

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilakukan dari pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan yang dapat dijabarkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Januari 2026 pada pukul 08.21 wita di RSUD Johannes Kupang. Data diperoleh dari hasil observasi dan wawancara. Berikut adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian tersebut.

1). Biodata

Pasien atas nama Ny. B, seorang perempuan berusia 66 tahun, lahir pada tanggal 28 Januari 1959. Pasien beragama kristen Protestan, dengan pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD). Ny. B berstatus menikah dan sehari-hari berperan sebagai ibu rumah tangga (IRT). Pasien bertempat tinggal di wilayah Kayu Putih.

Penanggung jawab pasien adalah Ny. W kakak kandung pasien. Ny. W berusia 68 tahun, beragama Kristen Protestan, dengan pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD). Ny. W berjenis kelamin perempuan, berstatus menikah dan juga berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Alamat tempat tinggal penanggung jawab sama dengan pasien, yaitu di Kayu Putih.

2). Alasan dirawat :

- a. Alasan MRS : Pasien datang pada tanggal 14 Januari 2026 dengan keluhan nyeri perut bagian bawah keluar darah banyak dan bergumpal dari jalan lahir dan berwarna kehitaman.
- b. Keluhan saat dikaji : Saat melakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah serta keluar darah di jalan lahir
- c. Faktor pencetus: Pada saat pasien mencoba beraktivitas seperti mau duduk.
- d. Skala Pengkajian PQRST

- 1) P: Nyeri bertambah saat mencoba melakukan aktivitas; nyeri berkurang saat tidur dengan posisi satu arah.
- 2) Q: Nyeri tertusuk- tusuk
- 3) R: Nyeri dirasakan pada perut bagian bawah
- 4) S: Skala nyeri 7
- 5) T: Nyeri dirasakan sejak tanggal 14 Januari 2026, durasi nyeri saat dirasakan:5 menit hilang timbul

3). Riwayat Keluhan Masa Lalu

Pasien tidak ada riwayat alergi, pasien tidak pernah mengalami kecelakaan, pasien juga tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak memiliki riwayat merokok dan tidak mempunyai penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi dan diabetes.

4).Penyakit yang pernah diderita: Biasanya pasien merasa sakit kepala tapi jarang, pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, DM.

5). Riwayat Psikososial dan Spiritual

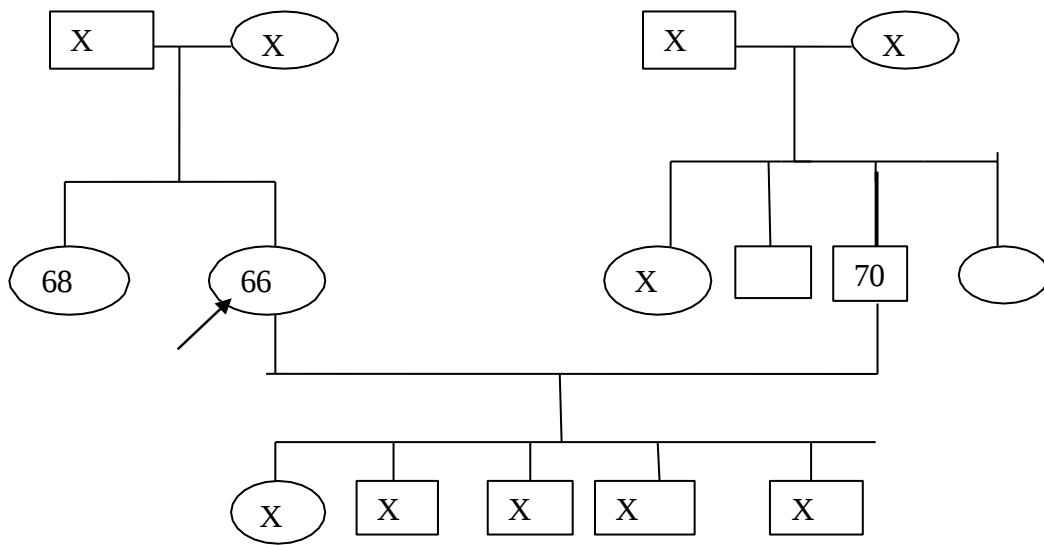
Orang terdekat dengan pasien yaitu suami pasien dan kakak kandung pasien. Komunikasi dalam keluarga baik pengambilan keputusan dalam keluarga di bicarakan bersama-sama, pasien juga sering beribadah Pasien beragama kristen,sebelum sakit selalu menjalankan ibadah pada hari minggu dan setelah sakit pasien di layani ibadah oleh pendeta di rumah sakit.

6. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, GCS 15 E4 V5 M6, BB 45kg, TB 150cm, TD 130/80 mmHg, N 73x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,4°C, SpO2 : 98%

Genogram



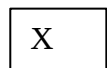
Keterangan:



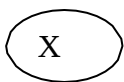
Laki-laki Hidup



Perempuan Hidup



Laki-laki Meninggal



Perempuan Meninggal



Pasien

2. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris antara kiri dan kanan kelopak mata tidak ada lesi atau jaringan parut, pergerakan bola mata kiri dan kanan normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil mata kiri dan kanan pasien mengecil disaat diberikan rangsangan cahaya.

3. Sistem Pendengaran

Pendengaran normal tidak memakai alat bantu dengar, daun telinga normal tidak ada lesi, tidak ada gangguan tinnitus

4. Sistem Pernafasan

Tidak ada sumbatan jalan nafas, pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, irama normal, sputum tidak ada, suara nafas vesikuler

5. Sistem Kardiovaskuler

a. Sirkulasi Perifer

frekuensi nadi: 105x/menit, irama: Irreguler, distensi vena jugularis, temperature kulit: 36,4°C, warna kulit: sawo matang edema tidak ada, Capillary Refill Time (CRT): kembali <3 detik

b. Sirkulasi Jantung

Irama reguler/teratur, Sakit dada tidak ada

6. Sistem Hematologi

Tidak ada gangguan hematologi, pasien tidak pucat, tidak ada perdarahan pada pasien

7. Sistem Saraf Pusat

Pasien mengantakan tidak ada keluhan sakit kepala, reflek fisiologis normal, reflek patologis normal.

8. sistem pencernaan

Gigi lengkap, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada lesi pada gusi.

9. sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, tidak ada luka ganggren.

10. sistem Reproduksi

Keluhan Nyeri perut bagian bawah, keluar gumpalan darah dari jalan lahir, siklus menstruasi sudah menopause di usia 50thn.

11. Sistem integumen

Turgor kulit Elastis, warna kulit sawo matang, keadaan kulit lembab, berkeringat, tidak terdapat luka.

12. sistem muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan: Tidak ada kesulitan
- b. sakit tulang, sendi, kulit: terkadang terasa nyeri di lutut, tidak terdapat fraktur

13. Ektremitas

- a. Atas: Baik, terpasang infus Ns 20 tpm dibagian tangan kanan.
- b. Bawah : Normal

7). Diagnosa medis

AUB (Abnormal Uterine Bleeding)/ Perdarahan Uterus Abnormal

8). Pengobatan

- Tranfusi PRC
- Inj. Kalnex 3x1 gram dalam NS 100 cc
- Inj. Vit K 3x1
- Inj. Ranitidine 2x1

9). Pengkajian Ginekologi

- Menarche pada umur 12 tahun, siklus haid teratur dengan lama haid 5 hari banyaknya darah sedang berwarna merah tua.
- Obstetri G5 P5 A0, anak hidup 0, komplikasi persalinan normal
- Inspeksi genitalia : vulva perineum bersih, tidak ada luka ataupun benjolan kemerahan

3.4 ANALISIS DATA

Tabel 2

Analisis Data

Data focus	Masalah	Etiologi
DS : Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan keluar gumpalan darah pada jalan lahir, berwarna merah kehitaman DO : - KU : Lemah -GCS : E4,V5,M6 - KES : Composmentis - tampak meringis - tampak gelisah -pasien tampak berbaring saja -terpasang infus NaCl TTV TD : 130/80, N:105x/menit,RR:20x/menit, S:36,4 C, Spo2 : 98%, HB : 9,0 g/dl -P : Nyeri bertambah pada saat melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak dan nyeri sedikit berkurang pada saat pasien istirahat dengan posisi satu arah - Q : nyeri seperti tertusuk - R : di bagian perut bawah - S : 7 - T : 5 menit hilang timbul	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis

3.5 Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah (skala 7), pasien tampak meringis, nadi 105x/menit (D.0077).

