

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. IR dengan Preoperasi Appendisititis diruangan Adeliem RSI Darus Shifa' Surabaya. Maka pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus serta opini. Adapun pembahasan ini meliputi proses dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, dan evaluasi.

4.1 pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan dimana penulis berusaha mengkaji secara menyeluruh melalui aspek bio-psikosial dan spiritual. Proses pengumpulan data dilaksanakan tanggal 14 april 2014 pada tahap pengkajian penulis mengumpulkan data dasar melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis pada pasien. Pada pengkajian terdapat persamaan dan kesenjangan Dalam penatalaksanaan medis.

Pengkajian menurut rencana asuhan keperawatan Marylin E. Doenges yaitu gejala nyeri antara lain demam suhu 37,5^oc-38,5^oc atau lebih tinggi, penampilan toksin, meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah. mual muntah, kelemahan saat beraktivitas. Sedangkan pada data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus adalah demam suhu 37,5^oc-38,5^oc sedangkan Tn."IR" dengan pre operasi pada hari pertama tidak ditemukan demam. Hal ini dilihat dari data yang diperoleh dari pengkajian, tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu TD :

130/80mmHg, N : 88x/menit, S : 36,5°C, RR : 21x/menit. Tidak ada penurunan bising usus. Pada Tn."IR" ditemukan mual tapi tidak sampai

muntah, menurut teori adanya mual disebabkan karena mucus yang diproduksi mukosa terus-menerus dan meningkatnya gastrointestinal sehingga terjadi distensi abdomen, sehingga menimbulkan rasa muntah

Pada teori untuk pemeriksaan diagnostik klien dengan appendiksitis harus dilakukan pemeriksaan Radiologi, ultrasonografi, foto polos abdomen, dan radiografi thoraks (Nikmatur, 2012). Sedangkan di kasus klien hanya dilakukan pemeriksaan, foto polos abdomen dikarenakan pasien pulang paksa. Untuk pemeriksaan laboratorium tinjauan pustaka sesuai dengan tinjauan kasus.

Fakto pendukung yaitu pada pengkajian keperawatan pasien terlihat kooperatif sedangkan faktor penghambat yaitu data-data yang ada pada status pasien kurang lengkap. Pemecahan masalah yaitu dengan cara bertanya kembali kepada pasien, keluarga pasien serta pada perawat yang bertanggung jawab diruangan tersebut (Marylin E dongeus 2001).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan terdapat kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada teori terdapat empat diagnosa keperawatan, yaitu : Nyeri (akut) berhubungan dengan distensi jaringan usus, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan nafsu makan yang menurun. Cemas sehubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit. Ketidakmampuan

aktifitas fisik (makan, minum, bab, bak) berhubungan dengan kelemahan fisik. Sedangkan pada kasus ditemukan tiga diagnose keperawatan yaitu diagnosa pertama gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distensi jaringan usus muncul didiagnosa tinjauan teori dan tinjauan kasus yang merupakan prioritas utama dikarenakan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah dan sering timbul pada 2 jam sekali. Diagnose kedua gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual ditandai dengan keadaan umum lemah, berat badan turun 3kg, diit TKTP yang disediakan rumah sakit dihabiskan setengah porsi, nafsu makan menurun, dan mual tidak sampai muntah. Dan terdapat diagnosa tambahan yaitu gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri karena terdapat perubahan pola tidur yang dialami pasien. Adapun dua diagnose pada teori yang tidak muncul pada kasus, yaitu cemas berhubungan dengan proses penyakit, dan ketidakmampuan aktifitas (makan minum BAB dan BAK) berhubungan dengan kelemahan fisik karena masalah sudah teratasi.

Pada tahap ini yang menjadi faktor pendukung yaitu berdasarkan hasil analisa data ditemukan data-data yang mengacu pada diagnosa keperawatan yang muncul. Selain itu faktor penghambat yang muncul yaitu ada beberapa data atau informasi yang kurang lengkap pada saat pengkajian sehingga penulis sehingga penulis kesulitan dalam menegakkan diagnosa. Tetapi dengan cara mengkaji ulang dan mengumpulkan informasi lebih lengkap maka diagnosa pun dapat ditegakkan. (Judith M. Wilkinson 2007)

4.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan dapat ditegakan, maka perlu penetapan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut. Kegiatan perencanaan ini meliputi : memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, serta tindakan.(Nikmatur, 2012).

