

**PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT)
TERHADAP NYERI AKUT PADA PASIEN POST AMPUTATION ABOVE KNEE DENGAN
DIAGNOSA OSTEOMYELITIS TIBIA FIBULA DEXTRA**

Gantri Septiani¹, Tuti Pahria², Sri Hartati Pratiwi³

¹Program Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

²Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

E-mail: gantri20001@mail.unpad.ac.id

INFO ARTIKEL

Riwayat Artikel:

Received :01-04-2025

Revised :15-04-2026

Accepted :22-04-2026

Keywords: Amputation, acute pain, osteomyelitis, SEFT, non-pharmacological therapy.

DOI: <https://doi.org/10.62335>

ABSTRACT

Osteomyelitis is a bone infection that can cause extensive tissue damage, potentially leading to amputation. Post-amputation patients commonly experience acute pain influenced by inflammatory processes, surgical trauma, and peripheral nerve stimulation. Pharmacological approaches are often used, but non-pharmacological therapies such as Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) are considered to have the potential to help reduce pain perception thru relaxation and emotional regulation mechanisms. This study was conducted to examine the effectiveness of SEFT on post-amputation patients due to osteomyelitis. This study uses a case report design on a 63-year-old male patient diagnosed with right tibia-fibula osteomyelitis post-amputation. The SEFT intervention was administered over four sessions, each lasting 15 minutes. Pain evaluation was performed using the Numeric Rating Scale (NRS) before and after the intervention. After four SEFT sessions, the pain intensity decreased from a scale of 7 to 4. In addition to pain reduction, patients reported increased relaxation, emotional calmness, and improved sleep quality. Vital signs, particularly heart rate, indicate improvement toward the normal range. This finding suggests that SEFT is effective as a complementary intervention for reducing acute pain in post-amputation patients. The combination of

meridian point stimulation and spiritual affirmations is believed to contribute to physiological relaxation and increased self-acceptance. This intervention has the potential to be applied in nursing practice as a safe, simple, and side-effect-free holistic approach.

ABSTRAK

Osteomyelitis merupakan infeksi tulang yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan luas hingga berujung pada amputasi. Pasien post amputasi umumnya mengalami nyeri akut yang dipengaruhi oleh proses inflamasi, trauma pembedahan, dan stimulasi saraf perifer. Pendekatan farmakologis sering digunakan, namun terapi nonfarmakologis seperti Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) dinilai berpotensi membantu menurunkan persepsi nyeri melalui mekanisme relaksasi dan regulasi emosional. Penelitian ini dilakukan untuk mengkaji efektivitas SEFT pada pasien post amputasi akibat osteomyelitis. Studi ini menggunakan desain case report pada pasien laki-laki usia 63 tahun dengan diagnosis osteomyelitis tibia-fibula dextra pasca amputasi. Intervensi SEFT diberikan selama empat sesi dengan durasi 15 menit setiap sesi. Evaluasi nyeri dilakukan menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) sebelum dan sesudah intervensi. Setelah empat sesi SEFT, intensitas nyeri menurun dari skala 7 menjadi 4. Selain penurunan nyeri, pasien melaporkan peningkatan relaksasi, ketenangan emosional, serta perbaikan kualitas tidur. Tanda vital, khususnya frekuensi nadi, menunjukkan perbaikan menuju rentang normal. Temuan ini menunjukkan bahwa SEFT efektif sebagai intervensi komplementer untuk mengurangi nyeri akut pada pasien post amputasi. Kombinasi stimulasi titik meridian dan afirmasi spiritual diduga berkontribusi pada relaksasi fisiologis dan peningkatan penerimaan diri. Intervensi ini berpotensi diterapkan dalam praktik keperawatan sebagai pendekatan holistik yang aman, sederhana, dan tanpa efek samping.

PENDAHULUAN

Osteomyelitis merupakan infeksi pada tulang yang ditandai dengan inflamasi, destruksi jaringan tulang, dan dapat berlanjut hingga nekrosis bila tidak segera ditangani. Infeksi ini dapat terjadi secara akut maupun kronis, dan paling sering mengenai tulang panjang, terutama tibia dan fibula, karena suplai darah yang relatif lebih terbatas dibandingkan tulang lain (Kurniawan, 2022).

Prevalensi kejadian osteomyelitis di Indonesia secara pasti belum diketahui, namun studi lokal menunjukkan kasus terbanyak pada kelompok usia 50-54 tahun

dengan jenis kelamin laki-laki lebih dominan. Hasil studi di Amerika Serikat menunjukkan kejadian Osteomyelitis sebanyak 21,8 kasus per 100.000 penduduk per tahun. Insiden lebih sering ditemukan pada laki-laki dari pada perempuan sebanding dengan peningkatan usia. Angka kejadian osteomyelitis diperkirakan sekitar 2,4 per 100.000 penduduk per tahun, dengan prevalensi lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan (Walter et al., 2021). Data terbaru di Indonesia menunjukkan bahwa kasus osteomyelitis masih cukup tinggi, dengan prevalensi mencapai 21,8 per 100.000 penduduk per tahun, di mana lokasi terbanyak terdapat pada tulang tibia (25,6%) (Rahman et al., 2022). Hal ini menunjukkan bahwa osteomyelitis masih menjadi masalah kesehatan serius, terutama di bidang ortopedi.

Penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang dan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menunjukkan bahwa *Staphylococcus aureus* adalah penyebab paling umum, dan lokasi infeksi sering kali di tulang tibia (Sitinjak & Nugraha, 2021). Mekanisme terjadinya infeksi ini umumnya berkaitan dengan riwayat trauma, fraktur terbuka, serta tindakan pembedahan (Panteli & Giannoudis, 2016). Selain itu, terdapat sejumlah faktor predisposisi yang dapat meningkatkan risiko terjadinya osteomyelitis, antara lain diabetes melitus, penyakit vaskular perifer, malnutrisi, hipotensi, penggunaan kortikosteroid jangka panjang, keganasan, konsumsi alkohol, kebiasaan merokok, gangguan sistemik atau lokal pada kondisi immunocompromise, serta penyebaran infeksi dari ulkus dekubitus (Giurato et al., 2017)

Bila tidak mendapatkan terapi yang adekuat, osteomyelitis dapat menimbulkan komplikasi berupa abses, sekuuster, deformitas, hingga kondisi paling berat yaitu amputasi ekstremitas. Amputasi dilakukan ketika terapi antibiotik maupun debridement tidak mampu mengatasi infeksi atau sudah terjadi kerusakan tulang yang luas (Potter & Perry, 2019). Meskipun demikian, amputasi membawa dampak besar, tidak hanya dari sisi fisik berupa kehilangan anggota gerak, tetapi juga dari aspek psikologis dan sosial pasien (Roşca et al., 2021).

