

LAMPIRAN



Lampiran 1 Lembar SOP Terapi *Foot Massage*

Standar Operasional Prosedur (SOP) Foot Massage

Pengertian	Teknik sentuhan serta pijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, disebabkan karena pijatan bisa merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin, (kuswadi, 2011 dalam nurrochmi, 2014)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Memperlancar sirkulasi darah2. Mengurangi rasa nyeri3. Mengurangi stres4. Menyehatkan tubuh5. Menyeimbangkan kerja organ tubuh
Fase Orientasi	
Salam Terapeutik	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga
Evaluasi Validasi	Perawat mengidentifikasi pasien dengan menanyakan nama pasien, umur pasien, dan konfirmasi pada gelang identitas pasien dan keluhannya
Informed Consent	Perawat menjelaskan tindakan pemberian <i>foot massage</i> , tujuan, dan waktu pemberian, kesempatan bertanya dan meminta persetujuan pasien untuk menjadi responden.
Fase Interaksi	
Persiapan Alat	Perawat mendekatkan alat-alat (handscoon, tissue, dan minyak zaitun)
Persiapan Pasien	Perawat mengatur posisi pasien nyaman mungkin, jika pasien memakai aksesoris (kaos kaki, sepatu) lapaskan/ bukakan selimut atau penutup kaki.

Persiapan Lingkungan	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur nyaman pasien (tenang/tidak berisik), dan membatasi orang didalam ruangan privasi pasien
Persiapan Perawat	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker, memakai hanscoon dan berdoa
Prosedur tindakan	<p>Lakukan pengukuran tingkat nyeri sebelum dan sesudah <i>foot massage</i>, langkah-langkah prosedur tindakan, (Trisnowiyanto, 2012).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki dan sebaiknya kaki yang belum dipijat biarkan menggunakan selimut atau kaos kaki 2. Melumaskan minyak esensial di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (<i>massage</i>) 3. Lakukan pijatan dengan teknik <i>effleurage</i> (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan <i>patrisage</i> (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat) 4. Tahapan pertama massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2,5 menit 5. Tahapan kedua massage tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2,5 menit, 6. Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2,5 menit 7. Dan terakhir massage otot telapak kaki selama 2,5 menit 8. Lakukakan pijatan pada kaki satunya 9. Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissue.

Fase Terminasi	
Evaluasi Subjektif dan Objektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Subjektif <ol style="list-style-type: none"> a. Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan pasien kembali ke posisi yang nyaman b. Evaluasi perasaan pasien 2. Evaluasi Objektif <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji kembali skala nyeri pasien b. Evaluasi hasil kegiatan dan respon pasien selesai tindakan
Rencana Tindak Lanjut	Perawat menanyakan kepada pasien apakah terapi Foot Massage ini bisa dilanjutkan lagi besok
Kontrak Yang Akan Datang	Perawat mengontrak waktu berikutnya

Sumber : Stikes Sapta Bakti

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan hari tanggal 10 Januari 2025 jam 10.00 di ruang Edelweis RS Pertamina Cilacap

a. Data Umum

1. Identitas Pasien :

Nama : Ny. N
Umur : 36 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Cilacap

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. W
Umur : 38 Tahun
Alamat : Cilacap
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Agama : Islam
Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan perut mules, tampak keluar cairan ketuban dari vagina

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien Ny. N merupakan pasien rujukan dari Puskesmas Cilacap Tengah 1 di rujuk ke RS Pertamina Cilacap dengan kehamilan 38`minggu dengan letak sungsang. Kemudian pasien di lakukan SC pada tanggal 10 Januari 2025. SC diperut bagian bawah, luka bersih dan tidak terdapat rembesan darah, pasien mengatakan nyeri di area luka jahitan dengan skala nyeri 6 nyeri hilang timbul, dirasakan ketika bergerak dan reda ketika beristirahat. Pasien menanyakan rasa nyeri akan hilang dalam waktu berapa lama karena susah untuk beraktivitas. Pasien berfokus pada diri sendiri dan merasa cemas terkait nyeri yang dirasakan. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD: 120/70 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 20 x/menit dan S: 36 C.

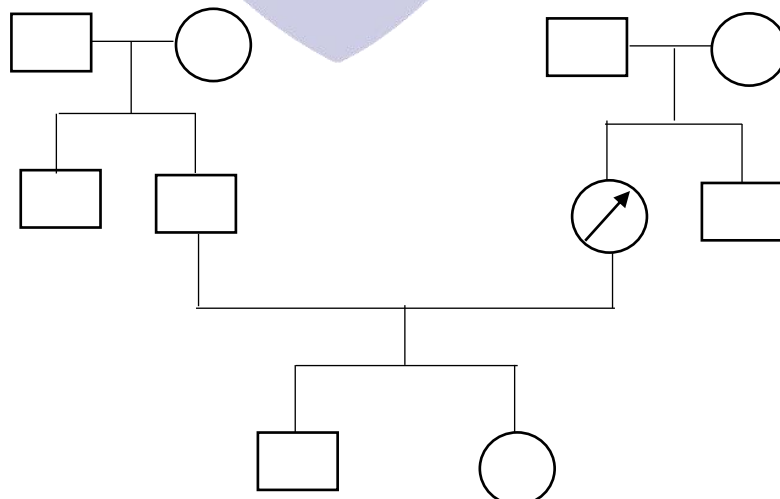
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak memiliki riwayat hipertensi maupun penyakit lainnya.

4. Riwayat Penyakit Keluarga dan Genogram

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada riwayat penyakit menurun seperti Hipertensi, DM, maupun Jantung.

Genogram



Keterangan : ☐ Laki-laki
☐ Perempuan
☒ Pasien

c. Data Kesehatan

1. Data Obstetri

Nifas hari ke 1 P2 A0

Menarche : usia 15 tahun

Menstruasi : Siklus 28 hari

Lama Perdarahan : 5-7 hari

Keluhan : desminorea

Status Anak

No	Tipe persalinan	Jenis kelamin	BB lahir	Komplikasi	Umur anak sekarang
1.	Spontan	Laki-laki	2.300 gr	-	5 tahun
2.	SC	Perempuan	2.700 gr	-	2 hari

2. Riwayat Kehamilan sekarang

Pasien mengatakan memeriksakan kandungan 3 bulan sekali selama hamil. ANC sebanyak 13x, dibidan 7x dipuskesmas 3x dan di RSPC 3x.

3. Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis persalinan: Tindakan SC tanggal 09 Januari 2025/10.00 WIB,
jenis kelamin: perempuan, BB/PB: 2700 gram/37 cm, Perdarahan:
 ± 20 cc, masalah dalam persalinan: -

4. Laporan operasi

Pasien post operasi SC atas indikasi letak sungsang tanggal 09
Januari 2025 pukul 12.00 dengan jenis kelamin perempuan BB/PB:
2700 gram/37 cm, Perdarahan: ± 20 cc, masalah dalam persalinan: -

5. Riwayat KB

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan KB hanya
menggunakan metode perhitungan

6. Rencana KB

Pasien mengatakan setelah melahirkan anak kedua berencana KB
IUD

d. Pola fungsional menurut Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan rutin melakukan kontrol ke klinik kandungan
terdekat saat hamil. Saat dikaji pasien mengatakan nyeri pada luka
post op.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Saat dikaji pasien mengatakan makan dan minum 3 kali sehari diit
TKTP, nafsu makan pasien sedikit menurun, tidak ada alergi
makanan, tidak ada masalah mengunyah makanan. Minum air
putih 5 gelas.

