

**PENGARUH *FOOT MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN  
SKALA NYERI PADA PASIEN *POST SECTIO CAESAREA*  
DI RUANG DAHLIARS TK. III BALADHIKA HUSADA**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Nama : Ingka Fristi Ayu**  
**NIM 22101026**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI  
JEMBER  
2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ingka Fristi Ayu

NIM 22101026

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau hasil tulisan orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tulisan ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam tulisan ini, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 29 November 2023

Yang menyatakan,



Ingka Fristi Ayu

## LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Pengaruh *Foot Massage* terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien dengan *post sectio caessarea* di Ruang Dahlia RS. Baladhika Husada Jember

Nama Lengkap : Ingka Fristi Ayu

NIM : 22101026

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Dosen Pembimbing : Umi Sukmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

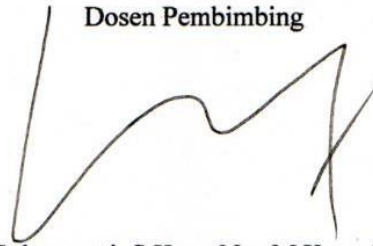
NIDK : 8894401019

Menyetujui,  
Ketua Prodi Profesi Ners



Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN. 0720028703

Menyetujui,  
Dosen Pembimbing



Umi Sukmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat  
NIDK. 8894401019

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PENGARUH FOOT MASSAGE TERHADAP PENURUNAN SKALA**  
**NYERI PADA PASIEN POST SECTIO CESSAREA DI RUANG DAHLIA**  
**RS DK.III BALADIKA HUSADA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Disusun Oleh:**

**Ingka Fristi Ayu**

**NIM. 22101026**

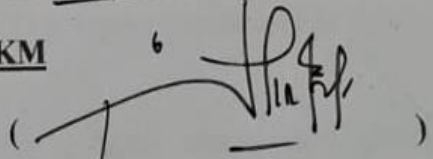
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 5 Bulan Januari Tahun 2024 dan telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr Soebandi Jember.

**DEWAN PENGUJI**

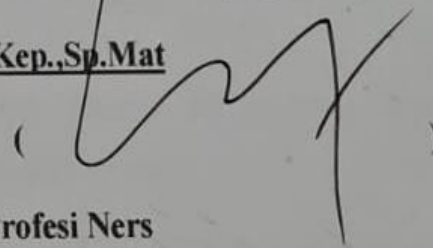
**Penguji 1 : Ns. A' jalil Achbab, S.Kep.,M.Kes**  
**NIP. 196912231996031001**



**Penguji 2 : Ns. Ainul Hidayati, S.Kep.,M.KM**  
**NIDN. 0431128105**



**Penguji 3 : Ns. Umi Sukowati.,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Mat**  
**NIDN. 8894401019**



**Ketua Program Studi Profesi Ners**



**Emi Eliya, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIDN. 07020028703**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Ners Keperawatan di Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi dengan judul “Pengaruh *Foot Message* terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien *Post Cectio Caesarea* di Ruang Dahlia, RS Baladhika Husada Jember”.

Selama proses penyusunan penulis dibantu dan dibimbing oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes selaku rector Universitas dr. Soebandi Jember.
2. Apt. Lindawati Setyaningrum M.Farm dekan fakultas ilmu kesehatan Universitas dr. Soebandi yang telah mendukung dalam penyelesaian penelitian ini.
3. Emi Eliya Astutik S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua program studi profesi ners Universitas dr. Soebandi yang selalu memberikan *support* dalam penulisan dan penyelesaian penelitian ini.
4. Umi Sukmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat selaku pembimbing dalam penulisan penelitian ini yang selalu memberikan *support* serta arahan dalam penyelesaian penelitian ini.
5. A’jalil Achbab, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji utama yang telah memberikan masukan untuk kesempurnaan penelitian ini.
6. Ainul Hidayati S.Kep., Ns., M.KM selaku penguji kedua yang telah memberikan masukan untuk kesempurnaan penelitian ini.

Penulis tentu menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik serta saran dari semua pihak demi kesempurnaan penelitian ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 4 November 2023

Peneliti

## ABSTRAK

Fristi Ayu, Ingka\*. Sukawati, Umi\*\*. 2023. **Pengaruh *Foot Massage* terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien *Post Sectio Caessarea* di Ruang Dahlia RS. TK III Baladhika Husada Jember.** Karya Ilmiah Akhir. Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember.

*Section caessarea* merupakan salah satu tindakan persalinan dengan melakukan pembedahan pada area abdomen. Efek yang terjadi akibat tindakan tersebut adalah nyeri yang bersifat fisiologis. Nyeri dapat diobati dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi non farmakologi yang dapat digunakan adalah terapi *foot massage*. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan teknik *probability sampling*. Pengambilan sampel menggunakan *random sampling* dengan 2 sampel dari 5 populasi. Penelitian ini menggunakan instrument kuisisioner *Number Rate Scale*. Variabel penelitian ini terdapat dua variabel yaitu *foot massage* dan skala nyeri. Tempat penelitian dilakukan di Ruang Dahlia RS. Baladhika Husada Jember pada bulan Agustus 2023. Hasil penelitian didapat perubahan tingkat skala nyeri pada hari perawatan pertama pasien 1 dari skala 4 menjadi 3, pasien 2 dari skala 5 menjadi skala 4, hari perawatan kedua pasien 1 tidak merasakan nyeri dan pasien 2 dengan skala 2. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh *foot massage* terhadap skala nyeri *post section caesarea*. Terapi *foot massage* dilakukan dengan memijat pada kaki selama 20 menit (10 menit kaki kiri dan 10 menit kaki kanan) menggunakan *lotion* atau minyak zaitun. Gerakan pijatan yang dilakukan yaitu gerakan *effluarge*, *petrissage*, *friction*, *tapotement*, dan *vibration*.

**Kata kunci:** *foot massage*, skala nyeri, dan *post sectio caessarea*.

\*Peneliti

\*\*Pembimbing

## ABSTRACT

Fristi Ayu, Ingka\*. Sukawati, Umi\*\*. 2023. **The Effect of Foot Massage on Reducing the Pain Scale in Post Sectio Caessarea Patients in the Dahlia Hospital Room. Kindergarten III Baladhika Husada Jember.** Final Scientific Work. Nursing Professional Study Program. University dr. Soebandi Jember.

Caesarean section is a delivery procedure that involves surgery on the abdominal area. The effect that occurs as a result of this action is physiological pain. Pain can be treated with pharmacological and non-pharmacological therapy. Non-pharmacological therapy that can be used is foot massage therapy. This research uses a cross sectional approach with probability sampling techniques. Sampling used random sampling with 2 samples from 5 populations. This research uses the Number Rate Scale questionnaire instrument. There are two variables in this research, namely foot massage and pain scale. The research location was carried out in the Dahlia Hospital Room. Baladhika Husada Jember in August 2023. Thus, it can be concluded that there is an influence of foot massage on the post-caesarean section pain scale. Foot massage therapy is carried out by massaging the feet for 20 minutes (10 minutes for the left foot and 10 minutes for the right foot) using lotion or olive oil. The massage movements used are effeluge, petrissage, friction, tapotement and vibration movements.

**Key words:** foot massage, pain scale, and post caesarean section.

\*Researcher

\*\*Supervisor



## DAFTAR ISI

<b>COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan .....	2
1.4 Manfaat Penelitian .....	2
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>4</b>
2.1 Konsep dasar <i>section caessarea</i> .....	4
a. Pengertian.....	4
b. Etiologi.....	4
c. Manifestasi klinik.....	4
d. Pathway .....	5
e. Penatalaksanaan .....	6
2.2 Konsep dasar nyeri.....	8
a. Pengertian.....	8
b. Data mayor dan minor.....	9
c. Faktor penyebab .....	9
d. Penatalaksanaan .....	9
2.3 Konsep <i>foot massage</i> .....	10
a. Pengertian.....	10
b. Manfaat .....	10
c. Alat dan bahan.....	10

d. Prosedur .....	11
2.4 Asuhan keperawatan berdasarkan teori.....	13
a. Data fokus .....	13
b. Diagnosa.....	15
c. Intervensi.....	16
d. Implementasi .....	19
2.5 Kerangka teori.....	19
2.6 Keaslian penelitian/jurnal pendukung.....	21
<b>BAB 3. GAMBARAN KASUS/METODELOGI PENELITIAN.....</b>	<b>24</b>
3.1 Gambaran kasus .....	24
a. Pengakajian .....	24
b. Diagnosa keperawatan .....	31
c. Rencana asuhan keperawatan.....	31
d. Implementasi .....	34
e. Evaluasi .....	35
3.2 Metode penelitian.....	36
a. Rancangan penelitian .....	36
b. Lokasi dan waktu penelitian.....	36
c. Subjek penelitian.....	36
d. Pengumpulan data .....	36
e. Uji keabsahan data .....	37
<b>BAB 4. PEMBAHASAN.....</b>	<b>38</b>
<b>BAB 5. PENUTUP.....</b>	<b>40</b>
6.1 Kesimpulan .....	40
6.2 Saran.....	40
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Keaslian Penelitian.....	22
Tabel 3.1. Rencana Asuhan Keperawatan.....	31
Tabel 3.2. Evaluasi Asuhan Keperawatan.....	35

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur <i>Foot Massage</i> .....	43
Lampiran 2. Dokumentasi Implementasi .....	47

# BAB I

## PENDAHUUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sejak 1985 organisasi *World Health Organization* menetapkan standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah Negara adalah 10-15%. Sejak hal itu angka kejadian *sectio caesarea* meningkat baik dinegara maju maupun negara berkembang (WHO 2015) dalam (Nurlaela Dewi, 2020). Dampak dari *sectio caesarea* utama adalah nyeri *post sectio caesarea*. Nyeri *post sectio caesarea* bisa terjadi sejak 2 jam setelah operasi akibat anestesi yang sudah hilang sampai hari ketiga *post sectio caesarea*.