Salah satu masalah utama yang dialami pasien pasca amputasi adalah nyeri akut. Nyeri ini dapat muncul pada area residu amputasi (*residual limb pain*) maupun dalam bentuk fenomena *phantom limb pain* (PLP), yaitu sensasi nyeri pada anggota tubuh yang sudah diamputasi. Fenomena Phantom Limb Pain (PLP) terjadi melalui proses neurofisiologis yang sangat kompleks. Setelah amputasi, serabut saraf perifer di area potongan tidak berhenti bekerja begitu saja. Sebaliknya, saraf dapat membentuk neuroma dan menjadi jauh lebih sensitif, sehingga sinyal nyeri tetap dikirim ke otak meskipun rangsangan sensoris sesungguhnya sudah tidak ada. Pada saat yang sama, otak juga mengalami perubahan besar pada area sensorimotor yang sebelumnya menerima input dari anggota tubuh yang diamputasi. Perubahan ini dikenal sebagai *cortical remapping*, yaitu kondisi ketika otak masih "mengingat" sensoris dari anggota tubuh yang hilang sehingga pasien merasakan nyeri pada bagian tubuh yang sebenarnya tidak lagi ada (Erlenwein et al., 2021). Ketidakseimbangan komunikasi antara sinyal yang diterima dan sinyal yang dikirim kembali (afere-efere) oleh sistem saraf ini menjadi

salah satu alasan utama mengapa nyeri PLP dapat terasa sangat kuat meskipun tidak ada jaringan fisik yang menimbulkan nyeri (Erlenwein et al., 2021)

Perubahan neuroplastisitas pasca amputasi ternyata tidak hanya melibatkan area sensorimotor, tetapi juga bagian otak yang mengatur emosi, yaitu sistem limbik. Aktivasi berlebihan pada area ini dapat memperparah sensasi nyeri, terutama ketika pasien berada dalam kondisi emosional yang negatif seperti stres, cemas, takut, atau sedang menghadapi tekanan psikologis (Nikolajsen & Jensen, 2021). Dengan kata lain, faktor emosional dapat memicu sekaligus memperburuk PLP. Selain itu, ingatan tubuh terhadap pengalaman nyeri sebelum amputasi (*pain memory*) dapat membuat otak memunculkan pola nyeri yang sama walaupun sumber nyerinya sudah tidak ada secara fisik (Culp & Abdi, 2022). Hal ini menjelaskan mengapa pasien dengan riwayat nyeri kronis sebelum amputasi lebih rentan mengalami PLP dengan frekuensi lebih sering dan durasi yang lebih lama. Literatur menyebutkan bahwa 60-80% pasien post amputasi mengalami nyeri akut hingga kronis yang memengaruhi aktivitas sehari-hari, kualitas tidur, serta menghambat rehabilitasi (Nikolajsen & Jensen, 2021).

Secara klinis, nyeri pada osteomielitis memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan nyeri akut pada kondisi lain. Nyeri osteomielitis bersifat dalam, tumpul, berdenyut, dan persisten, yang muncul akibat inflamasi jaringan tulang dan periosteum yang kaya akan saraf sensorik (Smeltzer & Bare, 2020). Kondisi ini sering kali disertai pembengkakan lokal, kemerahan, serta peningkatan suhu tubuh akibat proses infeksi. Apabila infeksi tidak tertangani dengan baik dan berlanjut hingga memerlukan tindakan amputasi, maka karakter nyeri dapat berubah menjadi nyeri akut pasca operasi, yang timbul akibat trauma pembedahan pada jaringan, peradangan pasca insisi, serta stimulasi saraf perifer di area amputasi. Jenis nyeri ini umumnya bersifat tajam, berdenyut, dan dapat muncul pula dalam bentuk sensasi nyeri semu atau *phantom limb pain* (Nikolajsen & Jensen, 2021). Dengan demikian, meskipun osteomielitis merupakan penyebab primer terjadinya amputasi, namun nyeri yang dialami pasien pasca tindakan bersumber dari proses pembedahan dan aktivasi saraf perifer, sehingga penanganannya perlu difokuskan pada manajemen nyeri akut pasca amputasi melalui pendekatan farmakologis maupun nonfarmakologis

Manajemen nyeri pasca amputasi umumnya diberikan melalui terapi farmakologis, seperti opioid, NSAID, maupun adjuvan lain. Akan tetapi, penggunaan obat-obatan ini sering menimbulkan efek samping, seperti mual, muntah, konstipasi, sedasi berlebihan, hingga risiko ketergantungan pada jangka panjang (Smeltzer & Bare, 2020). Oleh sebab itu, intervensi nonfarmakologis menjadi salah satu alternatif penting untuk mengoptimalkan penatalaksanaan nyeri dengan risiko efek samping yang minimal. Menurut Potter dan Perry (2021), intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri akut antara lain adalah teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, meditasi, dan *progressive muscle relaxation* yang dapat menurunkan ketegangan otot dan meningkatkan ambang nyeri. Selain itu, distraksi melalui aktivitas seperti mendengarkan musik atau berbicara dengan orang lain juga membantu mengalihkan

fokus pasien dari rasa nyeri. Penggunaan kompres panas atau dingin, masase, serta sentuhan terapeutik juga terbukti dapat meningkatkan sirkulasi dan menstimulasi pelepasan endorfin (Prameswari, 2023).

Intervensi psikologis dan spiritual, seperti terapi kognitif dan *mindfulness*, merupakan bentuk lain dari pendekatan holistik yang banyak digunakan untuk mengendalikan nyeri dan stres emosional. Salah satu teknik nonfarmakologis yang kini banyak digunakan dalam konteks keperawatan spiritual dan emosional adalah SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique). SEFT merupakan metode terapi yang menggabungkan teknik *tapping* pada titik-titik meridian tubuh dengan doa atau afirmasi spiritual. Prinsip ini diyakini mampu melepaskan emosi negatif, mengurangi kecemasan, serta menurunkan persepsi nyeri melalui mekanisme bioenergi dan relaksasi psikis (Rahayu, 2021). Secara psikologis, teknik ini juga membantu pasien mengubah persepsi terhadap nyeri melalui regulasi emosi dan penerimaan spiritual (Rahmawati et al., 2021). Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa baik SEFT efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pada pasien dengan berbagai kondisi medis, seperti kanker, post operasi, maupun penyakit kronis.

