



LAMPIRAN

SOP (Standard Operational Procedure)

Teknik Relaksasi Nafas Dalam

	<p>Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam</p>
Pengertian	<p>Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan</p>
Tujuan	<p>Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jemu, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri</p>
Kebijakan	<p>Dilakukan pada klien post operasi</p>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien yang mengalami stres2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif3. Pasien yang mengalami kecemasan4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
Pelaksanaan	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membaca status klien2. Mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Salam : Memberi salam sesuai waktu2. Memperkenalkan diri.3. Validasi kondisi klien saat ini.

	<p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak. <p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan</p> <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal. 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatanya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 2 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil : kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak : topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan Tindakan
Sumber	Potter & Perry (2010)

ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 26 September 2023 pukul 10.00 WIB di Ruang Mawar RSUD Majenang.

a. Data Umum

1. Identitas Klien :

Inisial Klien	: Ny. S
Umur	: 32 Tahun
Alamat	: Tarisi, RT 01 RW 08 Wanareja
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Jawa
Status Perkawinan	: Menikah
Pendidikan Terakhir	: SD

2. Identitas Penanggungjawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 37 Tahun
Alamat	: Tarisi, RT 01 RW 08 Wanareja
Pekerjaan	: Serabutan
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1. Alasan Masuk RS

Pasien kiriman dari Puskesmas Wanareja 1 G3P2A0 hamil 38 minggu mengeluh lemas dan mengatakan habis jatuh saat berjalan ke kamar mandi, pasien tampak pucat dan mengeluh sakit perut.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri di area perut (luka insisi), P : luka operasi post SC, Q : seperti tersayat-sayat, R : di perut bagian bawah, S : skala 6, T : hilang timbul.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga.

c. Data Kesehatan

1. Data Obstetri

Nifas hari ke 0 (P3A0)

Menarche : 19 tahun

Menstruasi : Siklus 30 hari

Lama perdarahan 7 hari

Keluahan : pinggang sakit

Status Anak

No.	Tipe persalinan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur Anak Sekarang
1.	Normal	Laki-laki	3700 g	Tidak ada	13 tahun
2.	Normal	Perempuan	3600 g	Tidak ada	8 tahun
3.	SC	Perempuan	3250 g	Tidak ada	0 hari

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Pada kehamilan sekarang pasien mengatakan mual muntah pada trimester 1 dan sering BAK pada trimester 3.

3. Riwayat Persalinan Sekarang

Jenis persalinan : SC, Tanggal 26 September 2023 pukul 03.00 WIB,

Penolong persalinan : Dokter

4. Laporan Operasi

Operasi SC dilakukan pada pukul 03.00 – 04.00 WIB, dengan anestesi spinal, Indikasi SC : Solusio Plasenta.

5. Riwayat KB

Susuk (2010), Suntik (2013), Pil (2016)

6. Rencana KB

IUD

d. Pola Fungsional Menurut Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Pasien rajin memeriksakan diri ke dokter kandungan. Jika merasa tidak enak badan, pasien langsung berobat ke puskesmas atau dokter praktik.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien makan 3x sehari. Pasien mulai makan makanan dengan tekstur lembek dan akan bertahap sampai bisa makan nasi.

3. Pola eliminasi

Pasien belum BAB dan terpasang DC.

4. Pola aktivitas dan Latihan

Aktivitas pasien seperti makan-minum, mandi, berpakaian, BAB/BAK, mobilisasi dibantu oleh keluarga.

5. Pola kognitif perceptual

Pasien mengatakan sakit di area perut bekas operasi SC. Pasien mengatakan kehamilan sekarang disengaja dan pasien merasa senang dengan kehadiran anak ke 3 nya.

6. Pola persepsi diri

Pasien sangat kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan.

7. Pola seksualitas dan reproduksi

Selama hamil sudah ada kesepakatan dengan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual. Tidak ada gangguan dalam melakukan aktivitas tersebut.

8. Pola mekanisme coping dan toleransi stress

Pasien berpenampilan rapi, berbicara pelan-pelan dan selalu minta pertimbangan suami atau ibunya jika ada masalah atau harus mengambil keputusan.

9. Pola istirahat-tidur

Tidur pasien terganggu dan sering terbangun karena merasakan nyeri pada area perut bekas operasi SC.

10. Pola nilai dan keyakinan

Pasien berasal dari suku Jawa dan beragama Islam sehingga kebudayaan yang umum di masyarakat masih dilakukan seperti mitoni dan selamatan. Pasien sangat bersyukur bayinya dapat lahir dengan selamat.

