

Lampiran 5

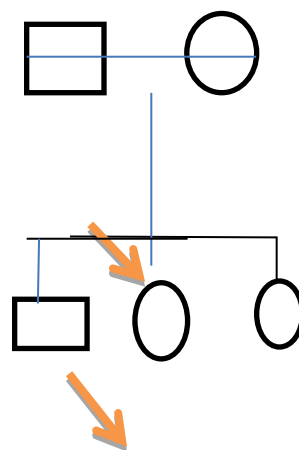
FORMAT PENGKAJIAN

BIODATA

Nama : Ny.E
JenisKelamin : Perempuan
Umur : 25 tahun
Status Perkawinan : kawin
Pekerjaan : Bekerja di salon kecantikan
A g a m a : Islam
PendidikanTerakhir :SMA
Alamat : Jl.Argo Wilis Dlopo Ngasem
No.Regester : 053452
TanggalMRS : 26 April 2022
TanggalPengkajian : 27 April 2022

RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama:
 - a. Saat masuk rumah sakit
Pasien datang ke RSUD Lirboyo dengan keluhan nyeri di perut bagian atas
 - b. Saat pengkajian
Pasien terlihat tampak pucat, meringis, mata cowong
2. Riwayat Penyakit Sekarang :
Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUD Lirboyo sejak 3 hari yang lalu karena penyakitnya kambuh. Awal mulanya pasien memakan makanan pedas sehingga pasien merasakan perut terasa nyeri di bagian atas seperti sembelit/ditusuk-tusuk dan mengalami mual muntah sebanyak 5 kali akhirnya pasien dibawa di RSUD Lirboyo Kota Kediri
3. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :
Pasien mengatakan 3 hari yang lalu gastritisnya kumat karena makanan-makanan pedas
4. Riwayat Kesehatan Keluarga :
Pasien mengatakan dalam anggota keluarga tidak ada yang memilik riwayat gastritis atau magh.
5. Genogram :



□ = Laki - Laki

○ = pasien

○ = Perempuan

▢ = menikah

POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

A. POLA TIDUR/ISTIRAHAT :

1. Waktu tidur :
Sebelum sakit : 21.00-04.00 WIB
Selama sakit: Pasien sering terbangun ketika nyeri hilang timbul
2. Waktu Bangun :
Pasien bangun ketika nyeri timbul/suara berisik
3. Masalah tidur :
Pasien sering terbangun karena nyerinya
4. Hal-hal yang mempermudah tidur :
Suasana lingkungan yang membuat pasien nyaman
5. Hal-hal yang mempermudah Klien terbangun :
Pasien mengatakan hal yang mempermudah terbangun adalah suara bising dan nyeri diperut yang timbul

B. POLA ELIMINASI :

1. BAB : Pasien BAB 1 kali sehari, bau khas fases, warna kuning
2. BAK : Pasien BAK 3-4 kali sehari, bewarna kuning, cair, dan berbau khas
3. Kesulitan BAB/BAK : Pasien tidak mengalami kesulitan BAB dan BAK
4. Upaya/ Cara mengatasi masalah tersebut : Tidak ada

C. POLA MAKAN DAN MINUM :

1. Jumlah dan jenis makanan :
Pasien mengatakan jumlah makan 3x sehari, jenis makanan nasi, sayur & lauk pauk, porsi makan jarang dihabiskan
2. Waktu Pemberian Makan :
Pasien mengatakan waktu pemberian makan yaitu pagi, siang dan sore
3. Jumlah dan Jenis Cairan :
Pasien mengatakan jumlah cairan 6-8 gelas/hari jenis minuman air putih
4. Waktu Pemberian Cairan :
Waktu pemberian cairan yaitu pagi, siang dan malam
5. Pantangan :
Pasien tidak boleh memakan makanan pedas dan asam
6. Masalah Makan dan Minum:
 - a. Kesulitan mengunyah : Pasien tidak ada kesulitan dalam mengunyah makanan
 - b. Kesulitan menelan : Pasien tidak ada kesulitan dalam menelan minuman
 - c. Mual dan Muntah : Pasien mengalami mual dan muntah sebanyak 5 kali
 - d. Tidak dapat makan sendiri : Pasien dapat makan sendiri tanpa bantuan orang lain
7. Upaya mengatasi masalah :
Pasien saat mual hanya meminum obat promagh

D. KEBERSIHAN DIRI/PERSONAL HYGIENE :

1. Pemeliharaan Badan :
Pasien mandi 2 kali sehari (pagi dan sore)
2. Pemeliharaan Gigi dan Mulut :
Pasien menyikat gigi 2 kali sehari (pagi dan sore)
3. Pemeliharaan Kuku :
Pasien memotong kuku 1 kali seminggu