3. Pola eliminasi

Saat dikaji pasien mengatakan BAB 1x sehari, tidak ada kesulitan

BAB, BAK 6-7 x sehari jumlah 200 cc (pasien terpasang DC)

4. Pola aktivitas dan latihan

Pola Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan-minum		√			
Mandi		√			
Berpakaian		√			
BAB/BAK			√		
Mobilisasi					√

Keterangan : 0 = Mandiri

1 = dengan bantuan orang lain

2 = dengan bantuan alat

3 = dengan bantuan alat dan orang lain

4 = ketergantungan penuh

Pasien tampak terbaring ditempat tidur, tampak lemah, pasien tampak takut untuk bergerak, pasien sulit bergerak, rentang gerak terbatas.

5. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan sudah pernah dirawat di RS tetapi untuk perawatannya kali ini pasien tampak cemas dan pucat.

6. Pola persepsi diri

Saat di kaji pasien mengatakan yakin luka operasi cepat membaik

dan bayinya sehat

7. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien mengatakan suaminya mengerti tentang kondisinya sekarang dan tidak melakukan hubungan seksual.

8. Pola mekanisme koping dan stress

Pasien mengatakan saat ini senang dan merasa nyaman jika ditunggu oleh keluarganya.

9. Pola istirahat tidur

Pasien mengatakan saat hamil pasien tidur 7-8 jam sehari, dan dapat tertidur nyenyak. Saat dikaji pasien mengatakan saat ini sering terbangun di malam hari karena merasakan sakit didaerah perut bagian bawah tidur 5-6 jam.

10. Pola hubungan peran

Pasien mengatakan saat ini akan terus menjadi ibu yang terbaik untuk anak- anaknya dan keluarganya meskipun sekarang belum terlalu membaik.

e. Data Psikososial

1. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

Pasien masa taking in karena pasien masih fokus terhadap dirinya sendiri dan tampak kelelahan.

2. *Brounding Attachment*

Pasien rawat gabung dengan bayi nya dan sudah mulai menyusui

f. Pemeriksaan Fisik

1. Data Klinis

a. Keadaan umum :lemah

b. Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : TD = 120/70 mmHg

Suhu = 36 C

Nadi = 85 x/menit

RR = 20 x/menit

SPO2 = 98 %

2. Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kepala : Simetris, benjolan (-), nyeri tekan (-), kulit kepala bersih

b. Rambut : Warna hitam pekat, rontok (+), bersih

c. Mata : Kedua mata simetris, konjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil isokhor

d. Hidung : Hidung bersih dan tidak ada pembesaran polip

e. Mulut dan tenggorokan : Mulut bersih, tidak terdapat stomatitis, caries (-)

f. Telinga : Telinga bersih, fungsi pendengaran baik

g. Leher : Pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis (-)

h. Dada :

Jantung : I : Tidak ada jejas, iktus cordis tidak tampak

Pa : Ictus cordis tidak teraba, nyeri tekan (-)

Pe : Cardiomegali (-), suara pekak

A : Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru : I : Bentuk dada simetris kanan kiri, otot bantu napas (-)

Pa : Pergerakan dada simetris, vocal femius normal

Pe : Sonor

A : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

i. Payudara : Simetris, bersih, tidak ada iritasi pada area aerola, tidak ada mastitis

j. Abdomen

Keadaan : lembek, terdapat luka post operasi SC

Fundus uteri : Fundus uteri 2 cm dibawah pusar

Posisi : agak tidak simetris karena terdesak oleh kandung kemih

Kontraksi : keras

Diastasis rectus abdominis panjang 12 cm, lebar 2,6 cm

k. Genetalia

Lochea

Jumlah : ± 10 cc

Warna : rubra/merah

Konsistensi : cair

Bau : sedikit anyir

REEDA : tidak ada

Hemorroid : tidak ada

- l. Ekstremitas : Ekstremitas atas: tidak ada edema, terpasang infus ditangan kanan, varises tidak ada. Ekstremitas bawah: Edema pada kedua kaki (-), varises (-), refleks, patela (+).

Masalah khusus: tidak ada

m. Integumen : tidak ada kelainan

g. Data penunjang dan terapi

Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hemoglobin	10,7	10.9-14.9	g/dl
Leukosit	9310	3800-11.000	/uL
Hematokrit	29,9	35-47	%
Eritrosit	3,82	3.80-5.20	$10^6/uL$
Trombosit	334.000	216.000-	/uL
HbsAG	non reaktif	451.000	
Gula Darah Sewaktu	88	60-150	mg/dL

USG : Tampak letak sunngsang pada posisi janin

Hasil EKG : Sinus rhtyme

Program Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Ringer Lactate (RL)	20 tpm	Penambah cairan dan elektrolit
2.	Ketorolak	2x30 mg	Untuk mengurangi nyeri
3.	Asam Tranexamat	2x500 mg	Untuk mengurangi perdarahan
4.	Cefazolin	1x2 gr	Untuk antibiotik mengurangi infeksi bakteri
5.	Vitamin A	1x20000	Untuk menurunkan resiko infeksi

h. Data Bayi

Lahir tanggal 09 Januari 2025 jam 12.00 WIB
 Berat Badan 2700 gram, Panjang Badan 48 cm
 Lingkar kepala 35 cm, Lingkar Dada 35 cm
 Kelainan : tidak ada

B. ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	10/01/25 16.30 WIB	DS : Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi <i>sectio caesarea</i> P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat Q : Nyeri seperti disayat-sayat R : Nyeri pada selangkangan kanan menjalar sampai paha dan perut S : Sakal Nyeri 6 T : Nyeri Hilang timbul \pm 4 menit	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut (D.0077)

		DO : - Klien tampak menahan nyeri - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif - Pasien kadang terbangun pada malam hari TD: 128/87 mmHg N: 89x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36C SPO2 : 98%		
2.	10/01/25 16.30 WIB	DS : -Klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri pada luka operasi - Klien takut untuk bergerak DO : -Klien tampak lemah dan gerakan terbatas -Klien tampak berbaring ditempat tidur - Klien tampak lemah	Keengganan Melakukan Pergerakan	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3.	10/01/25 16.30 WIB	DS : -Klien mengatakan nyeri pada bagian post operasi DO : -Terdapat luka post operasi pada perut bagian bawah selebar 7 cm - Leukosit: 9,3 ribu	Efek Prosedur Invasive	Resiko Infeksi (D.0142)

C. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

- I. Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- II. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Keengganan Melakukan Pergerakan

(D.0054)

III. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasive (D.0142)



D. INTERVENSI

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI															
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Sikap protektif menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup Meningkatkan</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	Indikator	IR	ER	Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	5	Keluhan nyeri menurun	3	5	Meringis menurun	3	5	Sikap protektif menurun	3	5	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri2. Identifikasi skala nyeri3. Identifikasi respons nyeri non verbal4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan6. Monitor efek samping penggunaan analgetic <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (terapi <i>foot massage</i>)2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)3. Fasilitasi istirahat dan tidur4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4. Anjurkan menggunakan
Indikator	IR	ER																
Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	5																
Keluhan nyeri menurun	3	5																
Meringis menurun	3	5																
Sikap protektif menurun	3	5																