*World Health Organization* (WHO) 2015, operasi *sectio caesarea* di negara berkembang meningkat 5-15% untuk setiap 1.000 kelahiran di dunia (Aprina dkk, 2018). Pada tahun 2018 di Indonesia terdapat kurang lebih 4.8 juta yang mengalami persalininan, 19% diantaranya ditolong melalui *sectio caesarea* (Riskesdas, 2018). Hasil wawancara kepada bidan di Ruang Dahlia RS. Baladhika Husada Jember pasien dengan *sectio caesarea* pada bulan Juli 2023 sebanyak 52 orang. Prevalensi yang mengalami nyeri *post sectio caesarea* sebanyak 100% pada hari perawatan pertama.

Tindakan *sectio caesarea* memberikan beberapa dampak pada ibu, salah satunya adalah nyeri setelah 2 jam dilakukan *sectio caesarea*. Nyeri *post sectio caesarea* diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat. Nyeri *post sectio caesarea* akan memberi dampak seperti mobilisasi terbatas (30% pada hari perawatan pertama), *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi (50% pada hari perawatan pertama), *Activity of daily Living* (ADL) terganggu pada ibu (80% pada hari perawatan pertama) yang akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) (75% hari pada hari perawatan pertama) yang akan mempengaruhi daya tahan bayi yang dilahirkan secara *sectio caesarea* (Nurlaela Dewi, 2020).

Nyeri *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan pengobatan farmakologi dan non farmakologi. Pengobatan farmakologi yaitu dengan pemberian obat analgesik oral maupun secara intravena sedangkan pengobatan non farmakologi yaitu dengan manajemen nyeri, aromaterapi, kompres dingin, kompres panas, teknik distraksi, teknik imajinasi terbimbing, terapi akupresur, terapi akupunktur, terapi musik, terapi pemijatan dan terapi relaksasi. Intervensi pada karya ilmiah ini adalah teknik pemijatan yaitu dengan pemijatan pada kaki/*foot massage*. Menurut Muliani (2020) dalam (Eka, 2021), pemberian *foot massage* membantu tubuh dan pikiran menjadi rileks sehingga nyeri yang dirasakan dapat teralihkan dan tubuh secara alami akan mengeluarkan hormon endorfin. Hormon ini memberikan efek nyaman, menenangkan dan membantu dalam proses regenerasi sel-sel sehingga nyeri menjadi berkurang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada karya ilmiah ini adalah bagaimana pengaruh *foot massage* terhadap penurunan skala nyeri pada pasien dengan *post sectio caesaria*?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *foot massage* terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi skala nyeri pada pasien *sectio caesarea* sebelum diberikan *foot massage*.
- b. Mengidentifikasi skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea* setelah diberikan *foot massage*
- c. Mengetahui pengaruh *foot massege* terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat karya ilmiah ini bagi teoritis adalah untuk memperkuat terapi *foot massage* dalam menurunkan skala nyeri pada pasien *sectio caesarea*. *Foot massage* sebagai salah satu pengobatan non farmakologi untuk menurunkan skala nyeri.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### a. Manfaat bagi petugas kesehatan

Petugas kesehatan dapat memberikan serta merekomendasikan terapi *foot massage* pada pasien *sectio caessarea* untuk mneurunkan skala nyeri.

#### b. Manfaat bagi pasien/keluarga *sectio caessarea*

Pasien dengan section caessarea dapat mengimplementasikan terapi *foot massage* untuk menurunkan skala nyeri setelah *post sectio cassarea*.

#### c. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tolak ukur dan pedoman bagi peneliti selanjutnya gunu menyempurnakan penelitiannya.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar *Sectio caesaria*

##### 2.1.1 Pengertian *Sectio Saesarea*

Persalinan secara *sectio caesarea* (SC) merupakan persalinan yang dilakukan dengan tindakan pembedahan pada bagian abdomen ibu untuk mengeluarkan bayinya (Ipa, 2017) dalam (Nurlaela Dewi, 2020). Persalinan *sectio caesarea* adalah suatu bentuk proses persalinan yang dilakukan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sindi, 2023). Persalinan *sectio caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi. post *sectio caesarea*, ibu akan mengalami rasa nyeri, biasanya muncul 2 jam setelah proses persalinan selesai. Nyeri pada pasien pasca operasi bersifat akut dan membutuhkan penanganan yang cepat. Terapi non farmakologis atau komplementer yang dikembangkan sebagai alternatif pelayanan manajemen nyeri, salah satunya adalah massage ( pijat).

##### 2.1.2 Etiologi *Sectio Saesarea*

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016), menyatakan etiologi operasi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut :

###### a. Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, ada disporporisi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, *solutsio placenta* tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

###### b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat



dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

### 2.1.3 Klasifikasi

Menurut Manuaba (2012), menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu:

a. *Sectio caesarea klasik*

*Sectio caesarea klasik* dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio caesarea transperitoneal*

*Sectio caesarea transperitoneal profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio caesarea histerektomi*

*Sectio caesarea histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

*Sectio caesarea ekstraperitoneal*, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

#### 2.1.4 Adaptasi Post Partum

##### a. Adaptasi Fisiologi

Berikut beberapa adaptasi fisiologi post partum menurut lowdemik (2005):

##### a) Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital yaitu terjadi pada nadi biasanya mengalami penurunan menjadi 50-70 x/menit. Pengeluaran cairan yang banyak ketika proses persalinan dan adanya fase diuresis post partum menyebabkan suhu badan ibu mengalami peningkatan sekitar 0,5°C. Perubahan sistolik darah ibu akan mengalami penurunan 15-20 mmHg saat ibu melakukan perubahan posisi dari posisi duduk atau sering disebut hipotensi orthostatik.

##### b) Hematologi

Perubahan sistem hematologi terjadi peningkatan jumlah sel darah putih sampai 15.000 sel/ul darah selama proses persalinan, sedangkan kenaikan sel darah putih pada ibu yang mengalami persalinan lama dapat mencapai 25.000-30.000 sel/ul darah. perubahan selanjutnya adanya penurunan kerja jantung dan volume plasma secara berangsur-angsur akan kembali normal dalam 2 minggu masa post partum. Penurunan volume plasma dan cairan ekstra sel akan mempengaruhi penurunan berat bada ibu.

##### c) Sistem perkemihan

Perubahan sistem perkemihan disebabkan oleh otot-otot yang bekerja pada kandung kemih dan uretra tertekan oleh bagian terdepan janin pada saat persalinan. Disamping itu ibu akan mengalami diuresis pada 24 jam pertama. Hal ini disebabkan karena pengaruh peningkatan hormone estrogen pada saat hamil yang bersifat retensi dan akan dikeluarkan pada saat buang air pertama setelah persalinan.

d) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan terdapat gangguan saat defekasi karena penurunan hormone progesterone dan rasa sakit pada daerah perineum. Adanya konstipasi pada ibu post partum selain disebabkan oleh aktivitas penurunan progesterone juga karena adanya pembatasan cairan dan nutrisi saat melahirkan.

e) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi antara lain perubahan pada servik dan uterus. Setelah plasenta lahir servik posisi menganga seperti corong, lunak setelah 2 jam postpartum servik dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 jam hanya dapat dilewati oleh satu jari. Pada uterus adanya proses involusi uterus yaitu kembalinya uterus pada keadaan semula seperti sebelum hamil yang dimulai setelah plasenta lahir.

f) Sistem endokrin

Perubahan pada sistem endokrin terjadi penurunan kadar hormone progesterone dan estrogen yang dapat mempengaruhi produksi a-laktalbumin oleh retikulum endoplasma kasar. Peningkatan a-laktalbumin berfungsi untuk merangsang sintesa laktosa dan akhirnya meningkatkan jmlah laktosa air susu ibu.

b. Adaptasi Psikologi

Menurut teori Reva Rubin (1977) dalam Boby (2019) berikut beberapa fase yang akan dilalui oleh ibu dengan post partum/nifas:

a) Fase *taking in*

Fase ini ibu dalam keadaan mengalami ketergantungan. Rasa yang dirasakan pada ibu post partum yaitu seperti lelah, nyeri pada jahitan, membuat ibu bergantung kepada keluarga. Pada fase ini ibu nifas akan berfokus pada dirinya sendiri, lebih tertarik untuk menceritakan pengalaman yang telah dilalui yaitu hamil dan melahirkan sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan sekitar.

