



LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMBERIAN FOOT MASSAGE DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA

**DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU
TAHUN 2021**

**IZAH MARSELINA
201901008**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEPERAWATAN
2022**



LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMBERIAN *FOOT MASSAGE* DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN POST *SECTIO CAESAREA*

**DIRUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan

DIII Keperawatan

IZAH MARSELINA
201901008

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEPERAWATAN
2022**

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMBERIAN *FOOT*
***MASSAGE* DALAM MANAJEMEN NYERI PADA**
PASIE*N* *POST* *SECTIO* *CAESAREA* DI RUMAH
SAKIT HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU

IZAH MARSELINA
NIM:201901008

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada Tanggal 06 Agustus 2022
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Dr. Hj. Nur Elly, S.Kp, M.Kes
NIK. 2008.003

Anggota Penguji

1. Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N
NIDN. 0224058702

2. Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep
NIDN. 0220078502

Mengetahui,

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Hj. Djusmalinar, SKM.M.Kes
NIK.2008.002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Izah Marselina
Nim : 201901008
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : STIKes Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,
Dosen Pembimbing



Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep
NIDN. 0210118201

Bengkulu, 06 Agustus 2022
Pembuat Pernyataan



Izah Marselina
NIM. 201901008

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMBERIAN *FOOT MASSAGE*
DALAM MANAJEMEN NYERI PADA PASIEN POST SECTIO
CAESAREA
DI RUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU**

ABSTRAK

xiii Halaman awal + 95 Halaman inti

Izah Marselina, Novi Lasmada Sari

Masalah Nyeri akut post sectio caesarea pada ibu, dapat mengganggu aktivitas ibu dan juga proses pemberian asi pada bayi. Keluhan yang dirasakan ibu yaitu nyeri yang berasal dari insisi abdomen, ada berbagai macam penatalaksanaan nyeri yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. **Tujuan penelitian** ini untuk memperoleh gambaran asuhan keperawatan dengan pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *sectio caesarea*. **Metodelogi** penelitian yang digunakan adalah *deskriptif* dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yaitu gambaran pelaksanaan fase pra interaksi, fase orientasi, fase interaksi, dan fase terminasi. Peneliti melakukan asuhan keperawatan pada 2 responden yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan menggunakan lembar ceklis. **Hasil penelitian** menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah dilakukan intervensi pemberian *foot massage* pada pasien post sectio caesarea. **Kesimpulan**, Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada 2 responden, pada responden 1 nyeri menurun dari skala 6 menjadi skala 3, sedangkan pada responden 2 nyeri menurun dari skala 4 menjadi skala 1.

Kata kunci : sectio caesarea, foot massage, asuhan keperawatan
Daftar Pusaka : (2009-2021)

**NURSING CARE WITH PROVISION OF *FOOT MASSAGE* IN PAIN
MANAGEMENT IN POST SECTIO CAESAREA PATIENTS
IN HOSPITAL HOPE AND PRAYER
BENGKULU CITY**

ABSTRACT

xiii Start page + 95 Main page
Izah Marselina, Novi Lasmada Sari

The problem of post sectio caesarea acute pain in the mother, can interfere with the mother's activities and also the process of breastfeeding the baby. The complaint felt by the mother was pain originating from the abdominal incision, there were various kinds of pain management, namely pharmacological and non-pharmacological. The purpose of this study was to obtain a description of nursing care by giving foot massage in pain management in post sectio caesarea patients. This methodology is a descriptive research in the form of a case study using a nursing care approach, namely a description of the implementation of the pre-interaction phase, orientation phase, interaction phase, and termination phase. Researchers conducted nursing care on 2 respondents. The results showed that there was a decrease in the pain scale after the intervention of giving foot massage to post sectio caesarea patients. Conclusion, After 3 days of nursing care for 2 respondents, in respondent 1 the pain decreased from a scale of 6 to a scale of 3, while in respondent 2 the pain scale decreased from a scale of 4 to a scale of 1.

Keywords: sectio caesarea, foot massage, nursing care
Heritage List : (2009-2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tuga Akhir (LTA) ini. Penulisan LTA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi DIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu. LTA ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu
2. Ibu Dr, Hj. Nur Elly, Skp. M.Kes selaku wakil ketua II Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu sekaligus ketua penguji I
3. Ibu Ns. Nengke Puspita Sari, M.A.N sebagai anggota penguji II
4. Ibu Ns. Siska Iskandar, M.A.N selaku ketua Prodi DIII Keperawatan
5. Segenap Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti khususnya Dosen Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan kepada penulis
6. Teristimewa Keluargaku (Bapak Yusarsi, Ibu Nurhayati dan Kakak Ita Purnama Sari, S.Pd) yang selalu memberi dukungan dan Do'a kepada Penulis.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Bengkulu, Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Sectio Caesarea.....	5
1. Pengertian sectio caesarea.....	5
2. Anatomi fisiologi.....	5
3. Indikasi/Etiologi	8
4. Patofisiologis.....	9
5. Pathway	10
6. Klasifikasi.....	11
7. Komplikasi	11
8. Pemeriksaan penunjang.....	13
9. Penatalaksanaan post operasi section caesarea	13
10. State Of Art (Hasil Penelitian Sebelumnya).....	14
B. Konsep nyeri	15
1. Penertian nyeri	15
2. Dampak nyeri.....	15
3. Fisiologi nyeri	15
4. Intervensi nyeri	16
5. Klasifikasi	16
6. Pengukuran nyeri	16
7. Penatalaksanaan nyeri	17
C. Konsep <i>foot massage</i>	17
1. Pengertian <i>foot massage</i>	17
2. Manfaat <i>foot massage</i>	17
3. SOP <i>foot massage</i>	17
4. Peran perawat dalam terapi komplementer	19
D. Konsep Asuhan Keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa keperawatan.....	24

3. Intervensi keperawatan.....	28
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	33
B. Subjek Penelitian	33
C. Definisi Oprasional	34
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	34
E. Tahapan Penelitian.....	35
F. Metode dan Instrument Penelitian	36
G. Analisa Data.....	37
H. Etika Keperawatan.....	38
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	39
B. Pembahasan	85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	93
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	State Of Art	14
Tabel 2.2	Pengkajian Anamnesa	20
Tabel 2.3	Pemeriksaan Fisik	22
Tabel 2.4	Pemeriksaan Diagnostik	24
Tabel 2.5	Intervensi Keperawatan	28
Tabel 4.1	Hasil Anamnesa	41
Tabel 4.2	Pola Aktivitas Sehari-Hari	43
Tabel 4.3	Hasil Pemeriksaan Fisik	44
Tabel 4.4	Hasil Pemeriksaan Diagnostik	46
Tabel 4.5	Penatalaksanaan Terapi	46
Tabel 4.6	Analisa Data	47
Tabel 4.7	Intervensi Keperawatan	51
Tabel 4.8	Gambaran Persiapan Alat	56
Tabel 4.9	Gambaran Fase Orientasi, Fase Interaksi, Fase Terminasi Tanggal 31mei Jam 09:00 Dan 10:00 Wib	57
Tabel 4.10	Gambaran Fase Orientasi, Fas Interasi, Fase Terminasi Tanggal 31mei Jam 13:00 Dan 14:00 Wib	62
Tabel 4.11	Gambaran Fase Orientasi, Fase Interaksi, Fase Terminasi Tanggal 1 Juni Dijam 09:00 Dan 10:00 Wib	66
Tabel 4.12	Gambaran Fase Orientasi, Fase Interaksi, Fase Terminasi Tanggal 1 Juni Dijam 13:00 Dan 14:00 Wib	71
Tabel 4.13	Gambaran Fase Orientasi, Fase Interaksi, Fase Terminasi Tanggal 2 Juni Dijam 09:00 Dan 10:00 Wib	75
Tabel 4.14	Gambaran Fase Orientasi, Fase Interaksi, Fase Terminasi Tanggal 2 Juni Dijam 13:00 Dan 14:00 Wib	79
Tabel 4.15	Gambaran Evaluasi Keperawatan	83

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	10
Bagan 3.1 Tahap Penelitian.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar : 2.1 lapisan kulit.....	5
Gambar : 2.2 uterus	6
Gambar : 2.3 bagian Fasia.....	7
Gambar : 2.4 Numerical Rating Scale (NRS)/Scala Numerik angka.....	16

DAFTAR SINGKATAN

SC	: Sectio Caesarea
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
ASI	: Air Susu Ibu
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
CPD	: Cepala Pelvik Disproportion
PEB	: Pre-Eklamsi Berat
KPD	: Ketuban Pecah Dini
UUB	: Ubus-Usus Besar
WOC	: <i>Web Of Causation</i>
MK	: Masalah Keperawatan
HB	: Hemoglobin
Ht	: Hematocrit
IV	: Intra Vena
RL	: Ringer Laktat
PCT	: Paracetamol
VDS	: <i>Verbal Descriptor Scale</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scale</i>
SOP	: <i>Standar Operasional Prosedur</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Informed Consend
- Lampiran 2 Naskah PSP
- Lampiran 3 Penetapan Subjek Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Observasi Nyeri
- Lampiran 5 SOP *foot massage*
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 8 Izin Dinas Kesehatan
- Lampiran 9 Izin Kesatuan Bangsa Dan Politik
- Lampiran 10 Lembar Konsul
- Lampiran 11 Lembar Oponen
- Lampiran 12 Dokumentasi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu bentuk proses persalinan melalui insisi dinding abdomen atau uterus untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dari dalam Rahim (Prawirohardjo, 2009, Astutik & Kurlinawati 2017)

Persalinan *sectio caesarea* pada saat ini banyak dipilih oleh pasien. Berdasarkan data WHO tahun 2018 kejadian post *sectio caesarea* sebanyak 55%. Sedangkan di Indonesia menurut RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan angka persalinan *sectio caesarea* sebanyak 15,3% persalinan. Dan dari data yang didapatkan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu didapatkan jumlah pasien post *Sectio Caesarea* pada tahun 2021 sebanyak 104 pasien. Indikasi dilakukannya persalinan SC antara lain yaitu karena letak bayi yang lintang, ibu dengan gangguan hipertensi, gawat janin dan kala pembukaan lama, ruptur uteri iminen, pendarahan antepartum, ketuban pecah dini, fetal distress dan besar janin melebihi 4.000 gram. Dan saat ini seiring dengan perubahan adanya kemajuan teknologi serta adanya jaminan pelayanan kesehatan nasional yang mengurangi beban biaya operasi, sehingga banyak ibu yang melahirkan secara SC atas kemauan sendiri dan keluarga hal ini yang memicu meningkatnya persalinan secara SC.

Persalinan secara *Sectio Caesarea* dapat memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu post operasi, ibu akan mengalami rasa nyeri. 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 persalinan, sedangkan nyeri post *Sectio Caesarea* sudah tidak lagi nyeri fisiologis. Nyeri post operasi diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasama, 2014).

Nyeri post operasi akan memberikan dampak pada ibu dan bayi, pada ibu seperti: Mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu atau tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu, tertundanya pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Sedangkan pada bayi seperti : Nutrisi bayi berkurang, dan Mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara SC. Oleh karena itu, diperlukan suatu manajemen yang dapat menurunkan komplikasi dan meningkatkan kualitas ibu post partum (Jacobs, 2011).

Penatalaksanaan manajemen nyeri ini mempunyai dua metode yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Saat ini dirumah sakit atau pelayanan kesehatan mulai bergeser yang sebelumnya fokus pada pemberian farmakologi, sekarang mulai dikembangkan pemberian manajemen nyeri nonfarmakologi. Berdasarkan *survey* awal yang dilakukan, perawat hanya memberikan penanganan nonfarmakologi dengan teknik napas dalam. Oleh karena itu, disini saya akan melakukan manajemen nyeri dengan salah satu teknik nonfarmakologi yaitu *foot massage*.

Penanganan nonfarmakologi nyeri post operasi abdomen dengan *foot massage* dapat diberikan pada posisi pasien supinasi (terlentang) dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen ntuk mengurangi rasa nyeri. Pelaksanaan *foot massage* dapat dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh pemberian ketorolac 5 jam dari waktu pemberian (Chanif, 2013).

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 (Kuswadi , 2011 dalam Nurrochmi, 2014). Ada beberapa macam jenis *massage* untuk menurunkan nyeri antara lain : *back massage* untuk menurunkan nyeri abdomen, *massage effleurage* untuk menurunkan nyeri persalian.

Peran perawat adalah sebagai *care giver* yaitu dengan melakukan tindakan *foot massage* untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi melalui peran perawat secara mandiri ataupun kolaborasi dengan terapi khusus. *Foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali sehari (Chanif, 2013).

Namun terapi *foot massage* ini merupakan salah satu terapi komplementer atau tambahan dalam asuhan keperawatan. Pada asuhan keperawatan tindakan yang dilakukan paling utama ada observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Salah satu intervensi pada terapeutik keperawatan dalam siki yaitu perawatan pasca *sectio caesarea* dengan mendiskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan, pindahkan pasien ke ruang rawat nifas, motivasi mobilisasi dini 6 jam, fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi, dan berikan dukungan menyusui yang memadai. Sedangkan pada tindakan kolaborasi yaitu dengan pemberian obat analgetik.

Berdasarkan uraian diatas penulis ingin melakukan studi kasus mengenai asuhan keperawatan dengan pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *sectio caesarea* yang akan dilakukan RSHD kota Bengkulu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, penulis merumuskan masalah studi kasus ini yaitu Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian *Foot Massage* dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Di RSHD Kota Bengkulu

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Telah diperoleh gambaran studi kasus Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian *Foot Massage* dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post *Sectio Caesarea* di RSHD Kota Bengkulu

2. Tujuan Khusus

- a. Telah diperoleh gambaran penerapan fase pra interaksi pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *Sectio Caesarea*
- b. Telah diperoleh gambaran penerapan fase orientasi pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *Sectio Caesarea*
- c. Telah diperoleh gambaran penerapan fase interaksi/kerja pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *Sectio Caesarea*
- d. Telah diperoleh gambaran fase terminasi pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *Sectio Caesarea*

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan baru terutama bagi perawat sebagai solusi untuk mengurangi nyeri sehingga perawat tidak hanya terpaku pada terapi farmakologi saja tetapi bisa juga mengurangi nyeri dengan menggunakan terapi nonfarmakologi yaitu dengan pemberian *foot massage*.

2. Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam asuhan keperawatan dengan pemberian *foot massage* dalam manajemen nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.

3. Peneliti lain

Dapat memberikan informasi dan pengetahuan dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan dengan prosedur *foot massage* pada pasien post *sectio caesarea*

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea

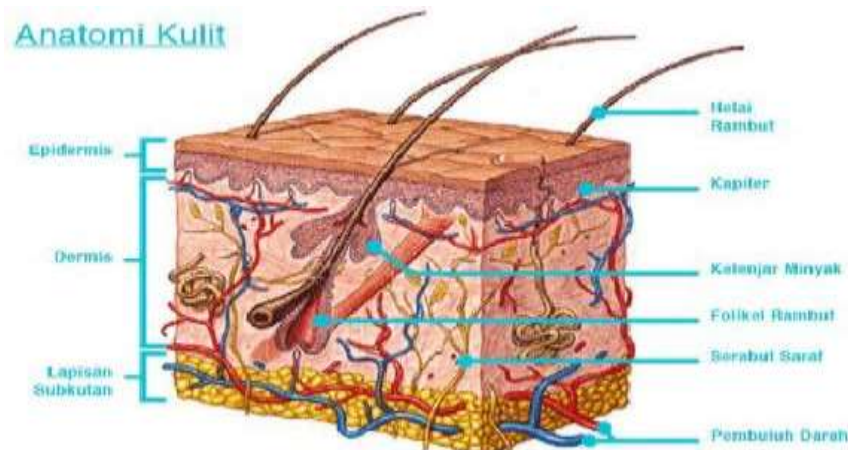
1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak pada dinding abdomen dan uterus, dan juga dengan cara melakukan sayatan pada dinding depan perut (Amru sofian, 2012).

Sectio Caesarea adalah melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerotomi). Definisi ini tidak mencakup pengeluaran janin dan rongga abdomen pada kasus repture uteri atau pada kasus kehamilan abdomen (Willianms, 2012).