			<p>analgetic secara tepat</p> <p>5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>												
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup Menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Meningkat</p> <p>5 : Meningkat</p> <p>1 : Meningkat</p> <p>2 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	Indikator	IR	ER	Pergerakan ekstermitas meningkat	3	5	Kekuatan otot meningkat	3	5	Gerakan terbatas menurun	3	5	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
Indikator	IR	ER													
Pergerakan ekstermitas meningkat	3	5													
Kekuatan otot meningkat	3	5													
Gerakan terbatas menurun	3	5													

3.	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.03030)</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>dan bengkak</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>menurun</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>menurun</td><td></td><td></td></tr></table> <p>Keterangan : 1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p>	Indikator	IR	ER	Kemerahan	3	5	dan bengkak	3	5	menurun			Nyeri	3	5	menurun			<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan3. Pasang balutan sesuai jenis luka4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka5. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
Indikator	IR	ER																			
Kemerahan	3	5																			
dan bengkak	3	5																			
menurun																					
Nyeri	3	5																			
menurun																					

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	DX	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
10/01/2025					
1.	16.30	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op pada perut bagian bawah P : saat bergerak dan beraktivitas Q : seperti disayat sayat R : perut bagian bawah S : skala nyeri 6	

				T : hilang timbul dengan durasi waktu \pm 4 menit Objektif: klien tampak meringis menahan nyeri dan memegang area nyeri	Nia
16.35	I	Mengidentifikasi nyeri nonverbal dan mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri	Subjektif: klien mengatakan nyeri bertambah jika pasien melakukan gerakan/aktivitas berlebih Objektif: klien terlihat merasakan nyeri pada luka post op		
16.40	II	Memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan	Subjektif: klien mengatakan jika bergerak masih terasa nyeri Objektif: klien tampak mengikuti instruksi untuk miring kanan kiri tampak berhati-hati ketika melakukan pergerakan		
16.50	I, II, III	Melakukan pemeriksaan TTV	S:- O: TD: 128/87 mmHg N: 89 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36C SPO2 : 98%		
17.00	III	Memonitor tanda-tanda infeksi luka dan memberikan terapi cefazoline 2 gr dan ketorolac 1 ampul	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op di perut bagian bawah Objektif: terdapat luka post operasi di perut bagian bawah \pm 7 cm terapi masuk reaksi alergi (-)		

	17.10	III	Menganjurkan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	Subjektif: keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan, Objektif: keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah.	Nia
	17.15	I	Memberikan terapi <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri	Subjektif: klien mengatakan bersedia diajarkan terapi <i>foot massage</i> setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 6 menjadi 5, Objektif: klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi <i>foot massage</i>	
11/05/2025					
	08.00	III	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	Subjektif: keluarga mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah membantu klien, Objektif: keluarga tampak sudah paham	
	09.00	I, II, III	Melakukan pemeriksaan TTV	Subjektif : - Objektif : TD:125/95 mmHg, N: 87 kali/menit,, RR:20 kali/menit, S: 36°C, SPO2: 98%	
	09.10	I	Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op di perut bagian bawah, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan	

				durasi waktu \pm 4 menit, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat, skala nyeri 5 objektif: klien tampak lebih nyaman dari kemarin	
	09.30	III	Memonitor tanda dan gejala infeksi pada luka post operasi	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op pada perut bagian bawah Objektif: terdapat luka post operasi <i>sectio cesarea</i> tidak tampak kemerahan, tidak rembes, tidak ada push.	
	09.45	III	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan menganjurkan makanan tinggi kalium dan protein	Subjektif: klien dan keluarga mengatakan paham atas penjelasan dari perawat, Objektif: klien dan keluarga mendengarkan dengan baik dan tampak paham.	
	10.00	II	Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur dan disamping tempat tidur	Subjektif: klien mengatakan belum berani untuk duduk sendiri hanya bisa miring kiri, Objektif: klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur dibantu oleh keluarga dengan hati-hati.	
	10.15	II	Menganjurkan klien latihan secara mandiri melakukan mobilisasi	Subjektif: klien mengatakan bersedia, Objektif: klien tampak masih menahan nyeri	

	10.25	I	Memberikan terapi <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri	Subjektif: klien mengatakan bersedia diajarkan terapi <i>foot massage</i> setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 5 menjadi 4, objektif: klien tampak nyaman kooperatif	
12/05/2025					
3.	08.00	III	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	Subjektif: keluarga mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah membantu klien, Objektif: keluarga tampak sudah paham	Nia
	09.30	I	Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	Subjektif: klien mengatakan nyeri dibagian luka post op di perut bagian bawah, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan durasi waktu \pm 4 menit, nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat, skala nyeri 3 objektif: klien tampak lebih nyaman dari kemarin	
	10.00	I, II, III	Memberikan terapi Obat Cefazoline 2 gr dan ketorolac 1 amp	Subjektif : pasien mengatakan masih merasa nyeri Objektif : terapi masuk tanpa alergi	
	10.30	III	Mengganti balut luka post op atau	Subjektif: klien mengatakan Nyeri nya sudah berkurang Objektif: klien tampak	

			perawatan luka	bersikap protektif saat diganti balut, luka tampak bersih, besar luka 7 cm, berwarna sedikit kemerahan, luka tidak rembes, tidak ada push ganti balut sesuai SOP	Nia
10.45	III	Mengajarkan klien dan keluarga cara merawat luka di rumah	Subjektif: klien dan keluarga mengatakan paham tetapi masih takut jika mengganti balut sendiri sehingga akan ganti balut di puskesmas jika sudah keluar dari RS. Objektif: klien dan keluarga tampak paham.		
11.00	II	Menanyakan apakah ada keluhan fisik lain	Subjektif: klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya dan nyeri sudah sangat berkurang, Objektif: klien tampak lebih Nyaman		
11.15	II	Menanyakan apakah klien sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri	Subjektif: klien mengatakan sudah bisa melakukan secara mandiri dan sudah bisa berdiri sendiri serta berjalan ke toilet Objektif: klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri.		
11.20	I	Mengevaluasi teknik <i>Foot massage</i>	Subjektif: suami klien mengatakan sudah menerapkan foot		

			untuk mengurangi nyeri	massage secara mandiri, nyeri berkurang dan lebih tenang Objektif: Suami klien tampak bisa melakukan secara mandiri dan tampak nyaman.	
	11.45	I, II, III	Melakukan pemeriksaan TTV	Subjektif : - Objektif : TD:120/80 mmHg, N: 84 kali/menit,, RR:20 kali/menit, S: 36°C, SPO2: 99%.	

