

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.S
Umur : 42 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Status perkawinan : Kawin
Agama : Hindu
Suku : Bali
Alamat : Batu Bulan, Gianyar
No. CM : 15.43.30
Tanggal MRS : 24 Maret 2024
Tanggal Pengkajian : 25 Maret 2024
Sumber informasi : Pasien dan keluarga

Penanggung/ Suami

Nama : Tn.S
Umur : 44 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat : Batu Bulan, Gianyar

2. Alasan Dirawat

a. Alasan MRS

Pasien mengatakan sakit perut mulas seperti mau melahirkan.

b. Keluhan saat dikaji

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 25 Maret 2024 pukul 14.30 Wita, pasien mengeluh nyeri pada perut bekas operasinya. Nyeri dirasakan menjalar ke kaki. Nyeri pada perut dirasakan seperti berdenyut-denyut. Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (0-10). Lama nyeri yang dirasakan 1-2 menit tiap kali muncul. Pasien tampak gelisah, meringis, bersikap protektif (melindungi area nyeri).

3. Riwayat Masuk Rumah Sakit

Pasien dan keluarga mengatakan pasien sudah mengalami mulas-mulas sejak pagi tanggal 24 Maret 2024, kemudian pasien dan keluarga memutuskan untuk ke RSUD Bali Mandara pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 23.30 Wita untuk melakukan pemeriksaan dan memang sudah berencana jika sudah saatnya melahirkan akan memilih proses persalinan dengan tindakan operasi karena umur sudah berisiko.

4. Riwayat Obstetri Dan Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi :

Menarche : umur 15 tahun Siklus : 28 hari teratur (√) tidak ()

Banyaknya : 3-4 kali ganti pembalut Lamanya : 5-6 hari

Keluhan : Nyeri saat hari pertama - kedua menstruasi

b. Riwayat pernikahan

Menikah : 1 kali Lama : 18 tahun

c. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

- 1) Anak pertama umur 17 tahun dengan jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 3 kg dan umur kehamilan 38 minggu, jenis persalinan normal, dibantu oleh bidan dan tidak ada komplikasi.
- 2) Anak kedua umur 12 tahun dengan jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 2,8 kg dan umur kehamilan 38 minggu, jenis persalinan normal, dibantu oleh bidan dan tidak ada komplikasi.
- 3) Anak ketiga umur 6 tahun dengan jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 3,1 kg dan umur kehamilan 38 minggu, jenis persalinan normal,

dibantu oleh bidan dan tidak ada komplikasi.

- 4) Anak keempat umur 0 tahun dengan jenis kelamin perempuan, BB saat lahir 3 kg dan umur kehamilan 39 minggu, lahir pada tanggal 25 Maret 2024 pukul 09.00 Wita, jenis persalinan *sectio caesarea*, dibantu oleh dokter dan tidak ada komplikasi.

d. Riwayat keluarga berencana

- Akseptor KB : Jenis : KB Suntik Lama : ± 15 tahun
- Masalah : tidak ada
- Rencana KB : tidak ada

5. Pola Fungsional Kesehatan

a. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Pasien mengatakan sebelum dirawat ia mandi 2x sehari tanpa dibantu, tetapi pada saat di rawat di RS pasien di lap oleh suami.

b. Pola Metabolik-Nutrisi

Sebelum dirawat, pasien makan 3x sehari dengan lauk pauk. Setelah di rumah sakit melakukan operasi pasien mengatakan makan bertahap sedikit-sedikit dianjurkan 6 jam setelah selesai operasi.

c. Pola Eliminasi

Saat pengkajian pasien belum ada BAB dan BAK melalui kateter yang telah dipasang.

d. Pola Aktivitas-Latihan

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas dengan baik, perlu bantuan keluarga untuk beraktivitas karena masih mengeluh nyeri pada

luka bekas operasinya.

e. Pola Istirahat-Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk RS tidak mengalami gangguan tidur, saat pengkajian pasien mengatakan saat ingin tidur siang tapi tidak bisa lelap karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu tidurnya.

f. Pola Persepsi-Kognitif

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya.

P : Pasien mengatakan nyeri muncul jika bergerak

Q : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul seperti berdenyut-denyut

R : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya

S : Pasien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0-10)

T : Lama nyeri dirasakan 1-2 menit tiap muncul

g. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Identitas diri : pasien mampu mengenali dirinya sendiri sebagai seorang istri dan ibu.