DATA PSIKOSOSIAL

- A. Pola Komunikasi :
Pasien cukup baik dalam berkomunikasi
- B. Orang yang paling dekat dengan Klien :
Orang yang paling dekat dengan nya adalah suaminya
- C. Rekreasi : Pasien mengatakan jarang rekreasi
Hobby : Pasien mengatakan bahwa hobinya adalah memasak
Penggunaan waktu senggang :
Saat waktu senggang pasien istirahat dan sambil menonton tv
- D. Dampak dirawat di Rumah Sakit :
Pasien mengatakan keadaannya semakin membaik, nyeri diperut berkurang
- E. Hubungan dengan orang lain / Interaksi sosial :
Cukup baik, karena pasien sering berkumpul dengan tetangganya untuk mengikuti pengajian
- F. Keluarga yang dihubungi bila diperlukan :
Pasien mengatakan keluarga yang sering dihubungi adalah suaminya

DATA SPIRITUAL

- A. Ketaatan Beribadah :
Pasien selalu melakukan ibadah kepada ALLAH SWT di tempat tidur pasien.
- B. Keyakinan terhadap sehat / sakit :
Pasien yakin bahwa beliau bisa sembuh.
- C. Keyakinan terhadap penyembuhan :
Pasien yakin kepada dokter bahwa bisa menyembuhkannya, dan beliau yakin bahwa beliau bisa sembuh dan keluarga beliau juga selalu mendukung beliau untuk sembuh.

PEMERIKSAAN FISIK :

- A. Kesan Umum / Keadaan Umum :
Keadaan umum pasien compos mentis
Tinggi badan : 150 cm
Berat Badan : 45 kg
- B. Tanda-tanda Vital
Suhu Tubuh : 36,0 °C
Nadi : 85 x/menit
Tekanan darah : 110/70 mmHg
Respirasi : 20 x/menit
- B. Pemeriksaan Kepala dan Leher :
 - 1. Kepala dan rambut
 - a. Bentuk Kepala : Bentuk kepala simetris
Uban-uban : Tampak bersih seperti biasa
Kulit kepala : Kulit kepala terlihat bersih dan tidak berbau
 - b. Rambut : Rambut berwarna hitam pekat dan terlihat panjang
Penyebaran dan keadaan rambut : Penyebaran rambut pasien merata
Bau : Tidak ada bau
Warna : Hitam pekat dan tidak ada uban
 - c. Wajah : Wajah simetris
Warna kulit : Bersih dan tampak seperti kuning langsung
Struktur Wajah : Simetris
 - 2. Mata
 - a. Kelengkapan dan Kesimetrisan : Simetris dan berbentuk bulat
 - b. Kelopak Mata (Palpebra) : Normal
 - c. Konjunktiva dan sclera : Konjunktiva tidak anemis & Sclera tidak ikterik

- d. P u p i l : Isokor
 - e. Kornea dan Iris : Kornea jernih, iris berwarna coklat
 - f. KetajamanPenglihatan / Visus : *)
Penglihatan pasien terlihat normal
 - g. Tekanan Bola Mata : *)
Tidak terkaji
3. H i d u n g
- a. Tulang Hidung dan Posisi Septum Nasi :
- Tulang hidung tidak ada kelainan, posisi septum nasi tepat di tengah
 - b. LubangHidung :
Bersih, tidak ada pendarahan.
 - c. Cuping Hidung :
Tidak terpasang cuping hidung
4. Telinga
- a. Bentuk Telinga : Simetris
Ukuran Telinga : Kanan dan kiri sama
Ketegangan telinga : Normal
 - b. Lubang Telinga :
Tidak ada pendarahan , dan tidak ada serumen
 - c. Ketajaman pendengaran :
Pendengaran baik,dapat mendengarkan perkataan yang di ucapkan perawat
5. Mulut dan Faring :
- a. Keadaan Bibir :
Mukosa terlihat kering,dan pecah-pecah
 - b. Keadaan Gusi dan Gigi
Keadaan gigi dan gusi terlihat bersih,tidak terlihat adanya pendarahan
 - c. KeadaanLidah :
Keadaan lidah bersih, tidak ada pendarahan tidak ada massa atau pun nyeri tekan.
6. L e h e r :
- a. Posisi Trakhea : Simetris, dan tidak ada pembengkakan
 - b. Tiroid : Tidak ada pembesaran tiroid
 - c. Suara : Normal, tidak ada suara tambahan
 - d. Kelenjar Lymphhe : Tidak ada pembesaran kelenjar Lymphhe
 - e. Vena Jugularis : Normal, terlihat denyutan pada vena jugularis
 - f. Denyut Nadi Coratis : Normal, denyut nadi sama dengan detak jantung
- C. Pemeriksaan Integumen (Kulit) :
- a. Kebersihan : Kulit bersih tidak ada luka
 - b. Kehangatan : Norma
 - c. Warna : Coklat sawo
 - d. Turgor : Normal
 - e. Tekstur : Elastis
- f. Kelembapan : Tidak lembab
 - g. Kelainanpadakulit : Tidak terdapat kelainan pada kulit
- E. PemeriksaanPayudaradanKetiak :
- a. Ukuran dan bentuk payudara :
Tidak terkaji
 - b. Warna payudara dan Areola :
Tidak terkaji