3.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi permasalahan pada Ny. B disusun berdasarkan tabel sebagai berikut.

Tabel 3

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan/ Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam maka Tingkat nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Meringis menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Fungsi berkemih membaik (5)	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi frekuensi, lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, aroma terapi dan terapi pijat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, kebisingan, pencahayaan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 15-17 Januari 2026

Tabel 4

Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	Kamis, 15-01-2026	08.21 08.23	- Mengkaji pasien - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (Nyeri di perut bagian bawah) -Mengidentifikasi skala nyeri (pasien mengatakan nyeri dengan intensitas 7) -Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri (nyeri bertambah saat mencoba melakukan aktifitas, istirahat dengan posisi satu arah dapat mengurangi nyeri) -Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
		09.05 10.20	(saat pasien merasakan nyeri wajah pasien tampak meringis) -Melakukan perawatan mandi/personal hygiene -Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam) -Melayani inj. Ketolorak 3x30 mg -Melayani inj. Kalnex 3x1gram dalam NS 100 cc -Melayani inj. Vit K 3x1 amp -Melayani inj. Ranitidine 3x1 amp -Mengobservasi TTV TD : 130/80mmHg N : 105x/menit Spo2 : 98% RR : 20x/menit Suhu : 36,4 C
Nyeri akut b. d agen pencedera fisiologis	Jumat, 16-01-2026	08.36	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		08.38	(Nyeri di perut bagian bawah) -Mengidentifikasi skala nyeri (pasien mengatakan nyeri dengan intensitas 5)
		08.40	-Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri (nyeri bertambah saat mencoba melakukan aktifitas, istirahat dengan posisi satu arah dapat mengurangi nyeri)
		08.41	-Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (saat pasien merasakan nyeri wajah pasien tampak meringis)
		09.00	-Melakukan perawatan mandi/personal hygiene
		10.20	-Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam)
		12.00	-Melakukan tranfusi darah (PRC) Golongan darah B -Mengobservasi adanya reaksi alergi dari darah atau tidak (pasien tidak ada reaksi alergi pada darah) -Mengganti tranfusi set ke infus set -Melayani inj. Ketolorak 3x30 mg -Melayani inj. Kalnex 3x1gram dalam NS 100 cc -Melayani inj. Vit K 3x1 amp -Melayani inj. Ranitidine 3x1 amp -Mengobservasi TTV TD: 110/70mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,8 C Spo2 : 100%
Nyeri akut b. d agen pencedera fisiologis	Sabtu, 17-01-2026	0830	-Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri (pasien mengatakan tidak terlalu merasa nyeri lagi, skala nyeri 3)
		09.12	-Dukungan perawatan diri mandi/ personal hygiene -Mengganti infus NaCl -Merawat infus -Memonitor TTV

			TD : 100/80mmHg N: 88x/menit Spo2 : 98% RR : 20x/menit Suhu : 36,2 C
--	--	--	--

3.8 Evaluasi Keperawatan

Tabel 5

Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Hari/ tanggal	Jam	Evaluasi
Nyeri akut b. d agen pencedera fisiologis	Kamis,15-01-2026	08.21	S : Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan keluar gumpalan darah pada jalan lahir, berwarna merah kehitaman -Pasien mengatakan ada perdarahan O : -KU : lemah -GCS 15 E4, V5, M6 -KES : Composmentis -Tampak meringis -Tampak gelisah -Pasien tampak berbaring saja HB : 9.0 - TD : 130/80mmHg N : 105x/menit Spo2 : 98% RR : 20x/menit Suhu : 36,4 -P : Nyeri bertambah saat mencoba melakukan aktifitas, istirahat dengan dengan posisi satu arah dapat mengurangi nyeri -Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk -R : Di bagian perut bawah - S : 7 -T : 5 menit hilang timbul A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Jumat,16-01-2026	08.38	S : Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang -Pasien mengatakan perdarahan berkurang (seperti flek saja) O : KU : Sedang -GCS 15 E4, V5, M6 -KES : Composmentis