2. Anatomi fisiologi

a. Kulit

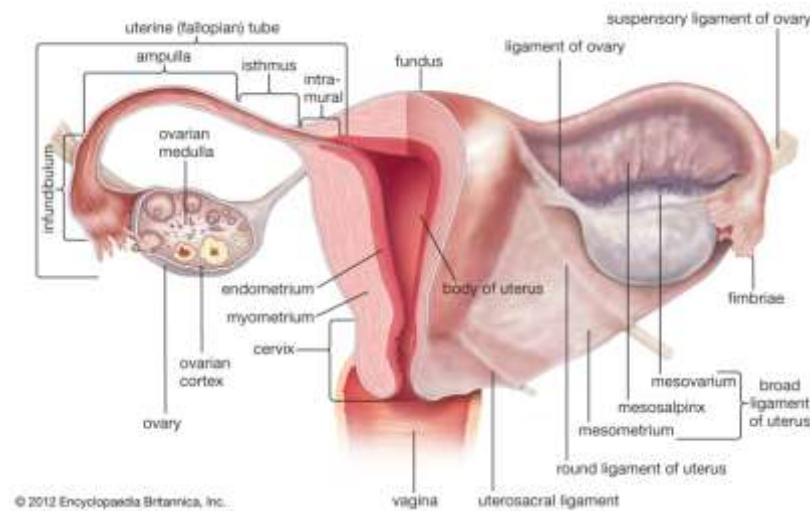


Gambar : 2.1 lapisan kulit

- 1) Lapisan Epidermis, Epidermis adalah lapisan luar, yang terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Lapisan luar terdiri dari keratin, protein bertanduk, Jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan selselnya sangat rapat.
- 2) Lapisan Dermis, Dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen jaringan fibrosa dan elastin. Lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia, lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.

3) Lapisan subkutan, Lapisan ini mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung syaraf. Dalam hubungannya dengan tindakan SC, lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus. Organ-organ di abdomen dilindungi oleh selaput tipis yang disebut peritonium. Dalam tindakan *Secio Caesarea*, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis) sampai dinding uterus.

b. Uterus

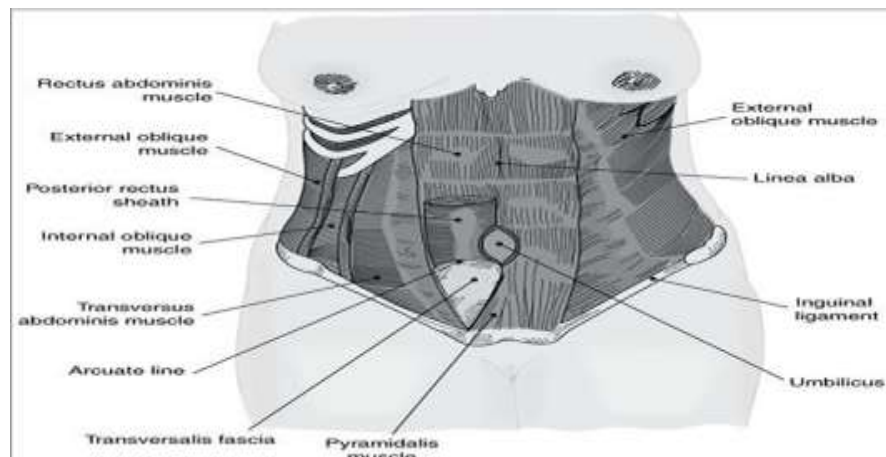


(Encyclopaedia Britannica, 2012)

Gambar : 2.2 uterus

Uterus adalah organ genitalia femina interna yang memiliki panjang 8 cm, lebar 5 cm dan tebal 2-3 cm. Bagian-bagian uterus antara lain Corpus uteri, Fundus uteri, Cervix uteri, serta Isthmus uteri yang menjadi penanda transisi antara corpus dan cervix. Bagian memanjang di kedua sisi yang merupakan penghubung antara corpus uteri dan ovarium disebut Tuba uterina. Terdapat dua ruang dalam uterus, yaitu Cavitas uteri di dalam Corpus uteri dan Canalis cervicis di dalam Cervix uteri. Dinding uterus terdiri dari 3 lapisan. Dimulai dari yang terdalam yaitu Tunica mukosa atau endometrium, kemudian lapisan otot yang kuat disebut Tunica muscularis atau miometrium, dan lapisan terluar adalah Tunica serosa atau perimetrium (Paulsen dkk, 2013).

c. Fasia



Gambar : 2.3 bagian Fasia

Di bawah kulit fasia superfisialis dibagi menjadi lapisan lemak yang dangkal, Camper's fasia, dan yang lebih dalam lapisan fibrosa. Di bawah lapisan terdalam otot, maka otot abdominis transverses, terletak fasia transversalis. Pada fasia transversalis dipisahkan dari peritoneum parietalis oleh variabel lapisan lemak. Fasia adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.

d. Otot perut

1) Otot dinding perut anterior dan lateral

Otot itu disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. Linea alba adalah pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari proecuss xiphodius sternum ke simpisis pubis, memisahkan kedua musculus rectus abdominis. Obliquus externus, obliquus internus dan transverses adalah otot pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian samping dan depan. Serat externus berjalan kearah bawah dan atas ; serat obliquus internus berjalan keatas dan kedepan ; serat transverses (otot terdalam dari otot ketiga dinding perut) berjalan transversal di bagian depan ketiga otot terakhir otot berakhir dalam satu selubung bersama yang menutupi rectus abdominis.

2) Otot dinding perut posterior

Quadrates lumbolus adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa kedua belas diatas ke crista iliaca.

3. Indikasi

Beberapa tindakan sectio caesarea dilakukan karena sebagai berikut:

Indikasi ibu:

a. CPD (cephalo pelvik disproportion)

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

b. PEB (Pre-eklamsi berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya belum jelas.

c. KPD (ketuban pecah dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi implantrasi. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil hamil aterm di atas

d. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusar pendek dan ibu sulit bernafas. 37 minggu.

Indikasi janin:

a. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

b. Kelainan pada letak kepala

1) Letak kepala tengkadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB (Ubun-Ubun Besar) yang paling rendah, etiologinya

kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul

2) Presentasi muka

Letak kepala tengkadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka

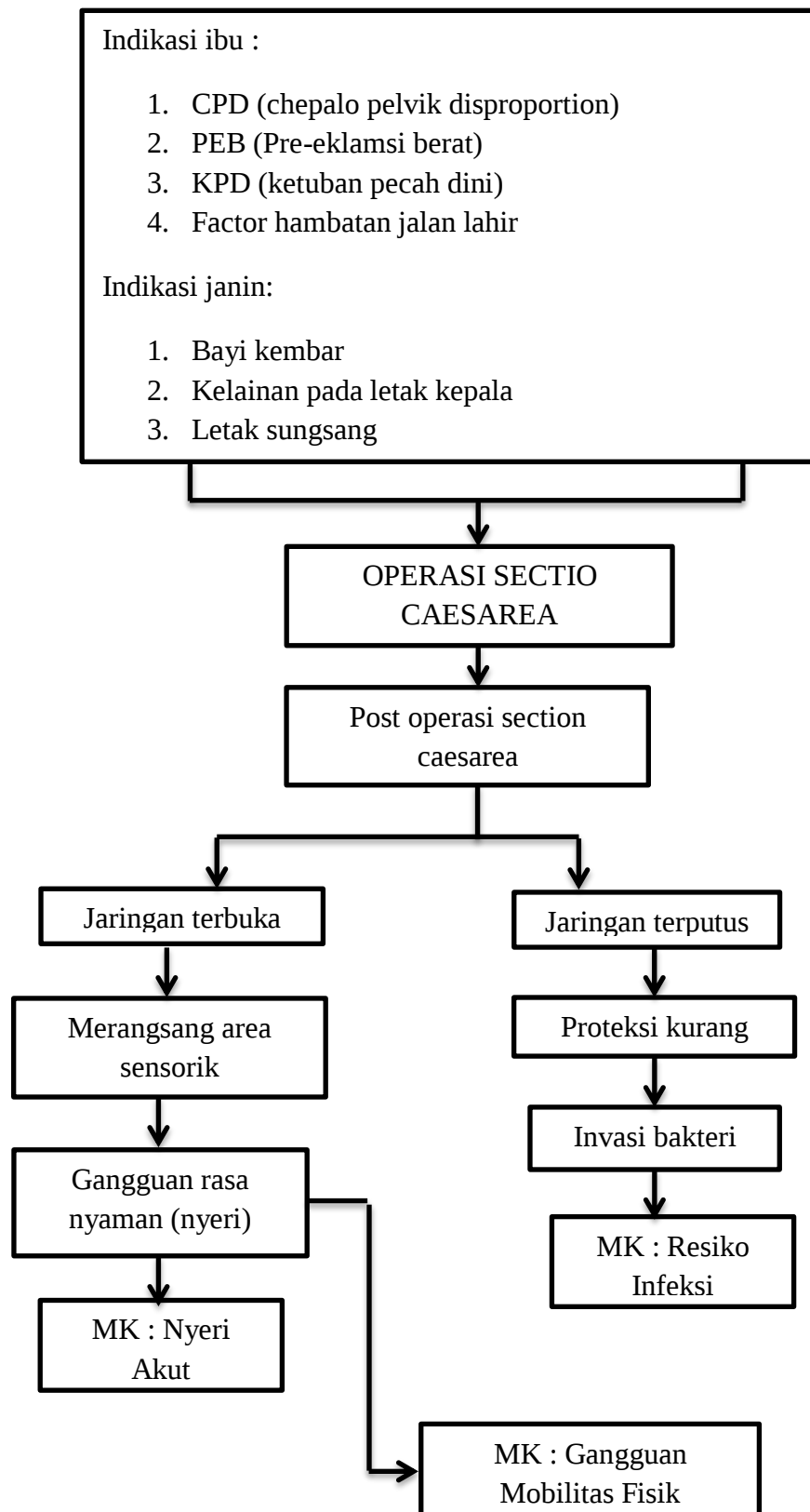
c. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada pada bagian bawah kuvum uteri, dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

4. Patofisiologis

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya disebabkan oleh kepala pelvik disproporsi, pre-eklemesi, ketuban pecah dini dan adanya gangguan pada jalan lahir, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu sectio caesarea. Dalam proses operasinya dilakukan tindakannya anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah gangguan mobilitas. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi, hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi

Bagan : 2.1 Pathway



sumber : Manuaba (2012) : Nurarif Kusuma (2015).

5. Klasifikasi

Klasifikasi sektio caesarea menurut (hary oxorm dan William R, 2010):

a. Sekmen bawah : Insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdominam yang aman sekalipun dikerjakan pada saat persalinanan dan sekalipun rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang sekmen bawah uterus telah menimbulka revplusi dalam pelaksanaan obstetric.

b. Sekmen bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama dengan insisi melintang, insisi mebujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

c. Sectio caesarea klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengaun gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yag lebar karena bayi dilahirkan degan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus dijahit dengan tiga lapis jahitan.

d. Sektio caesarea ekstraperitoneal

Pembedahan ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah penitoritis generalitasa yang sering bersifat fatal.

e. Histerektomi caesarea

Pembedahan ini merupakan sektio caesarea yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika memungkinkan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Alan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan jika terdapat pendarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain.

6. Komplikasi

Komplikasi operasi *section caesarea* (SC) dapat dibedakan menjadi komplikasi pasca operasi dan komplikasi jangka panjang.

Teknik operasi dan indikasi operasi yang baik dapat mengurangi komplikasi akibat SC. Komplikasi SC dapat menyebabkan mortalitas ibu, sehingga perlu diperhatikan. SC juga dapat menyebabkan komplikasi pada neonatus, seperti takipnea transien monatus.

a. Komplikasi jangka pendek

Komplikasi jangka pendek akibat *section caesarean* (SC) dapat terjadi intraoperative ataupun pasca operasi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

1) Infeksi

Infeksi pasca operasi *section caesarea* (SC) paling sering disebabkan oleh endometritis, infeksi luka bekas operasi, dan tromboflebetis akibat akses intravena. Pemberian profilaksis antibiotic serta teknik operasi yang baik dapat mengurangi infeksi pasca partum pada section caesarea. Infeksi juga dapat terjadi akibat pemasangan kateter.

2) Pendarahan

Pendarahan merupakan salah satu komplikasi SC yang paling sering terjadi. Pendarahan dapat terjadi secara langsung ataupun lambat/delayed. Factor resiko pendarahan pasca SC antara lain adalah : plasenta previa, distosia, pendarahan antepartum, fibroid eterus, obesitas, pemakaian anastesi umum. Pendarahan umumnya disebabkan karena atonia uteri, trauma jaringan, trauma kandung kemih, gangguan koagulasi, atau masalah plasenta. Penanganan akan sangat bergantung dari penyebab pendarahan. Apabila terjadi atonia uterus, dapat dilakukan pemijatan uterus, pemberian oksitoksin, dan bila diperlukan dapat dilakukan histerektomi.

b. Komplikasi jangka panjang section caesarea :

1) Komplikasi luka

Komplikasi yang dapat terjadi antara lain bekas luka insisi keloid.

2) Adhesi

Adhesi adalah komplikasi SC yang paling sering terjadi, resiko seorang wanita mengalami adhesi meningkat seiring dengan bertambahnya operasi SC, prevalensi adhesi pada SC kedua adalah 12-46% dan SC yang ketiga adalah 26-75%

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Hemoglobin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
- c. Urinalisis / kultur urine

8. Penatalaksanaan post operasi section caesarea

Menurut Manuaba (2012), beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai penatalaksanaan pada ibu post Sectio caesarea antara lain :

- a. Pemberian cairan : Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan peritavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam, fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.
- b. Diet : Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- c. Mobilisasi : Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). Selanjutnya selama

berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke5 pasca operasi.

- d. Kateterisasi : Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- e. Pemberian obat-obatan, Antibiotik, Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, Obat-obatan lain
- f. Perawatan luka : Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti
- g. Perawatan rutin : Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

9. Penelitian sebelumnya Yang Berhubungan Dengan Foot Massage

Tabel : 2.1 state op art

No	Judul penelitian	Tahun penelitian	Metode	Hasil
1	Foot massage menurunkan nyeri post operasi <i>sectio caesarea</i> pada post partum	Aay Rumhaeni dkk (2020)	Metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus.	Dengan hasil sebagai berikut. <i>Foot Massage</i> disimpulkan dapat menurunkan nyeri pada pasien Post operasi SC
2	Pijat Kaki dalam Menurunkan Nyeri	Dewi Nurlaela Sari	metode penelitian	Dengan hasil Pijat

Setelah <i>Sectio</i> pada Ibu Nifas	Operasi <i>Caesarea</i>	dkk (2020)	yang digunakan adalah studi kasus	kaki yang dilakukan selama 20 menit 1-2 kali dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien
--	----------------------------	------------	--	---

B. Konsep nyeri

1. Pengertian nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Guyton, dkk, 2008 dalam Saifullah, 2015).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (andarmoyo, 2013).

2. Dampak nyeri post SC

Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik maupun psikologis pada ibu post partum seperti mobilisasi terganggu, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post operasi SC.

3. Fisiologi nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai stumulus seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung syaraf. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respons fisiologis

tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, nafas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat.

4. Intervensi nyeri

Manajemen nyeri post operasi pada pasien SC dapat dilakukan dengan teknik nonfarmakologi yang menggunakan *Foot Massage*.

5. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya ada 2 jenis, yaitu:

- a. Nyeri akut, nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis, nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

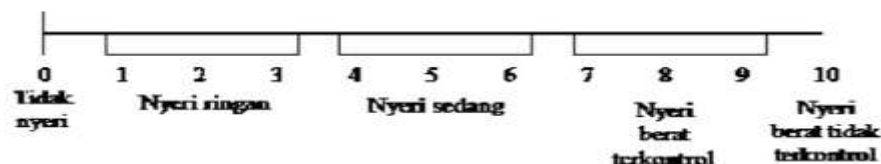
6. Pengukuran skala nyeri

Pengukuran nyeri ini adalah elemen yang sangat penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif untuk dilakukan.

Numerical Rating Scale (NRS)/Scala Numerik angka

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 sedang, dan 10 nyeri berat yang tidak tertahankan.

Numerical Rating Scale (NRS) digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnyanyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak et al, 2015).



Gambar : 2.4 *Numerical Rating Scale (NRS)/Scala Numerik angka*

Sumber : Mubarak, W. L, Indrawati, L, & Susanto, J (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.

7. Penatalaksanaan Nyeri

a. Terapi farmakologis

Salah satu terapi manajemen nyeri dengan farmakologis menggunakan obat-obat analgetik narkotik dan non narkotik baik secara intravena maupun intramuskuler (Latifah, 2014)

b. Terapi nonfarmakologis

Terapi farmakologis yang biasa diberikan oleh perawat salah satunya yaitu *foot massage*.

C. Konsep *foot massage*

1. Pengertian *foot massage*

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 (Kuswadi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014).

