

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pada pasien Apendiksitis Akut dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus Apendiksitis Akut di ruang mina RS SITI KHODIJAH Sepanjang Sidoarjo. Dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 12 Mei 2015 sampai dengan 14 Mei 2015 pada Tn. P di Ruang Mina RS Siti Khodijah Sepanjang

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas klien

Klien dengan nama Tn. P umur 35 tahun jenis kelamin laki-laki, Agama Islam pendidikan tamatan SMA, pekerjaan swasta , alamat rumah : Wonocolo no 6, masuk rumah sakit pada tanggal 09 Mei 2015 pukul 10.00 WIB , di ruang Mina nomor registrasi 230688, dengan diagnosa medis Apendiksitis Akut

2. Keluhan Utama

Nyeri perut kanan bawah.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah mulai satu bulan yang lalu (April), kemudian dibawa ke dokter dan hilang kemudian timbul lagi, pada tanggal 10 Mei 2015 pasien memeriksakan

dirinya ke rumah sakit siti khodijah sepanjang sidoarjo dan di USG hasilnya menderita usus buntu dan pasien diharuskan masuk rumah sakit untuk dilakukan operasi pada tanggal 11 Mei 2015 saat ini pasien nyeri pada perut kann bawah, nyeri seperti diremas remas, nyeri hilang timbul pada saat malam hari.

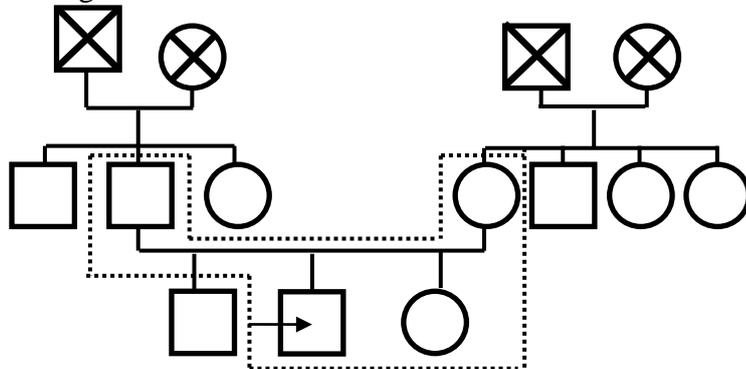
4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya, belum pernah masuk ke Rumah sakit. Pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti Asma, DM, dan penyakit menular ,Hepatitis, Tbc.

5. Riwayat Penyakit Keluarga (Genogram)

Pada anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien yaitu Apendikitis Akut dan tidak mempunyai penyakit turunan atau menular.

Genogram :



Keterangan :

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Tinggal 1 rumah

✕ : Meninggal

Gambar 1.1 Genogram

6. Pola-pola kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit , mandi 3x sehari, sikat gigi 2x sehari dan mencuci rambut 3 hari 1x.

Selama di rumah sakit keluarga pasien mengatakan di seka 2x sehari dibantu sama keluarga, dan gosok gigi pasien 1x sehari dan tidak pernah mencuci rambut.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 3x sehari, dengan jenis makanan yang di makan yaitu : nasi, sayur, lauk, dan buah kadang-kadang. Pasien tidak mempunyai alergi makanan, pasien biasa minum air putih 1500 cc/hari, Berat badan pasien 65 dan tinggi badan pasien 170
Sebelum operasi pasien dipuaskan selama 5 jam dan advis dokter pasien belum diperbolehkan makan

3) Pola Eliminasi

a. Eliminasi Alvi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan BAB 1x/hari konsistensi padat warna coklat bau khas BAB.

Pasien mengatakan belum bisa BAB karena masih pengaruh obat bius.

b. Eliminasi Uri

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit biasanya Buang Air Kecil 4-5x dalam sehari, warna kuning jernih, dan berbau khas.

Selama di rumah sakit pasien BAK 3-4 kali sehari, warna khas kuning jernih, bau khas, memakai pispot.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam 6-7 jam

Selama di rumah sakit pasien mengatakan siang tidur sekitar 1 jam, kalau malam 3-4 jam, pasien juga kadang terbangun karena mengeluh nyeri pada perut kanan bawah skala nyeri 7, pasien sering menguap, badan terasa lemas.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri karena tidak ada keterbatasan aktivitas misalnya duduk, berjalan, makan, mandi dan lain-lain.

Selama di rumah sakit pasien mengatakan sulit untuk aktivitas karena nyeri pada perut kanan bawah, sebagian aktivitas di bantu oleh keluarga.