11. Pola hubungan peran

Orang terdekat adalah suami dan ibunya. Pasien mengatakan selama ini hubungan antar anggota keluarga dan masyarakat sekitar rukun dan baik-baik saja.

e. Data Psikososial

1. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

Talking in : ditandai dengan pasien tampak lemah dan masih belum beraktivitas

2. *Bounding Attachment*

Bounding (-), Attachment (-)

f. Pemeriksaan Fisik

1. Data Klinis

Keadaan umum : cukup, Kesadaran : Composmentis, TD : 101/55 mmHg, Suhu : 36,2°C, Nadi : 88x/menit, RR : 20X/menit.

2. Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

Bentuk kepala simetris, wajah bersih, simetris tidak ada lesi,tampak meringis. Kepala tertutup hijab, mata simetris, konjungtiva non anemis, tidak ikterik dan penglihatan baik. Hidung bersih dan tidak ada polip, tidak keluar cairan, penciuman baik. Bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak

ada sariawan, pengecapan baik, tidak ada gangguan menelan. Telinga tidak ada kelainan dan tidak ada gangguan. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Tidak ada nyeri tekan pada dada, payudara simetris, putting menonjol, ASI keluar sedikit. Terdapat luka insisi di perut sepanjang ± 10 cm di perban.

g. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 26 September 2023.

Item pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Darah Rutin :			
- Lekosit	18.87	$\times 10^3$ / ul	3.6 – 11.0
- Erytrosit	3.60	$\times 10^6$ / ul	3.8 – 5.2
- Hemoglobin	9.4	gr / dl	11.7 – 15.5
- Hematokrit	28.2	%	35 – 47
- MCV	78.3	fl	82 – 98
- MCH	26.1	pq	27 – 32
- MCHC	33.3	%	32 – 37
- Trombosit	149	$\times 10^3$ / ul	150 – 440

h. Terapi

Terapi obat yang diberikan yaitu IVFD RL 20 tpm, Inj. Paracetamol 3 x 1g, Inj. Ondansentron 3 x 4mg IV, Ceftriaxone 2 x 1gr IV, Asam Trenexamat 3 x 1gr IV, Kaltrofen supp 3 x 1, SF tab 3 x 1 PO.

i. Data Bayi

Lahir tanggal 26 September 2023 pukul 03.15 WIB, Berat Badan : 3250 gram, Panjang Badan 50 cm, Lingkar Kepala: 34 cm, Lingkar Dada : 34 cm. Kelainan (-) Lahir dengan Afiksia Berat.

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
<p>DS : Pasien mengeluh nyeri pada luka jahit post operasi SC. P : luka operasi post SC Q : seperti tersayat-sayat R : di perut bagian bawah S : skala 6 T : hilang timbul</p> <p>DO : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka insisi di perut sepanjang ± 10 cm, di perban. - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Pasien tampak bersikap protektif - TD : 125/80 mmHg Suhu : 36,2 °C Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit </p>	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)
<p>DS : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan post operasi SC - Pasien mengatakan untuk aktivitas dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan belum bisa mika miki, duduk maupun berjalan - Pasien mengatakan takut saat bergerak </p> <p>DO : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan saat bergerak - Gerakan pasien tampak terbatas - Fisik lemah </p>	Keengganan melakukan pergerakan	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada luka jahit post operasi SC <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka insisi di perut sepanjang ± 10 cm, di perban. - Luka di tutup perban 	<p>Efek Invasif</p> <p>Prosedur</p>	<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p>
--	-------------------------------------	--------------------------------

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Ekspektasi : Menurun Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan nyeri menurun (5) 2. meringis menurun (5) 3. sikap protektif menurun (5) 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>(2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>(1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>Edukasi</p> <p>(1) Ajarkan teknik nonfarmakologis (Teknik relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri</p>

2.	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nyeri menurun (5) 2. Gerakan terbatas menurun (5) 3. kelemahan fisik menurun (5) 	<p>Dukungan ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <p>(1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Terapeutik</p> <p>(1) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,</p> <p>Edukasi</p> <p>(1) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>
3.	<p>Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>Ekspektasi : Menurun Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nyeri menurun (5) 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</p> <p>Terapeutik</p> <p>(1) Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>Edukasi</p> <p>(1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>(2) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal /Jam	DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI RESPON	PARAF
26/9/23 10.30	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri di bagian luka (insisi)</p> <p>P : nyeri saat bergerak</p> <p>Q : seperti disayat-sayat</p> <p>R : bagian perut</p> <p>S : skala 6</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak bersikap protektif,</p>	Nining
	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) 	<p>S : Pasien mengatakan rasa nyeri sedikit mulai berkurang</p> <p>P : nyeri saat bergerak</p> <p>Q : seperti disayat-sayat</p> <p>R : bagian perut</p> <p>S : skala 5</p> <p>T : hilang timbul</p>	Nining