2. Manfaat *massage*

Menurut Pamungkas (2010), selain dapat memperlancar sirkulasi darah di dalam tubuh massage juga bermanfaat untuk mengurangi rasa sakit/nyeri, mengurangi stress, bisa menyehatkan dan menyeimbangkan kerja organ tubuh dan merangsang produksi hormon endorphen yang berfungsi untuk merelaksasikan tubuh.

3. Prosedur tindakan

Teknik ini dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh pemberian ketorolac 5 jam dari waktu pemberian, Chanif (2013). Lakukan pengukuran tingkat nyeri sebelum dan sesudah melakukan tindakan (*foot massage*), langkah prosedur tindakan, (Trisnowiyanto, 2012).

a. Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik (beri salam dengan sopan dan perkenalkan diri untuk pertemuan pertama)
- 2) Evaluasi validasi (menanyakan nama dan tempat tanggal lahir, konfirmasi pada gelang identitas)
- 3) Informed consent (jelaskan tujuan prosedur, tindakan hal yang perlu dilakukan oleh pasien selama terapi foot massage dilakukan dan berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan).

b. Fase interaksi

- 1) Melakukan persiapan alat (menyiapkan kelengkapan dan mendekatkan alat-alat)
- 2) Melakukan persiapan pasien
 - a) Posisikan pasien supinasi (terlentang)
 - b) Anjurkan pasien untuk rileks
 - c) Bebaskan area kaki dari selimut dan kaos kaki
- 3) Melakukan persiapan lingkungan
 - a) Atur pencahayaan
 - b) Atur suhu
 - c) Privasi pasien (tutup sampiran) dan keamanan pasien
- 4) Melakukan persiapan petugas
 - a) Mencuci tangan
 - b) Menggunakan APD
 - c) Berdoa

c. Prosedur kerja

- 1) Bebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki dan sebaliknya 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 (*massage*)
- 3) Lakukan pijatan dengan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan

patrisage (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) Lakukan pijatan pada kaki satunya
- 9) Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissue

d. Fase terminasi

- 1) Evaluasi subjektif
 - a) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan kembali klien ke posisi yang nyaman
 - b) Evaluasi perasaan klien
- 2) Evaluasi objektif
 - a) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien selesai tindakan
- 3) Rencana tindak lanjut (menganjurkan keluarga klien untuk melakukan terapi foot *massage* kepada pasien pada pagi dan sore)
- 4) Kontrak yang akan datang (lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya)

4. Peran perawat dalam pemijatan (foot *massage*)

Peran perawat dalam pemijatan (*foot massage*) adalah sebagai *care giver* yaitu perawat melakukan tindakan komplemter asuhan keperawatan dengan melakukan *foot massage* pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi melalui peran perawat secara mandiri ataupun kolaborasi. *Foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali, Chanif (2013).

Massage dapat menurunkan skala nyeri karena *massage* dapat menyebabkan pelepasan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang,

Afianti (2017). *Foot massage* dapat menurunkan nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan rangsang yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan serotin dan dopamine. Gunnardottin & jonsdottir, (2007).

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Anamnesa

Tabel : 2.2 Anamnesa Klien dengan Gangguan Rasa Nyaman (Nyeri) pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea

Anamnesa	Hasil Anamnesa
Identitas	Meliputi nama klien, usia, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat klien, pekerjaan, pendidikan
Keluhan utama	Biasanya klien mengeluh nyeri dibagian abdomen, perih, masih terasah kabas diarea anastesi
Riwayat kesehatan	1. Riwayat kesehatan sekarang Biasanya pasien post operasi SC mengeluh nyeri, dan terdapat luka bekas sayatan di abdomen 2. Riwayat kesehatan dahulu Apakah pernah mengalami operasi sebelumnya 3. Riwayat kesehatan keluarga Adakah penyakit keturunan dan penyakit yang menular dalam keluarga
Psikologis	Pasien dengan post operasi SC biasanya mengalami gtangan psikologis terutama pada pasien yang baru pertama kali melakukan operasi.

Prilaku yang mempengaruhi kesehatan	Pada pasien post operasi biasanya yang mempengaruhi kesehatannya yaitu karena pasien post SC ini mengalami nyeri sehingga pasien malas untuk melakukan mobilisasi dini.
Riwayat kehamilan	a. Riwayat menstruasi : Untuk mengetahui menarche, lamanya, siklus teratur atau tidak dan apakah mengalami dysminore b. Riwayat kehamilan Untuk mengetahui jumlah gravida, partus, dan abortus (GPA), untuk mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) c. Riwayat persalinan sekarang : Dilakukannya operasi SC Biasanya pada pasien kelahiran premature, keadaan bayi
Riwayat nyeri dan kenyamanan	a. P : kaji yang menyebabkan memperberat nyeri b. Q : kaji kepada pasien bagaimana nyeri yang diraskannya c. R : kaji nyeri pasien apakah menyebar atau berfokus pada satu titik d. S : kaji kepada pasien seperti apa nyeri yang dirasakannya e. T : kaji kepada pasien nyeri yang dirasakannya mulai muncul

b. Pemeriksaan fisik

Tabel : 2.3 pemeriksaan fisik

Observasi	Hasil observasi
Keadaan umum	Biasanya pada pasien post operasi keadaan klien lemah, pucat, dan meringis
Kesadaran	Biasanya pada pasien post operasi section caesarea kesadarannya compos metis
TTV	TD : biasanya pada pasien post operasi Tekanan darahnya meningkat Nadi : biasanya pada pasien post operasi nadi meningkat Suhu : suhu tubuh normal RR: pernafasan biasanya tidak normal
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi : Biasanya pada pasien post operasi section caesarea terdapat luka post operasi Palpasi : Biasanya pada pasien post operasi section caesarea mengalami nyeri tekan Ausklutasi : Untuk mendengar bising usus
Pemeriksaan ekstermitas	a. Ekstermitas atas : Untuk mengetahui bentuk simetris atau tidak, ada kelainan atau tidak, ada

	dema atau tidak, ada pembekaan atau tidak
	b. Ekstermitas bawah : Untuk mengetahui bentuk simetris atau tidak, ada kelainan atau tidak, ada edema atau tidak, ada pembekaan atau tidak, reflek patella ada tidak dan biasanya mobilisasi pada pasien post operasi mengalami abnormal
Pemeriksaan genetalia	a. Vulva vagina Biasanya pada pasien post operasi section caesarea terpasang kateter b. Pemeriksaan anus Ada hemoroid atau tidak

c. Pemeriksaan diagnostik

Tabel 2.4 pemeriksaan diagnostik

Jenis penelitian	Nilai normal	Hasil
Hemoglobin atau Hematocrit	9,5-15,0 gr/dl	untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
Leokosit	5.000-10.000 mcl	Untuk mengetahui gangguan yang terjadi di dalam tubuh

2. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI, (2016).

a. Nyeri akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

a. Mengeluh nyeri

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah

- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses makan terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis
- 5) Kondisi klinis terkait
 - a) Kondisi pembedahan
 - b) Cidera traumatis
 - c) Infeksi
 - d) Sindrom coroner akut
 - e) Glaucoma
- b. Resiko infeksi
 - 1) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenetik.
 - 2) Faktor resiko
 - a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
 - b) Efek prosedur invatif
 - c) Malnutrisi
 - d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
 - e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - 1) Gangguan peristaltic
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi PH
 - 4) Penurunan kerja siliaris
 - 5) Ketuban pecah lama
 - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7) Merokok
 - 8) Statis cairan tubuh
 - f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - 3) Kondisi klinis terkait
 - a) Penurunan hemoglobin

- b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- c. Gangguan mobilitas fisik
- 1) Definisi
Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri
 - 2) Penyebab
 - a) Kerusakan integritas struktur tulang
 - b) Perubahan metabolisme
 - c) Ketidakbugaran fisik
 - d) Penurunan kekuatan otot
 - e) Penurunan massa otot
 - f) Penurunan kekuatan otot
 - g) Keterlambatan perkembangan
 - h) Kekakuan sendi
 - i) Kontraktur
 - j) Malnutrisi
 - k) Gangguan muskuloskeletal
 - l) Gangguan neoromuskuler
 - m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - n) Efek agen farmakologi
 - o) Program pembatasan gerak
 - p) Nyeri
 - q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - r) Kecemasan
 - s) Gangguan kognitif
 - t) Keengganan melakukan pergerakan
 - u) Gangguan sensori persepsi

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak (ROM) menurun

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Enggan melakukan pergerakan
- c) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi
- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

5) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cidera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

2. Intervensi keperawatan

Table 2.5 intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Standar luaran	Intervensi keperawatan
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien tampak meringis dan mengeluh nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan nyeri akut menurun Ket. Level: Dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi menurun 7. Pola napas menurun 8. Tekanan darah menurun 9. Nafsu makan menurun 10. Proses berpikir menurun	Intervensi utama : Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons non verbal 4. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

		Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, komprea hangat/dingin, terapi bermain. 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
--	--	--

		Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Resiko infeksi b.d prosedur invasif d.d kurangnya pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan resiko infeksi menurun	Intervensi utama : Pencegahan infeksi Observasi: - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terafeutik : - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan

		Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
Gangguan mobilitas fisik dan nyeri saat bergerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan mobilitas	Intervensi utama : dukungan ambulasi Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik lainnya - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi - Monitor kondisi umum sebelum melakukan ambulasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat kruk) - Fasilitasi melakukan mobilitas, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dan meningkatkan ambulasi Evaluasi - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

		- Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
--	--	---

BAB III METODE PENULISAN

A. Desain studi kasus

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* dengan menggunakan desain studi kasus. Pada studi kasus ini peneliti berupaya memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan dengan pemberian *foot massage* pada pasien post operasi *sectio caesarea* di RSHD Kota Bengkulu.

Studi kasus ini menggunakan pendekatan prosedur komunikasi terapeutik yang meliputi : fase pra interaksi, fase orientasi, fase interaksi/kerja, dan fase terminasi.

B. Subjek studi kasus

Subjek dalam studi kasus ini adalah 2 orang pasien post *sectio caesarea* dengan diagnosa keperawatan nyeri akut, adapun kriteria sebagai berikut

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien post operasi *Sectio caesarea* dengan anastesi spinal yang memiliki kesadaran penuh
- b. Pasien 24-48 jam post operasi *section caesarea*
- c. Skala nyeri ringan-sedang
- d. Bersedia menjadi responden
- e. Pasien mengalami SC pertama kali
- f. Pasien SC usia 20-30 tahun

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien tidak kooperatif selama studi kasus
- b. Pasien post *section caesarea* mengalami kondisi :
 - 1) Meninggal dunia
 - 2) Pulang
 - 3) Penurunan kesadaran tiba-tiba
 - 4) Pendarahan hebat

C. Definisi Oprasional

1. Pasien post SC pada kasus ini di definisikan pasien yang melakukan pembedahan melalui insisi dinding abdomen untuk mengeluarkan janin di RSHD kota Bengkulu
2. Pemberian *foot massage* dalam studi kasus ini di definisikan sebagai bagian dari intervensi manajemen nyeri yang dilakukan dengan cara memberikan pijatan ringan pada kedua kaki dipagi dan siang hari selama $\pm$ 10 menit setiap kaki selama 3 hari
3. Manajemen nyeri adalah rangkaian tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengelola pengalaman sensorik dan emosional akibat nyeri pada pasien *sectio caesarea*

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

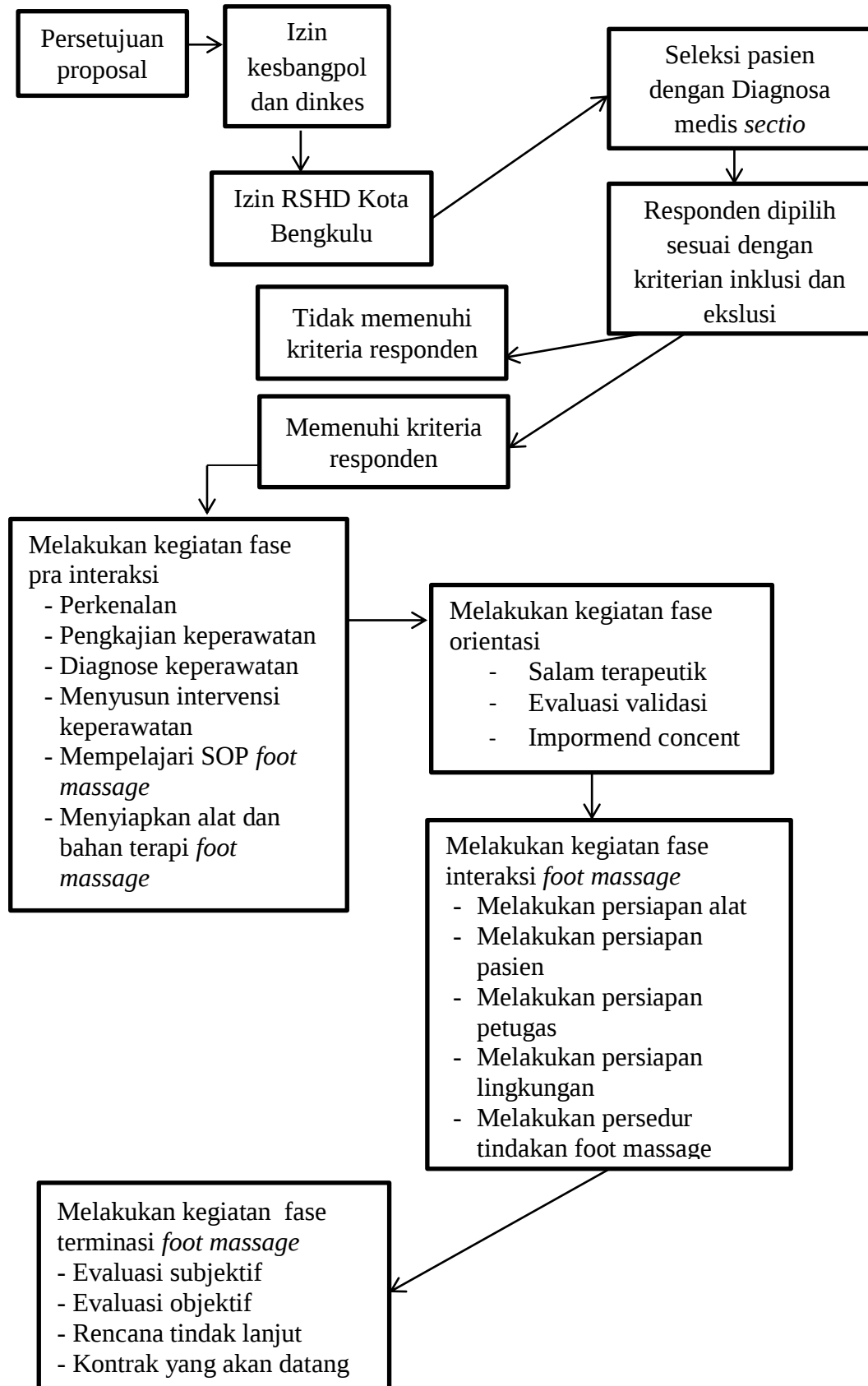
Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

2. Waktu

Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 31 Mei-2 Juni 2022 $\geq$ 3 hari

E. Tahapan Penelitian

Bagan 3.1 tahapan penelitian



F. Metode dan Instrument Penelitian

1. Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Merupakan proses tanya jawab penulis dengan responden untuk memperoleh informasi atau data dari responden yaitu menanyakan identitas responden, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga. Pada pengambilan kasus ini peneliti melakukan wawancara dengan responden dan tenaga medis, guna pengkajian untuk memperoleh data untuk menegakan diagnose.

b. Observasi

Suatu teknik mengamati perubahan fisik dan psikologis responden dan memperhatikan tanda-tanda vital dan mengobservasi intensitas nyeri yang dirasakan oleh responden. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk untuk menentukan status kesehatan responden, mengidentifikasi masalah kesehatan, dan memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan sumber data skunder yang didapatkan dari status pasien, status labor, atau status penunjang lainnya

2. Instrument pengumpulan data

a. Format pengkajian keperawatan untuk mendapatkan data klien

b. Lembar observasi

c. Nursing kit, untuk mengukur tanda-tanda vital

d. *Foot massage* kit (minyak zaitu, tisu dll)

G. Analisa Data

Data akan disajikan berdasarkan tahapan prosedur tindakan dengan pendekatan komunikasi terapeutik :

1. Fase pra interaksi

a. Pengkajian keperawatan (identitas pasien, keluhan utama masuk rumah sakit, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga)

- b. Diagnosa keperawatan
 - c. Rencana keperawatan
 - d. SOP *foot massage*
 - e. Menyiapkan alat dan bahan foot massage
- 2. Fase orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - b. Evaluasi validasi
 - c. Informed consent
- 3. Fase interaksi/kerja foot massage
 - a. Persiapan alat
 - b. Persiapan lingkungan
 - c. Persiapan pasien
 - d. Persiapan petugas
 - e. Prosedur tindakan foot massage
- 4. Fase terminasi
 - a. Evaluasi subjektif
 - b. Evaluasi objektif
 - c. Rencana tindak lanjut
 - d. Kontrak yang akan dating

H. Etika Penelitian

1. *Informt consent*
 Informt consent adalah lembar persetujuan pasien sebelum dilakukannya intervensi dengan pemberian foot massage pada *pasien post operasi section caesarea*
2. *Anonymity* (tanpa nama), untuk menjaga identitas responden penulisan tidak mencantumkan nama responden melainkan hanya inisial nama, kode nomor atau kode tertentu pada lembar pengumpulan data (format pengkajian, lembar observasi nyeri) yang akan diisi oleh peneliti sehingga identitas responden tidak diketahui oleh public.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan), penulis tidak akan menyebarkan informasi yang diberikan responden dan kerahasiaannya akan dijamin oleh peneliti.