			-Pasien tidak tampak gelisah dan meringis HB : 10,2 TTV TD : 110/70mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit Spo2 : 100% Suhu : 36,8 C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Sabtu, 17-01-2026	08.30	S : Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri -Pasien mengatakan tidak ada perdarahan O : KU : Baik -Pasien mampu duduk dan berdiri GCS 15 E4, V5, M6 KES : Composmentis -Pasien tidak tampak gelisah maupun meringis TTV TD : 100/80mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,2 Spo2 : 98% A : Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi di hentikan

Data Hasil USG

- a. Uterus : Ukuran membesar, kontur tidak rata. Tampak massa solid hipoeoik submukosa 3,8 x 3,2 cm.

Data Laboratorium dan Diagnostik

Tabel 6

Hasil Pemeriksaan Darah

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			14/01/2026				
	HEMATOLOGI Darah Rutin						
1	Hemoglobin	12.0-16.0	9.0 g/Dl				
2	Jumlah Eritrosit	4.20-5.40	$4.31 \times 10^6/\mu\text{L}$				
3	Hematokrit	37.0-47.0	28.8 %				
	MCV MCH MCHC						
4	MCV	81.0-96.0	66.8 fL				
5	MCH	27.0-36.0	20.8 pg				
6	MCHC	31.0- 37.0	31.1 g/L				
7	RDW-CV	11.0- 16.0	14.6 %				
8	RDW-SD	37-54	* fL				
9	Jumlah Lekosit	4.00-10.00	$10.20 \times 10^3/\mu\text{L}$				
	Hitung Jenis						
10	Eosinofil	1-5	1 %				
11	Basofil	0-1	1 %				
12	Neutrofil	50-70	74 %				
12	Limfosit	20.00-40.00	15.84 %				
13	Monosit	2.00-8.00	8.32 %				
14	IG%		* %				
15	Jumlah Eosinofil	0.00-0.40	$0.10 \times 10^3/\mu\text{L}$				
16	Jumlah Basofil	0.00-0.10	$0.09 \times 10^3/\mu\text{L}$				
17	Jumlah Neutrofil	1.50-7.00	$7.55 \times 10^3/\mu\text{L}$				
18	Jumlah Limfosit	1.00-3.70	$1.62 \times 10^3/\mu\text{L}$				

19	Jumlah Monosit	0.00-0.10	0.85 $10^3/\mu\text{L}$				
20	IG#		$\times 10^3/\mu\text{L}$				
21	Jumlah Trombosit	150.00-400.00	414.20 $10^3/\mu\text{L}$				
22	PDW	9.00- 17.00	19.86 fL				
23	MPV	9.00-13.00	6.76 fL				
24	P-LCR	13.00-43.00	* %				
25	PCT	0.17-0.35	0.28%				
	KIMIA DARAH						
26	Glukosa Darah	70.00-150.00	201.00 mg/dL				
27	Kreatinin Darah	0.00-1.10	0.85 mg/dL				
28	Urea N	6.00- 20.00	4.80 mg/dL				
	Elektrolit						
29	Natrium Darah	132-147	134 mmol/L				
30	Kalium Darah	3.50-4.50	3.25 mmol/L				
31	Klorida Darah	96-111	99 mmol/L				
32	Calcium Ion	1.12-1.32	1.28 mmol/L				
33	Total Calcium	2.20-2.55	2.73 mmol/L				

3.9. Pembahasan

Tahap pembahasan ini akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan terdapat dalam praktik. Pembahasan ini meliputi asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat di ambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindakan lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. B dengan Abnormal Uterine Bleeding diruangan Edelweis RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang antara lain :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien Ny. B dengan Abnormal Uterine Bleeding dilakukan pada tanggal 15 Januari 2026 pada pukul 08.21 wita. Melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan head to toe, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Dari pengkajian tersebut, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien beserta keluarganya, serta dalam pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan penulis dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan di keluarga klien. Setelah dilakukan pengkajian ditemukan data-data yaitu dimana pada saat pemeriksaan fisik pada klien mengatakan terdapat nyeri pada perut bagian bawah, setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum cukup baik tetapi pasien bersikap protektif pada area perut bagian bawah, pemeriksaan tanda-tanda vital pada saat pengkajian sebagai berikut TD : 130/80, Nadi : 73x/menit, RR :20x/menit, Spo2 : 98% dan suhu : 36,4. Dari data pengkajian yang didapatkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan Abnormal Uterine Bleeding (SDKI DPP PPNI, 2017) :