11.00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik nonfarmakologis (Teknik relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri 	<p>O : pasien tampak meringis, dan gelisah berkurang.</p> <p>S : pasien mengatakan sedikit dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif</p>	Nining
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV 	<p>S : pasien mengatakan cemas jika banyak bergerak.</p> <p>O : Tekanan darah 110/85 mmHg, nadi 83x/menit, Suhu: 36,4°C, RR : 20x/menit.</p>	Nining
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajurkan mobilisasi dini 	<p>S : pasien mengeluh sulit untuk miring kanan kiri dan duduk</p> <p>O : pasien tampak sulit menggerakkan</p>	Nining

13.00	3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik 	<p>ekstremitas bawah,</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasi,</p> <p>O : luka tampak kemerahan,</p> <p>Tampak luka insisi di perut sepanjang ±10 cm, di perban.</p>	Nining
27/9-23 14.30	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) 	<p>S : pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang dari sebelumnya</p> <p>P : nyeri saat bergerak</p> <p>Q : seperti disayat-sayat</p> <p>R : bagian perut</p> <p>S : skala 4</p> <p>T : hilang-timbul</p> <p>O : pasien jauh lebih tenang dari hari sebelumnya, pasien sedikit meringis menahan nyeri, TD : 124/77</p>	Nining

15.00	2	<p>- Memonitor TTV</p> <p>- Menganjurkan mobilisasi dini</p>	<p>mmHg, N : 80x/menit, S : 36,5°C, RR : 20x/menit</p> <p>S : pasien mengeluh nyeri di area luka bekas operasi SC</p> <p>O : Tekanan darah 120/85 mmHg, nadi 85x/menit, Suhu: 36,2°C, RR : 20x/menit.</p> <p>S : pasien mengatakan sudah mulai bisa untuk miring kanan kiri dan posisi setengah duduk</p> <p>O : pasien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan pasien tampak meringis gelisah</p>	Nining
-------	---	--	--	--------

16.00	3	- membersihkan luka post operasi	<p>S : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O : luka insisi tampak merah, luka dibersihkan dengan cairan NaCl dan di perban. Pasien tampak sedikit meringis saat dibersihkan lukanya.</p>	Nining
28/9-23 08.30	1	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)	<p>S : subyektif pasien mengatakan rasa nyeri jauh lebih berkurang dari sebelumnya</p> <p>P : nyeri saat bergerak</p> <p>Q : seperti disayat-sayat</p> <p>R : bagian perut</p> <p>S : skala 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : pasien jauh lebih tenang dari hari sebelumnya,</p>	Nining

09.00	2	- Memonitor TTV	<p>TD : 121/68 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,3°C, RR : 20x/menit.</p> <p>S : pasien mengatakan nyeriannya sudah menurun</p> <p>O : Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, Suhu: 36,3°C, RR : 20x/menit</p>	Nining
	2	- Menganjurkan mobilisasi dini	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa duduk dan sudah mampu berdiri dengan berpegangan,</p> <p>O : pasien tampak sudah bisa menggerakan kakinya, pasien tampak sudah tidak cemas</p>	Nining
10.30	3	- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	<p>S : pasien mengatakan bersedia untuk</p>	Nining

			memperbanyak makan makanan yang tinggi protein seperti putih telur yang direbus untuk mempercepat proses penyembuhan luka bekas operasi. O : Luka pasien tampak bersih dan sedikit mengering	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	DX	EVALUASI (SOAP)	PARAF
26/9/23 13.30	1	<p>S : pasien mengatakan rasa nyeri mulai berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : nyeri perih seperti tersayat-sayat, R : nyeri pada luka post operasi, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. O : Pasien masih tampak lemah, dan pasien tampak masih meringis menahan nyeri.</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri sedang (3), keadaan lemah cukup menurun (4), mobilisasi sedang (3), meringis sedang (3), skala nyeri cukup menurun (4).</p> <p>P : Intervensi masih diberikan dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p>	Nining

	2	<p>S : pasien mengeluh cemas jika mobilisasi dan sulit untuk miring kanan kiri dan duduk karena nyeri di bagian perut post SC atau luka insisi.</p> <p>O : Pasien tampak sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan pasien tampak gelisah dan meringis.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil : nyeri sedang (3), meringis sedang (3), sikap protektif sedang (3), gelisah cukup menurun (4).</p> <p>P : Lanjutkan intervensi dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan mobilisasi dini pelan pelan dan anjurkan mobilisasi miring kanan kiri serta belajar duduk.</p>	Nining
	3	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri</p> <p>O : tampak luka insisi di perut sepanjang ± 10 cm, di perban.</p> <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi dengan kriteria hasil : nyeri sedang (3).</p> <p>P : Lanjutkan intervensi dengan membersihkan luka post operasi, identifikasi tanda dan gejala infeksi pada luka post operasi,</p>	Nining
27/9-23 16.30	1	<p>S : pasien mengatakan rasa nyeri udah mulai berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : nyeri perih seperti luka sayatan, R : nyeri pada luka post operasi, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul</p> <p>O : Pasien tampak sudah mulai tenang</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri</p>	Nining