Hanya peneliti dan responden yang tau apa yang akan diteliti, semua data yang diberikan oleh responden akan dijaga kerahasiaannya.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Jalan penelitian

a. Persiapan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyiapkan alat dan bahan satu hari sebelum penelitian. Alat yang disiapkan yaitu minyak zaitun, hanscoon dan tissue. Peneliti juga menyiapkan lembar inform concent, lembar ceklis, lembar observasi nyeri, format pengkajian, dan SOP *foot massage*. Setelah alat dan bahan sudah siap, pada tanggal 31 mei-2 juni 2022 peneliti membawa alat dan bahan tersebut ke Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu untuk melakukan penelitian dengan kasus “Asuhan Keperawatan dengan Pemberian *Foot Massage* dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea”.

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada tanggal 31 mei sampai tanggal 2 juni 2022 dimulai dari penentuan pasien yang bisa dijadikan responden berdasarkan dengan kriteria inklusi dengan menggunakan lembar ceklis, responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu pasien dengan anastesi spinal dan memiliki kesadaran penuh, pasien setelah 24-48 jam post op dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait, skala nyeri ringan –sedang, pasien bersedia menjadi responden, pasien mengalami SC pertama kali, dan pasien yang berusia 20-30 tahun. didapatkan 4 responden 2 responden memenuhi kriteria inklusi dan 2 responden tidak memenuhi kriteria inklusi dikarenakan pasien sudah 2 kali melakukan SC dan pasien berusia lebih dari 30 tahun. Pada tanggal 31 mei 2022 peneliti menemui pasien yang akan dijadikan responden dengan membawa lembar impormet consent dan memintak persetujuan dari kedua responden, setelah peneliti mendapatkan persetujuan dan responden sudah menyetujui lembar informed concent sehingga peneliti bisa melakukan pengkajian. Setelah melakukan pengkajian peneliti menganalisa data

untuk menegakan diagnosa keperawatan dimana dianalisa data terdapat data subjektif dan data objektif. Selanjutnya peneliti merencanakan tindakan keperawatan yaitu pemberian *foot massage* dengan skala nyeri ringan sampai sedang. Setelah merencanakan tindakan, peneliti mulai melaksanakan tindakan yang dimulai dari fase orientasi, fase interaksi dan fase terminasi. Pemberian *foot massage* ini selama 20 menit, 10 menit setiap kaki yang mana dilakukan 2 kali sehari yaitu dipagi dan siang hari selama 3 hari. evaluasi dilakukan sebelum dan sesudah *foot massage*. Dan dihari terakhir peneliti melakukan evaluasi sumatif.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Musdalifah Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu, yang beralamat di Jl. Letjend Basuki Rahmat No. 01 Kota Bengkulu.

3. Hasil studi kasus

Studi kasus ini dilakukan dengan dua responden pada kasus yang sama, ditujukan untuk menggambarkan perbedaan individual atau variasi "unik" dari suatu permasalahan.

- a. Gambaran fase pra interaksi penerapan *foot massage* pada pasien post sectio caesarea

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan hasil yang didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang dan terapi.

a) Anamnesa

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien dengan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea

No	Anamnesa	Hasil observasi	
		Responden 1	Responden 2
1.	Identitas klien		
	Hari, tanggal pengkajian	Selasa, 31 mei 2022	Selasa, 31 mei 2022
	Nama	Ny. R	Ny. A

	Umur	28 thn	30 thn
	Pekerjaan	Dosen	IRT
	Pendidikan	S2	S1
	Agama	islam	islam
	Alamat	Perumahan sepina, Blok C no 12, kandang limun kota bengkulu	Bengkulu tengah
2.	Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri di perut bawah di tempat SC	Klien mengatakan nyeri diperut bawah di tempat SC
3.	Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu	1. 2018 G1P0A0. Jenis persalinan normal dibantu oleh bidan, jenis kelamin laki-laki BBL 3.500 gram dan PBL 52 cm. keadaan bayi lahir sehat, masalah kehamilan tidak ada.	1. 2016 G1P0A0. Jenis persalinan normal dibantu oleh bidan, jenis kelamin perempuan, BBL 3.500 Gram PBL 51 cm, keadaan bayi sehat. Tidak ada masalah. 2. 2018 G2P1A0. Jenis persalinan normal dibantu oleh bidan, jenis kelamin perempuan, BBL 3.500gram dan PBL 52 cm, keadaan bayi sehat. Tidak ada masalah.
4	Riwayat kehamilan saat ini	Klien mengatakan periksa kehamilan setiap bulan diklinik sekitar rumahnya	Klien mengatakan memeriksa kehamilannya kebidan dan kadang-kadang ke klinik terdekat
5.	Riwayat persalinan	Jenis persalinan : sectio caesarea pada tanggal 30 mei 2022 pukul : 09.00 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, BBL 3.000 gram, PBL 51 cm, Perdarahan 700 cc. Masalah dalam persalinan : Tidak ada	Jenis persalinan : sectio caesarea, pada tanggal 30 mei 2022, pukul 10.00 WIB Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, BBL 3.000 gram, PBL 50 cm. Perdarahan 800 cc. Masalah dalam persalinan : Tidak ada
6.	Psikologis		
	Adaptasi psikologis	Klien mengatakan nyeri pada bagian perut akibat luka operasi	Klien mengatakan nyeri pada bagian perut akibat operasi
	Penerimaan terhadap bayi	Klien mengatakan menerima dan sangat bersyukur	Klien mengatakan sangat senang atas kelahiran bayinya klien menyusui dengan baik

	Kemampuan menyusui	Klien mampu menyusui dengan baik	
6.	Riwayat ginekologi	Menarche usia 12 tahun, siklus haid 28-30 hari, lama haid 3-5 hari, tidak ada masalah saat haid. Penggunaan alat kontrasepsi yaitu suntik	Menarche usia 13 tahun, siklus haid 28-30 hari, lama haid 3-6 hari, masalah saat haid yaitu disminore. Penggunaan alat kontrasepsi yaitu suntik
7.	Riwayat kesehatan sekarang	P : klien mengatakan nyerinya karena luka setelah operasi Q : klien mengatkan nyerinya seperti ditusuk-tusuk R : klien mengatkan nyerinya hanya di tempat SC dan nyerinya tidak menyebar S : Klien mengatakan nyeri dengan skala 6 T : klien mengatakan nyerinya timbul karena bergerak.	P : klien mengatakan nyerinya karena luka setelah operasi Q : klen mengatkan nyerinya seperti diremas, klien mengatakan nyerinya R : klien mengatakan nyerinya hanya ditempat operasi dan tidak menyebar S : klien mengatakan nyeri dengan skala 4 T : nyerinya timbul saat bergerak
8.	Riwayat kesehatan dahulu	Klien mengataakn perna melakukan operasi sebelumnya, yaitu operasi amandel	Klien mengatakan belum perna menagalamik penyakit yang serius ataupun melakuakan operasi sebelumnya
9.	Riwayat kesehatan keluarga	Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit yang menular dan tidak mempunyai penyakit menurun	Klien mengatakan kakaknya mempunyai penyakit gula darah (DM)

b) Pola aktifitas sehari-hari

Table 4.2 Hasil Aktivitas Sehari-hari pasien dengan gangguan rasa nyaman.

No	Pola sehari-hari	Responden 1		Responden 2	
		Sebelum sakit	Selama sakit	Sebelum sakit	Selama sakit
1.	Pola nutrisi				
	Makan				
	jenis	Nasi	Nasi	Nasi	Nasi
	jumlah	Sedang	sedikit	Sedang	Sedikit

	waktu	3x Sehari	3x Sehari dengan porshi sedikit	3x Sehari	3x Sehari dengan porshi sedikit
2.	Minum				
	Jenis	air putih dan susu	air putih	Air putih dan susu	Air putih
	Jumlah	1-2 liter	1 liter	1-2 liter	1liter
	Waktu	Pagi, siang, malam	Pagi, siang, malam	Pagi, siang malam	Pagi, siang, malam
3.	Istirahat				
	Siang	±4 jam	<2 jam	±4 jam	<2 jam
	Malam	±8 jam	<6 jam	±8 jam	<6 jam
4.	BAB	1x sehari	1x sehari	1x sehari	1x sehari
5.	BAK	4-5x sehari	2-3x sehari	4-5x sehari	2-3x sehari
6.	Mobilisasi dan latihan fisik	-	3x sehari	-	3x sehari

c) pemeriksaan fisik

table 4.3 hasil pemeriksaan fisik pasien dengan gangguan rasa nyaman

No	Observasi	Hasil observasi	
		Responden 1	Responden 2
1.	Keadaan umum	Lemah	Lemah
2.	Kesadaran	Compos mentis GCS : 15	Compos mentis GCS : 15
3.	Tanda-tanda vital		
	Tekanan darah	120/90 mmHg	130/100 mmHg
	Nadi	80x/menit	80x/menit
	Pernafasan	22x/menit	22x/menit
	Suhu	36,0°c	36,0°c
	Masalah keperawatan	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
4	Kepala dan leher		
	Wajah	Klien tampak meringis, klien tampak pucat, klien tampak menjauh nyeri	Klien tampak meringis, klien tampak pucat, klien tampak waspada terhadap nyeri
	Mata	Konjungtiva ananemis, tampak anikterik	Konjungtiva ananemis, tampak anikterik
	Bibir	Mukosa bibir kering	Mukosa bibir kering
5.	Pemeriksaan dada		
	jantung	Inspeksi : bentuk dada	Inspeksi : bentuk dada

	simetris Palpasi : tidak ada pembesaran jantung/kelainan jantung Auskultasi : bunyi jantung lup-dup	simetris Palpasi : tidak ada pembesaran jantung/kelainan pada jantung Auskultasi : bunyi jantung lup-dup
Paru-paru	Inspeksi : pergerakan dada simetri Palpasi : tidak ada kelainan paru Auskultasi : suara paru vesikuler	Inspeksi : pergerakan dada simetris Palpasi : tidak ada kelainan paru Auskultasi : suara paru vesikuler
Puting susu	Inspeksi : puting susu tampak menonjol	Inspeksi : puting susu tampak menonjol
Pengeluaran ASI	Inspeksi : kolostrum keluar, ASI banyak	Inspeksi : kolostrum keluar, ASI banyak
6. Pemeriksaan abdomen		
Involusi uterus	Kontraksi uterus teraba	Kontraksi uterus teraba
Fundus uterus	Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusar atau 7 cm	Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusar atau 7 cm
Kandung kemih	Klien berkemih dengan DC, tampak kekuningan	Klien berkemih dengan DC, tampak kekuningan
Fungsi pencernaan	Bentuk abdomen simetris, terdapat luka tertutup dengan kasa dan tranparan film, tidak terdapat becak disekir luka	Bentuk abdomen simetris, terdapat luka tertutup dengan kasa dan tranparan film, tidak terdapat becak disekir luka
7. Perinium dan ginjal		
Vagina	Integritas kulit baik. Tidak ada edema/tidak ada hematoma pada vagina dan vulva, perinium utuh, tidak ada bekas luka episiotomy	Integritas kulit baik. Tidak ada edema/tidak ada hematoma pada vagina dan vulva, perinium utuh, tidak ada bekas luka episiotomy
Lochia	Luchia rubra, warna merah, pendarahan 500 cc, bau amis	Luchia rubra, warna merah, pendarahan 600 cc, bau amis
Hemoroid	Tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan	Tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan

8.	Pemeriksaan ekstermitas		
	Ekstermitas atas	Tidak ada edema, tidak ada kelainan	Tidak ada edema, tidak ada kelainan
	Ekstermitas bawah	Simetris, terdapat edema, terdapat bercak hitam, tidak ada nyeri tekan	Simetris, tidak ada edema, tidak ada bercak hitam, tidak ada nyeri tekan dan tampak bersih

d) Pemeriksaan diagnostic

Table 4.4 hasil pemeriksaan diagnostic Responden 1

Janis pemeriksaan	Nilai rujukan	Hasil pemeriksaan diagnostic	
		Responden 1	Responden 2
Hemoglobin	Lk: 13.0-18.0 gr/dl. Pr: 12.0-16.0 gr/dl	12,9 g/dl	14,6 g/dl
Hematocrit (endapan sel darah merah tanpa campran plasma)	Lk: 37-47% Pr: 40-54%	43%	48%
Leukosit	4.000-10.000 Mm3	7000 Mm3	8000 Mm3
Trombosit	150.000-450.000 Sel/Mm3	220.000 Sel/Mm3	234.000 Sel/Mm3

e) Pelaksanaan terapi

Table 4.5 penatalaksanaan terapi klien dengan gangguan kebutuhan pemenuhan rasa nyaman

No	Nama obat	Cara pemberian	kegunaan	Dosis	waktu
Responden 1					
1.	RL		Cairan tubuh	1500/hari	
2.	Cetixime	Inj	Antibiotik	2x1	08.00
3.	Cetorolac	Inj	analgetik	3x1	06.00
4.	Asam mefenamat	Oral	Analgetik	3x1	22.00, 16.00
Responden 2					
1.	RL		Cairan tubuh	1500/hari	

2.	Cetixime	Oral	Antibiotik	200 mg	08.00
4.	Asam mefenamat	Oral	Analgetik	3x1	22.00, 16.00
5.	Cetorolac	Inj	Analgetik	3x1	06.00

2) Diagnosa

Tabel 4.5 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah kep.
Responden 1			
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)	DS: 1. Klien mengatakkn nyeri diperut bawah 2. P: klien mengatakan nyerinya karena luka operasi sectio caesarea Q: klien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk R: klien mengatakan nyerinya hanya di tempat SC dan tidak menyebar S: klien mengatakan nyerinya diskala 6 T: klien mengatakan nyerinya timbulk karena bergerak DO : 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak menghindari nyeri 3. Gerakan tampak terbatas karena adanya luka 4. Pola nafas berubah 5. Klien tampak pucat 6. Tampak luka oprasi yang tertutup 7. TTV TD : 120/90 P : 22x/menit N : 80x/menit S : 36,0°c	Sectio caesarea ↓ Luka post oprasi ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Gangguan rasa nyaman (nyeri) ↓ MK : Nyeri Akut	Nyeri Akut

2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur inpasif dibuktikan dengan kurangnya pengetahuan (I.0142)	DS : 1. Klien mengatakan baru pertama kali melakukan SC 2. Klien mengatakan belum bisa merawat lukanya setelah pulang nanti 3. Klien mengatakan nyeri di perut 4. Klien mengatakan nyerinya ilang timbul DO : 1. Terdapat luka operasi 2. Terpasang infus 3. Terpasang DC 4. Td : 120 mmHg, RR : 22 x/mnt, N : 80x/mnt, S: 36,0°c	Sectio caesarea ↓ Luka post oprasi ↓ Jaringan terputus ↓ proteksi kurang ↓ invasi bakteri ↓ MK : Resiko Infeksi	Resiko Infeksi
Responden 2			
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)	DS : 1. Klien mengatakan nyeri diperut bawah 2. P: klien mengatakan nyerinya karena luka SC Q: klien mengatakan nyernya seperti diremas R: klien mengtaakan nyerinya hanya ditempat SC dan tidak menyebar S : klien mengatkan skala nyerinya 4 T: klien mengatkan nyeri timbul saat bergerak DO : 1. Klien tampak meringis 2. klien tampak pucat 3. Klien tampak menghindari nyeri 4. Tampak gerakan terbatas 5. Pola nafas berubah 6. Tampak luka operasi tertutup 7. TTV TD : 130/100 mmHg P : 22x/menit N : 85x/menit	Sectio caesarea ↓ Luka post oprasi ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Gangguan rasa nyaman (nyeri) ↓ MK : Nyeri akut	Nyeri Akut