F. EVALUASI

No	Hari/Tgl	DX	Evaluasi	TTD								
1.	10/01/2025	I	<p>S: - klien mengatakan nyeri dibagian luka post op</p> <ul style="list-style-type: none">- P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat- Q : Nyeri seperti disayat-sayat- R : Nyeri pada perut bagian bawah- S : Skala nyeri 5- T : Nyeri hilang timbul \pm 4 menit- klien mengatakan bersedia diajarkan terapi <i>foot massage</i> setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 6 menjadi 5. <p>O: - klien tampak meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak kooperatif dan nyaman saat dilakukan terapi <i>foot massage</i> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	3	Nia
Indikator	IR	ER	Akhir									
Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	3									

		<table><tr><td>Keluhan nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Meringis menurun</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Sikap protektif menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri2. Mengidentifikasi skala nyeri3. Mengidentifikasi nyeri non verbal4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk5. mengurangi nyeri	Keluhan nyeri menurun	2	5	3	Meringis menurun	3	5	3	Sikap protektif menurun	2	5	3					
Keluhan nyeri menurun	2	5	3																
Meringis menurun	3	5	3																
Sikap protektif menurun	2	5	3																
	II	<p>S:</p> <p>klien mengatakan nyeri dibagian luka post op, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak meringis menahan nyeri,- klien tampak mengikuti instruksi untuk latihan miring kanan miring kiri, klien berhati-hati ketika melakukan pergerakan <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memasilitasi kembali untuk melakukan mobilitas fisik2. Melibatkan keluarga untuk membantu	Indikator	IR	ER	Akhir	Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	3	Nyeri menurun	2	5	3	Gerakan terbatas menurun	2	5	3	Nia
Indikator	IR	ER	Akhir																
Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	3																
Nyeri menurun	2	5	3																
Gerakan terbatas menurun	2	5	3																

			pasien dalam meningkatkan ambulasi 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi													
		III	S: <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan nyeri dibagian luka post op dibagian perut- keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan. O: <ul style="list-style-type: none">- Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> panjang ± 7 cm, keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien A: Masalah keperawatan belum teratasi <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Kemerahan dan bengkak menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> P: Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none">1. Memonitor kembali tanda-tanda infeksi luka2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi3. Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalium dan protein	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	3	Nyeri menurun	2	5	3	Nia
Indikator	IR	ER	Akhir													
Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	3													
Nyeri menurun	2	5	3													
2.	11/01/2025	I	S: - klien mengatakan nyeri dibagian luka post op berkurang P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi, nyeri berkurang saat beristirahat Q : Nyeri seperti disayat-sayat R : Nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 4	Nia												

			<p>T : Nyeri hilang timbul \pm 4 menit</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan bersedia diajarkan terapi <i>foot massage</i> setelah selesai diajarkan klien mengatakan skala nyeri dari 5 menjadi 4. <p>O: - klien tampak meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak kooperatif dan nyaman saat dilakukan terapi <i>foot massage</i> <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Meringis menurun</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Sikap protektif menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri2. Mengevaluasi terapi <i>foot massage</i>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	4	Keluhan nyeri menurun	2	5	4	Meringis menurun	3	5	4	Sikap protektif menurun	2	5	4	
Indikator	IR	ER	Akhir																					
Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	4																					
Keluhan nyeri menurun	2	5	4																					
Meringis menurun	3	5	4																					
Sikap protektif menurun	2	5	4																					
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan belum berani untuk duduk sendiri hanya bisa miring kiri dan kanan- klien mengatakan bersedia diajarkan ambulasi duduk <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur dibantu perawat- klien berhati- hati ketika melakukan pergerakan <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p>	Nia																					

			<table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">Memasilitasi kembali untuk melakukan mobilitas fisikMelibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	Indikator	IR	ER	Akhir	Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	4	Nyeri menurun	2	5	4	Gerakan terbatas menurun	2	5	4	
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	4																	
Nyeri menurun	2	5	4																	
Gerakan terbatas menurun	2	5	4																	
		III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">klien mengatakan nyeri dibagian luka post op dibagian perutkeluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> panjang \pm 7 cmkeluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klienklien dan keluarga mendengarkan dengan baik dan tampak paham <p>A: Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Kemerahan dan bengkak menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">Memonitor kembali tanda-tanda infeksi lukaMenganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalium dan protein	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	4	Nyeri menurun	2	5	4	Nia				
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	4																	
Nyeri menurun	2	5	4																	

3.	12/01/2025	I	<p>S: - klien mengatakan nyeri dibagian luka post op sudah jauh berkurang</p> <p>P : nyeri bertambah saat bergerak dan melakukan mobilisasi</p> <p>Q : Nyeri seperti disayat-sayat</p> <p>R : Nyeri pada perut bagian bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul \pm 4 menit</p> <p>- suami klien mengatakan sudah bisa melakukan terapi <i>foot massage</i> secara mandiri, klien mengatakan skala nyeri dari 4 menjadi 3.</p> <p>O: - klien sedikit menahan nyeri</p> <p>- klien mengikuti instruksi dan melakukan terapi <i>foot massage</i>,</p> <p>A: Masalah keperawatan teratasi</p> <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Meringis menurun</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Sikap protektif menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr></table> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	5	Keluhan nyeri menurun	2	5	5	Meringis menurun	3	5	5	Sikap protektif menurun	2	5	5	Nia
Indikator	IR	ER	Akhir																					
Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	2	5	5																					
Keluhan nyeri menurun	2	5	5																					
Meringis menurun	3	5	5																					
Sikap protektif menurun	2	5	5																					
		II	<p>S:</p> <p>- klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya dan nyeri sudah sangat berkurang, sudah bisa melakukan ambulasi secara mandiri dan sudah bisa berdiri sendiri serta berjalan ke toilet</p> <p>O:</p> <p>- klien tampak lebih nyaman,</p> <p>- klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>A: Masalah keperawatan teratasi</p>	Nia																				

			<table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	Akhir	Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	5	Nyeri menurun	2	5	5	Gerakan terbatas menurun	2	5	5	
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Pergerakan ekstermitas meningkat	2	5	5																	
Nyeri menurun	2	5	5																	
Gerakan terbatas menurun	2	5	5																	
			P: Pertahankan intervensi																	
		III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- keluarga mengatakan bersedia untuk selalu melakukan cuci tangan,- klien mengatakan lukanya masih terasa sedikit nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak bersikap protektif saat diganti balut- luka tampak bersih, besar luka 5 cm, berwarna sedikit kemerahan, ganti balut sesuai SOP,- keluarga tampak telah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien <p>A: Masalah keperawatan teratasi</p> <table><tr><td>Indikator</td><td>IR</td><td>ER</td><td>Akhir</td></tr><tr><td>Kemerahan dan bengkak menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>Nyeri menurun</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	4	Nyeri menurun	2	5	4	Nia				
Indikator	IR	ER	Akhir																	
Kemerahan dan bengkak menurun	2	5	4																	
Nyeri menurun	2	5	4																	
			P: Pertahankan intervensi																	

PENGARUH FOOT MASSAGE TERHADAP TINGKAT NYERI KLIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA

Rizki Muliani, Aay Rumhaeni, Dewi Nurlaelasari
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
Email : rizki.muliani@bku.ac.id