Secara umum, terapi ini diindikasikan pada pasien dengan keluhan nyeri akut maupun kronis, nyeri pascaoperasi, kecemasan, stres emosional, gangguan tidur, serta kondisi psikosomatik yang berkaitan dengan respons tubuh terhadap pikiran dan emosi (Rahmawati et al., 2021). Beberapa studi juga menunjukkan bahwa teknik tapping seperti SEFT dan EFT efektif sebagai terapi komplementer pada pasien kanker, pasien dengan gangguan muskuloskeletal, serta pasien pasca tindakan invasif karena dapat menurunkan persepsi nyeri dan meningkatkan relaksasi (Sari et al., 2021). Selain aspek fisik, terapi ini juga bermanfaat pada individu yang membutuhkan dukungan spiritual dan peningkatan penerimaan diri dalam menghadapi kondisi sakit, sehingga relevan untuk pasien dengan kondisi kronis atau kehilangan fungsi, seperti amputasi (Ardan et al., 2020).

Meskipun tergolong aman dan tidak invasif, SEFT memiliki beberapa kontraindikasi relatif. Terapi ini tidak dianjurkan pada pasien dengan gangguan kognitif berat, disorientasi, atau delirium karena membutuhkan fokus dan kemampuan mengikuti instruksi (Feinstein, 2025). Pasien dengan gangguan psikiatri berat seperti skizofrenia aktif, gangguan bipolar dalam fase mania, atau distress emosional ekstrem juga memerlukan pendampingan profesional kesehatan mental untuk mencegah reaksi emosional yang tidak stabil selama proses tapping (Church et al., 2018). Selain itu, pada pasien pascaoperasi dengan kondisi luka terbuka, tapping tidak boleh dilakukan pada area yang mengalami pembedahan untuk mencegah rasa nyeri tambahan atau gangguan penyembuhan jaringan. Pada kondisi ini, tapping hanya dilakukan pada titik aman yang jauh dari lokasi luka (Rahmawati et al., 2021).

Paradigma pendekatan SEFT mengacu pada pendahulunya di *Energy Psychology* bahwa penyebab segala macam emosi negatif adalah terganggunya sistem energi tubuh (Gary Craig, 1984). Disisi lain dipahami bahwa sel-sel tubuh kita digerakkan oleh energi.

Sel ini dapat dipelajari dengan pendekatan 'materi' atau 'energi'. Dalam tradisi pengobatan klasik/kuno, proses penyembuhan dilakukan dengan pendekatan energi (Albert Szent Gyorgy, Penerima Nobel Bidang Kedokteran). Titik-titik tapping pada SEFT merupakan titik meridian utama yang diadopsi dari konsep akupuntur dan akupresur dalam *Traditional Chinese Medicine* (TCM). Titik-titik tersebut bukan dipilih secara acak, melainkan terletak pada jalur meridian yang berfungsi sebagai pusat regulasi aliran energi tubuh (*qi/chi*) dan berhubungan dengan sistem saraf dan emosi. Menurut Cleveland Clinic (2024), tapping dalam EFT/SEFT dilakukan pada sembilan titik acupoint secara berurutan karena titik-titik tersebut berada pada jalur meridian yang memengaruhi stres, regulasi emosi, dan persepsi nyeri. Blacher et al. (2023) juga menegaskan bahwa tapping bekerja pada *acupressure points* yang secara empiris terbukti meredakan stres fisiologis melalui stimulasi mekanis pada titik-titik meridian. Secara neurofisiologis, stimulasi tapping pada acupoints mengurangi hiperaktivitas sistem limbik terutama amigdala yang berperan pada kecemasan dan persepsi nyeri, sehingga tubuh beralih dari respons *fight or flight* menuju kondisi relaksasi (Feinstein, 2025). Selain itu, penelitian Li et al. (2020) menemukan bahwa titik-titik meridian memiliki keterkaitan anatomis melalui jalur sirkulasi cairan interstisial yang berfungsi sebagai media transmisi sinyal ke organ internal, sehingga stimulasi mekanis seperti tapping menghasilkan respons analgesik dan modulasi emosi.

Penelitian oleh Church et al. (2018) menunjukkan bahwa stimulasi acupoint secara langsung menghasilkan efek terapeutik yang signifikan dibandingkan dengan tapping pada titik acak atau non-meridian, sehingga mempertegas bahwa lokasi titik memiliki kontribusi nyata terhadap hasil intervensi. Temuan tersebut diperkuat oleh kajian neurofisiologis yang dilakukan Feinstein (2025), yang menjelaskan bahwa tapping pada acupoint menimbulkan rangsangan mekanoreseptor yang diteruskan melalui jalur aferen ke area limbik dan korteks prefrontal, sehingga menurunkan hiperaktivitas sistem saraf simpatis, memperbaiki regulasi emosi, dan menurunkan persepsi nyeri. Oleh karena itu, pemilihan titik-titik SEFT bukan bersifat arbitrer/acak, melainkan berdasarkan bukti empiris bahwa stimulasi acupoint memberikan efek modulasi fisiologis dan psikologis yang lebih efektif dibandingkan titik non-spesifik.

Meskipun berbagai penelitian telah menunjukkan efektivitas SEFT dalam menurunkan nyeri pada pasien kanker, post operasi, maupun kondisi kronis lainnya, namun belum ditemukan penelitian yang secara khusus menerapkan SEFT pada pasien post amputasi, terutama pada kasus amputasi akibat osteomielitis. Mayoritas studi sebelumnya berfokus pada penurunan nyeri muskuloskeletal, nyeri pasca fraktur, atau nyeri akibat prosedur invasif ringan (Rahayu, 2021). Hingga saat ini, intervensi nonfarmakologis yang paling banyak diteliti untuk mengatasi nyeri post amputasi masih terbatas pada terapi *mirror therapy*, *motor imagery*, dan hipnoterapi (Nikolajsen & Jensen, 2021). Padahal, aspek spiritual dan emosional memiliki peran penting dalam adaptasi pasien amputasi terhadap nyeri dan kehilangan fungsi fisik. Oleh karena itu, penerapan SEFT yang mengintegrasikan pendekatan spiritual dan psikologis dinilai berpotensi

memberikan manfaat dalam mengurangi intensitas nyeri akut serta kecemasan pada pasien post amputasi. Adanya keterbatasan penelitian sebelumnya inilah yang menjadi dasar perlunya dilakukan studi ini, guna memperkaya intervensi keperawatan nonfarmakologis berbasis spiritual yang dapat diterapkan secara holistik pada pasien post amputasi.

Dengan demikian, penelitian mengenai penerapan SEFT pada pasien post amputasi akibat osteomyelitis tibia fibula penting untuk dilakukan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan intervensi nonfarmakologis dalam praktik keperawatan, khususnya dalam penatalaksanaan nyeri akut pasca operasi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan case-report dengan pemberian intervensi terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) dengan metode tapping di beberapa titik sebagai terapi non-farmakologi pendamping terapi farmakologi yang diberikan kepada klien dalam mengurangi rasa nyeri dan cemas yang dialami pasien. Kasus yang diangkat yaitu klien dengan diagnosa medis Osteomyelitis di salah satu rumah sakit (RS) di Provinsi Jawa Barat. Penelitian ini dilakukan selama 5 hari, terhitung dari tanggal 27 Februari - 4 Maret 2025. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, rekam medis, serta validasi dengan perawat penanggung jawab pasien. Data yang terkumpul dalam penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarga melalui informed consent tertulis yang telah ditandatangani dan telah disetujui untuk dipublikasikan dengan merahasiakan identitas klien serta keluarga.