Dalam tahap perencanaan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus tidak banyak ditemukan kesenjangan hanya beberapa bagian saja. Pada tinjauan teori keperawatan tidak disebutkan kriteria waktu dibuat sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi tindakan apakah yang sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Pada tinjauan teori dituliskan 4 rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa yang muncul, namun pada tinjauan kasus hanya 2 diagnosa yang muncul sesuai dengan diagnosa teori dan 1 diagnosa tambahan. Adanya kesenjangan atau perbedaan kegiatan dalam intervensi tersebut, karena dalam kasus berdasarkan pada situasi dan kondisi lahan praktek keperawatan maupun jenis jenis penyakit yang dihadapi yang sistematis dengan menggunakan SOAP untuk menentukan keberhasilan dan kegagalan dari tindakan yang telah diberikan secara nyata.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan pada penyusunan perencanaan adalah adanya bantuan dari perawat senior dan kawan-kawan serta dosen pembimbing dalam membuat rencana keperawatan. Faktor penghambat yang

ditemukan adalah penulis mengalami kesulitan dalam menyusun rencana keperawatan. (Mitayani, 2011)

4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medik. Karena dalam perencanaan medik tidak semua dapat dilaksanakan pada praktek, maka pelaksanaannya harus disesuaikan dengan respon pasien terhadap penyakitnya. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan kasus pada Tn.'IR' dengan pre operasi Appendisitis harus mengikuti aturan dan tata cara di Rumah Sakit Islam Darus Syifa Surabaya.

Dalam pelaksanaannya kegiatan pada pasien pre operasi Appendisitis tidak dilaksanakan berurutan per diagnosa keperawatan, sebab masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu tindakan pada pasien pre operasi Appendisitis. Dengan adanya masalah tersebut akan muncul diagnosa keperawatan yang saling terkait sebagai akibat respon pasien. Sehingga dalam kegiatan Implementasi suatu kegiatan dapat juga merupakan Implementasi dari diagnosa keperawatan yang lain.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah keluarga yang sangat kooperatif dan mau bekerja sama saat dilakukan tindakan keperawatan. Tidak banyak mengalami kesulitan karena sikap kooperatif klien dan keluarga serta bimbingan dari

perawat ruangan sehingga tindakan keperawatan dapat terlaksana dengan baik.

(Mitayani, 2011)

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dengan tujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilan pencapaian tujuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan sesuai dengan konsep.

Pada tinjauan teoti pre operasi appendisitis disebutkan bahwa evaluasi dituliskan dalam bentuk kriteria keberhasilan, sedang dalam kasus nyata dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan. Respon pasien selama di Rumah Sakit selalu mengikuti asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat karena pasien ingin segera pulang berkumpul dengan keluarga, dan melaksanakan perannya sebai kepala rumah tangga. Setelah evaluasi 1 diagnosa yang teratasi, dan 2 diagnosa teratsi sebagian, yaitu :

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distensi jaringan usus.
Diagnosa ini teratasi sebagian, hal itu dapat terlihat pada klien yang tampak masih menyeringai tapi tidak separah pada saat masuk pertama kali di Rumah Sakit, dan didapatkan skala nyeri 2 yang awalnya skala 6 karena pasien pulang paksa
2. Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan nafsu makan menurun.
Diagnosa ini teratasi sebagian, hal ini dapat dilihat dari pasien mengatakan sudah mau makan sedikit-sedikit tapi sering, nafsu makan mulai meningkat,

tiap porsi yang diberikan habis, tidak ada mual muntah keadaan umum baik, BB 45kg.

3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri, diagnosa ini teratasi. Dilihat dari nyenyaknya pasien saat tidur, tidak ada gangguan saat tidur. Tidur malam 6-7 jam perhari 21.00-04.00 WIB, tidur siang 1 jam 12.00-13.00 WIB

Faktor pendukung yang penulis temukan saat melakukan evaluasi keperawatan adalah adanya bantuan dari perawat ruangan dan rekan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, serta dengan adanya informasi dari tenaga medis lainnya, juga adanya kriteria hasil yang sudah penulis buat sebelumnya sehingga dapat dijadikan pedoman dalam menentukan apakah tujuan tercapai atau belum. Faktor penghambat dalam evaluasi adalah dikarenakan pasien pulang paksa.