Abstrak

Post operasi sectio caesarea akan menimbulkan nyeri karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim. Nyeri akan menyebabkan bounding attachment terganggu, mobilisasi terbatas, Activity Daily Living (ADL) terganggu dan berpengaruh terhadap proses menyusui. Salah satu penatalaksanaan non farmakologi terhadap nyeri post operasi sectio caesarea adalah foot massage karena di daerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam dan masase dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh foot massage terhadap tingkat nyeri pada klien post operasi sectio caesarea. Penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimen. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 27 orang yang ditentukan dengan teknik purposive sampling. Instrumen yang digunakan adalah Numeric Rating Scale (NRS) dan prosedur kerja foot massage. Pre-test dilakukan pada hari kedua post operasi, kemudian dilakukan foot massage selama 20 menit selama 2 hari dan diukur post-test nya. Data dianalisis dengan menggunakan uji wilcoxon. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi sectio caesarea berada di tingkat nyeri sedang (skala 6) sebelum dilakukan foot massage dan hampir setengah memiliki tingkat nyeri ringan (skala 3) sesudah dilakukan foot massage dan didapatkan nilai p value = 0.000, sehingga disimpulkan ada pengaruh foot massage terhadap tingkat nyeri pada klien post operasi sectio caesarea. Diharapkan klien post operasi section caesaria dapat menjadikan foot massage sebagai salah satu alternatif manajemen non farmakologi dalam penanganan nyeri

Kata kunci : Foot massage, Nyeri, Sectio Caesarea

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat kemajuan kesehatan suatu negara, khususnya yang berkaitan dengan masalah kesehatan ibu dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam Sustainable Development Goals (SDGs) (Statistics Indonesia, 2016). Salah satu upaya untuk menekan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak adalah dengan pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas pada saat sebelum persalinan, saat persalinan dan sesudah persalinan. Proses persalinan kadang tidak dapat berjalan semestinya dan janin tidak dapat lahir secara normal sehingga tindakan *sectio caesarea* (SC) merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin. Persalinan secara *sectio caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Post SC, ibu akan mengalami rasa nyeri, biasanya muncul 2 jam setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena pengaruh pemberian obat anastesi pada saat persalinan. Nyeri pada proses persalinan normal adalah nyeri fisiologis saat persalinan, sedangkan nyeri post SC bukan merupakan nyeri fisiologis. Nyeri post SC diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Afifah, 2009).

Nyeri post SC akan memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of daily Living* (ADL) terganggu pada ibu yang akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan bayi yang dilahirkan secara SC (Afifah, 2009). Dengan adanya masalah nyeri post SC maka diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri. Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mempersyaratkan semua pasien yang masuk ke rumah sakit di *assessment* nyeri dan diberikan penanganan nyeri bagi pasien yang mengalami nyeri agar pasien terbebas dari rasa nyeri. Penatalaksanaan manajemen nyeri di rumah sakit atau fasilitas

pelayanan kesehatan saat ini mulai bergeser yang sebelumnya fokus pada pemberian farmakologi sekarang mulai dikembangkan pemberian manajemen nyeri non farmakologi. Walaupun tindakan farmakologi dinilai efektif untuk menghilangkan nyeri pasien, tetapi tindakan ini mempunyai nilai ekonomis yang cukup mahal yaitu harga obat yang cukup mahal, dan kemungkinan terjadinya efek samping dari obat pada pasien mulai dari yang ringan sampai berat. Efek samping dari obat analgetik dapat berupa, mual pusing, konstipasi, gangguan ginjal, gangguan fungsi jantung gangguan fungsi hati, reaksi alergi obat dan sebagainya (Potter & Perry, 2010). Sebagai alternative, maka sekarang dikembangkanlah berbagai tindakan non farmakologi atau komplementer untuk penanganan nyeri, yang salah satunya adalah (massage) tindakan pemijatan.

Teknik massage merupakan salah satu alternatif pilihan penanganan nyeri non farmakologi karena pemijatan efektif mengurangi atau menghilangkan rasa tidak nyaman, tindakannya cukup sederhana dan dapat dilakukan oleh diri sendiri atau dengan bantuan orang lain. Teknik massage ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri akut post operatif. Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Nurrochmi, Nurasih, & Romadon, 2014). Teknik non farmakologis pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. Massage pada daerah yang diinginkan selama 20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan (Potter & Perry, 2010). Rasa nyaman yang dirasakan dari tindakan massage juga dapat mendistraksi rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang, hal ini sesuai dengan teori distraksi yang menyatakan jika seseorang mendapatkan dua rangsangan atau stimulus secara bersamaan maka otak manusia tidak dapat mempersepsikan rangsangan tersebut secara bersamaan, melainkan rangsangan yang lebih kuat dan yang dirasakan paling

menyenangkanlah yang akan dipersepsikan oleh otak (Yuliatun, 2008).

Manajemen nyeri dengan tindakan massage terdiri dari hand massage, effleurage, deep back massage, foot massage dan lain-lain (Degirmen, Ozerdogan, Sayiner, Kosgeroglu, & Ayranci, 2010). Untuk penanganan non farmakologi nyeri post operasi abdomen, foot massage merupakan salah satu pilihan, karena di daerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri. Pelaksanaan foot massage dapat dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, di mana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh obat ketorolac 5 jam dari waktu pemberian. Foot massage menjadi salah satu tindakan massage yang dikembangkan dan diimplementasikan di rumah sakit dalam manajemen nyeri non farmakologi (Petpichetchian & Chongchareon, 2013). Nosireseptor adalah saraf yang memulai sensasi nyeri di mana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, sehingga foot massage dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri (Abbaspoor, Akbari, & Najari, 2014). Kelebihan lain foot massage dari tindakan manajemen nyeri non farmakologi lainnya adalah tindakannya sederhana, dapat dipelajari dengan pelatihan singkat, tidak memerlukan alat khusus seperti pada tindakan TENS, tidak memerlukan bahan-bahan terapi atau persiapan khusus seperti pada aroma terapi, tidak memerlukan ruang khusus seperti pada tindakan relaksasi, distraksi, guide imagery, tidak memerlukan keahlian khusus seperti pada tindakan hipno terapi yang perlu adanya bukti sertifikasi kewenangan melakukan hipnoterapy.

Menurut Petpichetchian & Chongchareon (2013) ada lima teknik foot massage, yaitu: effleurage, petrissage, tapotement, vibration dan friction. Kelima teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus. Sistem gate control

diaktivasi melalui inhibitor interneuron di mana rangsangan interneuron dihambat, hasilnya fungsi inhibisi dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri, sehingga nyeri tidak diinterpretasikan. Teknik foot massage akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 2 kali (Petpichetchian & Chongchareon, 2013), hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto, Hadisaputro, & Supriyadi (2015) yang menyatakan bahwa foot hand massage yang diberikan 4 kali selama 20 menit dalam 2 hari dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien dengan Infark Miokard.

