

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Studi kasus dilaksanakan menggunakan data yang diambil dari repository atas nama Putu Kharisma Mutiara Santhi yang diobservasi tanggal 20 Februari tahun 2019 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. E dengan Nyeri Akut di Ruang Sandat BRSU Tabanan, serta data atas nama I Kadek Wraspati Brahma Kencana yang diobservasi tanggal 18 Februari Tahun 2019 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. N dengan Nyeri Akut di Ruang Sandat BRSU Tabanan. Kedua data tersebut telah memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang sudah ditetapkan pada BAB IV. Adapun hasil observasi sebagai berikut :

1. Karakteristik subyek penelitian

Tabel 2
Karakteristik Subyek Penelitian Pasien Post ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Nyeri Akut di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Karakteristik	Nama	Umur	Jenis kelamin	Diagnosa	NO RM	TGL MRS
Subyek 1	Tn. E	19	Laki laki	<i>Open fraktur os femur dextra</i>	306785	19-02-2019
Subyek 2	Tn. N	24	Laki laki	<i>Close fraktur os tibia dextra</i>	332561	18-02-2019

Berdasarkan data karakteristik diatas, terdapat beberapa perbedaan pada umur dan juga diagnosa medis dari subyek pertama dan subyek kedua.

2. Pengkajian

Pengkajian data subjektif dan objektif pada rekam medis pasien yang dilakukan pada hari ke-0 post operasi ORIF dijelaskan dalam bentuk tabel di bawah ini.

Tabel 3
Pengkajian keperawatan pada Pasien Post Operasi ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Nyeri Akut pada Subyek Pertama (Tn. E) dan Subyek Kedua (Tn. N) di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Data	Subyek 1 (Tn. E)	Subyek 2 (Tn. N)
Subjektif	Pasien mengatakan nyeri akibat prosedur pembedahan ORIF, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah nyeri pada luka operasi yang dilakukan ORIF, nyeri (skala 6), nyeri selalu dirasakan, pasien mengatakan sulit tidur.	Pasien mengatakan mengeluh nyeri, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah nyeri pada luka operasi yang dilakukan ORIF, nyeri semakin berat apabila melakukan pergerakan (mobilisasi), (skala nyeri 5) pasien mengatakan sulit tidur.
Obyektif	Pasien tampak meringis, pasien mengeluh sulit tidur bersikap protektif, gelisah. TD: 110/60 mmHg, N: 90x/mnt, S: 36,5 ⁰ C, RR: 19x/mnt	Pasien tampak meringis, pasien mengeluh sulit tidur. TD: 130/90 mmHg, N: 87x/mnt, S: 36,7 ⁰ C, RR: 20x/mnt.

Berdasarkan data pada tabel 3 diatas, menunjukkan hasil studi dokumentasi pada pengkajian keperawatan pada subyek pertama dan subyek kedua bahwa terdapat perbedaan pada data subyektif kedua subyek yaitu skala nyeri yang berbeda dan intensitas nyeri yang dirasakan juga berbeda. Perbedaan juga terdapat pada bagian obyektif yaitu tanda tanda vital kedua subyek.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 15 pernyataan yang berisi tentang rumusan diagnosa keperawatan dengan komponen *problem.etiology, sign and symptom* (PES). Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dalam laporan kasus tersebut disajikan sebagai berikut:

Tabel 4
Diagnosa keperawatan pada Pasien Post Operasi ORIF dengan Nyeri Akut pada Subyek Pertama (Tn. E) dan Subyek Kedua (Tn. N) di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Komponen Diagnosa	Subyek 1 (Tn. E)	Subyek 2 (Tn. N)
1	2	3
<i>Problem (P)</i>	Nyeri akut	Nyeri akut
<i>Etiologi (E)</i>	Agen pencedera fisik (Prosedur operasi)	Agen pencedera fisik (Prosedur operasi)
<i>Sign and Symptom(S)</i>	tampak meringis, bersikap protektif, gelisah,	Pasien mengeluh nyeri, pasien mengeluh sulit tidur, tampak meringis,

1	2	3
	TD: 110/60 mmHg, N: 90x/mnt, R: 19x/mnt, S: 36,5C..	TD: 130/90 mmHg, N: 87x/mnt, R: 20x/mnt, S: 36,7C.