Seperti: makan, minum

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Harga Diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

b. Ideal Diri : Pasien mengatakan optimis bahwa penyakitnya akan sembuh.

c. Identitas Diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 35 tahun.

d. Peran : Pasien berperan sebagai kepala keluarga dan mempunyai satu anak.

e. Gambaran Diri : Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

7) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori :

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pendengaran normal, penciuman, penglihatan, perabaan, pengecapan, tidak ada gangguan.

Kognitif :

Pasien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya dan pasien tahu tentang tindakan yang akan dilakukan oleh perawat.

8) Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki berusia 35 tahun, sudah menikah dan mempunyai anak satu.

9) Pola Hubungan dan Peran

Sebelum masuk rumah sakit hubungan pasien dengan perawat kooperatif dan baik, hubungan dengan tetangga dan keluarga baik, peran dalam keluarga sebagai kepala keluarga dan mempunyai anak satu.

10) Pola Penanggulangan Stress

Pasien mengatakan saat di rumah jika ada masalah selalu di bicarakan dengan anak dan keluarganya.

Sedangkan selama di rumah sakit hubungan pasien dengan keluarga baik.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu. Selama dirumah sakit pasien melakukan shalat.

7. PEMERIKSAAN FISIK

1) Kesadaran umum

a. Pasien sadar penuh dengan G C S : 4 5 6 (Compos Mentis)

2) Tanda-tanda vital

Suhu : 36,5°C

Tensi : 140/90 mmHg

Nadi : 90x/menit

Respiratory Rate : 20x/menit

3) Kepala

Kepala tampak bersih, rambut rapi, warna rambut hitam, distribusi rambut banyak, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

4) Muka

Wajah tampak bersih, tidak terdapat kelainan kulit, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

5) Mata

Konjungtiva pucat, sklera tidak icterus, bentuk simetris, pupil isokor, tidak memakai alat penglihatan, penglihatan D & S normal, terdapat lingkaran hitam di sekitar mata, mata cowong.

6) Telinga

Telinga pasien tampak bersih, daun telinga simetris, fungsi pendengaran positif, tidak ada cairan abnormal, tidak adanyeri tekan.

7) Hidung

Hidung simetris, distribusi rambut hidung sedikit, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

8) Mulut dan Faring

Mulut Bersih, mukosa lembab, gigi tidak utuh, bersih dan tidak ada gangguan menelan.

9) Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada bendungan vena jugularis.

10) Dada

Dada simetris, tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri saat bernafas, respiratori rate 20x / menit, tidak ditemukan suara nafas tambahan, jantung tidak ada palpitasi atau aritmia S1-S2 tunggal.

11) Abdomen

Terdapat nyeri tekan dibekas operasi perut kanan bawah, perut tampak bersih dan tidak terdapat benjolan, adanya luka insisi sepanjang 7cm dibalutkasa ,tidak terdapat pus luka bekas jahitan kering.

12) Genetalia

Tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis sudah tumbuh, kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

13) Anus

Kebersihan cukup, tidak ada hemoroid, tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi

14) Punggung

Tidak ada dekubitus, tidak ada lesi dan tidak ada benjolan.

15) Musculoskeletal

Tidak ada atropi atau hiperatropi, bila digerakkan badannya masih lemah, tidak ada odem, pasien terpasang infuse pada lengan kirinya.

16) Integumen

Suhu atau akral hangat, kulit berwarna sawo matang, terdapat luka post operasi apendiksitis akut.

17) Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas : tidak ada nyeri gerak sendi

Ekstremitas atas dan bawah bisa digerakkan

Neurologis : gcs :456

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium :

Pada tanggal 09Mei 2015

Parameters	Hasil	Nilai Rujukan
HGB	13.4[g/dL]	L 13,0 – 18,0
	P 11,5 – 16,5	
HCT	39.7 [%]	L 40,0 – 50,0
	P 37,0 – 45,0	
WBC	13.39 [10 ³ /UL]	4,0 – 11,0
PLT	254[10 ³ /UL]	150 – 400.