c. Kelainan-kelainan Payudara dan Puting :
Tidak terkaji

d. Axila :
Tidak terkaji

F. Pemeriksaan Thorak / Dada :

1. Inspeksi Thorak

- a. Bentuk Thorak : Normal
- b. Pernafasan
 - Frekuensi : 20 x/menit
 - Irama : Suara nafas vesikuler
- c. Tanda-tanda kesulitan bernafas :
Tidak terdapat kesulitan bernafas .

2. Pemeriksaan Paru

- a. Palpasi getaran suara (vokal Fremitus)
Getaran dinding dada normal, yaitu pasien dengan mengucapkan “tujuh puluh tujuh secara berulang-ulang”
- b. Perkusi :
Saat pemeriksaan perkusi normal, resonan/sonor terdengar suara dugm dug redup
- c. Auskultasi
 - Suara nafas:
Suara napas terdengar disemua lapang paru jantung
 - Suara Ucapan :
Tidak terkaji
 - Suara Tambahan :
Tidak ada suara tambahan

3. Pemeriksaan Jantung

- a. Inspeksi dan Palpasi
 - Palpasi : Normal, tidak ada kelainan jantung
 - Ictus Cordis : Tidak terkaji
- b. Perkusi :
Batas-batas Jantung : Tidak Terkaji
- c. Auskultasi
 - Bunyi Jantung I : Normal, lub BJ I tunggal
 - Bunyi Jantung II : Normal, dup BJ II tunggal
 - Bising/murmur : Tidak ada bising / murmur
 - Frekuensi Denyut Jantung : Normal

G. Pemeriksaan Abdomen

- a. Inspeksi
 - Bentuk Abdomen : Normal
 - Benjolan / massa : Tidak ada benjolan/ massa pada abdomen
- b. Auskultasi
 - Peristaltik Usus : Bising usus hiperaktif
 - Bunyi Jantung Anak/BJA : Tidak terkaji
- c. Palpasi
 - Tanda nyeri tekan : Ada nyeri tekan di abdomen bagian atas
 - Benjolan / massa : Tidak ada benjolan/massa
 - Tanda-tanda Ascites : Tidak ada cairan yang berlebih pada abdomen
 - Hepar : Tidak ada pembesaran hepar
 - Lien : Tidak ada pembesaran lien
 - Titik Mc. Burne : Tidak terkaji
- d. Perkusi

- Suara Abdomen : Timpani
- Pemeriksaan Ascites : tidak ada cairan

H. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

1. Genetalia
 - a. Rambut pubis : Tidak terkaji
 - b. Meatus Urethra : Tidak terkaji
 - c. Kelainan-kelainan pada Genetalia Eksterna dan Daerah Inguinal : tidak terkaji
2. Anus dan Perineum
 - a. Lubang Anus : Lubang anus bersih tidak ada benjolan
 - b. Kelainan-kelainan pada anus : tidak terkaji
 - c. Perenium : tidak terkaji

I. Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstrimis)

- a) Kesimestrisanotot : Simetris, terpasang infus 7tpm
- b) Pemeriksaan Oedema : Tidak terdapat oedema
- c) Kekuatanotot : normal

tangan kanan (5)	tangan kiri (5)
Kaki kanan (5)	kaki kiri (5)
- d) Kelainan-kelainan pada ekstremitas dan kuku :
Tidak ada kelainan pada kelainan ekstremitas dan kuku
- e) CRT : Normal