Gambaran diri : Pasien merasa kalau dirinya sakit memerlukan pertolongan

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera pulang

Harga diri : Pasien mengatakan sangat memerlukan keluarganya.

h. Pola Hubungan-Peran

Sebelum dirawat pasien biasa berinteraksi dengan keluarga dan tetangga di rumah, setelah dirawat pasien hanya dengan suaminya saja

i. Pola Reproduksi-Seksualitas

Pasien mengatakan masih menstruasi, pasien memiliki 4 anak.

j. Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah ia akan menceritakannya kepada keluarga.

k. Pola Keyakinan-Nilai

Pasien beragama hindu, dan meyakini adanya Ida Sang Hyang Widhi Wasa. Selama di RS pasien hanya bisa berdoa dalam hati saja.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum :

GCS : E4 V5 M6

Tingkat kesadaran : Compos mentis

Tanda – tanda vital : TD : 130/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, T : 36,5°C

BB : 60 kg TB: 158 cm LILA : 25 cm

b. Head toe toe :

1) Kepala

Wajah : Wajah simetris

Pucat : (-)

Cloasma : (-)

Sklera : Tidak ikterik

Konjungtiva : Tidak anemis

Pembesaran limphe node : Tidak ada

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

Telinga : Simetris, bersih, tidak ada gangguan

2) Dada Payudara

Areola : Kehitaman Putting : (menonjol / ~~tidak~~)

Tanda dimpling / retraksi : Tidak ada

Pengeluaran ASI : Ada, kolostrum

Jantung : Normal Paru : Suara napas vesikuler

3) Abdomen :

Linea : Ada Satriae : Ada

Luka SC : Ada, panjang luka +/- 15 cm

Bising usus : Ada, 10 x/menit

TFU : 2 jari di bawah pusat

Kontraksi : Baik

Diastasi rectus abdominis : Tidak ada

4) Genetalia

Kebersihan : Terdapat darah ± 50 cc, rambut pubis telah dicukur

Lokhea : lubra

Karakteristik: Warna merah kehitaman

5) Perineum dan anus

Perineum : ~~REEDA~~

Hemoroid : Tidak ada

6) Ekstremitas:

Atas :

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

CRT : < 2 detik

Bawah :

Oedema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

CRT : < 2 detik

Tanda homan : Tidak ada

Pemeriksaan Reflek : Pattela +/-

7. Data penunjang

Tabel 5
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hematologi rutin			
HGB	14.6	g/Dl	11.7-15.5
RBC	5.02	$10^6/\mu\text{l}$	3.80-5.20
HCT	43.9	%	35.0-47.0
MCV	87.5	fl	80.0-100.0
MCH	29.1	Pg	26.0-34.0
MCHC	33.3	g/dl	32.0-36.0
RDW-SD	43.5	fl	37.0-54.0
RDW-CV	13.6	%	11.5-14.5
WBC	9.69	$10^3/\mu\text{l}$	3.60-11.00
Hitung jenis			
NEUT%	H 78.8	%	50.0-70.0
LYMPH%	L 12.9	%	25.0-40.0
BASO%	0.4	%	0.0-1.0
MONO%	6.6	%	2.0-8.0
EOS%	L 1.3	%	2.0-4.0
IG%	0.3	%	
NEUT#	H 7.6	$10^3/\mu\text{l}$	1.5-7.0
LYMPH#	1.3	$10^3/\mu\text{l}$	1.0-3.7
BASO#	0.0	$10^3/\mu\text{l}$	0.0-0.1
MONO#	0.6	$10^3/\mu\text{l}$	0.0-0.7

EOS#	0.1	10 ³ /ul	0.0-0.4
IG#	0.0	10 ³ /ul	
NLR	H 5.8		<=3.13
PLT	315	10 ³ /ul	150-440
RDW	12.3	Fl	9.0-17.0
MPV	11.0	Fl	9.0-13.0
Waktu pendarahan (BT)	2'00"		1-3
Waktu pembekuan (CT)	8'00"		0-15

8. Diagnosis Medis

P4004 Post SC hr 0 + MOW

9. Pengobatan

IVFD RL 28 tpm

Cefotaxime 3x1 (antibiotic)

Metronidazole 3x1 flash (antibiotic)

Asam tranesamat 3x1 (menghentikan pendarahan)

Ketorolac 3x1 amp (k/p) (anti nyeri)

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan kasus kelolaan dirumuskan setelah mendapatkan data mayor dan minor pada saat dilakukan pengkajian keperawatan. Berikut merupakan analisis data kasus kelolaan :

Tabel 6
Analisis Data Kasus Kelolaan

Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala 6 (0-10), lama nyeri ketika muncul 1-2 menit DO : Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif (melindungi area nyeri)	<i>Sectio Caesarea</i> ↓ Luka post operasi SC ↓ Insisi dinding abdomen ↓ Terputusnya inkontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin ↓ Mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif (melindungi area nyeri)	Nyeri akut

Dari analisis diatas didapatkan rumusan diagnosis keperawatan pada *post sectio caesarea* (SC) adalah Nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan

nyeri pada luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri yang dirasakan hilang timbul, lamanya 1-2 menit dengan skala 6 (0-10), pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif (melindungi area nyeri).