Pada Tanggal 09 Mei 2015

Parameters	Hasil	Nilai Normal
Gula Darah Acak	90	<200mg/dl
Creatinin	0,6	Anak : 0,2–0,8mg/dl Dewasa :0,5–1,0mg/dl
Ureum	15	10–38mg/dl
BUN	7	7 – 18mg/dl
SGOT	22	5 – 31U/L
SGPT	36	5 – 31U/L
Natrium serum	138	135–155Meq/L
Kalium serum	3,6	3,3 – 4,9Meq/L
Klorida serum	101	96 – 113Meq/Leq

9. Penatalaksanaan dan Terapi :

- a. Inj. Ceftriaxone 2x1 gram
- b. Inj. Ranitidin 3 x 1 ampul
- c. Inj. Santagesik 3x1 ampul
- d. inf. RI : Pz = 2:1
- e. inf. metronidazole 3x500 mg

3.1.2 Analisa Data

Tanggal 12 Mei 2015

Data 1

Data subyektif:

Pasien mengatakan nyeri di daerah perut bagian kanan bawah

Data obyektif:

Keadaan umum pasien lemah, nyeri perut kanan bawah, wajah menyeringai, luka \pm 7cm, tidak terdapat pus, luka bekas jahitan kering, tekanan darah: 140/90 mmhg, nadi:90x/menit, suhu: 36,3°C, respiratory rate: 20x/menit.

P: nyeri pada perut kanan bawah

Q: nyeri seperti diremas-remas

R: nyeri perut kanan bawah

S: skala nyeri 7

T: nyeri timbul hilang pada saat malam hari

Masalah: nyeri

Kemungkinan penyebab: adanya luka post operasi.

Data II

Data subyektif:

Pasien mengatakan selama masuk rumah sakit tidur hanya 3-4jam, dan tidak dapat tidur nyenyak, adanya nyeri tekan pada bagian perut kanan bawah, sering menguap, badan terasa lemas.

Data obyektif:

Keadaan umum lemah, konjungtiva pucat, terdapat lingkaran hitam di daerah mata, mata cowong, tidur kurang lebih 4jam, tidur sering terbangun, tekanan darah: 140/90 mmhg, nadi: 90x/menit, suhu: 36,3°C, respiratory rate 20x/menit.

Masalah: gangguan pola tidur

Kemungkinan penyebab: post operasi

Data III

Data obyektif:

klien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri di area post operasi

Data obyektif:

Keadaan umum lemah, wajah menyeringai, aktifitas dibantu keluarga seperti: mandi, ganti baju, mobilitas mika miki negative, tubuh pasien cenderung miring kekanan

Masalah: intoleransi aktifitas

Kemungkinan penyebab: adanya luka post operasi di perut kanan bawah.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.P adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya luka post operasi di bagian perut kanan bawah

3.3 Rencana Keperawatan

Tanggal 10 Mei 2015

3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi

- 1) **Tujuan :** Dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang
- 2) **Kriteria Hasil :**
 - a. Mampu mengontrol nyeri

- b. Pasien tampak rileks
- c. Nyeri berkurang
- d. Skala nyeri berkurang

3) Intervensi :

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Kaji karakteristik nyeri
- c. Observasi tanda-tanda vital
- d. Ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi dengan cara nafas dalam
- e. Berposisi yang nyaman (semi fowler)
- f. Berikan he padapatient tentang pola diet
- g. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik

3.3.2 Diagnosa Keperawatan kedua

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi

- 1) **Tujuan :** Dalam waktu 3 x 24 jam kebutuhan tidur pasien terpenuhi
- 2) **Kriteria Hasil :** Supaya pasien dan keluarga kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan
 - a. Tidak terdapat lingkaran hitam di daerah mata
 - b. Pasien dapat tidur 8-9jam/hari
 - c. Pasien dapat tidur tanpa ada gangguan

3) Intervensi :

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Observasi tanda-tanda dan keadaan fisik pasien
- c. Batasi jumlah pengunjung

- d. Berikan informasi kepada pasien tentang pentingnya pola tidur yang normal 8-9 jam/ hari

3.3.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi di bagian perut kanan bawah

- 1) **Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mampu melakukan aktifitas sehari-hari
- 2) **Kriteria hasil** :
 - a. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan respiratory rate
 - b. Mampu melakukan aktifitas sehari-hari
 - c. Mampu berpindah dengan atau tanpa alat bantu
- 3) **Intervensi** :
 - a. Observasi skala aktifitas pasien
 - b. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan
 - c. Anjurkan klien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila pasien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya
 - d. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
 - e. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat

3.4 Pelaksanaan

Tanggal 12 Mei 2015

3.4.1 Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi

Pelaksanaan :

Jam: 08.30

1) Memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga

Respon : Pasien dan keluarga senang dengan kehadiran perawat.