RS AMC merupakan rumah sakit yang berada di gerbang Timur kota Bandung. Berdasarkan laporan SIMRS di RS AMC didapatkan hasil bahwa pasien yang menjalani operasi sectio caesarea tahun 2017 sebanyak 408 orang dan bulan Maret-Mei 2018 sebanyak 111 orang. Sedangkan ibu dengan post partum spontan pada bulan Maret 2018 sebanyak 32 orang, April sebanyak 26 orang dan Mei sebanyak 30 orang. Banyaknya pasien post operasi membutuhkan perawatan maksimal untuk mendapatkan kenyamanan selama perawatan, sehingga perawat dapat mengaplikasikan intervensi mandiri keperawatan untuk memenuhi kenyamanan pasien dan tidak melakukan kolaborasi saja dengan pemberian analgetik. Dari hasil wawancara dengan 10 pasien post Sectio caesarea di RS AMC, mereka mengatakan mulai merasakan nyeri setelah 3-4 jam post operasi, meskipun pasien sudah mendapatkan terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri. Untuk mengurangi rasa nyeri, dari 10 pasien hanya 3 pasien yang melakukan teknik mengurangi nyeri non farmakologi yaitu dengan tarik napas dalam sedangkan sisanya hanya mengandalkan dari obat analgetik. Keluhan dirasakan klien hingga menggigil bahkan sampai tidak mau bergerak karena nyeri. Nyeri yang dirasakan membuat pasien tidak mau mobilisasi dini atau beraktivitas sebanyak 4 orang, menunda untuk rawat gabung dengan bayi sebanyak 2 orang, bahkan tidak mau memberikan ASI kepada bayinya karena nyeri bila bergerak sebanyak 4 orang. Hasil wawancara peneliti dengan perawat

di RS AMC didapatkan bahwa manajemen nyeri non farmakologis yang biasa dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea adalah relaksasi nafas dalam namun tidak ada standar prosedur operasional untuk teknik tersebut dan penatalaksanaan nyeri pasca operasi sectio caesarea lebih banyak menggunakan obat anti nyeri dibandingkan dengan intervensi non farmakologis. Berdasarkan fenomena di atas, penelitian ini bertujuan untuk meneliti pengaruh pengaruh foot massage terhadap skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC Cileunyi Bandung.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah pre eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien post partum dengan sectio caesarea yang menjalani rawat inap di RS AMC pada bulan Maret sampai Mei 2018 sebanyak 111 pasien, dengan rata-rata setiap bulannya terdapat 37 pasien post partum dengan sectio caesarea. Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik purposive sampling dan didapat 27 pasien post partum dengan sectio caesarea yang sesuai kriteria inklusi yaitu pasien post sectio caesarea dengan anastesi spinal yang memiliki kesadaran penuh, post operasi hari kedua, mengalami nyeri ringan – sedang. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah NRS

(Numeric Rating Scale) untuk mengukur tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan foot massage, dan prosedur kerja foot massage dari Trisnowiyanto (2012). Pengumpulan data dilakukan dengan mengukur skala nyeri sebelum dilakukan perlakuan (pre-test), kemudian responden diberikan perlakuan berupa foot massage yang dilakukan 1 kali setiap hari dengan durasi waktu 20 menit selama 2 hari. Foot massage dilakukan sendiri oleh perawat ruangan sekaligus tim dalam penelitian yang sudah mengikuti pelatihan foot massage. Foot massage dilakukan dengan teknik efflurage dan petrissage dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki. Pada hari kedua, 1-2 jam setelah pemberian foot massage diukur kembali skala nyeri responden (post-test). Data dianalisis dengan uji Wilcoxon karena memiliki distribusi data tidak normal.

Hasil Penelitian

1. Tingkat Nyeri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Foot Massage

Penelitian pengaruh foot massage terhadap nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC, didapatkan distribusi frekuensi skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian foot massage yang ditunjukkan pada tabel berikut :

Tabel 1. Tingkat nyeri Klien Post operasi Sectio Caesarea Sebelum

Skala dan Tingkat Nyeri Sebelum	F	%
4 (Nyeri sedang)	3	11,1
5 (Nyeri sedang)	10	37
6 (Nyeri sedang)	14	51,9
Jumlah	27	100

Berdasarkan tabel 1 skala nyeri klien post operasi sectio caesaria sebelum dilakukan foot massage lebih dari setengahnya (52%) berada pada skala nyeri 6, dimana skala ini termasuk ke dalam nyeri sedang

Tabel 2. Tingkat nyeri Klien Post operasi Sectio Caesarea Sesudah diberikan foot massage

Skala dan Tingkat Nyeri Sesudah	F	%
0 (Tidak nyeri)	1	3,7
2 (Nyeri ringan)	6	22,2
3 (Nyeri ringan)	10	37,1
4 (Nyeri sedang)	6	22,2
5 (Nyeri sedang)	4	14,8
Jumlah	27	100

Berdasarkan tabel 2 skala nyeri klien post operasi sectio caesaria sesudah dilakukan foot massage hampir setengahnya (37%) pada skala 3, dimana skala ini termasuk ke dalam nyeri ringan

2. Pengaruh foot massage Terhadap tingkat Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea

Penelitian pengaruh foot massage terhadap skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC ditunjukkan pada tabel berikut ini :

Tabel 3. Pengaruh foot massage terhadap tingkat nyeri pada klien post operasi sectio caesarea

Pengukuran	Median	SD	Min-Maks	p-value	Z
Pre test	6	0. 694	4-6	0.000	-4.597
Post test	3	1. 178	0-5		

Berdasarkan tabel 3, didapatkan nilai p-value 0. 000 (nilai $p < \text{nilai alpha } 0. 05$) yang menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna pemberian foot massage terhadap nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC Kabupaten Bandung.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebelum dilakukan intervensi skala nyeri yang dirasakan oleh responden berada pada skala 4-6 (nyeri sedang). Nyeri sedang ini merupakan rasa nyeri yang mengganggu, tidak nyaman, merepotkan, dapat melakukan sebagian aktivitas dengan waktu istirahat (Aziato, Dedey, Marfo, Asamani, & Clegg-Lampsey, 2015). Pada saat penelitian, responden belum bisa melakukan aktivitas yang terlalu banyak dan berat, klien baru mampu duduk di tempat tidur. Nyeri post operasi sectio caesarea disebabkan oleh kerusakan jaringan yang akan merangsang pengeluaran mediator kimia (prostaglandin, proton, serotonin, histamine, bradikinin, sitokin dan nueropeptida) yang akan menghasilkan sensasi nyeri local. Sensasi nyeri local memiliki efek sistemik pada reseptor nyeri impuls saraf yang akan

disalurkan melalui serabut saraf Delta A dan C ke sistem saraf pusat yang memiliki gate control system. Selanjutnya akan mengaktifkan T-cell yang akan membuka gerbang ke sistem saraf pusat sehingga nyeri dipersepsikan (Potter & Perry, 2010). Nyeri post operasi sectio caesarea termasuk kedalam nyeri akut (Judha, Sudarti, & Fauziah, 2012). Hasil penelitian menunjukan tidak ada klien yang mengalami nyeri berat, dikarenakan pengumpulan data dilakukan pada post operasi hari kedua, di mana pada post operasi hari kedua sudah mulai terjadi perbaikan luka post operasi. Hal ini sesuai teori yang mengatakan nyeri akut akan hilang seiring dengan perbaikan kerusakan jaringan (Potter & Perry, 2010).