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan ditetapkan setelah dirumuskannya diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan. Berikut merupakan rencana keperawatan yang ditetapkan penulis pada kasus kelolaan :

Tabel 7
Rencana Keperawatan Kasus Kelolaan

Tanggal /Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional	Paraf
25 Maret 2024 14.00 Wita	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri yang dirasakan hilang timbul, lamanya 1-2 menit dengan skala 6 (0-10), pasien mengatakan sulit tidur, pasien tampak meringis,	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Pola tidur membaik (5)	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Agar mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar mengetahui tingkatan nyeri yang	

Tanggal /Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional	Paraf
	gelisah dan bersikap protektif (melindungi area nyeri).		5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi terapi <i>guided imagery</i> untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	sebenarnya 4. Agar dapat mengurangi faktor- faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien 5. Agar mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer 6. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri Terapeutik 1. Agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan 2. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologis 3. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk	

Tanggal /Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional	Paraf
			Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik	4. Agar kebutuhan pasien terpenuhi Edukasi 1. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit 3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera Kolaborasi 1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi	

SDKI (PPNI,2016), SLKI (PPNI,2019), SIKI (PPNI,2018)

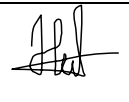
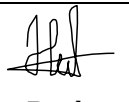
D. Implementasi Keperawatan

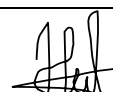
Implementasi keperawatan dilakukan pada hari ke-0 yaitu setelah dilakukannya tindakan operasi pukul 14.30 Wita. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan dengan intervensi inovatif yang diberikan adalah *guided imagery* pada tanggal 25 sampai 28 Maret 2024 dilakukan tindakan :

Tabel 8
Implementasi Keperawatan

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
1	25 Maret 2024 14.30 Wita	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respons nyeri non verbal	DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri seperti berdenyut-denyut, skala nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala 6 (0-10), lama nyeri ketika muncul 1-2 menit, dan pasien mengatakan kurang nyaman dengan keadaannya DO : Pasien tampak gelisah	 Dyah
2	25 Maret 2024 14.40 Wita	Pemeriksaan tanda-tanda vital Mengukur TFU Mengidentifikasi permasalahan selama menyusui Mengkaji pengeluaran lochea	DS : Pasien mengatakan ASI sudah keluar cukup lancar DO : Hasil TTV : TD 130/70 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,5°C TFU teraba 2 jari di bawah pusat Lochea lubra, terdapat darah $\pm$ 50 cc	 Bidan

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
3	25 Maret 2024 15.00 Wita	Memberikan terapi metronidazole 500 mg (IV), asam traneksamat 100 mg (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Bidan
4	25 Maret 2024 15.10 Wita	Menjelaskan penyebab, dan pemicu nyeri	DS : Pasien mengatakan paham tentang penjelasan perawat DO : Pasien tampak gelisah	 Dyah
5	25 Maret 2024 17.00 Wita	Memonitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DO : Pasien tampak merasakan nyeri bertambah jika bergerak, dan nyeri berkurang jika istirahat tidak bergerak atau beraktifitas	 Dyah
6	25 Maret 2024 17.40 Wita	Memberikan edukasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan <i>guided imagery</i> .	DS : Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara <i>guided imagery</i>	 Dyah
7	25 Maret 2024 18.00 Wita	Melakukan pemberian <i>guided imagery</i> untuk mengurangi nyeri.	DO : <i>Guided imagery</i> diberikan selama 15 menit, pasien tampak mengikuti instruksi perawat, pasien tampak lebih rileks dan tenang	 Dyah