		cukup menurun (4), keadaan lemah menurun (5), mobilisasi cukup meningkat (4), meringis cukup menurun (4), skala nyeri cukup menurun (4) P : Intervensi masih diberikan dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam	
	2	S : pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri sedikit demi sedikit dan sudah mulai bisa posisi duduk. O : Pasien tampak sulit menggerakan eksrmitas bawah dan cemas jika digerakan lukanya bertambah parah. A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil : nyeri cukup menurun (4), meringis cukup menurun (4), sikap protektif cukup menurun (4), gelisah menurun (5). P : Lanjutkan intervensi dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, menganjurkan mobilisasi dini pelan pelan dan anjurkan mobilisasi belajar berdiri dan berjalan pelan.	Nining
	3	S : pasien mengatakan nyeri berkurang, O : pasien tampak kooperatif saat diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam A : Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi dengan kriteria hasil : nyeri cukup menurun (4). P : Lanjutkan intervensi menganjurkan makan makanan tinggi serat dan tinggi protein	Nining
28/9-23 12.00	1	S : pasien mengatakan rasa nyeri jauh lebih berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : nyeri	Nining

		<p>perih seperti luka sayatan, R : nyeri pada luka post operasi, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul. O : Pasien tidak lemah dan pasien tidak meringis A : Masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun (5), keadaan lemah menurun (5), mobilisasi meningkat (5), meringis menurun (5), skala nyeri menurun (5).</p> <p>P : Intervensi dihentikan dan merencanakan pasien untuk pulang.</p>	
	2	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa duduk, berdiri dengan berpegangan serta sedikit demi sedikit berjalan.</p> <p>O : Pasien tampak bisa menggerakan ekstrimitas bawah dan tampak sudah bisa bermobilisasi</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sudah teratasi dengan kriteria hasil : nyeri menurun (5), meringis menurun (5), sikap protektif menurun (5), gelisah menurun (5).</p> <p>P : Hentikan intervensi pasien berencana pulang.</p>	Nining
	3	<p>S : Hentikan intervensi pasien berencana pulang, pasien bersedia untuk memperbanyak makan makanan yang tinggi protein seperti putih telur yang direbus.</p> <p>O : tampak luka sudah dibersihkan</p> <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi sudah teratasi dengan kriteria hasil : nyeri menurun (5)</p> <p>P : Hentikan intervensi pasien berencana pulang.</p>	Nining

REKAPITULASI KONSULTASI KIAN

Ketua Program Studi Profesi Ners

(Trimeilia S/ S.Kp., M.Kes)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : TRI BAROROH RATNANINGSIH
 NIM : 41121231022
 Judul KIAN : PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
 MENGURANGI NYERI AKUT PADA PASIEN POST OPERASI SC DI
 RUANG MAWAR RSUD MAJENANG

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	26 September 2023	Konsul Jurnal - Mencari jurnal lain yang terkait	
2.	8 Juni 2024	Konsul BAB I - Perbaiki penulisan cover - Tambahkan sumber lain di latar belakang - Menambahkan paragraf baru tentang definisi nyeri	
3.	22 Juni 2024	Konsul BAB 1 & 2 - Tambahkan sumber - Repini Pathways (ganti pathways pada ibu post SC)	

Pembimbing


(Resti Ikhda S, M.Kep., Ns)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : TRI BAROROH RATNANINGSIH
 NIM : 41121231022
 Judul KIAN : PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
 MENGURANGI NYERI AKUT PADA PASIEN POST OPERASI SC DI
 RUANG MAWAR RSUD MAJENANG

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
4.	26 Juni 2024	Konsul BAB 1 - 3 - Perbaiki penulisan - Bagian manifestasi klinis dibuat narasi - Tambahkan judul bagian	
5.	2 Juli 2024	Konsul BAB 4 - Pengajian dibuat narasi - Tambahkan intervensi yang dilakukan - Tambahkan hasil dari sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.	
6.	3 Juli 2024	Konsul BAB 5 - 5 - Tambahkan diagnosis gangguan eliminasi - Tambahkan respon dari "menging" pain.	

Pembimbing


 (Resti Ikhda S, M.Kep., Ns)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : TRI BAROROH RATNANINGSIH
NIM : 41121231022
Judul KIAN : PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGURANGI NYERI AKUT PADA PASIEN POST OPERASI SC DI
RUANG MAWAR RSUD MAJENANG

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	9 Juli 2024	Aec Seminar KIAN	

Pembimbing



(Resti Ikhda S, M.Kep., Ns)