S : 36,0°C			
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur inpasif dibuktikan dengan kurangnya pengetahuan (I.0142)	DS : 1. klien mengatakan baru pertama kali melakukan SC 2. klien mengatakan belum bisa merawat lukanya waktu pulang nanti 3. klien mengatakan nyeri di perut 4. klien mengatakan nyeri saat bergerak DO : 1. terdapat luka operasi 2. terpasang infus 3. terpasang DC 4. TD : 130/100 mmHg, N : 80x/mnt, RR: 22 x/mnt, S: 36,0°C	Luka post operasi ↓ Jaringan terbuka ↓ Invasi bakteri ↓ Proteksi kurang ↓ MK : Resiko infeksi	Resiko infeksi

3) Diagnosa keperawatan

Responden 1

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)
- Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur inpasif dibuktikan dengan terdapat luka operasi, terpasang infus, dan terpasang DC (I.0142)

Responden 2

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)
- Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur inpasif dibuktikan dengan terdapat luka operasi, terpasang infus, dan terpasang DC (I.0142)

4) Intervensi keperawatan

Table 4.6 intervensi Responden 1

Diagnosa Kep	Luaran	Intervensi keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandi dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)	Luaran utama : (L.08066) Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Gelisah menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Pola tidur membaik	Intervensi utama: (I.08238)Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. dentifikasi respons non verbal 4. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terafeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, **terapi pijat**, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, komprea hangat/dingin, terapi bermain.
2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
-

		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgetik
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dibuktikan dengan terdapat luka operasi, terpasang infus, dan terpasang DC (I.0142)	Luaran utama : (L.14137) tingkat infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Kultur area luka membaik	Intervensi utama : (I. 14539) pencegahan infeksi Tindakan Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Table 4.6 intervensi Responden 2

Diagnosa Kep	Luaran	Intervensi keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandi dengan klien tampak meringis dan mengeluh nyeri (D.0077)	Luaran utama : (L.08066) Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Gelisah menurun 5. Ketegangan otot menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik 9. Pola tidur membaik	Intervensi utama: (I.08238) Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, identitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. dentifikasi respons non verbal 4. Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, **terapi pijat**, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, komprea hangat/dingin, terapi bermain.
2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
-

		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgetik
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dibuktikan dengan terdapat luka operasi, terpasang infus, dan terpasang DC (I.0142)	Luaran utama : (L.14137) tingkat infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Kultur area luka membaik	Intervensi utama : (I. 14539) pencegahan infeksi Tindakan Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Tabel 4.7 Gambaran persiapan alat dan bahan terapi foot massage

Responden 1	Responden 2
Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyiapkan bahan dan alat satu hari sebelum dilakukannya penelitian. Alat yang digunakan peneliti adalah minyak zaitun dan tissue. Peneliti juga menyiapkan lembar pengkajian, lembar observasi, dan lembar informed consent. Besoknya peneliti melakukan penelitian dengan membawa alat dan bahan yang telah disiapkan tersebut Kerumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu untuk melakukan terapi foot massage pada pasien sectio caesarea. Saat hendak melakukan penelitian, semua alat dan bahan disiapkan oleh peneliti sampai selesai. Proses penerapan dilakukan peneliti selama 3 hari terhadap 2 orang responden yaitu Ny. R dan Ny. A. pelaksanaan penerapan dilaksanakan menggunakan tahapan komunikasi terapeutik yaitu mulai dari fase orientasi, interaksi, dan terminasi. Setiap kali pertemuan peneliti melakukan ketiga tahapan tersebut. Hasil penerapan terapi foot massage pada pasien post sectio caesarea selama 3 hari dapat dilihat pada table berikut:	Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyiapkan bahan dan alat satu hari sebelum dilakukannya penelitian. Alat yang digunakan peneliti adalah minyak zaitun dan tissue. Peneliti juga menyiapkan lembar pengkajian, lembar observasi, dan lembar iformed consent. Besoknya peneliti melakukan penelitian dengan membawa alat dan bahan yang telah disiapkan tersebut Kerumah Sakit Harapan Dan Doa kota Bengkulu untuk melakukan terapi foot massage pada pasien sectio caesarea. Saat hendak melakukan penelitian, semua alat dan bahan disiapkan oleh peneliti sampai selesai. Proses penerapan dilakukan peneliti selama 3 hari terhadap 2 orang responden yaitu Ny. R dan Ny. A. pelaksanaan penerapan dilaksanakan menggunakan tahapan komunikasi terapeutik yaitu mulai dari fase orientasi, interaksi, dan terminasi. Setiap kali pertemuan peneliti melakukan ketiga tahapan tersebut. Hasil penerapan terapi foot massage pada pasien post sectio caesarea selama 3 hari dapat dilihat pada table berikut:

b. Gambaran fase orientasi, fase interaksi, dan fase terminasi

**Table 4.9 gambaran fase orientasi, interaksi dan terminasi Responden 1 dan 2 pada tanggal 31 mei – 2 juni 2022,
Hari pertama di jam 09:00 dan 10:00 wib**

Fase orientasi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Salam terafeutik	09:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat pagi buk, perkenalkan nama saya Izah Marselina saya mahasiswa keperawatan dari STIKes Sapta Bakti Bengkulu”</i>	10:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Izah Marselina, saya mahasiswa keperawatan dari STIKes Sapta Bakti Bengkulu”</i>
Evaluasi validasi	09:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien. <i>“baiklah ibu, nama ibu siapa ?umurnya berapa buk?. Saya lihat gelang identitasnya ya buk!”</i>	10:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mongampirmasi dengan melihat gelang identitas klien <i>“ibu namanya siapa?umurnya berapa buk?boleh saya lihat gelang identitasnya?”</i>

Informant concent	09:00	Perawat menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, tujuan, dan waktu pemberian dan memintak persetujuan dari pasien. <i>“baiklah ibu disini saya akan melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan dengan pemberian foot massage dalam manajemen nyeri pada pasien post sectio caesarea (SC), foot massage adalah tindakan pemijatan yang dilakukan untuk mengalihkan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu, foot massage ini diberikan sebanyak 2 kali sehari sebanyak 20 menit, setiap kaki 10 menit dan dilakukan selama tiga hari. Baiklah ibu jika ibu bersedia untuk menjadi responden saya selama 3 hari kedepan, silahkan tanda tangan di lembar</i>	10:00	Perawat menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, tujuan, dan waktu pemberian dan memintak persetujuan dari pasien. <i>“baiklah ibu disini saya akan melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan dengan pemberian foot massage dalam manajemen nyeri pada pasien post sectio caesarea (SC), foot massage adalah tindakan pemijatan yang dilakukan untuk mengalihkan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu, foot massage ini diberikan sebanyak 2 kali sehari sebanyak 20 menit, setiap kaki 10 menit dan dilakukan selama tiga hari. Baiklah ibu jika ibu bersedia untuk menjadi responden saya selama 3 hari kedepan, silahkan tanda tangan di lembar informant consent ini ya buk!”</i>
----------------------	-------	--	-------	---

<i>informed consent ini ya buk!”</i>				
Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan alat	09:03	Perawat mendekatkan alat	10:03	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	09:03	Perawat mengatur posisi nyaman klien	10:03	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	09:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	10:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	09:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	10:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Fase kerja	09:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyeri <i>“ibu nyeri yang dirasakan dibagian mana ya?”</i> 2. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“baiklah ibu skala nyeri yang ibu rasakan diskala berapa ya ya buk?jika</i>	10:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyeri <i>“baiklah ibu nyeri yang ibu raskan dibagian mana buk?</i> 2. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“ibu skala nyeri yang ibu rasakan diskala berapa?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri</i>

0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-9 nyeri berat, sedangkan 10 adalah nyeri yang sangat-sangat nyeri?

3. Melakukan TTV kepada responden
“baiklah ibu sebelum dilakukan terapinya kita melakukan TTV dulu ya bu!”

4. Melakukan terapi foot massage
“baiklah ibu kita mulai melakukan terapi foot massagenya ya!”

5. Kolaborasi pemberian analgetik berdasarkan waktu yang telah ditentukan.

ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat dan 10 nyeri yang sangat-sangat berat yang tidak bisa tertahankan”

3. Melakukan TTV kepada responden
“baiklah bu sebelum dilakukan foot massage, kita periksa TTVnya terlebih dahulu ya bu!”

4. Melakukan terapi foot massage
“baiklah bu kita langsung saja terapinya ya bu”

5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai waktu yang telah ditentukan.

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi	09:27	Ds :	10:27	Ds :
subjektif dan objektif		1. Klien mengatakan nyeri di perut bawah 2. Pasien mengatakan skala nyerinya 6 3. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa mepresiasi nyerinya turun seberapa Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak tertidur saat dik massage 3. Klien tampak kooperatif 4. Td : 120/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt		1. Klien mengatakan nyeri di perut bawah 2. Pasien mengatakan skala nyeri 4 3. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa mepresiasi nyerinya turun seberapa Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak tertidur saat dik massage 3. Klien tampak kooperatif 4. Td : 130/100 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt

Rencana tindak lanjut	09:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi di jam 13:00?	10:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi di jam 14:00?
--------------------------	-------	---	-------	---

Tabel 4.10 Gambaran fase orientasi, fase interaksi dan fase terminasi responden 1 dan responden 2 dijam 13:00 dan 14:00

Fase	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
orientasi				
Salam terapeutik	13:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat siang ibu, perkenalkan nama saya izah, saya mahasiswa dari STIKes Sapta Bakti bengkulu, sesuai dengan janji saya tadi pagi ya bu, siang ini saya akan kembali melakukan foot massage ya bu”</i>	14:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat siang ibu, saya izah bu mahasiswa dari STIKes Sapta Bakti Bengkulu, sesuai dengan janji saya pagi tadi ya bu, siang ini saya akan melakukan foot massage kembali ya bu”</i>
Evaluasi validasi	13:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkonfirmasi dengan	14:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkonfirmasi dengan melihat

		melihat gelang identitas klien. <i>“benar ya buk dengan ibu R?”</i>		gelang identitas klien <i>“benar ya buk ini dengan ibu A?”</i>
Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan alat	13:03	Perawat mendekatkan alat	14:03	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	13:03	Perawat mengatur posisi nyaman Klien	14:03	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	13:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	14:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	13:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	14:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Fase kerja	13:05	1. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“baiklah ibu skala nyerinya sudah diskala berapa?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9</i>	14:05	1. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“baiklah ibu skala nyeri yang bibu rasakan sudah seberapa ya buk?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri</i>

<i>nyeri berat dan 10 nyeri yang sangat berat?”</i> 2. Melakukan TTV kepada responden <i>“baiklah ibu sebelum kita melakukan terapinya kita periksa TTVnya dulu ya bu”</i> 3. Melakukan terapi foot massage <i>“baiklah bu kita mulai foot massagenya ya”</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai dengan jadwal yang telah ditemtukam	<i>sedang, 7-9 nyeri berat dan 10 nyeri yang sangat berat?”</i> 2. Melakukan TTV kepada responden <i>“baiklah ibu sebelum saya melakukan foot massage, saya akan melakukan TTV dahulu ya bu?”</i> 3. Melakukan terapi foot massage <i>“baiklah ibu kita mulai foot massagenya ya”</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik berdasarkan waktu yang telah ditentukan
--	---

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi subjektif dan objektif	13:27	Ds : 1. Klien mengatakan masih nyeri tetapi tidak seperti tadi 2. Klien mengatakan nyerinya diskala 5 Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak tertidur saat dik massage 3. Klien tampak kooperatif 4. Td : 120/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt	14:27	Ds : 1. Pasien mengatakan masih nyeri tapi agak berkurang 2. Klien mengatakan nyerinya diskala 3 Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak kooperatif 3. Td : 130/100 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt
Rencana tindak lanjut	13:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi besok? Perawat mengajarkan keluarga pasien terapi	14:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi besok? Perawat mengajarkan keluarga pasien terapi foot

		foot massage.			massage.
Kontrak	13:28	Perawat mengontrak waktu	14:28	Perawat mengontrak waktu selanjutnya	
yang akan		selanjutnya		““baiklah ibu pakah terapi foot massage	
datang		“baiklah ibu pakah terapi foot		ini bisa kita lakukan kembali besok?”	
		massage ini bisa kita lakukan kembali			
		besok?”			

Tabel 4.11 gambaran fase orientasi, fase interaksi, dan fase terminasi responden 1 dan responden 2 dihari ke dua dan dijam 09:00 dan 10:00 wib

Fase orientasi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Salam terafeutik	09:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. “selamat pagi ibu?, apakah ibu masih ingat dengan saya?”	10:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. “selamat pagi ibu, apakah ibu masih ingat dengan saya?”
Evaluasi validasi	09:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien. “ibu benar dengan ibu R?”	10:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien. “ibu benar dengan ibu A?”

Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan alat	09:03	Perawat mendekatkan alat	09:03	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	09:04	Perawat mengatur posisi nyaman klien	10:04	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	09:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	10:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	09:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	10:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Prosedur tindakan	09:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyerinya <i>“ibu nyerinya dibagian mana ya bu?”</i> 2. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan	10:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyerinya <i>“baikalh ibu nyeri yang ibu rasakan dimana ya bu?”</i> 2. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“ibu skala nyeri yang ibu rasakan</i>

<i>“baiklah ibu skala nyeri yang ibu rasakan diskala seberapa ya bu?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 nyeri yang sangat-sangat nyeri?”</i> 3. Melakukan TTV kepada responden <i>“baiklah ibu sebelum kita melakukan terapi foot massage ini, saya akan melakukan pemeriksaan TTV ya bu?”</i> 4. Melakukan terapi foot massage <i>“baiklah ibu kita mulai tindakannya ya bu?”</i> 5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai waktu yang telah ditentukan	<i>sekarang sudah diskala berapa ya bu?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, 10 nyeri yang sangat-sangat berat?”</i> 3. Melakukan TTV kepada responden <i>“baiklah bu sebelum saya melakukan foot massage saya kan melakukan TTV terlebih dahulu ya bu!”</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai waktu yang dijadwalkan
---	---

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi subjektif dan objektif	09:27	Ds : 1. Klie mengatkan nyerinya di perut 2. Klien mengatkan nyerinya skala 5 3. Klien mengatakaan nyerinya Teralihkan 4. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa mepresiasi nyerinya turun beberapa 5. Pasien mengatakaan masih nyeri tapi agak berkurang Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks	10:27	Ds : 1. Klien mengatkan nyeri di perut 2. Klien mengatkan nyerinya skala 3 3. Klien mengatakaan nyerinya berkurang 4. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa mepresiasi nyerinya turun beberapa 5. Klien mengatakan lebih enak setelah dimassage Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak tertidur saat dik massage 3. Klien tampak kooperatif 4. Td : 120/90 mmHg

		2. Klien tampak tertidur saat dik massage		N : 80 x/mnt S : 36.0 c
		3. Klien tampak kooperatif		R : 22 x/mnt
		4. Td : 120/90 mmHg		
		N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt		
Rencana tindak lanjut	09:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi di jam 13:00? Perawat mengajak keluarga pasien terapi foot massage	10:28	Perawat menanyakan apakah terapi bisa dilanjutkan lagi di jam 14:00? Perawat mengajarkan keluarga klien terapi foot massage

Tabel 4.12 gambaran fase orientasi, fase interaksi, dan fase terminasi responden 1 dan responden 2 dijam 13:00 dan 14:00 wib

Fase	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
orientasi				
Salam terapeutik	13:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga.	14:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga.

		<i>“selamat siang ibu?apakah ibu masih ingat dengan saya?”</i>		<i>“Selamt siang ibu?apakah ibu masih ingat dengan saya?”</i>
Evaluasi validasi	13:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien. <i>“dengan ibu R ya buk?”</i>	14:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien <i>“dengan ibu A ya buk?”</i>
Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan	13:00	Perawat mendekatkan alat	14:00	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	13:00	Perawat mengatur posisi nyaman klien	14:00	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	13:02	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	14:02	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	13:02	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	14:02	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Fase kerja	13:03	1. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan	14:03	1. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan

“ibu skala nyeri yang ibu rasakan sudah diskala berapa buk?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 0 nyeri yang sangat berat?”

2. Melakukan TTV kepada responden

“ibu sebelum melakukan foot massage saya akan melakukan TTV terlebih dahulu ya buk!”

3. Melakuakn terapi foot massage
“baiklah ibu kita mulai melakukan terapinya ya buk!”

4. Kolaborasi analgetik sesuai dengan pemberian yang telah terjadwal

“ibu sekarang skala nyeri yang ibu rasakan sudah diskala berapa buk?0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyrti berat, dan 10 nyeri yang sangat-sangat nyeri”

2. Melakukan TTV kepada responden

“baiklah ibu sebelum foot massage dilakukan kita periksa TTV nya dulu ya!”