4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dikumpulkan dengan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 30 pertanyaan mengenai rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut pada subyek post *open reduction internal fixation* berdasarkan intervensi yang mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Hasil pengamatan pada perencanaan keperawatan dokumen subyek pertama dan subyek kedua yaitu sebagai berikut :

Tabel 5
Perencanaan keperawatan pada Pasien Post Operasi ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Nyeri Akut pada Subyek Pertama (Tn. E) dan Subyek Kedua (Tn. N) di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Subyek	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
Subyek 1 (Tn. E)	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24	SIKI label <i>Observasi</i>

1	2	3	4
<p>fisik (prosedur operasi) yang ditandai dengan:</p> <p>Data Subyektif:</p> <p>1. Pasien mengeluh nyeri</p> <p>2. Pasien mengeluh sulit tidur</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Pasien bersikap protektif</p> <p>3. Pasien tampak gelisah</p> <p>4. TTV :TD: 110/60 mmHg, N: 90x/mnt, R: 19x/mnt, S: 36,5C.</p>	<p>jam, diharapkan tingkat nyeri: menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI label</p> <p>Tingkat nyeri:</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun</p> <p>2. Meringis menurun</p> <p>3. Gelisah menurun</p> <p>4. Kesulitan tidur menurun</p>	<p>tingkat kriteria</p>	<p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)</p> <p>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>6. Kolaborasi pemberian analgesik</p>

1	2	3	4
Subyek 2 (Tn. N)	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang ditandai dengan : Data Subyektif: 1. Pasien mengeluh nyeri 2. Pasien mengeluh sulit tidur Data Obyektif: 1. Pasien tampak meringis 2. TTV : TD: 130/90 mmHg, N: 87x/mnt, R: 20x/mnt, S: 36,7C	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri. menurun dengan kriteria hasil: SLKI label Tingkat nyeri: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	SIKI label <i>Observasi</i> 1. Identifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, danintensitas nyeri 2. Identifikasi respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Kolaborasi</i> 3. Kolaborasi pemberian analgesik

Berdasarkan pada tabel 5 diatas, hasil studi koumenasi perencanaan keperawatan pada dokumen subyek pertama dan subyek kedua memiliki kesamaan pada tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan serta pada tindakan yang direncanakan.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah dilaksanakan dikumpulkan dengan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 29 pernyataan. Hasil pengamatan yang dilakukan pada dokumen subyek perama dan kedua yaitu sebagai berikut :

Tabel 6
Implementasi keperawatan pada Pasien Post ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Nyeri Akut pada Subyek Pertama (Tn. E) dan Subyek Kedua (Tn.N) di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Implementasi keperawatan subyek 1	Implementasi keperawatan subyek 2
1	2
Mandiri	Mandiri
1. Mengidentifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, danintensitasnyeri	1. Mengidentifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, danintensitasnyeri
2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal
3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)	4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik)

1	2
5. Memfasilitasi istirahat dan tidur.	5. Memfasilitasi istirahat dan tidur
Kolaborasi	Kolaborasi
1. Mengkolaborasikan pemberian analgesik: Paracetamol flash 10mg/ml	1. Mengkolaborasikan pemberian analgesik: Paracetamol flash 10mg/ml

Berdasarkan pada data tabel 6 diatas, kedua pasien memiliki implementasi yang sudah sama diberikan tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan terdiri dari 5 tindakan mandiri dan 1 tindakan kolaborasi.

6. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dihasilkan dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 30 pernyataan evaluasi keperawatan yang menggunakan indikator evaluasi berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI). Hasil pengamatan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien post operasi ORIF dengan nyeri akut pada dokumen subyek pertama Tn. E dan subyek kedua Tn. N sebagai berikut :

Tabel 7
Evaluasi keperawatan pada Pasien Post Operasi ORIF Fraktur Ekstremitas Bawah dengan Nyeri Akut pada Subyek Pertama (Tn. E) dan Subyek Kedua (Tn. N) di Ruang Sandat BRSU Tabanan

Komponen Evaluasi	Subyek 1 (Tn.E)	Subyek 2 (Tn. N)
Keperawatan		
<i>Subyektif (S)</i>	Pasien mengatakan nyeri pada paha kanan atasnya berkurang, skala nyeri 2, pasien mengatakan tidur dengan nyenyak.	Pasien mengatakan nyeri pada betis kanan akibat luka operasi berkurang, skala nyeri 2, pasien mengatakan tidur dengan nyenyak.
<i>Obyektif (O)</i>	Pasien tampak tenang, pasien tampak tidak meringis maupun bersikap protektif, TD : 120/70mmHg, N : 89x/mnt, R : 19x/mnt, S : 36,5C	Pasien tampak tenang, TD : 110/80mmHg, N : 80x/mnt, R : 20x/mnt, S : 36,3C
<i>Assessment (A)</i>	Tujuan tercapai, masalah teratasi.	Nyeri akut
<i>Planning (P)</i>	Pertahankan kondisi pasien	Pertahankan kondisi pasien, lanjutkan intervensi

Berdasarkan pada data tabel 7 diatas, ditemukan adanya persamaan pada subyek pertama dan subyek kedua dalam metode penulisan evaluasi yang sama sama menggunakan format evaluasi SOAP. Sedangkan perbedaan ditemukan pada bagian

obyektif dimana terdapat perbedaan pada tanda tanda vital. Perbedaan juga ditemukan pada bagian assessment di dokumen subyek pertama dan kedua yaitu subyek pertama didapatkan tujuan tercapai masalah teratasi, sedangkan pada subyek kedua didapatkan nyeri akut.

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Data yang perlu dikaji berkaitan dengan Nyeri Akut menurut (PPNI, 2016) terdapat tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor yang meliputi data subjektif yaitu mengeluh nyeri, yang meliputi data objektif yaitu tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Tanda gejala minor yang meliputi data subjektif yaitu tidak ditemukan data subjektif, yang meliputi data objektif yaitu, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada dokumen subyek pertama dan kedua yaitu pada subyek pertama pengkajian data subjektif dan objektif pada laporan kasus subyek Tn. E didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah nyeri pada luka operasi dilakukannya ORIF, nyeri (skala 6), nyeri selalu terasa, pasien mengatakan sulit tidur dan data objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, dan gelisah, TD: 110/60 mmHg, N: 90x/mnt, S: 36,5⁰C, RR: 19 x/mnt.

Sedangkan pada subyek kedua pengkajian data subjektif dan objektif pada laporan kasus subyek Tn. N didapatkan data subjektif pasien mengatakan mengeluh nyeri, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah nyeri pada luka operasi dilakukannya ORIF, nyeri semakin berat apabila melakukan pergerakan (mobilisasi), (skala nyeri 5) pasien mengatakan sulit tidur dan data objektif pasien tampak meringis, TD: 130/90 mmHg, N: 87x/mnt, S: 36,7⁰C, RR: 20 x/mnt. Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut terdapat beberapa kesenjangan antara hasil yang didapatkan pada dokumen subyek dengan teori acuan peneliti.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Nyeri akut merupakan pengalaman 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, 2016). Penyebab lain dari nyeri akut yaitu agen pencedera fisiologis (Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (PPNI, 2016).

Tanda gejala nyeri akut menurut (PPNI, 2016) terdapat tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor yang meliputi data subjektif yaitu mengeluh nyeri, yang meliputi data objektif yaitu tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Tanda gejala minor yang meliputi data subjektif yaitu tidak ditemukan data subjektif, yang meliputi data objektif yaitu, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Berdasarkan Perumusan diagnosa keperawatan menurut PPNI (2017) menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES).

