

2. Pembahasan

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Ny. M dengan diagnosa Cholelithiasis mendapat beberapa kesenjangan teori dengan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis juga mengulas hal kesenjangan teori dan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan untuk berusaha membuat suatu langkah penyelesaian.

A. Proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Ny. M yang terdiagnosa post operasi lumpektomi h-0 pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018 di RS dr. Soetarto Yogyakarta. Pengkajian yang dilakukan meliputi : hari dan tanggal, waktu, oleh, tempat, sumber data, metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, identitas pasien dan identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pola fungsional gordon, program terapi, jenis pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan analisa data. Sumber data ini diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan. Metode yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Pada tahap pengkajian kasus pasien Ny. M dengan diagnosa *Cholelithiasis* menurut Muttaqin dan Sari (2011) pada pasien *Cholelithiasis* Biasanya keluhan utama yang klien rasakan adalah nyeri abdomen pada

kuadran kanan atas. Pada kasus Ny. M ada beberapa data yang ditemukan sesuai dengan keluhan pasien adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, benjolan, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada perut, dengan skala nyeri 6, nyeri terasa pada saat berubah posisi, Pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi

Pada pengkajian kesehatan Fungsional aspek fisik-biologi tidak ada masalah yang ditemukan pada pasien, dari nutrisi, eliminasi, aktivitas, kebutuhan istirahat tidur, pada aspek Psiko sosial spiritual terdapat gangguan yang ditemukan pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakit yang dideritanya, pasien berpendidikan akhir SMP, dengan usia pasien 57 tahun dan pasien kurang bisa mencari infoemasi tentang penyakitnya.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 88 kali per menit, respirasi 24 kali per menit dan suhu 36,0°C. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data pada inspeksi warna kulit sawo matang, warna kulit merata, tidak terdapat bekas luka, auskultasi didapatkan hasil peristaltik usus 10 kali permenit dan terlihat jelas, palpasi terdapat nyeri tekan di abdomen kanan atas, tidak terdapat edema, tidak teraba massa. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 2 Juli 2018 didapatkan hasil hemoglobin 14,3 mg/dL, trombosit 261.000 Ribu/mm³, leukosit 16.800 K/uL, GDS 247 mg/dL. Hasil pemeriksaan radiologi didapatkan hasil dari USG Abdomen dengan hasil Cholelithiasis dengan hepatomegaly.

Pada riwayat keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit kronis, menurun dan menular seperti kanker, Diabetes Melitus, hipertensi dan tuberculosis.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Muttaqin dan Sari (2011) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan tumor dinding perut dalam NANDA (2015) adalah sebagai berikut Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Biologis: Obstruksi Kandung Empedu, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Ketidakmampuan Pemasukan Nutrisi, Mual berhubungan dengan Iritasi Lambung, Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan Volume Cairan Aktif, Insomnia berhubungan dengan Ketidaknyamanan Fisik: Nyeri, Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri, Ketidakefektifan Pola Nafas berhubungan dengan Nyeri, Ansietas berhubungan dengan Ancaman Kematian, Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor mekanik, Risiko Perdarahan, Risiko Infeksi berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit: Prosedur Invasif. Sedangkan pada kasus Ny. M dengan diagnosa cholelithiasis muncul diagnosa keperawatan sebagai berikut Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Pre Operasi), Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (Pre Operasi), Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi), Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif (Post Operasi). Diagnosa yang muncul di pasien Ny. M hanya 1 diagnosa yang tidak sesuai

dengan diagnosa sesuai teori yaitu diagnosa kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi. Diagnosa keperawatan pada kasus adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Pre Operasi)

Nyeri akut menurut NANDA yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen cedera biologis. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengatakan nyeri pada benjolan di perut, nyeri terasa seperti dirusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 nyeri terasa pada saat merubah posisi, pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi. Sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagai diagnosa prioritas.

b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (Pre Operasi)

Defisiensi pengetahuan menurut NANDA adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Faktor yang berhubungan dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi

pasien adalah kurang paparan sumber informasi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengatakan Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SMP, Usia 59 tahun, Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Nyeri akut menurut NANDA yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam NANDA yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen cedera fisik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengeluhkan nyeri pada luka bekas operasi rasa seperti tertusuk-tusuk pada perut dengan skala nyeri 6 nyeri terasa saat berubah posisi, pasien meringis menahan nyeri saat berubah posisi, terdapat luka post operasi Terdapat luka post operasi Cholelithiasis sekitar 10 cm, Luka tidak merembes.

d. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif (Post Operasi)

Risiko infeksi menurut NANDA adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Faktor risiko dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah pertahanan tubuh primer tidak adekuat. Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak 1 Juli 2018, Terdapat luka post operasi Cholelitisiasis sekitar 10 cm, Luka tidak merembes.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukan.

Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan. Kriteria hasil dilakukan untuk memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat kriteria hasil adalah berfokus pada pasien, singkat, jelas untuk memudahkan perawat dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan dapat diobservasi dan diukur, realistik, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Pada perencanaan tindakan, penulis mengacu pada referensi *Nursing Interventions Clasification* (NIC) dan *Nursing Outcome Clasification* (NOC). Pada teori dan kenyataan tahap perencanaan

menggunakan referensi yang sama. Perencanaan pada pasien Ny. M penulis mengabil dari referensi dan menyesuaikan dengan kondisi pasien, sehingga dapat mengoptimalkan keberhasilannya. Selain itu, dipilihnya perencanaan bertujuan untuk menyesuaikan kondisi dan kemampuan pasien serta fasilitas yang ada.