Jam: 09.30

2) Mengkaji tingkat nyeri

Respon : Pasien menunjukkan di angka 4

Jam: 10.00

3) Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon : TD: 140/90 mmhg, nadi: 90x/menit, suhu: 36,3°C, respiratory rate: 20x/menit.

Jam: 11.00

4) Mengajarkan nafas dalam

Respon : Pasien mampu melakukan tindakan nafas dalam

Jam: 11.45

5) Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)

Respon : Pasien mau melakukan perintah perawat setengah duduk

Jam: 13.30

6) Memberi terapi

Respon : Inj. Ceftriaxone 2x1 gram

Inj. Ranitidin 3 x 1 ampul

Inj. Santagesik 3x1 ampul

Tanggal 13 Mei 2015

Pelaksanaan :

Jam: 08.00

1. Mengkaji tingkat nyeri

Respon : pasien menunjukkan angka 2

Jam: 09.00

2. Mengajarkan nafas dalam

Respon : pasien mampu melakukan tindakan nafas dalam

Jam: 09.30

3. Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)

Respon : pasien mau melakukan perintah perawat setengah duduk

Jam: 11.00

4. Memberikan terapi

Respon : inj. Ranitidin 3x1 ampul

inj. Santagesik 3x1 ampul

Jam: 12.00

5. Mengobservasi tanda – tanda vital

Respon : T : 130/70 mmhg, N: 84 x/menit, S: 36,4°C

RR: 20 x/menit.

Tanggal 14 Mei 2015

Jam: 08.00

- 1) Mengkaji tingkat nyeri

Respon : Pasien menunjukkan angka 0

Jam: 09.00

- 2) Mengajarkan nafas dalam

Respon : Pasien mampu melakukan tindakan nafas dalam

Jam: 09.30

- 3) Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)

Respon : Pasien mau melakukan perintah perawat setengah duduk

Jam: 11.00

- 4) Observasi tanda-tanda vital

Respon : T : 130/70 mmhg, N: 84 x/menit, S: 36,4°C

RR: 20 x/menit.

Jam: 12.00

- 5) Memberikan terapi dokter

Respon :Inj. Ceftriaxone 2x1 gram

Inj. Ranitidin 3 x 1 ampul

Inj. Santagesik 3x1 ampul

3.4.2 Diagnosa Keperawatan kedua

12 Mei 2015

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi

Pelaksanaan :

Jam: 08.00

- 1) Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : pasien mengungkapkan rasa nyaman

Jam: 08.30

- 2) Memberikan informasi kepada pasien tentang pentingnya pola tidur yang normal yaitu 8-9 jam/ hari

Respon : pasien mengerti dan mau melaksanakan saran dari perawat

Jam: 09.30

- 3) Meningkatkan kenyamanan tidur pasien dengan cara mengganti sprei

Respon : Pasien mengungkapkan rasa nyaman

Jam: 11.00

- 4) Observasi tanda-tanda vital

Respon : T: 140/90 mmhg, N: 90 x/menit, S: 36,5°C,

RR: 20 x/menit

13 Mei 2015

Pelaksanaan :

Jam: 07.30

- 1) Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : pasien mengungkapkan rasa nyaman

Jam: 08.30

- 2) Memberikan informasi kepada pasien tentang pentingnya pola tidur yang normal yaitu 8-9 jam/ hari

Respon : pasien mengerti dan mau melaksanakan saran perawat

Jam: 10.00

- 3) Meningkatkan kenyamanan pasien dengan cara mengganti sprei

Respon : pasien mengungkapkan rasa nyaman

Jam: 11.00

4) Observasi tanda-tanda vital

Respon : T : 130/70 mmhg, N: 84 x/menit, S: 36,4°C

RR: 20 x/menit.

Diagnosa Keperawatan kedua

14 Mei 2015

Jam: 08.00

1) Menciptakan lingkungan yang nyaman

Respon : pasien mengungkapkan rasa nyaman

Jam: 09.00

2) Memberikan informasi kepada pasien tentang pentingnya pola tidur yang normal yaitu 8-9 jam/ hari

Respon : pasien mengerti dan mau melaksanakan saran perawat

Jam: 11.00

3) Observasi tanda-tanda vital

Respon : T : 130/70 mmhg, N: 84 x/menit, S: 36,4°C

RR: 20 x/menit.