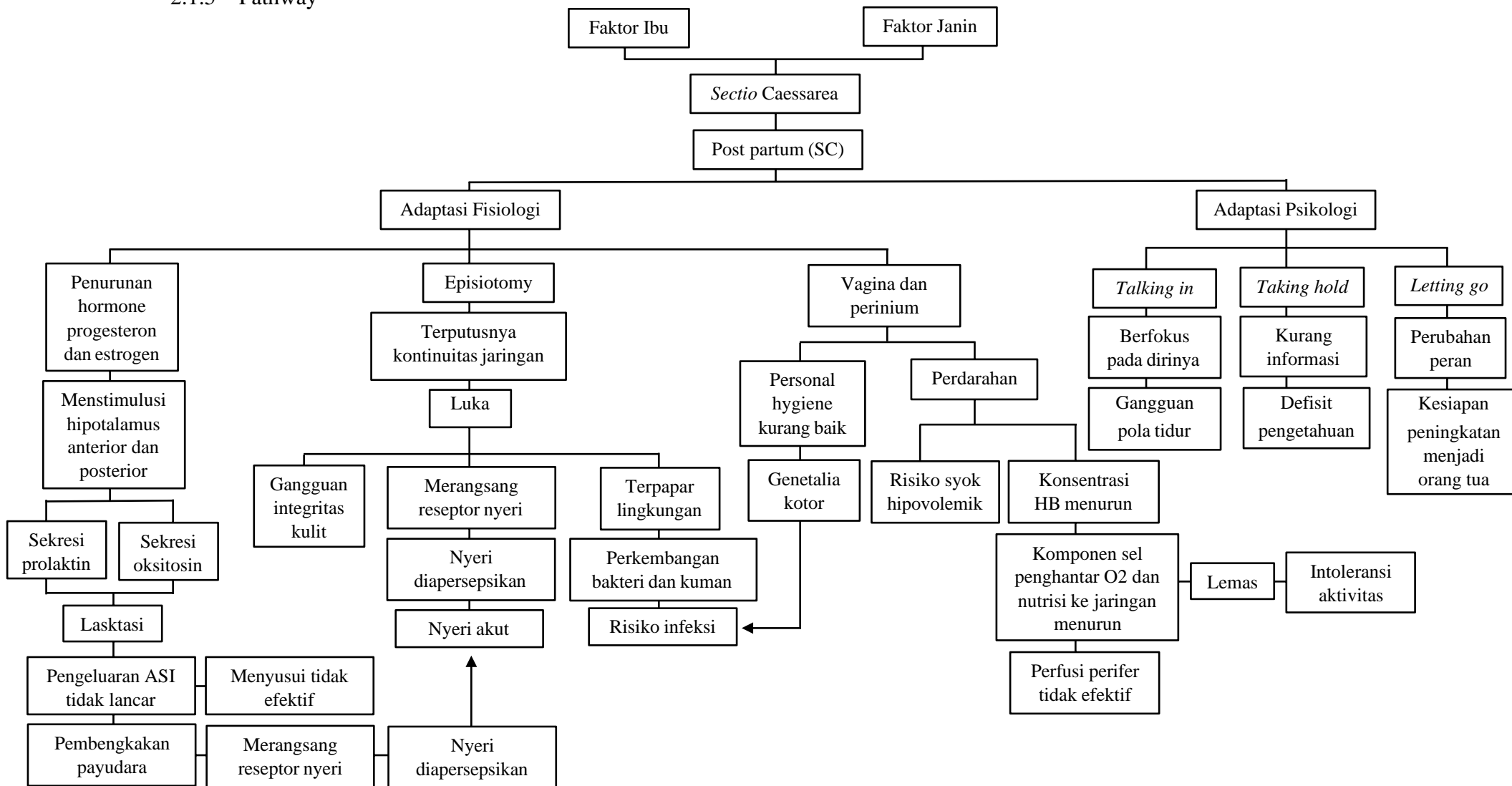
b) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* yaitu dimana psikologi ibu sudah mulai menerima. Ibu nifas akan belajar untuk merawat bayinya secara mandiri. Pada fase ini biasanya berlangsung selama 3-10 hari.

c) Fase *letting go*

Fase *letting go* yaitu ibu post partum sudah menerima tanggung jawab sebagai ibu. Pada fase ini ibu nifas sudah melakukan perawatan dirinya dan bayinya secara mandiri dan sudah menyesuaikan dirinya.

## 2.1.5 Pathway



## 2.1.6 Penatalaksanaan

### a. Perawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

Pre operatif adalah istilah yang menggambarkan keragaman fungsi yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan klien. Kata operatif merupakan penggabungan dari tiga fase pembedahan yaitu: preoperatif, intra operatif dan pos operatif (Padaka *et al.*, 2020). Fase operasi adalah waktu tunggu sebelum operasi dilaksanakan hingga pasien dipindahkan ke kamar operasi. Aktivitas keperawatan yang dilakukan ialah pengkajian dasar pasien, mempersiapkan untuk anestesi, dan operasi (Maryanani, 2015). Gambaran Klien Pre Operasi Tindakan pembedahan adalah ancaman potensial ataupun aktula pada keadaan seseorang yang dapat menimbulkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis. Klien yang akan dilakukan operasi biasanya akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan (Smeltzer, Suzana C. Bare, 2012).

### b. Perawatan Post Operasi *Sectio Caessarea*

Proses persalinan dengan operasi caessarea kerap meninggalkan bekas luka sayatan yang terasa nyeri pada perut. Agar cepat sembuh seperti sedia kala, inilah panduan perawatan luka *post section caessarea* yang dapat dilakukan. Pada awal masa nifas, bekas luka jahitan operasi *caessare* akan terlihat sedikit timbul, bengkak, dan warnanya lebih gelap bila dibandingkan dengan warna kulit aslinya. Berikut beberapa cara yang dilakukan untuk mempercepat penyembuhan luka:

- a) Jangan sampai kelelahan
- b) Jaga perut dan area sekitar sayatan operasipenuhi asupan gizi setelah melahirkan
- c) Jaga kebersihan sayatan lukajaga sirkulasi udara pada sayatan
- d) Rutin cek kesehatan dengan dokter

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.1.1 Pengertian 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 saat persalinan, sedangkan nyeri post SC sudah tidak lagi nyeri fisiologis. Nyeri post sectio caesarea diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasma, 2014) dalam (Nurlaela Dewi, 2020). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP, 2016).

### 2.1.2 Data Mayor dan Data Minor

#### a. Data Mayor

##### Subjektif

- Mengeluh nyeri

##### Objektif

- Tempak meringis
- Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

#### b. Data Minor

##### Subjektif

- (tidak tersedia)

##### Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu

- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis

### 2.1.3 Faktor Penyebab

- a. Agen pencedera fisisologis (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).

### 2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri dapat menggunakan metode farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi yaitu mengkonsumsi obat yang memberikan efek analgesik, tindakan ini efektif dalam mengatasi nyeri 15 karena nyeri akan mereda seiring dengan laju penyembuhan jaringan yang rusak atau sakit. Penanganan non farmakologi dengan memberikan stimulus diarea kulit. Terapi ini terdiri dari pemberian kompres hangat, kompres dingin, massage, TENS (*trancutaneous electrical nerve stimulation*), rendam air garam dan rendam air jahe (Zakiyah, 2015). Menurut Muliani (2020) dalam (Eka, 2021) nyeri post *sectio caesarea* dapat ditangani menggunakan tindakan non farmakologi berupa *foot massage*.

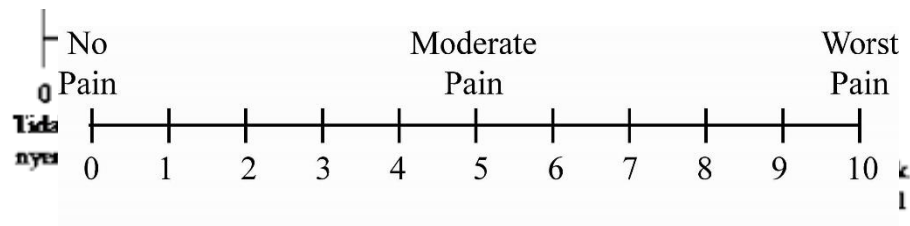
### 2.1.5 Pengkajian Nyeri

#### a) NRS (*Numeric Rating Scale*)

Merupakan alat petunjuk laporan nyeri unruk mengidentifikasi tingkat nyeri yang sedang terjadi dan menentukan tujuan untuk fungsi kenyamanan bagi klien dengan kemampuan kognitif yang mampu berkomunikasi informasi nyeri. Skala nyeri NRS lebih baik digunakan pada klien dengan nyeri hebat atau klien yang setelah dilakuan operasi atau untuk menilai akut (Aziato, et al 2018).



Skala nyeri ini diperseptikan sebagai berikut :



- Angka 0 artinya tidak nyeri
- Angka 1–3 artinya nyeri ringan
- Angka 4–6 artinya nyeri sedang
- Angka 7–10 artinya nyeri berat

b) VAS (Visual Analog Scale)

Skala nyeri ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang dicetak pada selembar kertas. Di ujung garis sebelah kiri terdapat tulisan "tidak sakit" dan di ujung lainnya terdapat tulisan "sakit yang teramat sangat". Pasien diminta untuk memberi tanda titik atau X pada garis untuk menunjukkan intensitas rasa sakit yang diderita. Kemudian dokter akan mengukur garis untuk menghitung skor nyeri.

c) VRS (Verbal rating Scale)

Skala nyeri berupa *verbal rating scale* menggunakan kata-kata, angka, atau warna untuk menilai rasa sakit. Misalnya, dalam satu garis lurus terdapat kata-kata mulai dari “tidak nyeri”, “nyeri ringan”, “nyeri sedang”, “sangat nyeri”, “sangat nyeri sekali”, hingga “amat sangat nyeri sekali”. Setiap kata tersebut dipasangkan dengan angka (misalnya, "tidak nyeri" = 0 dan "amat sangat nyeri sekali" = 5).

d) *Behavioral Pain Scale* (BPS)

BPS digunakan untuk menilai rasa nyeri yang dialami pasien pada prosedur yang menyakitkan seperti tracheal suctioning ataupun mobilisasi tubuh. BPS terdiri dari tiga penilaian yaitu ekspresi wajah, pergerakan ekstremitas, dan komplians dengan mesin ventilator. Setiap subskala diskoring dari 1 (tidak ada respon)

hingga 4 (respon penuh). Karena itu skor berkisar dari 3 (tidak nyeri) hingga 12 (nyeri maksimal). Skor BPS sama dengan 6 atau lebih dipertimbangkan sebagai nyeri yang tidak dapat diterima (*unacceptable pain*) (Nursalam et.al, 2018).

e) *Critical Care Pain Observation* (CPOT)

CPOT dapat dilakukan pada pasien dengan kondisi antara lain: mengalami penurunan kesadaran dengan GCS>4, tidak mengalami brain injury, memiliki fungsi motorik yang baik. CPOT terdiri dari empat domain yaitu ekspresi wajah, pergerakan, tonus otot dan toleransi terhadap ventilator atau vokalisasi (pada pasien yang tidak menggunakan ventilator). Penilaian CPOT menggunakan skor 0-8, dengan total skor  $\geq 2$  menunjukkan adanya nyeri (Gelinis et.al, 2019).

## **2.3 Konsep *Foot massage***

### **2.3.1 Pengertian *Foot massage***

Massage adalah teknik sentuhan atau pemijatan ringan yang dapat menghasilkan relaksasi dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit. Ada beberapa macam jenis *massage* untuk menurunkan nyeri antara lain *hand massage*, *effleurage*, *deep back massage*, dan *foot massage*. Teknik relaksasi *massage* yang paling tepat untuk pasien post operasi abdomen adalah *foot massage*, hal ini disebabkan karena di daerah kaki terdapat banyak saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam (Sari & Rumhaeni, 2020) dalam (Sindi, 2023).