Hasil dari dokumentasi subjek pertama dan kedua didapatkan bahwa *problem* yaitu nyeri akut, *etiology* yaitu agen pencedera fisik (prosedur operasi) dan untuk *sign and symptom* pada dokumentasi subyek pertama ialah pasien mengatakan mengeluh nyeri akibat luka operasi, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah pada luka operasi yang dilakukan ORIF (skala 6), nyeri selalu terasa, pasien mengatakan sulit tidur dan data objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, dan gelisah, TD: 110/60 mmHg, N: 90x/mnt, S: 36,5⁰C, RR: 19 x/mnt dan untuk subyek kedua ialah pasien mengatakan mengeluh nyeri, nyeri dirasakan berdenyut dengan daerah nyeri pada luka operasi, nyeri selalu dirasakan dan semakin berat apabila melakukan pergerakan (mobilisasi) (skala nyeri 5), pasien mengatakan sulit tidur dan data objektif pasien tampak meiringis, bersikap protektif, dan gelisah, TD: 130/90 mmHg, N: 87x/mnt, S: 36,7⁰C, RR: 20 x/mnt. Dari hasil penelitian tersebut tidak terdapat kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. (Asmadi, 2008).

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018). Tindakan yang direkomendasikan yang pertama yaitu pemberian analgesik yang meliputi identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), identifikasi riwayat alergi obat, identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, monitor efektifitas analgesik, diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu, pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum, tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, jelaskan efek terapi dan efek samping obat, kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.

Tindakan yang kedua yaitu manajemen nyeri yang meliputi, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek

samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Perencanaan tindakan tersebut tidak jauh berbeda dengan intervensi yang dilakukan di laporan kasus hanya saja bahasa penyampaiannya yang sedikit berubah.

Hasil dari pengamatan dokumentasi subyek pertama dan kedua di dalam bagian intervensi sudah menggunakan intervensi dari SIKI dan terdapat kriteria hasil sesuai dengan indikator pada SLKI dalam intervensi keperawatan. Pada laporan kasus hanya terdapat label manajemen nyeri, label pemberian analgesik tidak dicantumkan. Hal ini dikarenakan pemberian analgesik telah tercantum pada manajemen nyeri pada bagian kolaborasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

Hasil dari pengamatan dokumentasi subyek pertama dan kedua di dalam bagian implementasi yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan intervensi yang terdapat pada lembar dokumentasi

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan meliputi perbandingan yang sistematis antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).

Berdasarkan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan diatas yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah label yang pertama tingkat nyeri dengan ekspektasi menurun, dengan kriteria hasil; keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, ketegangan otot menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik. pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Label yang kedua adalah kontrol nyeri dengan ekspektasi meningkat, dengan kriteria hasil; melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat, dukungan orang terdekat meningkat, keluhan nyeri menurun, penggunaan analgesik menurun.

Hasil pengamatan lembar evaluasi pada dokumen pasien post operasi ORIF fraktur ekstremitas bawah untuk mengatasi masalah nyeri akut pada subyek pertama dan kedua terdapat perbedaan yang terjadi didalam teknik dokumentasi evaluasi keperawatan yaitu pada laporan kasus evaluasi keperawatan tidak hanya menerangkan indikator evaluasi tetapi menggunakan format SOAP. SOAP merupakan format yang digunakan untuk evaluasi keperawatan dimana *Subjective*, merupakan pernyataan atau keluhan dari pasien, *Objective*, merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, *Analysis*, merupakan kesimpulan dari objektif dan subjektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan) (Dinarti et al., 2009).

Untuk menentukan apakah tujuan telah tercapai atau tidak, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan : tujuan tercapai; yaitu, respons klien sama dengan hasil yang diharapkan, tujuan tercapai sebagian; yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai, tujuan tidak tercapai, *Planning*, merupakan rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis tercapai, tujuan tercapai sebagian, tujuan tidak tercapai.

C. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya penelitian tidak bisa dilakukan di rumah sakit yang dituju karena pandemi yang terjadi sehingga terjadi kesulitan dalam mendapatkan dokumen yang akan digunakan untuk penelitian ini, dan terdapat tulisan dalam laporan kasus yang sulit untuk dibaca.