3. Melakukan terapi foot massage
“ibu kita mulai terapinya ya!”

4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai dengan waktunya

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi subjektif dan objektif	13:27	Ds : 1. Klien mengatakan nyerinya teralihkan 2. Pasien mengatakan enak setelah dimassage 3. Klien mengatakan nyerinya diskala 4 4. Klien mengatakan masih neri tapi nyerinya berkurang Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak kooperatif 3. Td : 122/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt	14:27	Ds : 1. Klien mengatakaan nyerinya Berkurang 2. Klien mengatakan nyerinya diskla 2 3. Pasien mengatakan lebih enak setelah dipijat Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak kooperatif 3. Td : 123/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt

Rencana tindak lanjut	13:28	Perawat menanyakan apakah terapi ini bisa dilakukan lagi besok? Perawat mengajarkan keluarga pasien pijat kaki	14:28	Perawat menanyakan apakah terapi ini bisa dilakukan lagi besok? Perawat mengajarkan keluarga pasien pijat kaki
Kontrak yang akan datang	13:28	Perawat mengontrak waktu selanjutnya	14:28	Perawat mengontrak waktu selanjutnya

Tabel 4.13 gambaran fase orientasi, fase interaksi dan fase terminasi responden 1 dan responden 2 dihari terakhir dan dijam 09:00 dan 10:00 wib

Fase orientasi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Salam terafeutik	09:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat pagi ibu, ibu saya mahasiwa yang melakukan penelitian kemarin, nama saya izah marselina dari STIKes Sapta Bakti!”</i>	10:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga. <i>“selamat pagi ibu, ibu saya mahasiwa yang melakukan penelitian kemarin, nama saya izah marselina dari STIKes Sapta Bakti!”</i>

Evaluasi validasi	09:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien. <i>“benar ya buk, ini dengan ibu R?”</i>	10:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkompirmasi dengan melihat gelang identitas klien <i>“ini benar ya dengan ibu A?”</i>
Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan alat	09:03	Perawat mendekatkan alat	10:03	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	09:03	Perawat mengatur posisi nyaman klien	10:03	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	09:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	10:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	09:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	10:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Fase kerja	09:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyeri yang dirasakan <i>“ibu nyeri yang dirasakan dibagian</i>	10:05	1. Menanyakan kepada responden lokasi nyeri yang dirasakan <i>“ibu nyerinya dibagian mana ya?”</i>

<i>mana buk?”</i> 2. Menanyakan kepada responden skala nyeri yang dirasakan <i>“ibu seperti apa nyeri yang ibu rasakan?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 nyeri yang sangat hebat!”</i> 3. Melakukan TTV kepada responden <i>“ibu sebelum foot massage dilakukan saya akan melakukan TTV terlebih dahulu”</i> 4. Melakukan foot massage <i>“baiklah ibu kita lakukan terapinya sekarang ya buk!”</i> 5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai dengan jadwal	2. Menanyakan kepada responden skala nyeri nya berapa <i>“ibu sekarang skala nyerinya sudah di berapa?jika 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 nyeri yang sangat-sangat berat!”</i> 3. Melakukan TTV kepada Responden <i>“ibu kita periksa TTV nya dulu ya”</i> 4. Melakukan foot massage kepada responden <i>“baiklah ibu kita mulai foot massage ya!”</i> 5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai jadwal
--	---

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi subjektif dan objektif	09:27	Ds : 1. Klien mengatakan nyerinya di perut 2. Klien mengatkan skla nyerinya 4 3. Klien mengatakaan nyerinya Teralihkan 4. Klien mengatakan enak setealh dipijit 5. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa meapresiasi nyerinya turun berapa 6. Pasien mengatakaan masih nyeri tapi agak berkurang dibandingkan dengan hari 1 dan 2 kemarin	10:27	Ds : 1. Klien mengatkan nyeriny diperut 2. Klien mengatakan skala nyerinya 2 3. Klien mengatakaan nyerinya Berkurang 4. Klien mengatakan mengatakan nyerinya berkurang tetapi masih belum bisa meapresiasi nyerinya turun berapa 5. Klien mengatakan enak setealah dipijat Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak sangat nyaman dibandingkan dengan hari sebelumnya 3. Klien tampak kooperatif

		Do :		4. Td : 120/90 mmHg
		1. Pasien tampak tenang dan rileks		N : 80 x/mnt
		2. Klien tampak kooperatif		S : 36.0 c
		3. Td : 110/90 mmHg		R : 22 x/mnt
		N : 80 x/mnt		
		S : 36.0 c		
		R : 22 x/mnt		
Rencana tindak lanjut	09:28	Perawat menanyakan kepada pasien apakah terapi ini bisa dilakukan lagi dijam 13:00?	10:28	Perawat menanyakan kepada pasien apakah terapi ini bisa dilakukan lagi dijam 14:00?

Tabel 4.14 gambaran fase orientasi, fase interaksi dan fase terminasi responden 1 dan responden 2 dijam 13:00 dan 14:00 wib

Fase orientasi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Salam terafeutik	13:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga.	14:00	Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga.

		<i>“selamat siang ibu, apakah ibu masih ingat dengan saya?”</i>		<i>“selamat siang ibu, apakah ibu masih ingat dengan saya?”</i>
Evaluasi validasi	13:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkonfirmasi dengan melihat gelang identitas klien. <i>“benar ya buk dengan ibu R?”</i>	14:00	Perawat menanyakan nama klien, umur, dan mengkonfirmasi dengan melihat gelang identitas klien <i>“benar ya buk ini dengan ibi A?”</i>
Fase interaksi	Waktu	Responden 1	Waktu	Responden 2
Persiapan alat	14:03	Perawat mendekatkan alat	15:03	Perawat mendekatkan alat
Persiapan pasien	13:03	Perawat mengatur posisi nyaman klien	14:03	Perawat mengatur posisi nyaman Klien
Persiapan lingkungan	13:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)	14:04	Perawat mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik)
Persiapan perawat	13:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon	14:04	Perawat mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker dan hanscoon
Fase kerja	13:05	1. Menanyakan skala nyeri yang	14:05	1. Menanyakan skala nyeri yang

dirasakan responden? <i>“ibu sekarang skala nyerinya sudah berapa ya bu?jika 0 tidak ada nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 nyeri yang sangat berat”</i> 2. Melakukan TTV kepada responden <i>“ibu kita periksa TTV nya dulu ya!”</i> 3. Melakukan foot massage <i>“baiklah ibu kita mulai foot massagenya ya bu!”</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai jadwal pemberian	dirasakan responden? <i>“ibu skala nyerinya berap sekarang? jika 0 tidak ada nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat, dan 10 nyeri yang sangat berat”</i> 2. Melakukan TTV kepada responden <i>“ibu sekarang kita periksa TTV nya dahulu ya!”</i> 3. Melakukan foot massage <i>“baiklah ibu kita mulai terapinya ya”</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai jadwal pemberian
---	--

Fase terminasi	waktu	Responden 1	waktu	Responden 2
Evaluasi subjektif dan objektif	13:27	Ds : 1. Klien mengatakan nyerinya Teralihkan 2. Klien mengatakan enak setelah dipijat 3. Klien mengatakan nyerinya diskala 3 4. Klien mengatakan masih nyeri tetapi sudah berkurang dibandingkan hari 1 dan 2 5. Pasien mengatakan masih nyeri tapi agak berkurang Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak kooperatif 3. Td : 110/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt	14:27	Ds : 1. Klien mengatakan nyerinya Berkurang 2. Pasien mengatakan nyerinya diskala 1 3. Klien mengatakan nyerinya hampir tidak ada lagi tetapi masih ada sedikit Do : 1. Pasien tampak tenang dan rileks 2. Klien tampak sangat nyaman dibandingkan hari sebelumnya 3. Klien tampak kooperatif 4. Td : 120/90 mmHg N : 80 x/mnt S : 36.0 c R : 22 x/mnt

Rencana tindak lanjut	13:28	Perawat memberitahu kepada pasien bahwa hari ini adalah hari terakhir dilakukannya terapi foot massage	14:28	Perawat memberitahu kepada pasien bahwa hari ini adalah hari terakhir dilakukannya terapi foot massage
Kontrak yang akan datang	13:28	Perawat mengakhiri pertemuan ditanggal 2 juni 2022	14:28	Perawat mengakhiri pertemuan di tanggal 2 juni 2022

5) Gambaran evaluasi keperawatan

Tabel 4.15 gambaran evaluasi keperawatan

Evaluasi sumatif	Evaluasi sumatif
Responden 1	Responden 2
Pada hari pertama didapatkan respons pasien yaitu Pasien mengatakan nyerinya teralihkan dan pasien mengatakan masih nyeri, klien mengatakan nyerinya diskala 5. Pasien tampak tenang dan rileks, pasien tampak tertidur. tekanan darah 120/90 mmHg nadinya 80 x/mnt pernafasannya 22 x/mnt dan suhu tubuhnya 36.0 c. pasien tampak kooperatif dan nyaman. Hari kedua dilakukan foot massage pasien mengatakan nyerinya teralihkan, pasien mengatakan enak	Pada hari pertama didapatkan respons pasien yaitu pasien mengatakan nyerinya berkurang dan tidak seperti sebelumnya. Pasien tampak tenang dan rileks, klien mengatakan nyerinya diskala 3, pasien tampak kooperatif saat dilakukan massage. Tekanan darah 130/100 mmHg nadinya 80x/mnt pernafasan 22 x/mnt dan suhu tubuhnya 36.0 c. hari kedua dilakukan foot massage pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, pasien mengatakan

setelah dipijat, pasien mengatakan nyerinya di skala 4, dan pasien mengatakan masih nyeri tapi sudah agak berkurang. Pasien tampak tenang, pasien tampak kooperatif saat dilakukan *foot massage*, tekanan darah 122/90 mmHg, nadinya 80 x/mnt, pernafasan 22 x/mnt dan suhu tubuhnya 36.0 c. Hari ketiga didapatkan respon pasien Pasien mengatakan nyerinya teralihkan, Pasien mengatakan enak setelah di pijat, Pasien mengatakan nyerinya di skala 3, Pasien mengatakan masih nyeri tapi nyerinya agak berkurang dibandingkan hari 1 dgn 2 kemarin. Pasien tampak rileks, pasien tampak sangat nyaman dibandingkan dengan hari sebelumnya, pasien tampak kooperatif saat dilakukan massage, Td : 110/90 mmHg, N : 80 x/mnt, S : 36.0 c, RR : 22 x/mnt.

nyerinya berkurang tidak seperti sebelum di massage, pasien mengatakan skala nyeriny 2 dan pasien mengatakan enak setelah dipijat. Pasien tampak tenang dan rileks, pasien tampak kooperatif saat dilakukan foot massege, tekanan darah 123/90 mmHg nadinya 80 x/mnt pernafasannya 22 x/mnt dan suhu tubuhnya 36.0 c. Hari ketiga didapatkan respons pasien mengatakan nyerinya berkurang, pasien mengatakan nyerinya berkurang tidak seperti sebelum di massage, pasien mengatkan skala nyerinya sudah 1, pasien mengatakan nyerinya sudah hampir tidak ada lagi, tetapi masih ada sedikit, pasien mengatakan lebih enak setelah di massage. Pasien tampak tenang dan rileks, pasien tampak kooperatif saat dilakukan massage, Td : 120/90 mmHg, N : 80 x/mnt, S : 36.0 c, RR : 22 x/mnt.

B. PEMBAHASAN STUDI KASUS

1. Gambaran fase pra interaksi pada nyeri akut pada pasien post sectio caesarea

Pada fase pra interaksi perawat berfokus kepada eksplorasi kemampuan diri sendiri, tahap ini terjadi sebelum perawat melakukan komunikasi dengan pasien, kemudian perawat mengumpulkan data pasien, dan rencana interaksi pertama (Stuart, 2015). Pada fase awal pra interaksi peneliti melakukan pengkajian keperawatan yang terdiri dari anamnesi, riwayat kesehatan, pengkajian nyeri dengan PQRST, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan terapi pengobatan pada pasien post *sectio caesarea*, diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, dan menyiapkan alat dan bahan *foot massage*.

- a. Anamnesi pasien di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu. Sample yang diteliti berjumlah 2 orang responden. Data pasien didapatkan dengan pengkajian secara langsung kepada pasien melalui wawancara dan observasi. Selain itu pengumpulan data skunder juga diambil dari bagian keperawatan guna mendukung penelitian ini. Berdasarkan jawaban yang didapatkan melalui wawancara dan observasi diperoleh data yang kemudian diolah sesuai dengan tujuan penelitian dan disajikan dalam bentuk tabel dan penjelasan secara deskriptif.

Terdapat 2 responden yang dilakukan pengkajian pada tanggal 31 mei 2022 yaitu seorang pasien perempuan Ny. R berusia 28 tahun beragama islam, berpendidikan S2, sudah menikah, pekerjaan Dosen, dan beralamat di perumahan sepina, Blok c no 12, kandang limun kota Bengkulu. Penanggung jawab Tn. D yang merupakan suami pasien. Sedangkan responden 2 seorang pasien perempuan Ny. A berusia 30 tahun beragama islam, berpendidikan S1, sudah menikah, pekerjaan Ibu Rumah Tangga (IRT) dan beralamat di bengkulu tengah. Penanggung jawab Tn. J yang merupakan suami pasien.

Keuhan utama pada saat penelitian Ny. R, Klien mengatakan nyeri di perut bawah di tempat SC. Pengkajian nyeri, P: klien mengatakan

nyerinya karena luka operasi, Q : klien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk, R: klien mengatakan nyerinya hanya ditempat SC dan tidak menyebar, S: klien mengatakan nyerinya diskala 6, T: klien mengatakan nyerinya timbul karena bergerak. Sedangkan pada Ny. A, keluhan utama yaitu Klien mengatakan nyeri di perut bawah di tempat SC. Pengkajian nyeri, P: klien mengatakan nyerinya karena luka operasi, Q : klien mengatakan nyerinya seperti diremas-remas, R : klien mengatakan nyerinya hanya ditempat operasi dan tidak menyebar, S : klien mengatakan nyerinya diskla 4, T: klien mengatakan nyerinya timbul saat bergerak.

Hal ini sejalan dengan teori bahwa setiap individu mempunyai tingkat nyeri yang berbeda-beda dikarenakan nyeri merupakan suatu hal yang bersifat subjektif (Potter & Perry, 2010).

Kemampuan mempersepsikan nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor dan berbeda diantara individu, antara lain faktor fisiologis yang terdiri dari usia, kelelahan, genetika, fungsi neurologis dan faktor sosial yang terdiri dari faktor perhatian, pengalaman sebelumnya, dukungan keluarga dan faktor psikologis yang terdiri dari kecemasan, dan pola coping, serta faktor budaya (Potter & Perry, 2010).

Riwayat kesehatan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 31 Mei 2022, keluhan utama pasien Ny. R mengeluh nyeri di perut di area insisi, pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk. Dan pada Ny. A juga mengatakan nyeri di perut dan nyerinya seperti di remas-remas. Penyebab nyeri pada responden 1 dan 2 yaitu disebabkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasama, 2014).

b. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik tanda-tanda vital tekanan darah didapatkan pada Ny. R normal yaitu 120/90 mmHg, N : 80 x/mnt, RR: 22 x/mnt, dan S: 36.0 c. sedangkan pada Ny. A didapatkan Td: 130/100 mmHg, S: 36.0 c, N: 80 x/mnt dan RR: 22 x/mnt.

c. Terapi pengobatan

Terapi pengobatan yang diberikan pada Ny. R obat asmet 500 mg untuk mengatasi nyeri, RL untuk cairan tubuh, ketorolac 30 mg untuk mengatasi nyeri, cetixime 200 mg antibiotic. Pada Ny. A obat asmet 500 mg untuk mengatasi nyeri, RL untuk cairan tubuh, ketorolac 30 mg untuk mengatasi nyeri, cetixime 200 mg antibiotic

d. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan teori SDKI (2016), pada teori terdapat 3 diagnosis keperawatan yaitu (1) nyeri akut b.d agen pencedera fisik (*sectio caesarea*) d.d tampak meringis, menjauhi nyeri. (2) resiko infeksi b.d efek prosedur infasif d.d kurangnya pengetahuan pasien tentang penyembuhan luka dan asupan nutrisinya. (3) mobilisasi Gangguan mobilisasi fisik b.d nyeri d.d kekuatan otot menurun.