### **2.3.2 Manfaat *Foot Massage***

Manfaat *foot massage* yaitu untuk melancarkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh, menurunkan nyeri, merangsang produksi hormon endorfin yang berfungsi untuk merelaksasikan tubuh, menghilangkan ansietas dan kelelahan tubuh (Oshvandi et al, 2014). Dalam jurnal “Perbandingan efektifitas *foot massage* dan *hand massage* terhadap nyeri *post sectio caesarea* di Rumah Sakit Islam Klaten” bahwa *foot*

massage dapat menurunkan nyeri dan memberikan efek relaksasi pada tubuh.

### 2.3.3 Alat dan Bahan

Berikut alat dan bahan dalam melakukan *foot massage*:

- a. Lotion/minyak zaitun/baby oil.
- b. Handuk.
- c. *Handscoon*, apabila pasien memiliki penyakit menular (seperti penyakit kulit).

### 2.3.4 Prosedur *Foot massage*

Berikut prosedur penerapan *foot massage*:

- a. Cuci tangan
- b. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan serta manfaat *foot massage*.
- c. Posisi perawat menghadap kaki klien.
- d. Tempatkan handuk di bawah kaki klien.
- e. Lumuri kedua tangan dengan minyak
- f. Langkah-langkah *foot massage*:
  - a) Letakan tangan kita sedikit di atas tulang kering usap secara merata dan tekan ringan menggunakan ibu jari menuju ke atas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik *effluarge*.



Gambar 2.2. Teknik *effluarge*

- b) Memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluas luar kaki menggunakan teknik *petrissage*.



Gambar 2.2. Teknik *petrissage*

- c) Tengcupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, kemudian perawat menggosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki di bagian terluar kaki kanan dengan menggunakan teknik *friction*.



gambar 2.3. Teknik *friction*

- d) Pegang telapak kaki kemudian perawat menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik *tapotement*.



Gambar 2.4. Teknik *tapotement*

- e) Rilekskan kaki dan jari kaki dengan gerakan baju, mundur atau depan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut

menggunakan teknik *vibration*, teknik ini akan membuat efek kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.



Gambar 2.5. Teknik *Vibration*

- g. Pijat dilakukan selama 20 menit di mana area yang ingin mendapatkan pijatan sehingga pasien yang sudah dipijat mendapatkan istirahat yang tenang dan nyaman
- h. Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk.

## **2.4 Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori**

### **2.4.1 Fokus Pengkajian**

#### **a. Biodata**

Identitas pasien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan dan lainnya.

#### **b. Keluhan utama**

Biasanya klien akan mengatakan nyeri pada bagian luka setelah operasi *sectio caesare*.

#### **c. Riwayat penyakit sekarang**

Klien mengatakan nyeri pada bagian perut yang dilakukan pembedahan. Pengkajian lanjutan terhadap nyeri yaitu dengan menggunakan karakteristik nyeri PQRST.

##### **a) Faktor pencetus (P : *provacate*)**

Kaji penyebab atau pencetus rangsangan nyeri dan mengamati bagian tubuh yang mengalami cedera. Perawat harus dapat menggali bagaimana perasaan pasien dan menanyakan apa saja penyebab nyeri (Prasetyo, 2010).

b) Kualitas (Q : *quality*)

Kualitas nyeri yang diungkapkan pasien bersifat subjektif. Biasanya pasien mendeskripsikan nyeri dalam kalimat-kalimat seperti tajam, tumpul, tertusuk, perih, berdenyut, tertindih, berpindah-pindah dan lain-lain, setiap pasien berbeda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan (Prasetyo, 2010).

c) Lokasi (R : *region*)

Mengkaji lokasi nyeri dan meminta pasien untuk menunjukkan bagian yang membuat pasien tidak nyaman. Saat mencatat hasil assesmen daerah nyeri, sebaiknya perawat menggunakan istilah anatomi atau yang lebih deskriptif, misalnya pernyataan nyeri pada bagian kepala kanan adalah lebih spesifik daripada pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala (Prasetyo, 2010).

d) Keparahan (S : *severe*)

Tingkat nyeri pasien merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri yang dirasakannya sebagai nyeri ringan, sedang atau berat (Prasetyo, 2010).

e) Durasi (T : *time*)

Pasien diminta untuk mendefinisikan durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan kapan pasien merasakan nyeri, apakah nyeri terjadi pada waktu yang sama setiap hari dan seberapa sering nyeri kambuh (Prasetyo, 2010)

d. Riwayat penyakit dahulu

Pasien dengan *sectio caesarea* sebelumnya memiliki riwayat persalinan *sectio caesarea*.

e. Riwayat penyakit keluarga

Ada keluarga yang pernah menderita penyakit turunan yang diderita pasien ketika dalam masa kehamilan sampai persalinan.

f. Pemeriksaan fisik

a) Sistem pernapasan

DS : -

DO : napas spontan, pola napas berubah, pernapasan 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan.

b) Sistem kardiovaskuler

DS : -

DO : denyut nadi meningkat, tekanan darah meningkat.

c) Sistem persarafan

DS : -

DO : -

d) Sistem perkemihan

DS: -

DO: produksi urin menurun

e) Sistem pencernaan

DS: pasien mengatakan mual, kadang muntah, anoreksia

DO: konsistensi feses normal/diare, BB menurun, penurunan intake cairan

f) Sistem muskuloskeletal

DS: lemah, cepat lelah

DO: kulit pucat, sianosis, turgor menurun, banyak keringat, gelisah, berfokus pada diri sendiri.

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Berikut beberapa diagnosa keperawatan sesuai dengan pathway sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP, 2016):

- a. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan ASI tidak menetes atau memancar (D.0029).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah (D.0077).
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan kulit (D.0129)

- d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142).
- e. Risiko hipovolimik berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan frekuensi nadi meningkat (D.0023).
- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan pengisian kapiler >3 detik (D.0009)
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan mengeluh lemas (D.0056)
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh sulit tidur (D.0055)
- i. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi (D.0111)
- j. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua ditandai dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua (D.0122)

#### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

Berikut intervensi keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP, 2016):

- a. Diagnosa : menyusui tidak efektif

Intervensi: edukasi menyusui (I. 12393)

Observasi

- Edukasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik

- Sediakan materi atau media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya
- Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga

Edukasi

- Berikan konseling menyusui
- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- Ajarkan empat menyusui dan perlekatan dengan benar



- Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kasa yang telah diberikan minyak kelapa
  - Ajarkan perawatan payudara postpartum
- b. Diagnosa: Nyeri akut

Intervensi: terapi pijatan (I.08251)

Observasi

- Identifikasi kontra indikasi terapi pijatan.
- Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan.
- Monitor respon terhadap pijatan.

Terapeutik

- Tetapkan jangka waktu untuk pijatan.
- Pilih area tubuh yang akan dipijat.
- Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi.
- Buka area yang akan dipijat.
- Gunakan *lotion* atau minyak untuk mengurangi gesekan.
- Lakukan pijatan secara perlahan.
- Lakukan pijatan dengan teknik yang tepat.

Edukasi

- Jelaskan tujuan prosedur terapi.
- Anjurkan rileks selama pijatan.
- Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pijatan.

- c. Diagnosa : Gangguan integritas kulit

Intervensi: perawatan luka (I.14564)

Observasi

- Monitor karakteristik luka
- Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik
- Berikan salep sesuai dengan jenis luka
- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

#### Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antibiotik

#### d. Diagnosa: Risiko infeksi

Intervensi: pencegahan infeksi (I.14539)

#### Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi.

#### Terapeutik

- Batasi jumlah pengunjung.
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

#### Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

#### e. Diagnosa: risiko hipovolemia

Intervensi: manajemen syok hipovolemik (I.02050)

#### Observasi

- Monitor status kardiopulmonal
- Monitor status oksigenasi
- Monitor status cairan
- Periksa tingkat kesadaran

#### Terapeutik

- Pertahankan jalan napas paten
- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
- Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

f. Diagnosa: perfusi perifer tidak efektif

Intervensi: manajemen syok hipovolemik (I.02050)

#### Observasi

- Monitor status kardiopulmonal
- Monitor status oksigenasi
- Monitr status cairan
- Periksa tingkat kesadaran

#### Terapeutik

- Pertahankan jalan nappas paten
- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
- Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

g. Diagnosa: intoleransi aktivitas

Intervensi: terapi aktivitas (I.05186)

#### Observasi

- Identifikasi defisit tingkat aktivitas
- Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu

#### Terapeutik

- fasilitasi fokus pada kemampuan
- sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas
- fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan
- koordinasi pemilihan aktivitas sesuai usia
- libatkan keluarga dalam aktivitas
- jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

#### Edukasi

- jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari
- ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih

h. Diagnosa: risiko hipovolemia

Intervensi: manajemen syok hipovolemik (I.02050)

Observasi

- Monitor status kardiopulmonal
- Monitor status oksigenasi
- Monitr status cairan
- Periksa tingkat kesadaran

Terapeutik

- Pertahankan jalan nappas paten
- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
- Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

i. Diagnosa : Gangguan pola tidur

Intervensi: dukungan tidur (I.09265)

Observasi

- Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
- Identifikasi faktor pengganggu tidur.
- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur.

Terapeutik

- Modifikasi lingkungan
- Batasi waktu tidur siang.
- Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.
- Tetapkan jadwal tidur.
- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan.