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya luka post operasi di bagian perut kanan bawah

12 Mei 2015

Jam: 08.00

1) Mengobservasi skala aktifitas pasien

Respon : pasien mengatakan skala nyeri 4

Jam: 10.45

3) Menganjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan apabila butuh bantuan

Jam: 11.30

4) Membantu pasien membuat jadwal latihan diwaktu luang

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan latihan diwaktu luang

Tanggal 13 Mei 2015

Jam: 08.00

1) Mengobservasi skala aktifitas pasien

Respon : pasien mengatakan skala nyeri 4

Jam: 10.00

2) Membantu aktifitas yang mampu dilakukan pasien

Respon :pasien berterima kasih dan pasien kooperatif

Jam: 10.45

3) Menganjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan apabila butuh bantuan

Jam: 11.30

4) Membantu pasien membuat jadwal latihan diwaktu luang

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan latihan diwaktu
luang

Tanggal 14 Mei 2015

Jam: 08.00

1) Mengobservasi skala aktifitas pasien

Respon : pasien mengatakan skala nyeri 0

Jam: 10.00

2) Membantu aktifitas yang mampu dilakukan pasien

Respon : pasien berterima kasih dan pasien kooperatif

Jam: 10.45

3) Menganjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau
perawat

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan apabila butuh
bantuan

Jam: 11.30

4) Membantu pasien membuat jadwal latihan diwaktu luang

Respon : pasien mengerti dan mau melakukan latihan diwaktu
luang

3.5 Evaluasi

3.5.1 Diagnosa Keperawatan pertama

Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi

Catatan perkembangan tanggal 12 Mei 2015 (jam 08.00)

Data obyektif : Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang

Skala nyeri 4

Data subyektif : keadaan umum lemah.

GCS: 4 5 6

TTV : T : 140/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,3°C,

RR : 20x/menit.

Wajah tampak menyeringai

Assesment : Tujuan belum tercapai

Planning : Intervensi di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 13 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan nyeri berkurang

Skala nyeri 2

Data obyektif : keadaan umum cukup

GCS: 4 5 6

TTV : T = 130/70 mmhg, N = 88 x/menit, S = 36,2°C,

RR = 20 x/menit.

Wajah tampak rileks

Assesment : Tujuan tercapai sebagian

Planning : Intervensi di lanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 14 Mei 2015 (jam: 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan nyeri berkurang

Skala nyeri 0

Data obyektif : keadaan umum cukup

Wajah tampak rileks

TTV : T = 120/80 mmhg, N = 84 x/menit, S : 36,4°C,

RR = 20 x/menit

Assessment : Tujuan tercapai

Planning : Intervensi di hentikan.

3.5.2 Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi

Catatan perkembangan tanggal 12 Mei 2015 (Jam 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan susah tidur

Data obyektif : keadaan umum lemah.

ada lingkaran hitam pada mata

TTV : T : 140/100 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,3°C,

RR : 20 x/menit.

Assessment : Tujuan belum tercapai

Planning : Intervensi di lanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 13 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan sering terbangun

Data obyektif : keadaan umum cukup

Lingkaran hitam di daerah mata menghilang

TTV : T = 130/70 mmhg, N = 88 x/menit, S = 36,2°C,

RR = 20 x/menit.

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan.

Catatan perkembangan tanggal 14 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan dapat tidur 8jam / hari , dapat tidur
nyenyak

Data obyektif : keadaan umum cukup

TTV : T = 120/80 mmhg, N = 84 x/menit, S : 36,4°C,

RR = 20 x/menit

Assesment : masalah teratasi

Planning : Intervensi di hentikan

3.5.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya luka post operasi di bagian perut kanan bawah

Catatan perkembangan tanggal 12 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : Pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri di area operasi

Data obyektif : keadaan umum lemah

GCS : 4 5 6

TTV : T : 140/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,3 °C,

RR : 20x/menit.

Pasien tampak letih

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 13 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : pasien mengatakan sudah dapat beraktifitas dengan normal, terkadang dibantu dengan orang lain

Data obyektif : keadaan umum cukup

GCS : 4 5 6

TTV : T = 130/70 mmhg, N = 88 x/menit, S = 36,2 °C,

RR = 20 x/menit.

Pasien tampak segar bugar

Assessment : masalah teratasi sebagian

Planning : intervensi dilanjutkan

Catatan perkembangan tanggal 14 Mei 2015 (jam 08.00)

Data subyektif : pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal
tanpa dibantu orang lain

Data obyektif : keadaan umum cukup

GCS : 4 5 6

TTV : T = 120/80 mmhg, N = 84 x/menit, S : 36,4°C,

RR = 20x/menit

Pasien tampak segar bugar

Assessment : masalah teratasi

Planning : intervensi dihentikan

WOC