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
8	25 Maret 2024 18.15 Wita	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS : Pasien mengatakan nyaman setelah diberikan <i>guided imagery</i> namun nyeri yang dirasakannya masih dengan skala nyeri 6 (0-10)	 Dyah
9	25 Maret 2024 19.00 Wita	Memberikan terapi ketorolac 30 mg (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Dyah
10	26 Maret 2024 14.30 Wita	Mengkaji keadaan umum pasien	DS: Pasien mengatakan nyeri nya masih terasa	 Dyah
11	26 Maret 2024 14.40 Wita	Mengidentifikasi intensitas, skala, dan kualitas nyeri pasien	DS: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di perut bekas operasinya 5 (0-10), nyeri seperti berdenyut-denyut	 Dyah
12	26 Maret 2024 15.00 Wita	Memberikan terapi cefotaxime 1 gr (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Dyah
13	26 Maret 2024 15.20 Wita	Mengidentifikasi respon nyeri secara non verbal	DO : Pasien masih tampak sedikit meringis	 Dyah
14	26 Maret 2024 15.30 Wita	Melakukan aff infus dan DC	DO : Infus dan DC telah di aff	 Bidan

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
15	26 Maret 2024 18.00 Wita	Melakukan pemberian <i>guided imagery</i> untuk mengurangi nyeri	DO : <i>Guided imagery</i> diberikan selama 15 menit, pasien tampak mengikuti instruksi perawat, pasien tampak lebih rileks dan tenang	 Dyah
16	26 Maret 2024 18.15 Wita	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS : Pasien mengatakan sangat nyaman setelah diberikan terapi <i>guided imagery</i> , nyeri yang dirasakannya berkurang dari yang kemarin dengan skala 4 (0-10)	 Dyah
17	26 Maret 2024 19.00 Wita	Memberikan terapi ketorolac 30 mg (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Bidan
18	27 Maret 2024 14.30 Wita	Mengkaji keadaan umum pasien	DS : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, sudah berani turun dari tempat tidur dan berjalan pelan-pelan DO : KU pasien baik	 Dyah
19	27 Maret 2024 14.40 Wita	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi	DS : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, skala nyeri yang dirasakan 3 (0-10), pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan baik walaupun nyerinya kadang-kadang muncul. DO : Pasien tidak tampak meringis	 Dyah

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
20	27 Maret 2024 15.00 Wita	Memberikan terapi cefotaxime 1 gr (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Dyah
21	27 Maret 2024 15.20 Wita	Mengidentifikasi respon nyeri secara non verbal	DO : Pasien tampak sudah rileks	 Dyah
22	27 Maret 2024 18.00 Wita	Melakukan pemberian <i>guided imagery</i> untuk mengurangi nyeri	DO : <i>Guided imagery</i> diberikan selama 15 menit, pasien tampak mengikuti instruksi perawat, pasien tampak lebih rileks dan tenang	 Dyah
23	27 Maret 2024 18.15 Wita	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS : Pasien mengatakan sangat nyaman setelah diberikan <i>guided imagery</i> , nyeri yang dirasakan dengan skala 3 (0-10)	 Dyah
24	27 Maret 2024 19.00 Wita	Memberikan terapi ketorolac 30 mg (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Bidan

No	Tanggal /Jam	Implementasi	Respon	Paraf & Nama
25	28 Maret 2024 14.30 Wita	Mengevaluasi kembali nyeri yang dirasakan pasien secara komprehensif meliputi skala, durasi, kualitas, dan karakteristik nyeri	DS : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, sudah dapat melakukan aktivitas ringan, skala nyeri yang dirasakan pada perut bawah bekas operasinya 3 (0-10). DO : Pasien tampak tenang dan nyaman	 Dyah
26	28 Maret 2024 15.00 Wita	Memberikan terapi cefotaxime 1 gr (IV)	DO : Obat masuk, tidak ada alergi	 Bidan
27	28 Maret 2024 18.00 Wita	Melakukan pemberian <i>guided imagery</i> untuk mengurangi nyeri	DO : <i>Guided imagery</i> diberikan selama 15 menit, pasien tampak mengikuti instruksi perawat, pasien tampak lebih rileks dan tenang	 Dyah
28	28 Maret 2024 19.00 Wita	Memberikan pujian kepada pasien atas kerjasamanya dalam melakukan kegiatan dan mengedukasi pasien untuk melakukan <i>guided imagery</i>	DS : Pasien mengatakan merasa senang karena nyeri nya sudah berkurang dan dapat tidur dengan baik DO : Pasien sudah tampak tenang dan nyaman	 Dyah

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan dilakukan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Berikut merupakan tabel evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan :

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Pada Kasus Kelolaan

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	28 Maret 2024 Pukul 20.00 Wita	S : Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, sudah dapat melakukan aktivitas ringan, skala nyeri yang dirasakan pada perut bawah bekas operasinya 3 (0-10). O : Pasien sudah tampak tenang dan nyaman - Keluhan nyeri menurun (5) - Meringis menurun (5) - Sikap protektif menurun (5) - Gelisah menurun (5) A : Masalah nyeri akut teratasi P : Pertahankan kondisi pasien	 Dyah