Pada tahap awal, dilakukan pengkajian keperawatan dengan pengumpulan data dari pemeriksaan fisik pasien serta data subjektif berdasarkan penuturan keluarga. Pada pengkajian keluhan utama dengan pendekatan PQRST terhadap nyeri yang dirasakan, didapatkan hasil P (Provoker) yang menyebabkan nyeri pada pasien yaitu nyeri pada bekas operasi amputasi apalagi saat digerakkan, Q (Quality) kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertarik dan terasa berdenyut, S (Severity) skala yang dilaporkan pasien mengenai nyeri yang dirasakan yaitu skala 7 (0-10) dengan nyeri yang dirasakan di kaki kanan bekas amputasi hingga ke paha atas, T (Time) nyeri yang dirasa telah dirasakan hilang timbul sejak setelah operasi tanggal 27 Februari 2025, namun nyeri yang dirasakan semakin parah saat pagi keesokkan harinya hingga sekarang. Selama tahap ini, perawat menjelaskan tujuan dan manfaat terapi SEFT untuk membangun hubungan saling percaya (trust relationship) antara pasien dan perawat (Rahayu et al., 2019).

Penanganan nyeri dengan pemberian terapi non farmakologis terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) yang merupakan teknik mengatasi emosional dan mengurangi nyeri dengan cara mengetuk ringan ujung jari pada titik-titik tertentu pada tubuh. Penerapan SEFT dilakukan dengan menstimulasi titik-titik meridian energi yang mirip dengan prinsip akupresur atau akupunktur, namun tanpa menggunakan jarum. Prosedurnya diawali dengan fokus pada keluhan yang dirasakan pasien (misalnya nyeri

akut), kemudian diikuti dengan pernyataan afirmasi dan doa untuk menumbuhkan penerimaan diri dan keyakinan spiritual. Menurut Zainuddin (2005), kombinasi antara komponen spiritual dan stimulasi energi ini membantu memperbaiki keseimbangan bioenergi tubuh sehingga persepsi nyeri menjadi lebih terkendali.

Rangkaian yang dilakukan pada terapi SEFT meliputi tiga komponen utama :

1. Tahap Set Up (menetralkan energi negatif yang ada pada tubuh yang sakit)

Pada tahap ini, pasien diarahkan untuk menyadari rasa nyeri yang dirasakan dan mengajaknya menerima kondisi tersebut dengan penuh keikhlasan. Pasien diminta untuk mengucapkan afirmasi positif pada dirinya sendiri seperti:
 “Meskipun saya sedang merasakan nyeri ini, saya ikhlas dan berserah diri kepada Allah agar diberikan ketenangan dan kesembuhan.” Tahap ini bertujuan menumbuhkan penerimaan diri dan mengaktifkan aspek spiritual pasien, yang berfungsi sebagai dasar dalam menurunkan ketegangan emosional (Ardan et al., 2020).
2. Tahap Tuning (mengarahkan pasien pada tempat atau pada sakit yang dirasakan)

Setelah pasien merasa lebih tenang, membantu pasien memusatkan perhatian pada bagian tubuh yang mengalami nyeri misalnya pada area amputasi. Pasien diarahkan untuk mengatur napas perlahan dan dalam, kemudian fokus pada rasa nyeri yang dirasakan tanpa berusaha menolak sensasinya. Teknik mindful focus ini membantu menurunkan aktivitas sistem limbik yang berperan dalam persepsi nyeri, sekaligus mempersiapkan tubuh untuk masuk ke kondisi relaksasi yang optimal
3. Tahap Tapping (mengetuk ringan dengan dua jari pada titik-titik tertentu ditubuh)

Titik “ the major energi meridians” 18 titik dari atas kepala ke jari-jari tangan. Titik ini diambil dari prinsip akupresur dan akupunktur dalam Traditional Chinese Medicine (TCM) yang dipercaya berhubungan dengan sistem saraf, regulasi emosi, dan persepsi nyeri (Feinstein, 2025).

No.	Titik	Lokasi
1	CR (Crown Point)	Puncak kepala
2	EB (Eyebrow Point)	Ujung dalam alis, dekat pangkal hidung
3	SE (Side of Eye)	Tulang pelipis
4	UE (Under Eye)	Tulang pipi bawah mata
5	UN (Under Nose)	Di antara hidung dan bibir atas
6	CH (Chin Point)	Di tengah dagu (bukan ujung dagu)
7	CB (Collarbone Point)	Di bawah tulang selangka
8	UA (Under Arm)	Sekitar 10 cm di bawah ketiak

9	BN (Below Nipple)	Di bawah puting, garis tengah tulang rusuk
10	IH (Inside Hand)	Sisi dalam tangan (pergelangan bawah ibu jari)
11	OH (Outside Hand)	Sisi luar tangan (area karate chop)
12	TH (Thumb)	Sisi kuku ibu jari
13	IF (Index Finger)	Sisi kuku jari telunjuk
14	MF (Middle Finger)	Sisi kuku jari tengah
15	RF (Ring Finger)	Sisi kuku jari manis
16	BF (Baby Finger)	Sisi kuku kelingking
17	KC (Karate Chop Point)	Samping telapak tangan (titik untuk afirmasi awal)
18	GS (Gamut Spot)	Di punggung tangan, antara jari manis dan kelingking

Setiap titik diketuk sebanyak 5–7 kali pada setiap titik secara berurutan dari crown hingga gamut spot dengan tekanan ringan–sedang. Ketepatan ini diperlukan karena setiap titik meridian terhubung dengan saluran bioenergi tubuh yang berperan dalam mengatur respons emosional dan sensorik; ketidaktepatan posisi tapping dapat mengurangi efektivitas stimulasi sehingga manfaat penurunan nyeri tidak tercapai optimal (Zainuddin, 2005).

Evaluasi dilakukan menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) untuk mengukur skala nyeri pada pasien. Kategori nyeri berdasarkan NRS dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu nyeri ringan (skor 1–3), nyeri sedang (skor 4–6), dan nyeri berat (skor 7–10) (McCaffery & Pasero, 2014). Dalam konteks penerapan terapi SEFT pada pasien post amputasi dengan diagnosis Osteomyelitis Tibia Fibula Dextra, skala NRS digunakan untuk mengukur tingkat nyeri sebelum dan sesudah terapi. Misalnya, pasien yang awalnya melaporkan nyeri dengan nilai 8 (nyeri berat) dapat mengalami penurunan menjadi nilai 3 (nyeri ringan) setelah dilakukan terapi SEFT selama 10–15 menit. Penurunan skor ini menunjukkan adanya efektivitas intervensi dalam membantu menurunkan persepsi nyeri pasien (Rahayu et al, 2019). Skala ini sangat efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik diberikan kepada klien (Yulias 2019) dengan keterangan sebagai berikut.