Tiap individu mempunyai tingkat nyeri yang berbeda-beda dikarenakan nyeri merupakan sesuatu hal yang bersifat subjektif (Potter & Perry, 2010). Respon individu terhadap nyeri yang dirasakan pun

berbeda-beda sehingga perlu dilakukan eksplorasi untuk menentukan nilai nyeri tersebut. Perbedaan skala nyeri yang dipersepsikan oleh seseorang disebabkan oleh kemampuan sikap individu dalam merespon dan mempersepsikan nyeri yang dialami. Kemampuan mempersepsikan nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor dan berbeda diantara individu, antara lain faktor fisiologis yang terdiri dari faktor usia, kelelahan, faktor genetik, fungsi neurologis dan faktor sosial yang terdiri dari faktor perhatian, pengalaman sebelumnya, dukungan keluarga dan faktor psikologis yang terdiri dari faktor kecemasan, dan pola koping, serta faktor budaya (Potter & Perry, 2010). Dalam penelitian ini, persepsi nyeri yang berbeda-beda dikarenakan adanya perbedaan usia, pengalaman sectio caesarea sebelumnya. Banyaknya yang mengalami nyeri sectio caesarea dengan skala sedang dikarenakan usia ibu banyak dengan usia 26-35 tahun yang termasuk usia dewasa awal sehingga responden lebih mempersepsikan dalam rasa nyeri. Selain itu, dengan adanya pengalaman sectio caesarea, responden masih traumanya ibu pada bekas luka sectio caesarea sehingga ibu mengalami nyeri lebih terasa dibandingkan sectio caesarea sebelumnya.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sesudah dilakukan intervensi, skala nyeri yang dirasakan oleh responden berada pada rentang tidak nyeri (skala 0) sampai nyeri sedang (skala 4-5). Penurunan skala nyeri pada klien setelah diberikan foot massage sebagian besar mengalami penurunan skala nyeri 2 point. Foot massage adalah Penekanan pada area spesifik kaki yang membuat energi mengalir melalui bagian tubuh tersebut sehingga pada titik kaki yang tepat yang di massage dapat mengatasi gejala yang terjadi pada organ tersebut (Stillwell, 2011). Manfaat dari foot massage dapat melancarkan sirkulasi darah di dalam seluruh tubuh, membantu mengurangi rasa sakit dan kelelahan dan merangsang produksi hormon endorphen yang berfungsi untuk merelaksasikan tubuh.

Kelompok otot yang terkena ketika dilakukan pemijatan pada saat foot massage adalah semua otot yang berada di sekitar tungkai bawah dan telapak kaki musculus tersebut adalah m. tibialis anterior, m.

tibialis posterior, m. gastrocnemius, m. soleus, m. ekstensor digitorum longus, m. peronousbrevis, m. perinous longus. Foot massage melibatkan empat teknik pijatan yaitu effleurage, petrissage, tapotement dan vibration. Semua teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem gate control diaktivasi melalui inhibitor interneuron di mana rangsangan interneuron dihambat. Hasilnya fungsi inhibis dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri sehingga nyeri tidak diinterpretasikan (Petpichetchian & Chongchareon, 2013).

Pada penelitian ini, klien mengalami penurunan skala nyeri yang berbeda-beda. Ada yang mengalami penurunan skala nyeri hanya 1 point. Hal ini disebabkan karena klien sudah melakukan mobilisasi. Mobilisasi menyebabkan bertambahnya rasa nyeri ketika bergerak, selain itu responden juga mengeluh nyeri karena ada bengkak pada payudara sehingga membiaskan rasa nyeri pada daerah operasi. Hal ini sesuai dengan wawancara bahwa ada 5 orang yang mengatakan nyeri luka bertambah karena ada nyeri dari daerah lain (payudara bengkak). Selain dari itu ada ibu yang mengalami penurunan skala nyeri 4 point, dikarenakan responden yang diteliti merupakan ibu post sectio caesarea usia 38 tahun, persalinan anak ke-2, pekerjaan Ibu Rumah tangga dan kadang membantu pekerjaan suami sebagai pemulung sehingga secara tidak langsung ibu dituntut lebih mandiri sehingga responden mengavaikan rasa nyeri yang dialaminya.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pemberian foot massage mempengaruhi penurunan skala nyeri pada klien post operasi sectio caesarea di RS AMC. Foot massage dalam penelitian ini menggunakan teknik efflurage dan petrissage dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki dapat merangsang serabut saraf (A-beta fibers) pada kaki dan lapisan dermatom yang mengandung reseptor taktil. Tekanan permukaan kaki juga merupakan

area yang paling banyak dipersyarafi dengan 7000 ujung saraf. Reseptor kemudian mengirimkan impuls saraf ke sistem saraf pusat. Gate control system diaktifkan melalui penghambatan interneuron rangsang sehingga mengakibatkan penghambatan fungsi T-cell yang akan menutup gerbang. Sehingga pesan nyeri tidak ditransmisikan ke sistem saraf pusat, karena itu otak tidak menerima pesan nyeri. Foot massage selain dapat menghambat pesan nyeri ke sistem saraf pusat juga dapat membuat tubuh bereaksi dengan mengeluarkan endorfin karena pemijatan. Endorfin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti morfin. Endorfin bersifat menenangkan, memberi efek nyaman, dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang sudah usang atau rusak. Penurunan skala nyeri ini juga disebabkan karena massage dapat menyebabkan pelepasan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang (Afianti, 2017).

Foot massage yang dilakukan selama 20 menit 1-2 kali dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shehata, Elhy dan Elsalam (2016) pada pasien post operasi bedah abdomen yang menyatakan bahwa setelah dilakukan pijat kaki skala nyeri masih diatas 3 sehingga dilakukan pijat kaki yang kedua oleh peneliti, sedangkan penelitian Hariyanto, Hadisaputro dan Supriyadi (2013) yang menyatakan bahwa foot hand massage yang diberikan 4 kali selama 20 menit dalam 2 hari dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien dengan Infark Miokard.

Pasien post operasi sectio caesarea yang dilakukan foot massage mengalami penurunan skala nyeri tetapi tidak menghilangkan nyeri tersebut karena luka dari operasi sectio caesarea tersebut merupakan luka yang dibuat mulai dari lapisan perut sampai ke lapisan uterus yang penyembuhannya bertahap sehingga masih merasakan nyeri. Reaksi lokal adanya nyeri itu juga mengaktifkan syaraf-syaraf simpati berupa keluarnya keringat yang berlebihan, respon metabolisme yang meningkat, peningkatan kardiovaskuler. Nyeri akan menimbulkan perasaan sensori

dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan. Nyeri yang dirasakan ibu post operasi sectio caesarea dapat dikendalikan dengan metode penatalaksanaan nyeri seperti yang dilakukan oleh peneliti pada penelitiannya saat ini.

Foot massage merupakan terapi tambahan pada pasien yang telah menjalani operasi untuk meminimalkan tingkat rasa nyeri post operasi. Foot Massage menjadi salah satu metode non farmakologis dan non invasive, tanpa biaya dan tidak memerlukan peralatan yang berlebihan. Foot massage membantu pasien dalam mengatasi nyeri dan cemas serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Abbaspoor, Akbari, & Najar (2014) di RS. Mustafa Khomeini Iran terhadap 80 ibu post operasi caesarea elektif didapatkan hasil terdapat perbedaan penurunan intensitas nyeri yang signifikan.

Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat diambil kesimpulan terdapat pengaruh foot massage terhadap nyeri pada klien post operasi sectio caesarea dengan p-value $0,000 < 0,05$. Diharapkan klien post operasi sectio caesarea dapat menjadikan foot massage sebagai salah satu alternatif manajemen non farmakologi dalam penanganan nyeri, selain itu peneliti bekerja sama dengan pihak rumah sakit untuk membuat video mengenai cara-cara foot massage agar setiap pasien dan keluarga dapat melihat tahap-tahap foot massage.