Edukasi

- Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.
- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

j. Diagnosa: defisit pengetahuan

Implementasi: edukasi kesehatan

Observasi

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

k. Diagnosa: kesiapan peningkatan menjadi orang tua

Implementasi: promosi pengasuhan

Observasi

- Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut
- Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak

Terapeutik

- Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan pre natal secara teratur dan sedini mungkin
- Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran
- Berikan bimbingan antisipasi yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan keluarga
- Tingkatkan interaksi orang tua anak dan berikan contoh
- Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial
- Fasilitasi penggunaan kontrasepsi

Edukasi

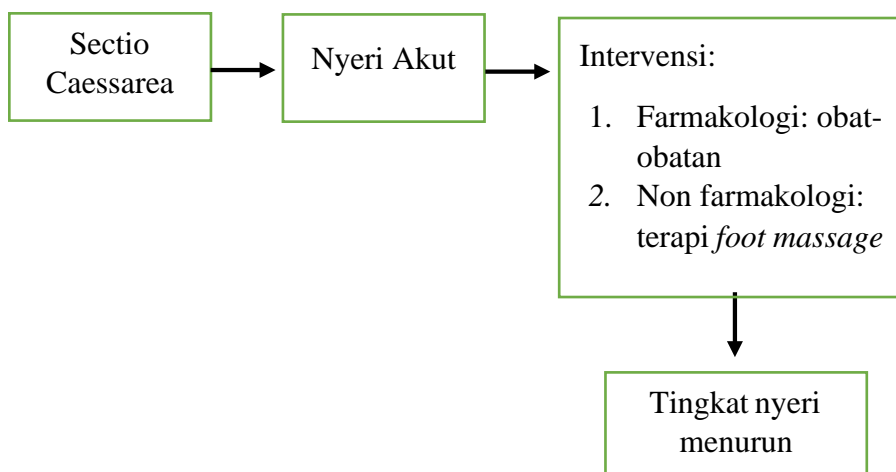
- Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu terapi pijatan (I.08251). Terapi pijatan dilakukan satu kali sehari selama tiga hari yang membutuhkan waktu 20 menit. Berikut prosedur pelaksanaan yang dilakukan dalam implementasi terapi pijatan:

- Mengidentifikasi kontra indikasi terapi pijatan.
- Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan.
- Memonitor respon terhadap pijatan.
- Menetapkan jangka waktu untuk pijatan.
- Memilih area tubuh yang akan dipijat.
- Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi.
- Membuka area yang akan dipijat.
- Menggunakan *lotion* atau minyak untuk mengurangi gesekan.
- Melakukan pijatan secara perlahan.
- Melakukan pijatan dengan teknik yang tepat.
- Menjelaskan tujuan prosedur terapi.
- Menganjurkan rileks selama pijatan.
- Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pijatan.

#### 2.5 Kerangka Teori



## 2.6 Keaslian Penelitian/Jurnal Pendukung

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Tempat dan Tanggal Penelitian	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil
1	Dewi Nurlaela Sari, Aay Rumhaena	Pijat kaki dalam menurunkan nyeri setelah <i>sectio caesarea</i> pada ibu nifas.	Rawat inap di RS AMC pada bulan Maret sampai Mei 2018.	Jenis penelitian ini adalah <i>quasi experimental</i> dengan pendekatan pre test dan <i>post test one group design</i> .	Variabel independen: pijat kaki Variabel dependen: nyeri operasi	Hasil penelitian menunjukkan sudah dilakukan pijat kaki didapatkan nilai p-value = 0.000, sehingga disimpulkan ada pengaruh pijat kaki terhadap skala nyeri pada klien post operasi <i>sectio caesarea</i>
2	Gianina Sindi dan Syahruram dhani.	Penerapan teknik relaksasi <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri pada pasien post <i>sectio caesarea</i> di Bangsal Firdaus PKU Gamping	Bangsal Firdaus PKU Gamoing pada tanggal 16 sampai 18 maret 2023.	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yaitu mengambil 1 pasien sebagai analisis deskriptif.	Variabel independen: relaksasi <i>foot massage</i> Variabel dependen: Nyeri	Dari hasil studi kasus dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan terapi <i>Foot massage</i> terhadap perubahan nyeri pada pasien post section caesaria.
3	Henniwati, Dewita dan Idawati	Pengaruh <i>foot hand massage</i> terhadap nyeri post <i>sectio caesarea</i> di Blud	Blud RSUD Kota Langsa Tahun 2019	Metode penelitian ini bersifat <i>quasi experiment</i> dengan rancangan	Variabel independen: Foot hand massage	Uji independen T-test didapatkan <i>foot hand massage</i>

---

RSUD Kota Langsa	<i>post only control group design.</i>	Variabel dependen: nyeri post <i>sectio caesarea</i>	berpengaruh dalam pengurangan nyeri pada ibu post <i>sectio caesarea</i> dengan nilai sig. 0,000.
---------------------	--	---	--

---



## BAB III

### GAMBARAN KASUS/METODE PENELITIAN

#### 3.1 Gambaran Kasus

##### 3.1.1 Pengkajian

###### Pasien 1.

Tanggal pengkajian : 9 Agustus 2023  
Ruangan/ RS/ PKM : Ruang Dahlia/RS Baladhika Husada Jember  
Tgl/Jam MRS : 8 Agustus 2023/17.45 WIB  
Diagnosa Medis : G2P1A1 pembukaan 1 memanjang

###### A. BIODATA

Nama Pasien	: Ny. L	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 22 th	Umur	: 29 th
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wirausaha
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Penghasilan	: -	Penghasilan	: 2-3 juta
Gol. Darah	: A+	Gol. Darah	: -
Alamat	: Tegal Watu Plalangan	Alamat	: Tegal Watu Plalangan

###### B. RIWAYAT KESEHATAN

###### 1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi.

###### 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan dilakukan *section caessarea* karena pembukaan 1 memanjang.

###### 3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tahun 2021 mengalami keguguran, pernah menderita tipus, dan tekanan darah rendah.

###### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan jika ibu kandungnya pernah mengalami

keguguran ketika kehamilan kedua dan menderita hipertensi.

5. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan jika pasien menjalani hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangga.

6. Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi & tata laksana hidup sehat

DS: Pasien mengatakan jika saat hamil melakukan pemeriksaan secara rutin di posyandu, bidan, dan puskesmas untuk mengetahui keadaan bayinya.

b. Pola nutrisi & metabolisme

DS: Pasien mengatakan jika pada saat hamil mengkonsumsi makanan yang disarankan oleh bidan, BAB normal dan ketika kehamilan 8 bulan sering BAK.

DO: *Urine output* 400 cc.

c. Pola aktivitas

DS: Pasien mengatakan jika saat hamil beraktivitas secara lancar tanpa ada gangguan.

DO: Pasien tampak mobilisasi miring kanan kiri.

d. Pola eliminasi

DS: Pasien mengatakan jika pada saat kehamilan 8 bulan sering BAK, BAB normal dan sekarang belum BAB.

DO: *Urine output* sebanyak 400 cc.

e. Pola persepsi sensoris

DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi.

DO: Pasien tampak meringis dan hati-hati ketika bergerak.

f. Pola konsep diri

- Identitas diri:

Pasien dapat menjelaskan identitas dirinya serta kehamilannya secara lancar.

- Peran diri:

Pasien mengatakan jika dirinya dapat berperan sebagai ibu rumah tangga dengan baik.

- **Gambaran diri:**  
Pasien dapat menggambarkan dirinya (bentuk tubuh) pada saat sebelum hamil, ketika hamil, dan setelah melahirkan.
- **Harga diri:**  
Pasien mengatakan jika setelah pulang dari rumah sakit akan menjadi seorang ibu dan istri yang baik.
- **Ideal diri:**  
Pasien mengatakan jika jika setelah pulang dari rumah sakit akan belajar untuk mengasuh dan mendidik anaknya sebaik mungkin.

g. Pola hubungan & peran

DS: Pasien mengatakan jika hubungan dan peran keluarga sangat baik, hal tersebut dapat dilihat ketika keluarga pasien menemani pasien ketika di rumah sakit.

h. Pola reproduksi & seksual

DS: Pasien mengatakan jika dirinya dan suami telah menyepakati untuk tidak melakukan hubungan seksual selama nifas.

i. Pola penanggulangan stres/ coping- toleransi stres

DS: Pasien mengatakan cara menanggulangi stress dengan membicarakan apa yang dirasakan dengan orang terkait.

**C. Riwayat Pengkajian Obstetri, Prenatal dan Intranatal**

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

No	Tahun	Type Persalinan	Penolong	Masalah Kehamilan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Keadaan Bayi Waktu Lahir
1	2023	Section caessarea	Dokter	Kala 1 fase laten memanjang	Laki-laki	2765 gram	Normal

2. Riwayat penggunaan kontrasepsi

DS: Pasien mengatakan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan setelah menikah.

### 3. Riwayat menstruasi

- Menarche: usia 12 tahun
- Lamanya: 5 hari
- Siklus: 29 hari
- Haid pertama haid terakhir: 7 November 2023
- Dismenorrhoe: pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah ketika menstruasi
- Fluor albus: tidak ada

### 4. Riwayat kehamilan sekarang

Pasien pembukaan 1 sejak pukul 17.00-09.30 WIB, ketuban utuh, kontraksi jarang (pembukaan 1 memanjang) dan dilakukan *section caessarea*.

#### Riwayat Kehamilan Saat Ini (berupa narasi)

1. Berapa kali periksa hamil: pasien mengatakan memeriksakan kehamilan di posyandu rutin setiap bulan, ke bidan jika ada keluhan seperti demam, dan USG sebanyak 2 kali.
2. Masalah kehamilan : tidak ada

#### Riwayat Persalinan

1. Jenis persalinan: SC
2. Tgl/Jam: 9 Agustus 2023/ 09.30 WIB
3. Jenis kelamin bayi: L, BB/PB 2765 gram/ 50 cm, A/S:6/7
4. Perdarahan 250 cc
5. Masalah dalam persalinan : pembukaan 1 memanjang.

#### Riwayat Ginekologi

1. Masalah Ginekologi : tidak ada
2. Riwayat KB (jenis, lama pemakaian, efek samping) : pasien mengatakan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan selama 3 kali suntik dengan efek samping tidak pernah menstruasi sejak melakukan suntik pertama kali.

#### Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi)

1. Keadaan umum : kesadaran penuh
2. Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 100/69 mmHg
- Nadi : 77x/menit
- Respirasi : 24x/menit
- Suhu : 36,2°c
- BB : 67 kg
- Tinggi badan : 59 cm

### 3. Kepala dan leher

#### Inspeksi

- a. Kepala : bentuk kepala normocephali, jejas (-), benjolan (-), kulit kepala bersih, dan warna rambut hitam.
- b. Muka : simetris, lesi (-), jejas (-).
- c. Mata : reflek pupil miosis, isokor, sklera putih, konjungtiva pink.
- d. Mulut : lesi (-), luka (-), gigi lengkap, mukosa bibir lembab.
- e. Telinga : bentuk simetris, lesi (-), jejas (-), cairan (-).
- f. Leher : tidak ada pembesaran tiroid dan vena jugularis, jejas (-), lesi (-).

#### Palpasi

- a. Kepala : tidak ada nyeri tekan
- b. Leher : tidak ada nyeri tekan

### 4. Thorax/dada

#### Paru

- a. Inspeksi : pergerakan dada simetris
- b. Palpasi : nyeri tekan (-)
- c. Perkusi : sonor
- d. Auskultasi : suara tambahan (-)

#### Jantung

- a. Inspeksi : ectopia cordis (-)
- b. Palpasi : nyeri tekan (-)
- c. Perkusi : reguler
- d. Auskultasi : S1 S2 tunggal

### 5. Payudara

Inspeksi : bentuk kedua payudara simetris, lesi (-), jejas (-)

Palpasi : nyeri tekan (-), benjolan (-)

6. Abdomen

a. Inspeksi : lesi (-), jejas (-)

b. Auskultasi : bising usus 9x/menit

c. Palpasi : nyeri tekan (+) pada daerah luka operasi, tinggi fundus uteri 1 jari dibawah umbilikus

d. Perkusi : timpani

7. Genetalia dan anus

Terdapat darah nifas/lochia, tidak ada perdarahan, bulu pubis (-), terpasang kaeter urine, tidak ada jahitan, lesi (-), jejas (-), benjolan (-).

8. Punggung

a. Inspeksi : lesi (-), jejas (-)

b. Palpasi : nyeri tekan (-)

9. Ekstremitas

Lesi (-), jejas (-), nyeri tekan (-), kekuatan otot

5	5
5	5

## Pasien 2.

Tanggal pengkajian : 9 Agustus 2023  
Ruangan/ RS/ PKM : Dahlia/RS. Baladhika Husada  
Tgl/Jam MRS : 8 Agustus 2023/22.30 WIB  
Diagnosa Medis : Prolaps tali pusat

### A. Pengkajian Umum

Nama Pasien	: Ny. D	Nama Suami	: Tn. I
Umur	: 32 tahun	Umur	: 31 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa	Suku/Bangsa	: Jawa
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wirausaha
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Penghasilan	: -	Penghasilan	: 1.5-2.5 juta
Gol. Darah	: -	Gol. Darah	: -
Alamat	: Gumuk Kembar Sukorejo	Alamat	: Gumuk Kembar Sukorejo

### B. Riwayat Kesehatan

#### 1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi.

#### 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan rutin pemeriksaan ke poli, pada usia kehamilan 8 bulan bayi sungsgang dan disarankan untuk dilakukan operasi.

#### 3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan jika anak pertama dengan persalinan operasi dan tidak pernah menderita penyakit apapun.

#### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan jika keluarganya tidak pernah sakit parah, hanya sakit seperti batuk, flu, dan pegal-pegal.

#### 5. Riwayat Psikososial

Pasien mengatakan menjalin hubungan baik dengan orang sekitar.

#### 6. Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi & tata laksana hidup sehat

DS: Pasien mengatakan jika di rumah mengkonsumsi makanan yang disarankan oleh dokter dan bidan.

b. Pola nutrisi & metabolisme

DS: Pasien mengatakan ketika hamil makan makanan seperti biasa, BAK dan BAB normal.

DO: Urine *output* 100 cc

c. Pola aktivitas

DS: Pasien mengatakan ketika masa kehamilan beraktivitas seperti biasa.

DO: Pasien tampak mobilisasi miring kanan kiri.

d. Pola eliminasi

DS: Pasien mengatakan pada masa kehamilan BAB dan BAK teratur.

DO: *urine output sebanyak 300 cc.*

e. Pola persepsi sensoris

DS: Pasien mengatakan dapat mencium, mendengar, perasa, sentuhan dan penglihatan secara normal.

f. Pola konsep diri

- Identitas diri:

Pasien dapat mengenali dirinya sendiri dengan menceritakan tentang dirinya.

- Peran diri:

Pasien mengatakan sebelum melahirkan dapat menjalankan perannya sebagai istri dan ibu.

- Gambaran diri:

Pasien dapat menggambarkan keadaan dirinya ketika sebelum hamil dan ketika hamil.

- Harga diri:

Pasien mengatakan jika pasien dalam kehidupan sehari-hari berperilaku baik dan tidak menyimpang.

- Ideal diri:

Pasien mengatakan setelah pulang dari rumah sakit akan



menjadi ibu dengan 2 anak serta menjadi seorang istri.

g. Pola hubungan & peran

Pasien mengatakan dapat menjalin hubungan baik dengan masyarakat serta menjalankan perannya dengan baik.

h. Pola reproduksi & seksual

Pasien mengatakan reproduksi dan seksual ketika hamil tidak terganggu.

i. Pola penanggulangan stres/ coping- toleransi stres

Pasien mengatakan jika ada suatu masalah akan menceritakan kepada suaminya.

**C. Riwayat Pengkajian Obstetri, Prenatal dan Intranatal**

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

No	Tahun	Tipe Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	BB Lahir	Keadaan Bayi Waktu Lahir	Masalah Kehamilan
1	2023	<i>Sectio caesarea</i>	Dokter	Laki-laki	2820 gram	Normal/hidup	Kelilit tali pusat

2. Riwayat penggunaan kontrasepsi

Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi pil KB selama 4 tahun.

3. Riwayat menstruasi

- Menarche: 15 tahun
- Lamanya: 7 hari
- Siklus: 28 hari
- Haid pertama haid terakhir: 18 November 2022
- Dismenorrhoe: pasien mengatakan ketika menstruasi nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang.
- Fluor albus: tidak ada

4. Riwayat kehamilan sekarang

Pasien mengatakan jika sejak USG terakhir kali janinnya kelilit tali pusat.

#### Riwayat Kehamilan Saat Ini (berupa narasi)

1. Berapa kali periksa hamil: pasien mengatakan USG 3 kali, periksa di posyandu setiap bulan, dan periksa ke bidan.
2. Masalah kehamilan: prolaps tali pusat

#### Riwayat Persalinan

1. Jenis persalinan: SC
2. Tgl/Jam: 9 Agustus 2023/08.30 WIB
3. Jenis kelamin bayi: L, BB/PB 2720 gram/49 cm, A/S: 6/7
4. Perdarahan kurang lebih 500 cc
5. Masalah dalam persalinan : janin kelilit tali pusat

#### Riwayat Ginekologi

1. Masalah Ginekologi : tidak ada
2. Riwayat KB (jenis, lama pemakaian, efek samping) : pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi pil KB selama 4 tahun dengan efek samping penambahan berat badan dan sering keluar fleks.

#### Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi)

1. Keadaan umum

##### Komposmentis

2. Tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 138/80 mmHg
- Nadi : 98x/menit
- Respirasi : 22x/menit
- Suhu : 36,7°c
- BB : 54 kg
- Tinggi badan : 150 cm

3. Kepala dan leher

##### Inspeksi

- a. Kepala : bentuk kepala normocephali, lesi (-), jejas (-), benjolan (-), kulit kepala bersih, warna rambut pirang (beberapa rambut beruban).
- b. Muka : simetris, lesi (-), jejas (-)

- c. Mata : reflex pupil miosis, isokor, sklera putih, konjungtiva pink.
- d. Mulut : lesi (-), jejas (-), karang gigi (+)
- e. Telinga : simetris, lesi (-), jejas (-), cairan (+)
- f. Leher : pembesaran kelenjar tiroid (-), pembesaran vena jugularis (-).

Palpasi

- c. Kepala : nyeri tekan (-)
- d. Leher : nyeri tekan (-)

4. Thorax/dada

Paru

- a. Inspeksi : pergerakan dada simetris
- b. Palpasi : nyeri tekan (-)
- c. Perkusi : sonor
- d. Auskultasi : suara napas tambahan (-)

Jantung

- a. Inspeksi : ectopia cordis (-)
- b. Palpasi : nyeri tekan (-)
- c. Perkusi : regular
- d. Auskultasi : S1 S2 tunggal

5. Payudara

Inspeksi : bentuk simetris, lesi (-), jejas (-)

Palpasi : nyeri tekan (-), benjolan (-)

6. Abdomen

- a. Inspeksi : bentuk cembung, terdapat perban luka operasi
- b. Auskultasi : bising usus 12x/menit
- c. Palpasi : tinggi fundus uteri 1 jari dibawah umbilikus
- d. Perkusi : timpani

7. Genetalia dan anus

Rambut pubis tidak ada, labia mayor dan minora normal, terdapat lochia dengan produksi normal (tidak perdarahan), benjolan (-).

8. Punggung
- Inspeksi : bentuk simetris, lesi (-), jejas (-)
  - Palpasi : nyeri tekan (-)

9. Ekstremitas

Nyeri tekan (-), lesi (-), jejas (-), kekuatan otot

5	5
5	5

### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah (D.0077).

Pasien 2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien tampak meringis (D.0077).