J. Pemeriksaan Neorologi

1. Tingkat kesadaran (secara kualitatif) : Compos mentis
2. Tanda-tanda rangsangan Otak (Meningeal Sign) :
Tidak ada tanda tanda rangsangan otak,(meningeal sign)
3. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif) / GCS : GCS 15
4. Fungsi Motorik :
Pasien dapat menggerakkan tangan/ kakinya dengan normal
5. Fungsi Sensorik :
Pasien mampu merasakan nyeri diperutnya
6. Refleks :
 - a) Refleks Fisiologis : Pasien reflek saat diberi rangsangan cubitan
 - b) Refleks Patologis : Pasien terangsang saat diberikan rangsangan disekitar kaki

K. Pemeriksaan Status Mental

- a. Kondisi emosi / Perasaan :
Kondisi emosi dan perasaan pasien sangat stabil
- b. Orientasi :
Pasien berorientasi dengan pasien lain sangat baik
- c. Proses berfikir(ingatan, atensi, keputusan, perhitungan) :
Pasien masih dapat berhitung dengan baik
- d. Motifikasi(kemampuan) :
Pasien dapat melakukan apa yang diperintahkan oleh perawat dengan baik
- e. Persepsi :
Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa kembali berkumpul bersama keluarga

- f. Bahasa :
 Pasien menggunakan bahasa indonesia dan bahasa jawa dalam kehidupan sehari-harinya

PEMERIKSAAN PENUNJANG

A. Diagnosa Medis : Cholic Abdomen

B. Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang Medis :

1. Laboratorium :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Hemoglobin	14,5	g/dl	12-14	Low
MCV	74,4	fL	80,0-100,0	Low
MCH	24,4	pg	27,0-34,0	Low
MCHC	32,8	g/dl	32,0-36,0	Normal
Leukosit	9.300	Sel/ul	5000-10000	Normal
LED	-	mm/Jam	10-15	
Diffcount Eosinofil	0	%	1-3	
Diffcount Basofil	0	%	0-1	
Diffcount Neutrofil Sta	2	%	2-6	
Diffcount Neutrofil	71	%	50-70	Normal
Segment				
Diffcount Limfosit	26	%	20-40	Normal
Diffcount Monosit	1	%	2-8	Low
Trombosit	392.000	ul	150.000-450.000	Low
Hematocrit	44,2	Vol%	37-43	Low
Erytrosit	5,94	Juta/ul	4,0-5,0	Low

2. Rontgen : Tidak ada pemeriksaaan rontgen
 3. ECG : Dalam batas normal
 4. USG : Tidak ada pemeriksaan USG
 5. Lain – lain : -

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

Terapi farmakologis :

- Injeksi Ranitidine 2 x 25 mg
- Injeksi Ondansetron 2 x 4 mg
- Injeksi Ketorolac 3 x 1 amp
- Infus RL/NaCl 20 tpm

Kediri, 27 April 2022
 Mahasiswa,

Nira Noviariska
 NPM :(19.2.05.01.0009)

KLASIFIKASI DAN ANALISA DATA

Nama Pasien :Ny. E

No. Reg. : 053452

Tanggal	Kelompok Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah	TT
27-04-2022	<p>Data</p> <p>DS: Ny. E mengeluh nyeri pada bagian perut atas, Ny.E mengatakan rasanya seperti sembelit/perih dengan skala nyeri 6 dan rasanya semakin sakit ketika di gerakkan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien meringis • Pasien berfokus pada diri sendiri • Pola tidur terganggu • Nafsu makan menurun 	<p>Peradangan mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Iritasi mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Nyeri epigastrium</p> <p>↓</p> <p>nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas, berfokus pada diri sendiri, nafsu makan menurun, tampak meringis</p>	Nira
	<p>DS:</p> <p>Ny. E mengeluh mual dan muntah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat pucat • Mukosa bibir kering 	<p>Peradangan mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Gastritis</p> <p>↓</p> <p>Iritasi mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Refluk isi deudenum ke lambung</p> <p>↓</p> <p>Nausea</p>	<p>Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan mual dan muntah, pasien tampak pucat dan mukosa bibir kering</p>	Nira
	<p>Ds :</p> <p>Ny. E mengatakan mual dan muntah sebanyak 5 kali</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat lemas • Mata cekung • Turgor kulit kering 	<p>Peradangan mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Gastritis</p> <p>↓</p> <p>Iritasi mukosa lambung</p> <p>↓</p> <p>Refluk isi deudenum ke lambung</p> <p>↓</p> <p>Dorongan eksplusi lambung ke mulut</p> <p>↓</p> <p>Kehilangan cairan</p> <p>↓</p> <p>Resiko ketidak seimbangan cairan</p>	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan ditandai dengan muntah lebih dari 3 kali</p>	Nira

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Daftar Diagnosis Keperawatan Prioritas (A. Maslow)