Daftar Pustaka

- Afifah. (2009). Buku Pintar Merawat Bayi. Yogyakarta : Nuha Medika
- Abbaspoor, Z., Akbari, M., & Najar, S. (2014). Effect of foot and hand massage in post-caesarean section pain control: A randomized control trial. *Pain Management Nursing*, 15(1), 132–136. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.07.008>
- Abdelaziz, S. H. H., & Mohammed, H. E. (2014). Effect of foot massage on postoperative pain and vital signs in breast

cancer patient. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 115–124. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n8p115>

Aziato, L., Dedey, F., Marfo, K., Asamani, J. A., & Clegg-Lampsey, J. N. A. (2015). Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. *BMC Nursing*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0094-6>

Degirmen, N., Ozerdogan, N., Sayiner, D., Kosgeroglu, N., & Ayranci, U. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Applied Nursing Research*, 23(3), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.001>

Hariyanto, A., Hadisaputro, S., & Supriyadi. (2015). Efektifitas Foot Hand Massage terhadap Respon Fisiologis dan Intensitas Nyeri pada Pasien Infark Miokard Akut: Studi di Ruang ICCU RSUD dr. Iskak Tulungagung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, II(3), 113–122.

Judha, M., Sudarti, & Fauziah, A. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kebudayaan, K. P. (2015). *Ilmu Pijat Pengobatan Refleksi Relaksasi*. Jakarta.

Nurrochmi, E., Nurasih, & Romadon, R. A. (2014). Pengaruh Kombinasi Metode Zilgrei Dan Endorphin Massage Pada Ibu Inpartu Primigravida Terhadap Lamanya Kala I Fase Aktif Di Rsud Indramayu Periode April-Mei 2013. *Jurnal Care*, 2(2), 23–31.

Petpichetchian, W., & Chongchareon, W. (2013). Does Foot Massage Relieve Acute Postoperative Pain A Literature Review. *Nurse Media: Journal of Nursing*, 3(1), 483–497. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v3i1.4452>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of Nursing*. Singapore.

Shehata Amal El, Elly Asmaa H A, Elsalam Entsar A. (2016). Effect of Foot Massage on Pain Level Among Patients After Abdominal Surgery. *IOSR Journal of Nursing and Health Service* Volume 5 Maret-April 2016 18-24.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. (2018). *Data Pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan RS AMC*

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2013). *Brunner And Suddarth's Text Book Of Medical Surgical Nursing*. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Statistics Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Ibu dan Anak*. Badan Pusat Statistik, 272.

Stillwell S.B. (2011). *Pedoman Keperawatan Kritis*. Penerbit buku kedokteran EGC Jakarta

Trisnowiyanto B. (2012). *Keterampilan Dasar Massage*. Yogyakarta. Nuha Medika

Yuliatun, Laily. 2008. *Penangan nyeri persalinan dengan metode non farmakologi*. Malang : Bayumedia










LOG BOOK

BIMBINGAN KIAN

NAMA : SITI KURNIATI
NIM : 41121241014

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS AL-IRSYAD
CILACAP
TAHUN AKADEMIK 2024-2025**

REKAPITULASI KONSULTASI KIAN





NO	TANGGAL	POKOK BAHASAN	PARAF
1.	07-01-2025	Konsul jurnal penulisan.	
2.	20-02-2025.	Konsul BAB I	
3.	24-02-2025.	Konsul BAB I, II, III, ACC Bab I	
4.	17-05-2025	Konsul BAB II, III	
5.	19-05-2025.	Konsul Lengkap KIAN.	
6.	20-05-2025	ACC sidang KIAN	
7	2-06-2025	Setor revisi naskah KIAN	

Ketua Program Studi
Profesi Ners

(_____)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : *St Kurniati*
 NIM : *41121241014*
 Judul KIAN :

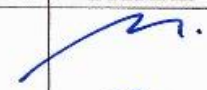
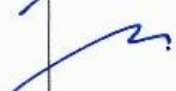

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> - Pada analisis EBP terapi foot massage perbaiki tulisan sesuai revisi. - Hapus poin c "Keferbatan studi kasus" - Tambahkan tabel fungsi kesehatan tindakan foot massage. - Pada simpulan, perbaiki implementasi sesuai yg direvisi. - Pada simpulan, perbaiki tulisan sesuai revisi. - Tambahkan arahan supervisor pada lampiran - Tambahkan SOP pada lampiran 	
6.	19-05-2025.	Kontrol lengkap KIAN - Acc BAB II, III, IV, V sesuai catatan.	
7.	20-05-2025.	Acc sidang KIAN.	
8	2 Juni 2025	Sudah revisi hasil KIAN sesuai uraian	

Pembimbing,



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Siti Kurniati
 NIM : 41121241014
 Judul KIAN : Penerapan Tindakan Foot Massage untuk Mengurangi Nyeri Akut pada Pasien post operasi Sectio Caesarea Hari ke 1 di RS Pertamina Cilacap.



NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	07-01-2025	Konsul jurnal penelitian	
2.	20-02-2025	Konsul bab 1	
3.	24-04-2025	Konsul Bab 1, 2, 3 Revisi : - Paragraf pertama pada BAB I dihapus - World Health Organisation = cetak miring - Tambahkan data yang menunjukkan angka peningkatan persalinan post SC pada BAB I. - Tambahkan nyeri post partum dan post sc pada paragraf ke 6 BAB I - Tambahkan nyeri yg terjadi post sc yaitu nyeri akut. Tambahkan definisi nyeri akut menurut SDKI dan manifestasi mayor dan minornya. - Untuk setiap penelitian tambahkan pvalue nya berapa. - Pertahankan etiologi SC sesuai sumber yang akurat. - Lengkapi sumber dan cari sumber terbaru. - Jelaskan bagaimana pengkajian KAKST dan bagaimana cara mengukur nyeri. - Tolituan karena hasil sesuai SDKI - Yang dicantumkan pada tabel definisi operasional yaitu nyeri akut post-sc	

Pembimbing,



LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Sfr Kurniati
 NIM : 41121241014
 Judul KIAN. :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
4.	16-05-2025	<p>dan terapi foot massage</p> <p>Konsultasi revisi BAB I, II, III</p> <p>Revisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acc BAB I. - Cari sumber pada etiologi sc. - Manifestasi Klinis ganti jadi etiologi. - Perbaiki penulisan sumber / daftar pustaka. - Perbaiki diagnosa keperawatan ke 2. sesuai data. 	
5.	17-05-2025	<p>Konsultasi BAB II, III</p> <p>Revisi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cara penulisan sumber / daftar pustaka. - Perbaiki data pengkajian, sesuai data di anuhan keperawatan. - Perbaiki diagnosa sesuai data yang ada. - Perbaiki rencana anuhan keperawatan sesuai SLKI dan SLKI - Sertakan implementasi sesuai atkep. - Perbaiki evaluasi keperawatan sesuai ankep. - Pada pembahasan tambahkan induksi sc (tunjang) pada poin "b". 	

Pembimbing,