Terapi ini dilakukan sebelum pemberian obat terutama ketorolac dan gabapentin, atau 6 jam setelah pemberian obat untuk mencegah interaksi respon analgesik farmakologis terhadap efek terapi nonfarmakologis serta memastikan hasil observasi penurunan nyeri berasal dari intervensi SEFT itu sendiri, bukan dari efek puncak analgesik. Penjadwalan ini juga bertujuan agar pasien tetap memperoleh kenyamanan optimal tanpa mengganggu pola kerja obat dalam menekan transmisi nyeri perifer maupun modulasi nyeri sentral. Dengan demikian, kombinasi terapi farmakologis dan SEFT tetap dapat diberikan secara komplementer tanpa saling mengganggu efektivitas masing-masing intervensi. Pendekatan ini sejalan dengan rekomendasi manajemen nyeri multimodal pada pasien amputasi yang mengombinasikan NSAID, gabapentinoid, dan intervensi nonfarmakologis untuk meningkatkan efektivitas kontrol nyeri (De Jong & Shysh, 2018).

Pelaksanaan terapi SEFT pada penelitian ini dilakukan dengan pendampingan perawat pelaksana di ruangan, untuk memastikan prosedur dilakukan sesuai standar, menjaga keamanan pasien, serta memberikan dukungan saat proses tapping dan afirmasi berlangsung.

DESKRIPSI KASUS

Seorang pria berusia 63 tahun dengan berat badan 65 kg dan tinggi badan 170 cm datang ke rumah sakit dengan diagnosis osteomyelitis tibia-fibula dekstra. Sekitar dua minggu sebelum dirawat, pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan yang semakin lama semakin memberat. Pasien rutin kontrol ke poliklinik ortopedi dengan keluhan nyeri, bengkak, dan keluar nanah pada kaki kanan. Dari riwayat kesehatan sebelumnya diketahui bahwa pasien pernah menjalani amputasi pada kaki kanan sekitar 13 tahun yang lalu akibat kecelakaan lalu lintas. Meskipun telah mendapatkan terapi antibiotik jangka panjang, keluhan nyeri dan tanda infeksi tidak berkurang, bahkan semakin memburuk. Hasil Radiologi X-Ray pada kaki kanan menunjukkan adanya *sequester* pada tibia dan fibula yang mengarah pada proses inflamasi kronik akibat infeksi tulang (*osteomyelitis*). Berdasarkan kondisi tersebut, tim medis memutuskan untuk melakukan tindakan amputasi ulang pada tanggal 27 Februari 2025 dengan diagnosa Post Amputation Above knee Region Extermitas Inferior Dextra.

Keluhan utama yang dirasakan pasien saat pengkajian POD1 28 Februari 2025 setelah operasi adalah nyeri yang terus terasa pada kaki bekas amputasi. Nyeri yang dirasakan seperti tertarik dan berdenyut, pengukuran skala nyeri yang dirasakan pasien menggunakan *Numeric Rating Scale* dengan skala yang dilaporkan pasien yaitu 7 (0-10) atau tergolong ke dalam nyeri berat. Nyeri yang dirasakan semakin memburuk ketika pasien mencoba merubah posisi atau menggerakkan kaki, muncul hilang timbul dengan durasi yang tidak menentu. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum pasien kooperatif dan sadar penuh dengan GCS E4V5M6 (compos mentis) dengan tanda vital dalam batas normal (TD 130/80 mmHg, suhu 36,8°C, RR 20 x/menit) dan HR (heart rate) yang sedikit meningkat 110x/menit. Pada ekstremitas bawah kanan tampak bekas amputasi yang masih basah dan kemerahan serta terbalut elastis perban dan kasa, tampak adanya drain dengan keluaran darah >50cc. Saat ini, pasien diberikan terapi medis berupa antibiotik ceftriaxone 1 gram/12 jam intravena untuk mengatasi infeksi bakteri, analgesik ketorolac 30 mg/8 jam intravena untuk mengurangi nyeri, Gabapentin 300 mg oral 2 kali sehari untuk nyeri neuropatik, serta omeprazole 20 mg/hari sebagai pelindung lambung. Selain itu, pasien juga diberikan infus RL 20 tpm untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh. Perawatan luka dilakukan dua kali sehari dimulai POD1 dengan larutan NaCl 0,9% dan balutan steril.

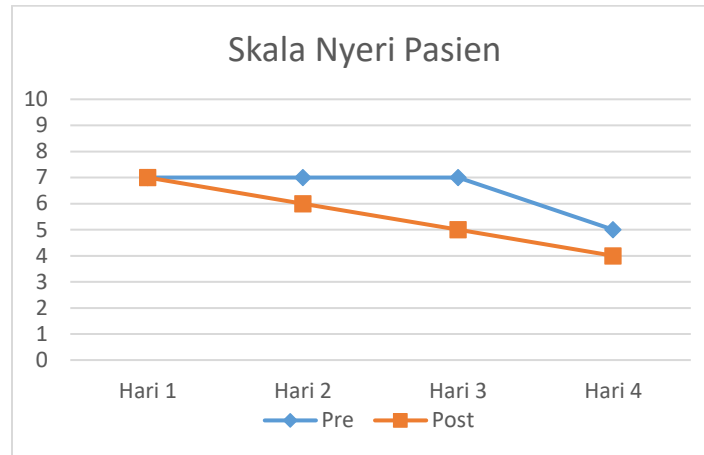
Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium (26 Februari 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	14,2	g/dL	14-17.5 g/dL
Leukosit	8.000	/mm ³	4500-10.000/mm ³
Trombosit	249.000	/mm ³	150.000- 450.000/mm ³
Hematokrit	40	%	40-52%
Gula Darah Sewaktu	126	mg/dL	100-150 mg/dL
Waktu Pendarahan (BT)	2	menit	1 - 3 menit
Waktu pembekuan	5.30	menit	5 - 11 menit
Antigen SARS-CoV-2	Negatif	-/+	Negatif
Anti HIV skrinning	Non Reaktif	Reaktif/non	Non Reaktif
HBsAg	Non Reaktif	Reaktif/non	Non Reaktif

HASIL DAN PEMBAHASAN

Selama empat sesi intervensi dengan durasi masing-masing 15 menit, dilakukan terapi SEFT sebagai tindakan keperawatan non-farmakologi pendamping terapi farmakologi. Untuk Hasil evaluasi menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri yang signifikan, di mana skala nyeri menurun dari 7/10 (nyeri berat) menjadi 4/10 (nyeri sedang) Selain itu, tanda-tanda vital, khususnya denyut jantung (*Heart Rate*), mengalami

perbaikan dan stabil pada kisaran 75–90 kali per menit. Klien juga melaporkan perasaan lebih nyaman setelah terapi, serta merasa lebih relaks. Penurunan skala nyeri didukung oleh hasil pengamatan selama intervensi dan sesudah intervensi pasien yang tampak lebih tenang, sabar, dan bersyukur selama menjalani proses penyembuhan. Pasien tampak lebih tenang dalam menghadapi nyeri, lebih mampu mengontrol respon emosional, serta menunjukkan penerimaan terhadap kondisi yang dialami. Seluruh perkembangan skala nyeri selama proses intervensi divisualisasikan dalam bentuk grafik untuk memperlihatkan efektivitas terapi yang diberikan.