### 3.1.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 3.1. Rencana Asuhan Keperawatan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)									
<p><u>Pasien 1.</u> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah (D.0077).</p>	<p><u>Pasien 1.</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1: meningkat 2: cukup meningkat</p>	Indikator	SA	ST	Keluhan nyeri	2 4		Meringis	2	4	<p><u>Pasien 1.</u> Intervensi: terapi pemijatan (I.08251) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kontra indikasi terapi pemijatan.</li> <li>- Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan.</li> <li>- Monitor respon terhadap pemijatan.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan.</li> <li>- Pilih area tubuh yang akan dipijat.</li> </ul>
Indikator	SA	ST									
Keluhan nyeri	2 4										
Meringis	2	4									

	<p>3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi.</li> <li>- Buka area yang akan dipijat.</li> <li>- Gunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan.</li> <li>- Lakukan pijatan secara perlahan.</li> <li>- Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan prosedur terapi.</li> <li>- Anjurkan rileks selama pemijatan.</li> <li>- Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan.</li> </ul>									
<p><u>Pasien 2.</u> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah (D.0077).</p>	<p><u>Pasien 2.</u> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1" data-bbox="639 1451 971 1626"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun</p>	Indikator	SA	ST	Keluhan nyeri	2 4		Meringis	2	4	<p><u>Pasien 2.</u> Intervensi: terapi pemijatan (I.08251) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kontra indikasi terapi pemijatan.</li> <li>- Identifikasi kesiadaan dan penerimaan dilakukan pemijatan.</li> <li>- Monitor respon terhadap pemijatan.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan.</li> <li>- Pilih area tubuh yang akan dipijat.</li> <li>- Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi.</li> <li>- Buka area yang akan dipijat.</li> </ul>
Indikator	SA	ST									
Keluhan nyeri	2 4										
Meringis	2	4									

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan.</li> <li>- Lakukan pijatan secara perlahan.</li> <li>- Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan prosedur terapi.</li> <li>- Anjurkan rileks selama pemijatan.</li> <li>- Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan.</li> </ul>
--	--	---

### 3.1.4 Implementasi

Tanggal	Pasien 1	Pasien 2
10 Agustus 2023	11.30 Mengidentifikasi kontra indikasi terapi pemijatan. 11.31 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan. 11.32 Memonitor respon terhadap pemijatan. 11.33 Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi. 11.34 Membuka area yang akan dipijat. 11.35 Menggunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan. 11.36 Melakukan pijatan secara perlahan. 11.37 Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat. 11.38 Menjelaskan tujuan prosedur terapi. 11.39 Menganjurkan rileks selama pemijatan. 11.40 Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan.	13.15 Mengidentifikasi kontra indikasi terapi pemijatan. 13.16 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan. 13.17 Memonitor respon terhadap pemijatan. 13.18 Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan. 13.19 Memilih area tubuh yang akan dipijat. 13.20 Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi. 13.21 Membuka area yang akan dipijat. 13.22 Menggunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan. 13.23 Melakukan pijatan secara perlahan. 13.24 Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat. 13.25 Menganjurkan rileks selama pemijatan. 13.26 Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan.

<p>11 Agustus 2023</p>	<p>16.30 Mengidentifikasi kontra indikasi terapi pijatan. 16.31 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan. 16.32 Memonitor respon terhadap pijatan. 16.33 Menetapkan jangka waktu untuk pijatan. 16.34 Memilih area tubuh yang akan dipijat. 16.35 Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi. 16.36 Membuka area yang akan dipijat. 16.37 Menggunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan. 16.38 Melakukan pijatan secara perlahan. 16.39 Melakukan pijatan dengan teknik yang tepat. 16.40 Menjelaskan tujuan prosedur terapi. 16.41 Menganjurkan rileks selama pijatan. 16.42 Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pijatan.</p>	<p>18.45 Mengidentifikasi kontra indikasi terapi pijatan. 18.46 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan. 18.47 Memonitor respon terhadap pijatan. 18.48 Menetapkan jangka waktu untuk pijatan. 18.49 Memilih area tubuh yang akan dipijat. 18.50 Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi. 18.51 Membuka area yang akan dipijat. 18.52 Menggunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan. 18.53 Melakukan pijatan secara perlahan. 18.54 Melakukan pijatan dengan teknik yang tepat. 18.55 Menganjurkan rileks selama pijatan. 18.56 Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pijatan.</p>
--------------------------------	--	--

### 3.1.5 Evaluasi

Tabel 3.2. Evaluasi Asuhan Keperawatan

Tanggal	Pasien 1	Pasien 2																				
10/08/2023	<p><b>S:</b> pasien mengatakan lebih rileks dan nyeri berkurang dengan skala 3  <b>O:</b> pasien tampak lebih nyaman setelah dilakukan pemijatan  <b>A:</b> masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>P:</b> intervensi dilanjutkan</p>	Indikator	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	2	4	3	Meringis	2	4	3	<p><b>S:</b> pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4  <b>O:</b> pasien tampak lebih nyaman  <b>A:</b> masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>P:</b> intervensi dilanjutkan</p>	Indikator	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	2	4	3
Indikator	SA	ST	SC																			
Keluhan nyeri	2	4	3																			
Meringis	2	4	3																			
Indikator	SA	ST	SC																			
Keluhan nyeri	2	4	3																			
11/08/2023	<p><b>S:</b> pasien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pemijatan (skala nyeri 0)  <b>O:</b> pasien tampak tidak meringis  <b>A:</b> masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	Indikator	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	2	4	4	Meringis	2	4	4	<p><b>S:</b> pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2  <b>O:</b> pasien tampak lebih nyaman  <b>A:</b> masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	Indikator	SA	ST	SC	Keluhan nyeri	2	4	4
Indikator	SA	ST	SC																			
Keluhan nyeri	2	4	4																			
Meringis	2	4	4																			
Indikator	SA	ST	SC																			
Keluhan nyeri	2	4	4																			

### 3.2 Metode Penelitian

#### a. Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan teknik *probability sampling*. Pengambilan sampel menggunakan *random sampling* dengan 2 sampel dari 5 populasi. Penelitian ini menggunakan instrument kuisisioner *Number Rate Scale*. Variabel penelitian ini terdapat dua variabel yaitu *foot massage* dan skala nyeri.

#### b. Lokasi dan tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Dahlia RS. Baladhika Husada Jember pada bulan Agustus 2023.

#### c. Subyek penelitian

Subyek yang digunakan yaitu pasien *post section caessarea* yang mengalami nyeri luka operasi sebanyak 2 responden dari 5 populasi.

#### d. Pengumpulan data

Pengumpulan data pertama kali yaitu dengan wawancara terhadap



pasien sebelum dilakukan *section caessarea*, pengkajian tersebut untuk memperoleh data yang akan ditulis pada buku asuhan keperawatan, pengkajian kedua dilakukan setelah dilakukan *section caessarea* yaitu untuk menentukan apakah klien masuk pada kriteria yang sesuai dengan tema penelitian. Setelah ditentukan responden dalam penelitian selanjutnya peneliti akan menjelaskan tujuan dan implementasi yang akan diberikan serta meminta persetujuan pasien. Implementasi dilakukan satu kali sehari yang diakhiri evaluasi setiap pertemuan.

e. Uji keabsahan data

Uji keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan melibatkan pasien, keluarga pasien serta petugas kesehatan di Ruang Dahlia untuk memberikan informasi tambahan pada penelitian ini.

## BAB 4

### PEMBAHASAN

#### 4.1 Analisa Masalah Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 didapat pasien seorang wanita *post sectio caessarea* usia 22 tahun, pendidikan terakhir SMA, agama Islam, suku Madura, dan sebagai ibu rumah tangga. Pasien dilakukan tindakan operasi *section caessarea* dengan alasan pembukaan kala 1 fase laten memanjang. Pasien memiliki riwayat keguguran pada tahun 2020 dengan riwayat keluarga (ibu pasien) juga mengalami hal yang serupa. Pasien mengatakan selama hamil melakukan pemeriksaan secara rutin di posyandu, bidan dan puskesmas, saat hamil pola nutrisi baik, ketika usia kehamilan 8 bulan pasien sering BAK sedangkan pada saat pengkajian output urin 400cc. Sejak menikah pasien tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi, pertama kali menstruasi usia 12 tahun, mengalami dismenorhoe, dan HPHT 7 November 2022. Pada saat pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dengan skala nyeri 4 (NRS), takut ketika bergerak, dan belum bisa menyusui anaknya karena ASI belum keluar. Pasien tampak ragu dalam menggerakkan tubuhnya, ROM aktif dan perawatan diri dibantu oleh keluarga.

Pasien 2 seorang wanita usia 32 tahun, pendidikan terakhir SMA, agama Islam, suku Jawa, dan sebagai ibu rumah tangga. Pasien dilakkan *section caessarea* dengan alasan kehamilan pertama pada tahun 2015 riwayat SC. Pasien mengatakan selama hamil nutrisi dan metabolisme baik, pada saat pengkajian pasien dalam mobilisasi miring kanan kiri, dan urine output 300 cc. Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi pil KB selama 4 tahun, menstruasi pertama usia 15 tahun, mengalami dismenorhoe, tidak ada keputihan, dan HPHT 18 November 2022. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5, pasien setelah operasi tampak mengerang karena kesakitan, pasien tidak dapat menyusui bayinya karena susah bergerak akibat sakit pada luka operasi, ROM aktif dan perawatan diri dibantu oleh keluarga.

#### 4.2 Analisa Diagnosa Keperawatan

Gambaran diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua pasien yaitu diagnosa nyeri akut. Adapun alasan mengangkat diagnosa tersebut yaitu pada hari perawatan pertama pasien 1 mengeluhkan nyeri luka operasi dengan skala nyeri 4 dan pasien 2 dengan skala 5. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2028). Diagnosa nyeri akut pada kedua pasien didasari oleh tanda dan gejala mayor maupun minor yang ditemukan pada saat dilakukan pengkajian. Dengan demikian pada hasil laporan studi kasus sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dengan teori.

#### 4.3 Analisa Intervensi Keperawatan

Pada pelaksanaan intervensi keperawatan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Setelah dilakukan pengkajian kepada pasien dengan *post sectio caessarea* didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut. Intervensi yang dilakukan pada studi kasus ini menggunakan standart acuan Satuan Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu dengan terapi pemijatan (*foot massage*). Menurut Muliani (2020) dalam (Eka, 2021), pemberian *foot massage* membantu tubuh dan pikiran menjadi rileks sehingga nyeri yang dirasakan dapat teralihkan dan tubuh secara alami akan mengeluarkan hormon endorfin. Hormon ini memberikan efek nyaman, menenangkan dan membantu dalam proses regenerasi sel-sel sehingga nyeri menjadi berkurang.