Pada Ny. R dan Ny A didapatkan 2 diagnosa yang sama yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik (*sectio caesarea*) d.d tampak meringis, menjauhi nyeri. Dan resiko infeksi b.d efek prosedur infasif d.d kurangnya pengetahuan pasien tentang penyembuhan luka. Pada Ny R diagnosa pertama berdasarkan hasil pengkajian tentang masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik (*sectio caesarea*) d.d tampak meringis, menjauhi nyeri dari responden 1 didapatkan keluhan utama ditemukan nyeri diperut dengan skala 6. Berdasarkan hasil pengkajian tentang nyeri akut dari responden 1 dan 2 dalam keluhan utama pasien mengeluh nyeri di perut bagian SC. Sejalan dengan teori bahwa nyeri post operasi diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak akan hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri sedang (Pallasama, 2014).

e. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan kepada Ny. R dan Ny. A yaitu intervensi yang dilakukan pada hasil pengkajian yaitu dengan memfokuskan pada tindakan keperawatan, melakukan penanganan manajemen nyeri secara nonfarmakologi, yaitu dengan pemberian *foot massage* ini adalah untuk menurunkan rasa nyeri pasien post *sectio*

caesarea. Serta melakukan pemantauan TTV, meningkatkan asupan nutrisi pada pasien.

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 (Kuswadi, 2011 dalam Nurrochmi, 2014). Dan sesuai dengan teori bahwa *foot massage* dapat menurunkan nyeri post *section caesarea* jika dilakukan 1-2 kali sehari, *Foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali, Chanif (2013).

f. Persiapan alat dan bahan

Peneliti melakukan persiapan alat dan bahan untuk penerapan foot massage ini, sebelumnya peneliti sudah mempersiapkan minyak zaitun dan tissue serta lembar observasi dan lembar impormend c.

2. Gambaran fase orientasi

Peneliti melakukan komunikasi terapeutik kepada Ny. R dan Ny. A dengan memperkenalkan diri terlebih dahulu, menanyakan nama pasien, umur dan keluhan utama yang dirasakan. Pasien sangat terbuka dan menjelaskan keluhannya, Ny. R dan Ny. A dengan keluhan nyeri diperut didaerah operasi. Kemudian peneliti melakukan informant consent dengan menjelaskan tindakan terapi foot massage yang bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang ibu rasakan pasca SC, mengurangi stres, merilekskan. Dan bertujuan juga menyehatkan dan menyeimbangkan fungsi organ serta merangsang produksi hormon endorpin/ hormon yang berfungsi untuk merilekskan tubuh (Pemungkas, 2010). Menjelaskan terapi foot massage ini diberikan berapa lama.

Terapi foot massage ini akan diberikan dengan waktu 10-20 menit selama 3 hari. Dan Ny. R dan Ny. A merespons dengan baik dan menyetujui tahapan yang akan dilakukan. Peneliti kemudian memberikan kesempatan untuk pasien bertanya dan penelutipun menjawab dengan percaya diri pertanyaan dari pasien. Tempat, waktu dan jam sudah disepakati bersama

dengan menyesuaikan jadwal pasien. Jadi pada fase ini Ny. R dan Ny. A bersedia untuk menjadi responden selama 3 hari kedepan, dan peneliti dapat membina hubungan saling percaya kepada pasien.

3. Fase interaksi/fase kerja

Pada fase interaksi peneliti telah menyiapkan alat dan bahan yaitu minyak zaitun, tissue, hanscoon dan lembar observasi. Kemudian peneliti menyiapkan persiapan pasien, lingkungan aman dan nyaman bagi pasien dan persiapan perawat serta prosedur tindakan. Pada tahap awal kerja peneliti melakukan TTV pada pasien yaitu pada responden 1 TD 120/90 mmHg, N 80 x/mnt, RR 22x/mnt, S 36 c. sedangkan pada responden 2 TD : 130/100 mmHg, N 80 x/mnt, RR 22 x/mnt, dan S 36 c.

Peneliti mengukur skala nyeri pasien yaitu pada Ny. R skala nyerinya 6. Sedangkan pada Ny. A skala nyerinya 4. Sebelum melakukan foot massage peneliti mengatur posisi nyaman pasien, dan peneliti memeriksa aksesoris yang digunakan pasien jika menggunakan seperti jam tangan, kacamata, dan ikat pinggang. Peneliti sudah membatasi stimulus eksternal seperti cahaya, suara, dan pengunjung kemudian peneliti mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker, memakai hanscoon dan berdoa. Setelah itu peneliti mulai melakukan terapi foot massage.

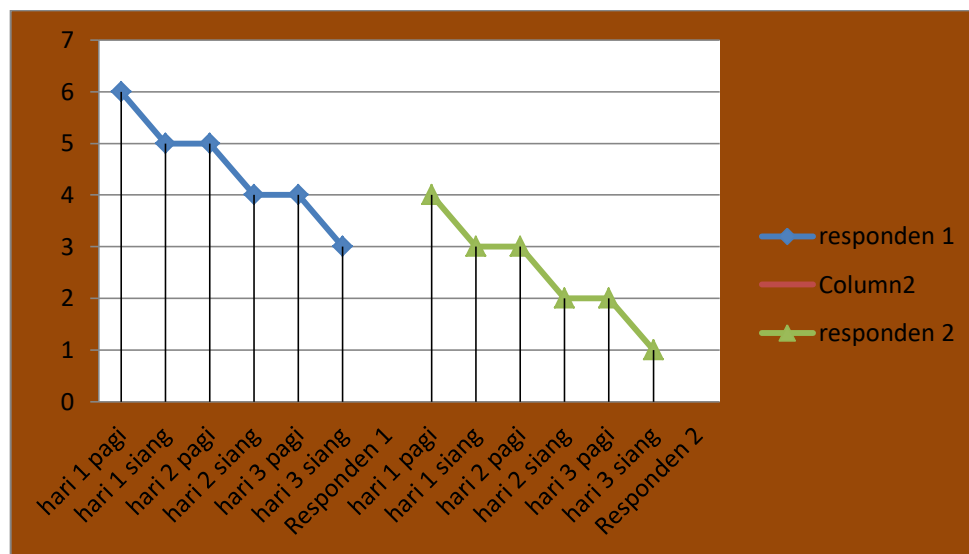
Pada fase interaksi ini Ny. R dan Ny. A tampak nyaman, rileks dan kooperatif serta memberikan respon yang baik setelah dilakukannya foot massage pasien mengatakan nyerinya berkurang. Terapi ini dilakukan selama 10-20 menit dilakukan 1-2 kali sehari. Foot massage ini dilakukan dimulai dari tungkai bawah depan (tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki dan yang terakhir telapak kaki. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shehata, Elhy dan Elshalam (2016) yang menyatakan bahwa foot massage yang diberikan 1-2 kali selama 20 menit dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien.

4. Fase terminasi

Fase terminasi merupakan akhir pertemuan perawat dan klien. Pada tahap ini tugas perawat mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang dilakukan (evaluasi subjektif), melakukan evaluasi subjektif dengan

menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat, kemudian menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan dan tindak lanjut evaluasi dalam tahap orientasi pada pertemuan berikutnya. Sesuai teori pada fase terminasi peneliti mengevaluasi skala nyeri pasien, peneliti menanyakan perasaan klien setelah dilakukan foot massage.

Grafik penurunan nyeri



Berdasarkan grafik diatas bahwa setelah dilakukan foot massage selama 3 hari dipagi dan siang hari terjadi penurunan nyeri pada responden 1 dan responden 2 mengatakan nyerinya berkurang tidak seperti sebelum dimassage. Pada responden 1 setelah dilakukan foot massage peneliti melakukan evaluasi pada hari ketiga dan didapatkan skala nyeri klien mengalami penurunan menjadi skala 3 yang sebelum dilakukan foot massa nyeri klien berada di skala 6. Sedangkan pada responden 2 setelah dilakukan foot massage pada hari ke tiga dilakukan juga evaluasi skala nyerinya dan pada Ny. A mengalami penurunan juga yaitu nyerinya menjadi skala 1 yang mana klien mengatakan nyerinya hampir tidak ada lagi tapi masih ada sedikit dibandingkan sebelum dilakukan terapi foot massage ini skala nyeri pasien berada di skala 4. Hasil penurunan skala nyeri pada responden 1 dari skala 6 menurun skala 4 dan responden 2 dari skala 4 menurun skala 1.

Hal tersebut sesuai dengan teori (chanif, 2013) bahwa foot massage akan efektif jika dilakukan 1-2 kali sehari dengan frekuensi pemberian 10-

20 menit. *Foot massage* dapat menurunkan nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan rangsang yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan serotonin dan dopamine. Gunnardottin & jonsdottir, (2007).

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan studi kasus penerapan *foot massage* pada Ny. R dan Ny. A dengan Nyeri Akut pada pasien post *Sectio Caesarea*

1. Gambaran fase interaksi

Gambaran karakteristik pasien *sectio caesarea* yang dilakukan menggunakan metode wawancara, pemeriksaan fisik, observasi dan pengamatan. Data focus yang didapatkan dari kedua pasien tersebut adalah pada Ny. R Berusia 28 tahun beragama islam, berpendidikan S2, sudah menikah, pekerjaan dosen, dan beralamat di perumahan sepina, Blok c no 12, kandang limun kota Bengkulu. Penanggung jawab Tn. D yang merupakan suami pasien. Sedangkan pada Ny. A berusia 30 tahun, beragama islam, berpendidikan S1, pekerjaan ibu rumah tangga, dan beralamat di Bengkulu tengah. Penanggung jawab Tn. J yang merupakan suami pasien.

Gambaran fase pra interaksi penerapan *foot massage* ini dengan membaca status pasien terlebih dahulu dan melihat kondisi umum pasien mulai dari keluhan yang didapatkan dan hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data subjektif dan objektif. Dari data subjektif responden I Ny. R mengatakan nyerinya karena luka setelah operasi, Ny. R mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk, Ny. R mengatakan nyerinya hanya di tempat SC dan nyerinya tidak menyebar, Ny. R mengatakan nyerinya di skala 6, Ny. R mengatakan nyeri timbul saat bergerak. Data objektif didapatkan Ny. R tampak meringis, Ny. R tampak menjauhi hal-hal yang memperkuat nyeri, Ny. R tampak pucat, TD: 120/90 mmHg, RR : 22 x/mnt, N: 80 x/mnt, S: 36,0° c, klien mengatakan baru pertama kali melakukan SC, dan klien mengatakan belum bisa merawat lukanya setelah pulang nanti

Sedangkan dari data subjektif responden 2 Ny. A Ny. A mengatakan nyerinya karena luka setelah operasi, Ny. A mengatakan nyerinya seperti diremas, Ny. A mengatakan nyeri nya hanya ditempat di SC dan nyerinya tidak menyebar, Ny. A mengatakan skala nyerinya 4, Ny. A mengatakan nyeri timbul saat bergerak. Data objektif didapatkan Ny. A tampak meringis, Ny. A tampak pucat, Ny. A tampak waspada terhadap nyeri, TD: 130/100 mmHg, RR : 22 x/mnt, N: 80 x/mnt, S: 36,0° c.klien mengatakan baru pertama kali melakukan SC dan klien mengatakan masih belum bisa merawat lukanya waktu pulang nanti

Berdasarkan hasil yang didapatkan tersebut keluhan yang dialami kedua pasien tidak jauh berbeda dengan teoritis pasien SC. Kemudian peneliti mengkaji bagaimana memanajemn nyeri yang dirasakan pasien post sectio caesarea dan menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI tahun 2016 dan menyusun intervensi keperawatan, diagnose keperawatan yang muncul pada Ny. R dan Ny. A yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Sectio Caesarea) ditandai dengan tampak meringis, menjauhi hal yang memperkuat nyeri, dan tampak pucat. Selanjtnya persiapan alat dan bahan yaitu minyak zaitun, tissue, serta lembar ceklis, lembar observasi nyeri. Semua alat dan bahan peneliti persiapkan dan membawanya sendiri sehari sebelum interaksi.

2. Fase orientasi

Pada fase orientasi peneliti melakukan salam terafeutik, kemudian evaluasi validasi, dan selanjutnya inform concent. Pada fase ini kedua pasien sangat baik, adanya ketertarikan pada foot massage yang akan dilakukan. Ny. R dan Ny. A bersedia untuk menjadi responden selama 3 hari kedepan, pasien menyepakati waktu dan tempat yang telah disepakati.

3. Fase interaksi

Pada fase interaksi peneliti melakukan sesuai dengan standar operasional prosedur. Dengan mempersiapkan alat, (lembar observasi, lembar informend consent, minyak zaitun, dan tissue) mempersiapkan

pasien dengan posisi nyaman pasien, persiapan perawat, persiapan lingkungan (mengatur pencahayaan, mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik), persiapan peneliti, selanjutnya prosedur kerja dengan mencuci tangan, memakai masker, dan memakai hanscoon serta mengukur skala nyeri yang dirasakan pasien. Terapi foot massage ini dilakukan 10-20 menit.

4. Fase terminasi

Pada fase terminasi peneliti menilai hasil evaluasi subjektif dan objektif, pada pasien Ny. R setelah dilakukan foot massage peneliti melakukan evaluasi pada hari ketiga dan didapatkan skala nyeri yang dirasakan Ny. R menurun diskala 3, Pasien mengatakan masih nyeri tapi nyerinya agak berkurang dibandingkan hari 1 dengan 2 kemarin. Sedangkan pada Ny. A setelah dilakukan foot massage pada hari ketiga dan didapatkan skala nyeri yang dirasakan Ny. A berada diskala 1, Ny. A mengatakan nyerinya sudah hampir tidak ada lagi, tetapi masih ada sedikit.

Foot massage dapat menurunkan nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan rangsang yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan serotonin dan dopamine. Gunnardottin & jonsdottir, (2007).

Massage dapat menurunkan skala nyeri karena *massage* dapat menyebabkan pelepasan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang, Afianti (2017).

Foot massage akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali, Chanif (2013).

Maka dapat disimpulkan, bahwa *foot massage* dapat menurunkan rasa nyeri yang dirasakan pada pasien post *sectio caesarea*.

B. SARAN

1. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya disarankan untuk mengembangkan penelitian yang terkait dengan *foot massage* dengan tidak hanya pada pasien SC saja tetapi bisa melakukan penelitian *foot massage* pada berbagai macam penyakit untuk mengurangi nyeri atau mengalihkan nyeri pasien.