Nama Pasien : Ny.E

No.Reg.:053452

No.	Diagnosis Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi	TT
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas, berfokus pada diri sendiri, nafsu makan menurun, tampak meringis	27/04/ 2022	27/04/ 2022	Nira
2.	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan mual dan muntah, pasien tampak pucat dan mukosa bibir kering			
3.	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan ditandai dengan muntah lebih dari 3 kali			

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	TT
27/04/2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas, berfokus pada diri sendiri, nafsu makan menurun, tampak meringis	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 1x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menegeluh nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Pola tidur membaik 5. Nafsu makan membaik 	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakkampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif di gunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman, jika memungkinkan 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar 9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif) 12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 13. Anjurkan mengambil posisi nyaman 14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang di pilih 16. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	Nira

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.E

No. Reg. :053452

Diagnosis Keperawatan	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	TT
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas, berfokus pada diri sendiri, nafsu makan menurun, tampak meringis	27/04/2022 08.15	1. Melakukan pendekatan dan perkenalan kepada pasien Hasil : pasien dan keluarga mampu menerima dengan baik	Nira
	08.30	2. Memberikan lembar informend consent kepada keluarga pasien dan menjelaskan tentang terapi yang akan di berikan Hasil: pasien dan keluarga menyetujui dengan menulis nama dan tanda tangan.	Nira
	08.40	3. Mengidentifikasi kondisi Hasil : kondisi pasien meringis, mengalami mual dan muntah, berfokus pada diri sendiri, dan nafsu makan menurun	Nira
	08.55	4. Melakukan TTV Hasil : TD: 110/70 mmHg, N:85x/mnt, S: 36 C, SPO: 98%, RR: 20 x/mnt	Nira
	09.05	5. Mengukur skala nyeri pasien Hasil: skala nyeri pasien 6 pada bagian perut atas	Nira
	09.10	6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi benson Hasil : pasien dapat mengikuti terapi dengan baik	Nira
	09.25	7. Mengidentifikasi kembali skala nyeri Hasil : skala nyeri menurun menjadi 5	Nira
	28/04/2022 08.15	1. Mengidentifikasi kondisi pasien Hasil: pasien meringis, ketidaktenangan pasien berkurang, mual berkurang, berfokus pada diri sendiri mulai berkurang, nafsu makan bertambah	Nira
	08.30	2. Melakukan TTV Hasil: TD: 120/80 mmHg, N: 85x/mnt, S: 36 C, SPO: 97%, RR: 18x/mnt	Nira
	08.40	3. Mengukur skala nyeri Hasil: skala nyeri pasien 4	Nira
	08.55	4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi benson Hasil: pasien dapat mengikuti dengan baik	Nira
	09.10	7. Mengidentifikasi kembali skla nyeri Hasil: skala nyeri pasien 3	Nira
	29/04/2022 08.15	1.Mengidentifikasi kondisi pasien Hasil: pasien tidak meringis, pasien tenang, mual menghilang, berfokus pada diri sendiri berkurang, nafsu makan bertambah	Nira
	08.30	2.Melakukan TTV Hasil: TD: 120/80 mmHg, N: 90x/mnt, S: 36,7 C, SPO: 96%, RR: 18x/mnt	Nira

	08.40	3.Mengukur skala nyeri Hasil: skala nyeri pasien 3	Nira
	08.55	4.Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi benson Hasil: pasien dapat mengikuti dengan baik	Nira
	09.05	5.Mengidentifikasi kembali skala nyeri Hasil: skala nyeri pasien 0	Nira

EVALUASI

Nama Pasien : Ny. E

No. Reg. :053452

Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	TT
27/04/2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas, berfokus pada diri sendiri, nafsu makan menurun, tampak meringis	<p>27/04/2022 S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut , skala 6, rasa seperti sembelit terbakar di dada O: pasien masih meringis, berfokus pada diri sendiri, masih mual dan muntah, pola tidur masih terganggu, nafsu makan menurun A: nyeri akut P: intervensi di lanjutkan 3,4,5,6,7</p> <p>28/04/2022 S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 3 pada bagian perut atas, rasanya seperti perih atau sembelit O: pasien meringis berkurang, berfokus pada diri sendiri berkurang, pola tidur mulai membaik, nafsu makan sedikit bertambah A: nyeri akut P: intervensi di lanjutkan 3,4,5,6</p> <p>29/04/2022 S: pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dengan skala 0 pada bagian perut atas, rasanya hilang timbul O: pasien tidak meringis, pasien tenang , pola tidur membaik, nafsu makan membaik dan kembali ke porsi normal A: nyeri akut P: intervensi di hentikan ,pasien pulang rawat jalan</p>	Nira