Grafik 1. Skala nyeri pasien sebelum dan sesudah intervensi

Hasil pengukuran skala nyeri menunjukkan bahwa intensitas nyeri pasien mengalami penurunan bertahap setelah diberikan intervensi SEFT. Pada hari pertama, skala nyeri tidak menunjukkan perubahan (sebelum 7, sesudah 7), yang menandakan respons awal terapi belum optimal. Memasuki hari kedua, terjadi penurunan satu poin (7 menjadi 6), dilanjutkan penurunan yang lebih besar pada hari ketiga dari 7 menjadi 5, yang merupakan penurunan terbesar selama intervensi. Pada hari keempat, skala nyeri kembali menurun dari 5 menjadi 4. Secara keseluruhan, penurunan total skala nyeri dalam empat hari adalah empat poin dengan rata-rata penurunan satu poin per hari. Temuan ini menunjukkan bahwa terapi SEFT mampu memberikan efek positif terhadap penurunan nyeri, dan efektivitasnya tampak meningkat setelah sesi terapi diulang secara konsisten.

Hari Ke-	Skala Nyeri Sebelum (NRS)	Skala Nyeri Sesudah (NRS)	TTV Sebelum Intervensi	TTV Sesudah Intervensi	Data Objektif & Subjektif
Ke-1 28 Feb 2025	7/10	7/10	TD : 147/92 mmHg HR : 98 x/menit RR : 24 x/menit	TD : 145/90 mmHg HR : 94 x/menit RR : 23 x/menit	Pasien tampak gelisah, memegang area amputasi, wajah meringis, sulit fokus. Pasien mengatakan "masih sakit banget, cuma agak tenang dikit."
Ke-2 1 Feb 2025	7/10	6/10	TD : 142/88 mmHg HR : 90 x/menit RR : 22 x/menit	TD : 138/87 mmHg HR : 88 x/menit RR : 21 x/menit	Pasien lebih kooperatif, lebih tenang selama intervensi. Menyatakan nyeri sedikit berkurang dan merasa lebih rileks.
Ke-3 3 Maret 2025	7/10	5/10	TD: 136/86 mmHg HR: 84 x/menit RR: 21 x/menit	TD: 134/85 mmHg HR: 80 x/menit RR: 21 x/menit	Pasien tampak relaks, mampu mengikuti afirmasi dengan baik. Menyatakan nyeri berkurang signifikan dan lebih nyaman.
Ke-4 4 Maret 2025	5/10	4/10	TD: 130/85 mmHg HR: 78 x/menit RR: 20 x/menit	TD: 129/84 mmHg HR: 75 x/menit RR: 20 x/menit	Pasien tampak lebih mampu mengontrol emosinya, ekspresi wajah tenang, mengaku "lebih ngontrol nyeri dan lebih ringan."

PEMBAHASAN

Nyeri akut yang dirasakan pasien pada area amputasi akibat proses inflamasi dari *osteomyelitis tibia-fibula dextra*. Nyeri yang dirasakan pasien muncul akibat adanya respon inflamasi jaringan tulang dan lunak, yang menyebabkan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Zat-zat ini menstimulasi reseptor nyeri (nosiseptor) di area luka dan menghantarkan impuls nyeri ke sumsum tulang belakang serta ke korteks serebri, sehingga pasien merasakan sensasi nyeri (Smeltzer & Bare, 2013). Kondisi ini umum terjadi pada pasien pasca operasi amputasi, karena jaringan tulang

dan saraf yang terpotong mengalami proses penyembuhan yang kompleks disertai risiko infeksi sekunder seperti osteomyelitis. Nyeri pasca operasi merupakan kombinasi antara kerusakan jaringan, stimulasi saraf perifer, dan peningkatan respons sistem saraf simpatis. Aktivasi sistem saraf simpatis menyebabkan peningkatan frekuensi nadi, tekanan darah, dan ketegangan otot (Potter dan Perry, 2017). Pasien Tn. D juga mengalami gejala tersebut, dengan keluhan nyeri berdenyut pada luka amputasi, meringis saat diganti balutan, serta merasa tidak nyaman untuk beristirahat. Nyeri yang tidak ditangani dengan baik dapat menghambat proses penyembuhan luka, menurunkan nafsu makan, serta mempengaruhi kondisi emosional pasien.

Pada kasus Tn. D, pemberi asuhan menerapkan kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis. Secara farmakologis, pasien mendapatkan analgesik ketorolac 30 mg intravena setiap 8 jam, yang bekerja dengan menghambat enzim *cyclooxygenase* (COX) sehingga mengurangi produksi prostaglandin yang memicu inflamasi dan nyeri (Brunner & Suddarth, 2013) dan Gabapentin yang bekerja dengan menghambat pelepasan neurotransmitter eksitatorik seperti glutamat dan substansi P melalui ikatan pada subunit $\alpha 2\delta$ kanal kalsium di neuron presinaptik, sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri dan sensitisasi sentral. Pada pasien post amputasi, obat ini efektif mengurangi nyeri neuropatik dan mencegah terjadinya *phantom limb pain*. Namun, efek analgesik farmakologis bersifat sementara, sehingga perlu dikombinasikan dengan terapi nonfarmakologis seperti SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) untuk membantu menurunkan persepsi nyeri melalui mekanisme psikologis dan spiritual.

Terapi SEFT merupakan teknik yang menggabungkan konsep spiritual, emosional, dan bioenergi tubuh dengan cara mengetuk titik-titik energi tertentu (*tapping*) sambil melafalkan afirmasi spiritual positif (Zainuddin, 2005). Proses *tapping* ini menstimulasi sistem saraf parasimpatis yang menurunkan aktivitas sistem simpatis, sehingga tubuh masuk ke kondisi relaksasi. Saat kondisi relaksasi tercapai, produksi hormon stres seperti adrenalin dan kortisol menurun, sedangkan pelepasan endorfin meningkat. Endorfin berfungsi sebagai analgesik alami tubuh yang dapat menurunkan intensitas persepsi nyeri (Rahayu, Nuraini, & Anggraini, 2019).