2. Tempat penelitian

Hendaknya kepada perawat dan bidan dirumah sakit harapan dan doa kota bengkulu untuk menggunakan terapi *foot massage* ini sebagai salah satu terapi komplementer yang digunakan untuk mengurangi atau mengalihkan rasa nyeri yang dirasakan pada pasien post section caesarea

3. Pengembangan ilmu keperawatan

Foot massage dijadikan salah satu terapi komplementer yang dipraktekkan di institusi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah. (2009). *Buku Pintar Merawat Bayi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Amru, Sofian. Rustam mochtar synopsis obstretri: obstretri operatif, obstretri social. Jakarta: EGC. 2011.
- Astutik. P dan Kurlinawati. E (2017). *Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. Jurnal keperawatan. STRADA jurnal Ilmiah Kesehatan p-ISSN: 2252-3847 vol. 6 No. 2 Desember 2017.*
- Chanif. (2013). *The Effect of Foot Massage on Acute Postoperative Pain in Indonesian Patients after Abdomenal Surgery. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of nursing Science (International Program). Prince of Songka University.*
- Jacobs, F.R. dan Chase, R.B. (2011). *Operations and Supply Chain Management*, 13th Edition. New York: McGraw Hill.
- Kurniawati. 2012, *Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan Dan Perawatan Bayi*, Jogyaakarta : Diglossia Media.
- Lailiyah, Siti Rochimatul. "Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Pijatan Effleurage terhadap penurunan skala nyeri pada post sectio caesarea." *NURSING UPDATE: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan P-ISSAmanah*, Ummil, et al. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Partum Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Desa Ranuklindungan*. Diss. Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia, 2021.N: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871 10.1 (2018): 61-69.
- Legawati, Sri, and Nurnelam Nasution. "Efektivitas Mobilisasi Dini Dalam Pemulihan Luka Pasien Po st Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Ibu Kartini Kisaran." *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan 2.2* (2017): 173-177.
- Lorensa, Clarisa Asa. *Asuhan Keperawatan Pasien Ibu Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang*. Diss. STIKes Panti Waluya Malang, 2021.
- Mata, Yumiati Padaka Reda, and Monica Kartini. "Efektivitas Massage untuk Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea (The

- Effectiveness of Massage in Pain Reduction of Post Caesarean Section Patients*)." Jurnal Kesehatan 9.2 (2020): 58-75.
- Muliani, Rizki, Aay Rumhaeni, and Dewi Nurlaelasari. "*Pengaruh foot massage terhadap tingkat nyeri klien post operasi sectio caesarea*." (2019).
- Pallasama, N. 2014. *Caesarean Section Short Term Maternal Complications Related to The Mode of Delivery*. Universitas of Turki.
- Prasetyo. S. 2010. *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta (ID): Graha Ilmu.
- Prawirohardjo, sarwono.2009. *Ilmu Kebidanan Jakarta* : PT. Bina pustaka Sarwono prawirohardjo.
- Sari, Dewi Nurlaela, and Aay Rumhaeni. "*Foot Massage Menurunkan Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Pada Post Partum*." *Jurnal Kesehatan Komunitas* 6.2 (2020): 164-170.
- Subandi, Endang. "Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* di ruang melati rsud gunung jati kota cirebon tahun 2017." *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia* 2.5 (2017): 58-74.
- Trisnowiyanto B. (2012). *Keterampilan Dasar Massage*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Williams, 2012. *Ilmu Kebidanan : Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta : Yayasan Essensia Medika (YEM)

**L
A
M
P
I
R
A
N**

Lampiran 1. Informend concent

INFORMED CONSENT (Persetujuan menjadi Partisipasi)

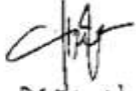
Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Izah Marselina dengan judul Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian *Foot Massage* Dalam Manajemen Nyeri pada Pasien *Post Sectio Coesarea*

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada peneliti ini secara suka rela tanpa ada paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Bengkulu, Mei 2022

Yang memberikan persetujuan

Saksi


Dhani N


Riza Derhaji

Peneliti


Izah Marselina

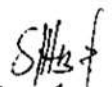
INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa atas nama Izah Marselina dengan judul Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian *Foot Massage* Dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post *Seccio Caesarea*

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada peneliti ini secara suka rela tanpa ada paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Bengkulu, Mei 2022
Yang memberikan persetujuan

Saksi


Sum bang ech


Agustina Wulan chri

Peneliti


Izah Marselina

Lampiran 2. Naskah PSP

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah Peneliti yang berasal dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian foot massage Dalam manajemen Nyeri pada pasien post sectio caesarea
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian foot massage Dalam manajemen Nyeri pada pasien post sectio caesarea yang dapat memberikan manfaat untuk Tempat Penelitian, Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya prosedur keperawatan tentang Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian foot massage Dalam manajemen Nyeri pada pasien post sectio caesarea. Untuk Pengembangan Pengetahuan, Menambah wawasan, inovasi dan dapat memberikan masukan bagi para tenaga kesehatan khususnya perawat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian foot massage Dalam manajemen Nyeri pada pasien post sectio caesarea. Dan untuk Peneliti Lain, Memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi penelitian berikutnya dalam bidang yang sama. Penelitian ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Proposal pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan kesehatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian

ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.

5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada no Hp: 0813-6962-5648

PENELITI

Lampiran 3. Penetapan subjek penelitian

Penetapan Subjek Penelitian Berdasarkan Kriteria Inklusi dan Eksklusi

No	Kriteria Inklusi	Ny. H	Ny. H	Ny. R	Ny. A
1	Pasien post operasi section caesarea dengan anastesi spina yang memiliki kesadaran penuh	√	√	√	√
2	Pasien 24-48 jam post operasi section caesarea	√	√	√	√
3	Skala nyeri ringan-sedang	√	-	√	√
4.	Bersedia jadi responden	√	√	√	√
5.	Pasien mengalami SC pertama kali	-	-	√	√
6.	Pasien SC usia 20-38	-	-	√	√
No	Kriteria Eksklusi	Ny. H	Ny. H	Ny. R	Ny. A
1.	Pasien tidak kooperatif selama studi kasus	-	-	-	-
2.	Pasien post SC mengalami kondisi: a. Meninggal dunia b. Pulang c. Penurunan kesadaran tiba-tiba d. Pendarahan hebat	-	-	-	-

Lampiran 4. Lembar observasi nyeri

Lembar Observasi nyeri

(Sebelum dan Sesudah dilakukan terapi *Foot Massage*)

Hari/tanggal	Responden I		Responden II	
	09:00 wib	13:00 wib	10:00 wib	14:00 wib
Selasa, 31 mei 2022	diskala 6, tetapi lumayan berkurang	diskala 5, tetapi lebih enak sekarang	diskala 4, agak berkurang	diskala 3
Rabu, 01 juni 2022	Skala 5	Skala 4	Skala 3	Skala 2
Kamis, 02 juni 2022	Skala 4	Skala 3	Skala 2	Skala 1

Lampiran 5 SOP *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	1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Mengurangi rasa nyeri 3. Mengurangi stres 4. Menyehatkan tubuh 5. 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 foot massage, 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 handscoon dan berdoa
Prosedur tindakan	Lakukan pengukuran tingkat nyeri sebelum dan sesudah <i>foot massage</i>, langkah-langkah prosedur tindakan, (Trisnowiyanto, 2012). 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 <i>massage</i> pada tungkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2,5 menit, 5. Tahapan kedua <i>massage</i> tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2,5 menit, 6. Tahapan selanjutnya <i>massage</i> otot punggung kaki selama 2,5 menit 7. Dan terakhir <i>massage</i> otot telapak kaki selama 2,5 menit 8. Lakukan pijatan pada kaki satunya 9. Lakukan pembilasan atau 10. bersihkan menggunakan tissue
Fase Terminasi	
Evaluasi Subjektif dan Objektif	1. Evaluasi Subjektif a. Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan pasien kembali ke posisi yang nyaman b. Evaluasi perasaan pasien 2. Evaluasi Objektif 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

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 | kotabengkulursud@gmail.com

**SURAT IZIN PENELITIAN**

Nomor : 893.5 / 1644 / RSUD.HD

Menindaklanjuti surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dengan Nomor: 070/462/B.Kesbangpol/I/2022 tanggal 13 Mei 2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Izah Marselina
NIM : 201901008
Prodi : DIII Keperawatan

Untuk melakukan penelitian dengan judul **"Asuhan Keperawatan dengan Pemberian Foot Massage dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesare di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu"** pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 24 Mei 2022 s/d 23 Juni 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 23 Mei 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU


Dr. Lista Cerlyviera, M.M

Pembina Tk. I

NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian di Ruang Kebidanan (Musdalifah)
2. Tidak diperkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera

Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA

Jl. Letjend. Basuki Rahmat No.01| Bengkulu 38223
5100|Fax (0736) 345 100 |ktabengkulursud@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 893.5/ /RSUD.HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Izah Marselina
NIM : 201901008
Prodi : DIII Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan dengan Pemberian Foto Massage dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesare di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu**".

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 10 Juni 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU

dr. Lista Cerlyviera, M.M

Pembina Tk.1
NIP. 19690704 199903 2 003

Lampiran 8 Izin Dinas Kesehatan

 PEMERINTAH KOTA BENGKULU DINAS KESEHATAN Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223	
<u>REKOMENDASI</u> Nomor : 070 / 502 / D.Kes / 2022	
Tentang IZIN PENELITIAN	
Dasar Surat	: 1. Kepala Program Studi Keperawatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu Nomor :03.02.247/STIKES-SB/V/2022 Tanggal 17 Mei 2022 2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor :070/462/B.Kesbangpol/2022 Tanggal 13 Mei 2022, Perihal : Izin Penelitian untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) atas nama :
Nama Nim Prodi Judul Penelitian	: Izah Marselina : 201801008 : D III Keperawatan : Asuhan Keperawatan Dengan Foot Massage Dalam Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Harapan dan Do'a Kota Bengkulu
Daerah Penelitian Lama Kegiatan	: RSHD, Kota Bengkulu : 13 Mei 2022 s/d 13 Juni 2022
Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan penelitian/kegiatan Bengkulu yang dimaksud dengan catatan ketentuan :	
a. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud. b. Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat. c. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian. d. Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan). e. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.	
Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.	
DIKELUARKAN DI : B E N G K U L U PADA TANGGAL : 17 MEI 2022  NURHIDAYA H. S.Pd, Apt, ME Nip. 198002122005022004	
Tembusan : 1. Dir. RSHD, Kota Bengkulu 2. Yang Bersangkutan	

Lampiran 9 Izin Kesatuan Bangsa Dan Politik



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/462/B.Kcsbangpol/2022

- Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan : Surat dari Ka. Program Studi Keperawatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu Nomor : 03.02.347/STikes.SB/V/2022 tanggal 11 Mei 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : IZAH MARSELINA
 NIM : 201901008
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Prodi/ Fakultas : DIII Keperawatan
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan dengan Pemberian Foot Massage dalam Manajemen Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea
 Tempat Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu
 Waktu Penelitian : 13 Mei 2022 s.d 13 Juni 2022
 Penanggung Jawab : Ka. Program Studi Keperawatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu

- Dengan Ketentuan :
1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
 2. Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
 3. Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
 4. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
 5. Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
 Pada tanggal : 13 Mei 2022

a.n. WALIKOTA BENGKULU
 Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kota Bengkulu


Dra. Hj. FENNY FAHRIANNY
 Pembina
 NIP. 19670904 198611 2 001

Dokumen ini telah diregistrasi, dicap dan ditanda tangani oleh Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu dan didistribusikan melalui Email kepada Pemohon untuk dicetak secara mandiri, serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 10 Lembar Konsul

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM KARTU KONSULTAS LAPORAN TUGAS AKHIR		
No. DokFRM/PS KEP/002-01	No.Rev 1	Terbit November 2021	Hal

KARTU KENDALI BIMBINGAN LTA

Nama : Izah Marselina
 NIM : 201901008
 Pembimbing : Ns. Nani Lasmadasari M.Kep
 Judul LTA : Asuhan Keperawatan dengan pemberian
Foot Massage Dalam Manajemen Nyeri
Pada Pasien Post Sectio Caesarea



NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	29 Oktober 2021	Pengajuan Judul	
2.	4 November 2021	Perbaikan Judul	
3.	8 November 2021	Acc Judul	
4.	20 November 2021	Bimbingan BAB I, II dan III	
5.	22 Nov 2021	Perbaikan BAB I, II dan III	
6.	01 des 2021	Perbaikan BAB I, II dan III	
7.	10 des 2021	Acc BAB I, dan II	

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM KARTU KONSULTAS LAPORAN TUGAS AKHIR		
No. DokFRM/PS.KEP/002-01	No. Rev 1	Terbit November 2021	Hal

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
8.	20 Des 2021	Perbaikan BAB II	f2
9.	28 Des 2021	Acc BAB III	f2
10.	20 Feb 2022	Revisi Proposal	f2
11.	25 Feb 2022	Acc Proposal	f2
12.	15 Juni 2022	Konsul BAB 9.5	f2
13.	21 Juni 2022	Revisi BAB 9.5	f2
14.	21 Juni 2022	Konsul Bab 9.5	f2
15.	28 Juni 2022	Revisi BAB 9.5	f2
16.	1 Juli 2022	Konsul BAB 9.5	f2
17.	6 Juli	Revisi BAB 9.5	f2

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM KARTU KONSULTAS LAPORAN TUGAS AKHIR		
No. DokFRM/PS, KEP/002-01	No. Rev 1	Terbit November 2021	Hal

18	9 Juli 2022	Konsu BAB 9.5	f
19	17 Juli 2022	Revisi BAB 9.5	f
20	21 Juli 2022	Konsu BAB 9.5	f
21	28 Juli 2022	Revisi BAB 9.5	f
22	29 Juli 2022	Konsu BAB 9.5	f
23	30 Juli 2022	Acc BAB 9.5	f

Mengetahui,
Pembimbing

(Ns. Novi Lasmana Sari, M. Egp
NIDN:

Lampiran 11 Lembar Oponen

 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingk. Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptaabakti.ac.id			
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN			
No. DokPRM/PS.KEP/004-01	No.Rev 0	Tanggal Terbit Desember 2021	Hal

DAFTAR HADIR PESERTA (OPPONENT)
SEMINAR PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR

Pemakalah	: Izah Marselina
NIM	: 201901008
Pembimbing	: Ns. Novi Lasmadana, M. Kep
Hari/Tanggal	: Senin, 3 Januari 2022
Judul	: Asuhan keperawatan Gangguan Rasa Nyaman (nyeri) Pada Pasien Post operasi Sectio Caesarea dengan Pemberian Terapi Pemijatan (foot Massage)

NO.	NAMA MAHASISWA	NIDN/NIM	TANDA TANGAN
1	Mira Lestari	201901015	
2	Dian Ayu Pratika	201901029	
3	Deva Putri Savitri Afnita	201901025	
4	Dewi Eka Saputri	201901036	
5	Anggi Nur Annisa	201901012	
6	^{Dian} Icha Lestari Lestari	201901038	
7	Patricia Wandari	201901021	
8	Desa chandra	201901010	
9	Sri wahyuni	201901028	
10	Yosanda trisita Putri	201901019	

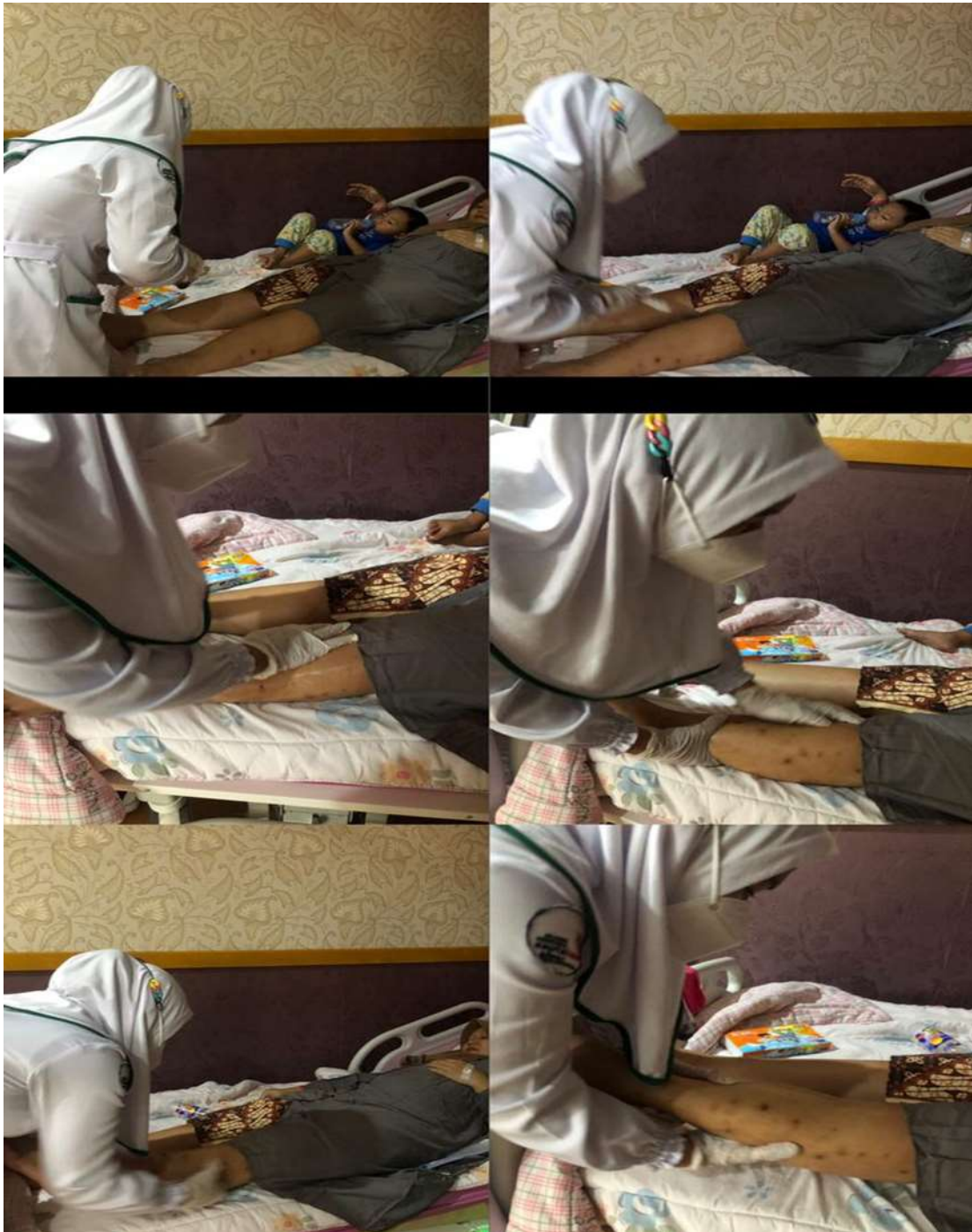
11. Iqra dwi Putri

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Ns. Siska Iskandar, MAN.
NIDN. 0206048501

Lampiran 12 Dokumentasi

Responden 1



Responden 2