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- Risiko ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan (D. 0036)
- Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (D.0142)

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan, dibuat setelah menegakkan diagnosa keperawatan. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Menurut

SLKI nyeri akut yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, fungsi berkemih membaik.

Rencana tindakan yang diambil berdasarkan SIKI adalah Manajemen Nyeri : 1). Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2). Identifikasi skala nyeri, 3). Identifikasi respon nyeri non verbal, 4). Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 5). Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, 6). Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, 7). Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, 8). Monitor efek samping penggunaan analgetik

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan dari tanggal 15-17 Januari 2026 tindakan keperawatan dilakukan di ruang Edelweis RSUD Prof.W.Z. Johannes Kupang.

Hari pertama tanggal 15 Januari 2026, dilakukan implementasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, implementasi yang dilakukan mengidentifikasi lokasi dan skala nyeri yang menunjukkan hasil nyeri perut di bagian bawah dan skala nyeri 7, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil nyeri bertambah pada saat pasien ingin melakukan aktivitas dan istirahat dengan menghadap ke kiri dapat memperingan nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil saat pasien merasakan nyeri wajah pasien tampak meringis, melakukan pemantauan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 73x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,4, dan saturasi oksigen 98%. Melakukan perawatan mandi/ personal hygiene, menganjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam, melayani inj ketorolak, inj kalnex3x1 gram dalam Ns 100 cc, inj vit K 3x1 amp

Pada hari kedua tanggal 16 Januari 2026, melanjutkan implementasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

implementasi yang dilakukan mengidentifikasi lokasi dan skala nyeri dengan hasil nyeri di bagian perut bawah dan skala nyeri 5, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil nyeri bertambah pada saat ingin melakukan aktivitas dan istirahat menghadap ke kiri dapat memperingan rasa nyeri, memberikan dukungan perawatan mandi, melakukan tranfusi darah PRC, mengobservasi adanya reaksi alergi dari darah atau tidak dengan hasil pasien tidak ada alergi darah, mengganti tranfusi set, melakukan pemantauan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8 dan saturasi oksigen 100%, melayani inj kalnex 3x1 gram dalam Ns 100 cc.

Pada hari ketiga tanggal 17 Januari 2026, melanjutkan implementasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis implementasi yang dilakukan yaitu menidentifikasi lokasi dan skala nyeri dengan hasil nyeri di bagian perut bawa dan skala nyeri yaitu 3, membantu dukungan perawatan mandi/ personal hygiene, mengganti infus Nacl, merawat infus, dan memantau tanda- tanda vital dengan hasil tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 88x/menit, Spo2 98%, pernapasan 20x/menit dan suhu 36,2.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Hari pertama tanggal 15 Januari 2026, pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. S: pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan keluar gumpalan darah pada jalan lahir berwarna merah kehitaman. O:keadaan umu lemah GCS E4V5M6, kesadaran composmentis, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak berbaring saja, tekanan darah 130/80, nadi 73x/menit,

pernapasan 20x/menit, suhu 36,4, saturasi oksigen 98%. A : masalah nyeri akut belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.

Hari kedua tanggal 16 Januari 2026 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. S : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan perdarahan berkurang (seperti flek saja). O : keadaan umum sedang, keadaan umum sedang, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis, pasien tidak tampak gelisah maupun meringis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,8 dan saturasi oksigen 100%. A : masalah nyeri akut teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga tanggal 17 Januari 2026 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis S : pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi, pasien mengatakan tidak ada perdarahan. O : keadaan umum baik, pasien mampu duduk dan berdiri, GCS E4V5M6, kesadaran composmentis, pasien tidak tampak gelisah maupun meringis, tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 88x/meit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,2, dan saturasi oksigen 98%.