keperawatan pasien STEMI di ruang ICU untuk mendukung manajemen nyeri secara holistik. Meskipun demikian, temuan pada studi kasus ini belum dapat digeneralisasi karena hanya melibatkan satu pasien. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar dan metode yang lebih kuat agar efektivitas hipnosis lima jari terhadap penurunan nyeri pada pasien STEMI dapat dibuktikan secara lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & proses keperawatan nyeri*. Ar-Ruzz Media.
- [2] Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. Pearson Education.
- [3] Borrayo-Sánchez, G., Rosas-Peralta, M., Ramírez-Arias, E., Saturno-Chiu, G., Estrada-Gallegos, J., Parra-Michel, R., Hernandez-García, H. R., Ayala-López, E. A., Barraza-Felix, R., García-Rincón, A., Adalid-Arellano, D., Careaga-Reyna, G., Lázaro-Castillo, J. L., Betancourt-Hernández, L. E., Camacho-Casillas, R., Hernández-Gonzalez, M., Celis-Quintal, G., Villegas-González, B., Hernández-Carrillo, M., ... Sepúlveda-Vildosola, A. C. (2018). STEMI and NSTEMI: Real-world

- study in Mexico (RENASCA). *Archives of Medical Research*, 49(8), 609–619. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.01.005>
- [4] Brunelli, C., Zecca, E., Martini, C., Campa, T., Fagnoni, E., Bagnasco, M., Lanata, L., & Caraceni, A. (2010). Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 42. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-42>
- [5] Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2014). *Guyton dan Hall buku ajar fisiologi kedokteran* (12th ed.). EGC.
- [6] Hidayat, A. A. (2014). *Konsep dasar keperawatan*. Salemba Medika.
- [7] Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2016). *Brunner & Suddarth: Buku ajar keperawatan medikal-bedah* (13th ed., Vols. 1–2). EGC.
- [8] Ibrahim, A., Chongprasertpon, N., Heelan, M., Maguire, I. C., Coffey, J., McElligott, H., Cahill, C., Mannix, K., Ahern, C., McDermott, B., Hennessy, T. G., Arnous, S., & Kiernan, T. J. (2019). Outcomes of nurse-led clinic for patients treated with percutaneous coronary intervention: A retrospective analysis. *Applied Nursing Research*, 49, 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.07.005>
- [9] Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2015). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN (Basic Course)*. EGC.
- [10] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil kesehatan Indonesia 2021*. <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- [11] Ketut, S., Kiki, W. P., Pratama, G. W., & Agung, Y. A. (2022). Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST anterior ekstensif. *Ganesha Medicina Journal*, 2(1), 22–32.
- [12] Martiningsih, M., & Haris, A. (2019). Risiko penyakit kardiovaskuler pada peserta program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di Puskesmas Kota Bima: Korelasinya dengan ankle brachial index dan obesitas. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(3), 200–208. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i3.880>
- [13] McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual*. Mosby.
- [14] Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar* (Buku 1). Salemba Medika.
- [15] Muttaqin, A. (2014). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular dan hematologi*. Salemba Medika.
- [16] Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). *Fundamental keperawatan* (Buku 1, 7th ed.). Salemba Medika.
- [17] Price, S. A., & Wilson, L. M. (2015). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. EGC.
- [18] Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- [19] Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2017). *Buku ajar keperawatan dasar* (Vol. 1, 10th ed.). EGC.
- [20] Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A. W., Simadibrata, M., Setiyohadi, B., & Syam, A. F. (Eds.). (2015). *Buku ajar ilmu penyakit dalam* (6th ed.). Interna Publishing.

- [21] Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- [22] Strong, J., Unruh, A. M., Wright, A., & Baxter, G. D. (2012). *Pain: A textbook for therapists*. Churchill Livingstone.
- [23] Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- [24] Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- [25] Wahyudi, A. S., & Wahid, A. (2016). *Buku ajar ilmu keperawatan dasar*. Mitra Wacana Media.
- [26] Wahyuningsih, H., & Kusmiyati, Y. (2017). *Buku anatomi fisiologi manusia*. Pusdik SDM Kesehatan.
- [27] Wilkinson, J. M. (2015). *Buku saku diagnosis keperawatan*. EGC.
- [28] World Health Organization. (2020). *Cardiovascular diseases*. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1