Hasil observasi menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi SEFT selama empat hari, terjadi penurunan skala nyeri dari 7 menjadi 4 menurut *Numeric Rating Scale* (NRS). Penurunan ini menggambarkan adanya respon positif terhadap intervensi yang diberikan. Pasien juga melaporkan tubuh terasa lebih ringan dan tenang setelah melakukan afirmasi dan ketukan di titik-titik energi. Secara psikologis, pasien tampak lebih rileks, tidak mudah tegang, serta lebih mampu mengendalikan emosinya.

Pada hari pertama intervensi, terapi SEFT belum menunjukkan penurunan skala nyeri, di mana nilai NRS tetap berada pada angka 7 sebelum dan sesudah intervensi. Kondisi ini menunjukkan bahwa respons awal terhadap terapi nonfarmakologis belum optimal. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor klinis dan psikologis. Secara fisiologis, pasien masih berada dalam fase awal pasca operasi amputasi (POD-1), di mana

proses inflamasi dan respon nyeri berada pada puncaknya akibat trauma jaringan, aktivasi mediator inflamasi, dan peningkatan impuls saraf perifer (Smeltzer & Bare, 2013). Selain itu, drain luka dan balutan pasca operasi turut memberikan sensasi tidak nyaman yang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa pasien pasca operasi cenderung mengalami nyeri tertinggi dalam 24-48 jam pertama (Potter & Perry, 2017).

Dari aspek neurofisiologi, fenomena *wind-up* dan *central sensitization* dapat terjadi segera setelah operasi, menyebabkan sistem saraf pusat merespons rangsangan secara berlebihan, sehingga terapi relaksasi atau tapping biasanya belum menunjukkan respon signifikan pada sesi pertama (Pogatzki-Zahn & Segerdahl, 2017). Hal ini menjelaskan mengapa terapi SEFT pada hari pertama belum mampu menurunkan intensitas nyeri karena tubuh masih berada dalam fase adaptasi nyeri akut. Kondisi emosional seperti kecemasan, ketegangan, dan kurangnya rasa percaya diri dalam mengikuti instruksi dapat menghambat respon relaksasi tubuh, sehingga efektivitas terapi belum tercapai optimal (Taylor et al., 2015). Selain itu, hubungan terapeutik yang baru terbangun pada hari pertama juga dapat memengaruhi tingkat kesiapan klien dalam menerima intervensi. Menurut Zainuddin (2005), keberhasilan SEFT sangat bergantung pada kemampuan pasien untuk memasuki kondisi penerimaan (*acceptance state*), fokus, dan pelafalan afirmasi yang bermakna secara emosional dan spiritual.

Dengan demikian, tidak adanya penurunan nyeri pada hari pertama bukan berarti intervensi tidak efektif, melainkan merupakan bagian dari proses adaptasi fisiologis dan emosional pasien terhadap terapi baru. Respons positif mulai terlihat pada sesi berikutnya setelah pasien lebih familiar dengan langkah terapi, lebih mampu mengontrol emosinya, dan tubuh mulai memasuki respons relaksasi secara bertahap. Hal ini sejalan dengan prinsip neuroadaptasi pada terapi regulasi emosi berbasis tapping yang menunjukkan bahwa efektivitas meningkat setelah intervensi dilakukan secara konsisten dalam beberapa sesi (Feinstein, 2025).

Penurunan skala nyeri yang cukup signifikan pada hari ketiga (dari 7 menjadi 5) menunjukkan bahwa pasien mulai memberikan respons optimal terhadap kombinasi analgesik dan terapi SEFT. Secara fisiologis, pada POD-3 respon inflamasi akut pascaoperasi sudah mulai menurun sehingga sensitisasi nosiseptor berkurang dan ambang nyeri meningkat dibandingkan hari sebelumnya (Pogatzki-Zahn & Segerdahl, 2017). Selain itu, efek analgesik multimodal seperti ketorolac dan gabapentin umumnya mencapai fase *steady-state* pada hari ketiga sehingga kontrol nyeri menjadi lebih stabil (De Jong & Shysh, 2018). Dari aspek psikologis, pada sesi ketiga pasien tampak lebih fokus dan mampu mengikuti proses tapping dengan lebih relaks sehingga respons parasimpatis mulai mendominasi. Aktivasi relaksasi ini menurunkan kecemasan dan meningkatkan toleransi nyeri (Feinstein, 2025). Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa teknik SEFT atau tapping mulai menunjukkan manfaat terbesar setelah sesi kedua atau ketiga karena tubuh sudah beradaptasi dengan proses terapi (Rahmawati et al., 2021).

Hasil ini sejalan dengan penelitian Rahayu et al. (2019) yang menyatakan bahwa SEFT dapat menurunkan intensitas nyeri secara signifikan pada pasien post operasi ($p < 0,05$). Mekanisme penurunan nyeri terjadi karena pasien diarahkan untuk fokus pada rasa nyeri yang dialami sambil mengucapkan kalimat afirmasi spiritual seperti "Meskipun saya merasakan nyeri ini, saya ikhlas dan pasrah kepada Allah agar diberikan ketenangan dan kesembuhan." Kalimat ini menumbuhkan penerimaan diri, mengurangi resistensi emosional terhadap rasa sakit, dan membantu menciptakan keseimbangan energi tubuh (Zainuddin, 2005). Penelitian lain oleh Ardan, Zulkifli, dan Jafar (2020) juga membuktikan bahwa SEFT efektif dalam menurunkan tingkat stres emosional dan meningkatkan ketenangan batin melalui mekanisme spiritual. Ketika individu memasuki kondisi ikhlas dan pasrah, tubuh melepaskan ketegangan otot, memperlancar sirkulasi darah, dan menurunkan tekanan darah, yang secara fisiologis berpengaruh pada penurunan persepsi nyeri.

Selain itu, aspek spiritual memiliki peranan penting dalam pengalaman nyeri pasien. Dimensi spiritual dapat memengaruhi bagaimana individu menafsirkan dan menghadapi rasa sakit (Taylor et al, 2015). Pasien yang memiliki keyakinan religius yang kuat cenderung lebih mampu menerima kondisi sakitnya dengan lapang dada, sehingga persepsi terhadap nyeri menjadi lebih rendah. Pada kasus Tn. D, aspek spiritual ini terlihat jelas karena pasien sering berzikir dan berdoa, serta menganggap penyakit yang dialaminya sebagai ujian dari Allah SWT. Keterlibatan keluarga juga memberikan kontribusi terhadap penurunan nyeri pasien. Dukungan emosional dari anaknya yang selalu menemani di rumah sakit membantu meningkatkan rasa aman dan memperkuat semangat penyembuhan. Dukungan sosial dapat memperkuat mekanisme koping adaptif pasien dan mempercepat proses pemulihan. (Alligood, 2014).