#### 4.4 Analisa Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

*Foot massage* diberikan pada hari perawatan pertama dan kedua. Terapi *foot massage* dapat dilakukan pada pasien yang tidak memiliki kontra indikasi pada area yang akan dipijat (tidak ada luka, tidak ada infus, tidak terdapat bula dan tidak ada bekas jahitan/luka bakar). *Foot massage* dapat dilakukan selama 20 menit (10 menit kaki kanan dan 10 menit kaki kiri) menggunakan lotion atau minyak zaitun serta dilakukan minimal 1 kali sehari. Kekurangan dalam penelitian ini yaitu klien yang dijadikan responden juga diberikan obat anti

nyeri dimana hal tersebut dapat menurunkan keefisien dalam mengevaluasi hasil implementasi terapi *foot massage* yang diberikan.

Hasil evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan yaitu pada klien 1 hari perawatan pertama mengalami penurunan skala nyeri dari skala nyeri 4 menjadi 3 dan hari perawatan kedua skala nyeri 0 (tidak merasakan nyeri). Sedangkan klien 2 pada hari perawatan pertama mengalami penurunan skala nyeri dari skala 5 menjadi skala 4 dan pada hari perawatan kedua dari skala 4 menjadi skala 2.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Abbasali Dorosti (2019) mengatakan bahwa ada pengaruh pijat refleksi kaki terhadap nyeri pasca operasi *sectio caesarea*. Hasil uji T-Independent menunjukkan bahwa rata-rata keparahan nyeri berkurang secara signifikan, dengan *p value* 0.003. selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Inaam Hassan (2022) menunjukkan hasil *p value* sebesar 0.001 ( $0.001 < 0.005$ ) yang dapat disimpulkan bahwa terapi pijat kaki berpengaruh terhadap skala nyeri pada ibu *post sectio caesarea*.

Pemberian terapi *foot massage* efektif dilakukan untuk menurunkan nyeri dan merilekskan badan sehingga sangat membantu memperbaiki kesehatan fisik maupun emosional pada pasien *post sectio caessarea*. Terapi tersebut sebaiknya diimplementasikan dan diedukasikan kepada pasien dan keluarga agar dapat dilakukan sendiri ketika keluar rumah sakit.

## BAB 5

### PENUTUP

#### 3.3 Kesimpulan

*Section caessarea* merupakan salah satu tindakan melahirkan yang dilakukan dengan cara pembedahan yang memberikan efek nyeri pada area pembedahan. Salah satu terapi yang digunakan untuk mengurangi skala nyeri yaitu dengan melakukan terapi *foot massage*. Hasil evaluasi kepada 2 klien setelah dilakukan implementasi didapat pada hari pertama klien 1 dari nyeri skala 4 menjadi skala 3 dan klien 2 dari nyeri skala 5 menjadi skala 4. Hari kedua didapat klien 1 dari nyeri 1 menjadi skala 0 dan klien 2 dari nyeri skala 3 menjadi skala 2. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh *foot massage* terhadap skala nyeri *post section caesarea*.

#### 3.4 Saran

Berikut beberapa saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini ditujukan kepada petugas kesehatan, pasien *sectio caessarea* dan peneliti selanjutnya:


- a. Penelitian ini diharapkan menjadi pendukung atas teori-teori dan penelitian sebelumnya bahwa terapi *foot massage* untuk menurunkan skala nyeri *post sectio caessarea*.
- b. Petugas pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan dan merekomendasikan terapi *foot massage* untuk menurunkan skala nyeri pada *post sectio caessarea*.
- c. *Foot massage* dapat diimplementasikan oleh pasien *post sectio caessarea* untuk menurunkan skala nyeri.
- d. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menyempurnakan penelitian ini dengan melihat batasan penelitian ini guna mendapatkan hasil yang lebih baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Eka, A. (2021) *Pengaruh Pemberian Foot Massage terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Ibu Post Sectio Caesarea*. 1st edn. Edited by A. Eka. Banyumas.
- Nurlaela Dewi, R. A. (2020) 'Foot Massage Reduce Post Operation Pain Sectio Caesarea at Post Partum Pijat Kaki dalam Menurunkan Nyeri Setelah Operasi Sectio Caesar pada Ibu Nifas', 6(25), pp. 164–170.
- Padaka, Y. *et al.* (2020) 'Efektivitas Massage untuk Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea (The Effectiveness of Massage in Pain Reduction of Post Caesarean Section Patients)', 9(2), pp. 58–72.
- Sindi, G. (2023) 'Penerapan Teknik Relaksasi Foot Massage Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Bangsal Firdaus PKU Gamping', (1).
- Tim Pokja SDKI DPP, P. (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Edited by Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Jakarta Selatan: Tim Pokja SDKI DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP, P. (2016) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Edited by T. P. S. D. PPNI. Jakarta Selatan: Tim Pokja SIKI DPP PPNI.

# **LAMPIRAN**

Lampiran 1. Standar Operasioal Prosedur *Foot Massage*

	<b>SOP</b> <b>FOOT MASSASE</b>		
	<b>NO.DOKUMEN</b>	<b>NO. REVISI</b>	<b>HALAMAN</b>
<b>PROSEDUR TETAP</b>	<b>TGL TERBIT</b>	<b>Ditetapkan oleh :</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	<i>Foot massage</i> adalah sentuhan yang dilakukan pada kaki dengan sadar dan digunakan untuk meningkatkan kesehatan		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbulkan relaksasi yang dalam.</li> <li>2. Memperbaiki sirkulasi darah.</li> <li>3. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal.</li> <li>4. Membantu memperbaiki mobilitas.</li> <li>5. Menurunkan nyeri.</li> </ol>		
<b>INDIKASI</b>	Klien dengan <i>post section caesarea</i>		
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien yang mengalami fraktur pada kaki</li> <li>2. Klien yang terpasang infus di bagian kaki</li> <li>3. Klien yang terdapat bula pada kaki</li> </ol>		
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan alat</li> <li>2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan.</li> <li>3. Mengkaji status hemodinamik klien</li> </ol>		
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minyak kelapa atau minyak zaitun</li> <li>2. Handuk</li> </ol>		
<b>CARA KERJA</b>	<b>Tahap pertama : masase kaki bagian depan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambilah posisi menghadap ke kaki klien dengan kedua lutut berada disamping betisnya.</li> <li>2. Letakkan tangan kita sedikit diatas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju keatas dengan satu gerak tak putus luncurkan tangan ke atas pangkal paha dan kembali turun disisi kaki mengikuti lekuk kaki.</li> <li>3. Tarik ibu jari dan buat bentuk V (posisi mulut naga). Letakkan tangan diatas tulang garas dibagian bawah kaki. Gunakan tangan secara bergantain untuk memijat perlahan hingga ke bawah lutut dengan tangan masih pada posisi V urut keatas dengan sangat lembut hingga ke tempurung lutut, pisahkan tangan dan ikuti lekuk tempurung lutut pijat ke bagian bawah.</li> <li>4. Lalu ulangi pijat keatas bagian tempurung lutut.</li> </ol>		





5. Tekanlah dengan sisi luar telapak tangan membuat lingkaran secara bergantian mulai dari atas lutut hingga pangkal paha dan mendorong otot.
6. Dengan kedua tangan pijatlah kebawah pada sisi kaki hingga ke pergelangan kaki. Kemudian remas bagian dorsum dan plantaris kaki dengan kedua tangan sampai ke ujung jari.
7. Ulangi pada kaki kiri.



**Tahap kedua : masase pada telapak kaki**

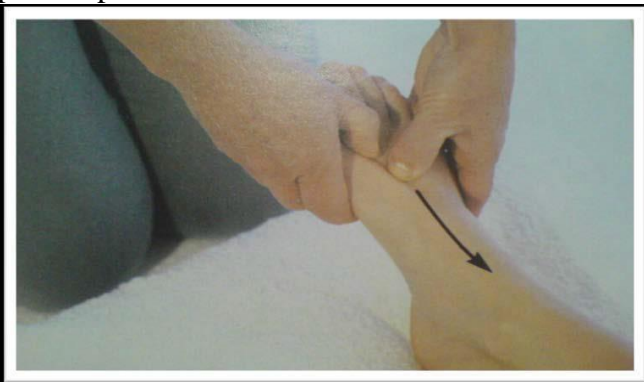
1. Letakan alas yang cukup besar dibawah kaki klien.
2. Tangkupkan telapak tangankita disekitar sisi kaki kanannya
3. Rilekskan jari-jariserta gerakan tangan kedepan dankebelakang dengan cepat, ini akan membuat kaki rileks.




4. Biarkan tangan tetap memegang bagian atas kaki
5. Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut tarik kaki kearah pemijat mulai dari tumit. Dengan gerakan oval putar kaki beberapa kalikesetiap arah.



6. Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada diatas dan telunjuk dibagian bawah.
7. Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekanan urat-urat otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantaranya urat-urat otot dengan ibu jari . ulangi gerakan ini pada tiap lekukan.



	<p>8. Pegang tumit kaki dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama : letakkan ibu jari pemijat diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya, dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain.</p> 
<b>EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat skala nyeri setelah dilakukan <i>foot massage</i>.</li> </ol>
<b>HAL- HAL YANG DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi klien yang terlalu lapar, terlalu kenyang.</li> <li>2. Kondisi ruangan yang nyaman. Suhu tidak terlalu panas, tidak terlalu dingin, pencahayaan yang cukup tidak remang-remang.</li> <li>3. Posisi klien dalam keadaan berbaring yang man bagian pinggang sampai telapak kaki ditutup oleh handuk dan posisi pemijat dibelakang klien.</li> </ol>

Lampiran 2. Dokumentasi Implementasi