Secara keseluruhan, penerapan terapi SEFT pada pasien post amputasi dengan osteomyelitis menunjukkan hasil yang positif, baik dari aspek fisik, emosional, maupun spiritual. Kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis memberikan hasil yang lebih optimal dibandingkan penggunaan analgesik tunggal. SEFT dapat menjadi salah satu alternatif terapi komplementer yang efektif dan sesuai dengan nilai-nilai spiritual masyarakat Indonesia, karena bersifat sederhana, murah, dan tanpa efek samping.

KESIMPULAN

Dari hasil penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) pada pasien Tn. D dengan diagnosis *Osteomyelitis tibia-fibula dextra* pasca amputasi, dapat disimpulkan bahwa terapi ini mampu membantu menurunkan intensitas nyeri akut yang dialami pasien. Setelah 4 kali sesi selama 15 menit terapi SEFT dikombinasikan dengan pemberian analgesik ketorolac, skala nyeri pasien menurun dari skor 7 (nyeri berat) menjadi skor 4 (nyeri sedang) berdasarkan *Numeric Rating Scale* (NRS). Penurunan terbesar terjadi pada hari ketiga, yang menunjukkan bahwa terapi mulai memberikan respons klinis optimal setelah dilakukan secara berulang dan konsisten. Selain itu, pasien

tampak lebih rileks, mampu tidur lebih nyenyak, dan menunjukkan ekspresi yang lebih tenang.

Penurunan intensitas nyeri tersebut menunjukkan bahwa SEFT memberikan efek positif terhadap pengendalian nyeri melalui proses relaksasi fisik dan emosional yang disertai penerimaan secara spiritual. Afirmasi yang diucapkan selama terapi menumbuhkan sikap ikhlas dan pasrah kepada Tuhan, sehingga mengurangi kecemasan dan memperkuat ketenangan batin. Hasil ini mendukung teori bahwa nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik, tetapi juga oleh kondisi emosional dan spiritual seseorang. Intervensi ini bersifat aman, non-invasif, mudah diterapkan, dan memiliki pendekatan holistik karena menyentuh aspek fisik, emosional, dan spiritual. SEFT terbukti dapat menjadi salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam membantu manajemen nyeri akut pada pasien post amputasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardan, M., Zulkifli, A., & Jafar, N. (2020). *Therapy SEFT for Controlling the Level of Depression in People with HIV and AIDS*. *Enfermería Clínica*, 30(Suppl 2), 302–305.
- Zainuddin, A. (2005). *Spiritual Emotional Freedom Technique: SEFT for Healing, Success, and Happiness*. Jakarta: SEFT Institute.
- Sari, N., Lestari, E., & Yuliani, R. (2021). *Efektivitas Terapi SEFT terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi di RSUD Sultan Agung Semarang*. *Jurnal Medika Udayana*, 10(2), 77–84.
- Culp, C. J., & Abdi, S. (2022). *Current Understanding of Phantom Pain and its Treatment*. *Pain Physician*, 25, E941-E957.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Ardan, M., Zulkifli, A., & Jafar, N. (2020). *Therapy SEFT for Controlling the Level of Depression in People with HIV and AIDS*. *Enfermería Clínica*, 30(Suppl 2), 302–305.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2013). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Rahayu, S., Nuraini, L., & Anggraini, D. (2019). Pengaruh terapi SEFT terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), 15–21.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical–Surgical Nursing* (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lynn, P. (2015). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Zainuddin, A. (2005). *Spiritual Emotional Freedom Technique: SEFT for Healing, Success, and Happiness*. Jakarta: SEFT Institute.
- Rahmawati, A., et al. (2021). Efektivitas SEFT terhadap intensitas nyeri pada pasien kanker payudara. *Jurnal Holistik Kesehatan*, 8(1), 25–34
- Nikolajsen, L., & Jensen, T. S. (2021). Postamputation pain: Characteristics, mechanisms, and treatment. *The Lancet Neurology*, 20(12), 1040–1051.
- Rahman, A., Nurhadi, A., & Yuliani, R. (2022). Analisis kasus osteomielitis pada pasien dengan

- trauma tulang panjang di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 11(2), 85–92.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 1 (C)). Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- PPNI, T. P. S. D. (2018a). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (P. P. N. I. (PPNI) (ed.); Edisi 1 (C)).
- PPNI, T. P. S. D. (2018b). Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Dewan Pengurus PPNI.
- Momodu, I. I. (2023). *Osteomyelitis*. StatPearls Publishing
- Nugraha, A. (2021). *Profile of Osteomyelitis Patients Visiting the Orthopedic Clinic of Dr. Hasan Sadikin General Hospital*. Universitas Padjadjaran.
- Sitinjak, A. V. D. (2021). *Gambaran Kejadian Kasus Osteomielitis di Bagian Bedah Ortopedi RSUP Dr. M. Djamil Kota Padang Tahun 2018–2020*. Universitas Andalas
- Roşca, A. C., Rusu, A. C., & Ştefan, C. A. (2021). *Psychological Consequences in Patients With Amputation*. *Frontiers in Psychology*, 12, 537493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493>
- Prameswari, V. E. (2023). The effectiveness of warm and cold compresses to reduce pain in children during infusion procedures. *Placentum: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*, 11(1), 103–110.
- De Jong, R., & Shysh, A. J. (2018). Development of a multimodal analgesia protocol for perioperative acute pain management for lower limb amputation. *Pain Research & Management*, 2018, 5237040. <https://doi.org/10.1155/2018/5237040>
- Blacher, S., et al. (2023). *Emotional Freedom Technique (EFT): Tap to relieve stress*. PMID: PMC9840127.
- Cleveland Clinic. (2024). *What Is EFT Tapping? How To Do It and Benefits*. Cleveland Clinic Health Library.
- Feinstein, D. (2025). *How tapping works: physiological and psychological*. *Frontiers in Psychology*.
- Li, H. Y., et al. (2020). *An insight into acupoints and meridians in human body based on interstitial fluid circulation*. *arXiv*.
- Pogatzki-Zahn, E. M., & Segerdahl, M. (2017). Postoperative pain—From mechanisms to treatment. *Pain Reports*, 2(4), e588.
- Bain, C. R., Martin, J., & Brundage, M. (2023). Postoperative systemic inflammatory dysregulation and its impact on pain outcomes. *Surgical Science Journal*, 18(2), 112–119.
- De Jong, R., & Shysh, A. J. (2018). Multimodal analgesia protocol for lower limb amputation. *Pain Research & Management*, 5237040.