Penentuan tujuan, penulis menggunakan konsep SMART. Konsep SMART yaitu S : *Spesific*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus jelas; M : *Measurable*, yang dimaksudkan adalah dalam penentuan tujuan keperawatan harus dapat diukur sesuai dengan keadaan pasien; A : *Achievable*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai sesuai dengan kondisi pasien; R : *Reasonable*, yang dimaksudkan adalah dalam menentukan tujuan keperawatan harus nyata dan dapat dipertanggungjawabkan; T : *Time*, yang dimaksudkan adalah tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan waktu yang sudah ditetapkan sesuai kondisi pasien.

Saat melakukan penentuan intervensi, penulis berfokus pada empat pokok penting dalam perencanaan yaitu ONEC yaitu observasi (*observation*), tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*education*) dan tindakan kolaborasi (*collaboration*). Penulisan instruksi dalam perencanaan telah disesuaikan oleh penulis, misalnya apabila pasien memerlukan terapi obat maka ditulis kolaborasi, karena pemberian obat merupakan kewenangan dari dokter dan perawat hanya sebagai pengelola.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan, Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien mengeluhkan nyeri.

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien, dengan kriteria hasil Alasannya untuk mengetahui tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital, mengerti cara mengalihkan nyeri teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri, dapat mengontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.

b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi

Knowledge disease process bertujuan untuk memberikan pemahaman pasien tentang proses penyakit secara jelas dan komplikasi dari penyakit, Alasannya penulis mengambil tujuan *knowledge disease process* adalah Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang dideritanya, Pendidikan terakhir SMP, Usia 59 tahun, Pasien mengatakan kurang bias mencari informasi tentang penyakitnya, Pasien tidak mampu menjawab tentang penyakit yang dideritanya.

Teaching disease process bertujuan untuk membantu pasien memahami informasi dari proses penyakit secara jelas. Alasannya untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit, pendidikan

kesehatan dapat meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakit yang dideritanya, pasien paham cara pencegahan dari penyakit dan pasien memahami proses perjalanan dari penyakit.

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (Post Operasi)

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan, Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien mengeluhkan nyeri.

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien, dengan kriteria hasil Alasannya untuk mengetahui tingkat nyeri secara komprehensif dan kaji tanda-tanda vital, mengerti cara mengalihkan nyeri teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengatasi nyeri, dapat mengontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan

d. Resiko Infeksi berhubungan dengan Procedur invasif

Risk control bertujuan untuk membentuk aksi mandiri untuk memahami, mencegah, mengurangi dan memodifikasi kesehatan untuk mengurangi risiko infeksi. Alasannya Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien sejak 1 Juli 2018, Terdapat luka post operasi Cholelitisiasis sekitar 10 cm, Luka tidak merembes, sehingga penulis mengambil tujuan tersebut untuk mengatasi risiko infeksi pada luka pasien.

Wound care bertujuan untuk mencegah adanya komplikasi dari adanya luka dan memberikan informasi tentang perawatan luka. Alasannya untuk mengetahui luas, kedalaman, tepi dan keadaan luka, perawatan luka untuk mencegah infeksi, pasien memahami tanda-tanda infeksi dan cara perawatan luka saat di rumah dan obat antibiotik untuk mencegah infeksi.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun. Namun, pada kenyataan tidak semua perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan pasien. Asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa Cholelitis dilaksanakan secara berkesinambungan. Dalam hal ini, penulis tidak bekerja sendiri, melainkan dengan bantuan perawat di ruang Husada, dokter, ahli gizi serta melibatkan pasien dan keluarga sehingga dapat bekerja sama dan terbina hubungan saling percaya serta mencapai tujuan yang ditentukan. Adapun pelaksanaan dari diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengkaji nyeri secara komprehensif, Mengajarkan pasien teknik napas dalam, Mengukur

tanda-tanda vital, Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30 mg/12jam per IV.

- b. Kurang Pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya, Menjelaskan tentang proses penyakit, proses pengobatan dan diskusikan perubahan gaya hidup kepada pasien dengan metode leaflet.

- c. Nyeri Akut berhubungan dengan agen injury fisik

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengukur tanda-tanda vital, Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi ketorolac 30 mg/12jam per IV, Melakukan pengkajian nyeri.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gram/12jam/ IV, Melakukan dressing infus.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang menentukan apakah tujuan tercapai atau sampai manakah tujuan tersebut telah dicapai. Pada evaluasi ini penulis menggunakan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses ini dibuat untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang dilaksanakan oleh perawat, sedangkan evaluasi hasil merupakan catatan perkembangan dari keseluruhan tindakan yang dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun asuhan keperawatan. Evaluasi dari diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Pre Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 pada tanggal 2 Juli 2018, tujuan teratasi sebagian dengan pasien mengatakan batu empedu, tertusuk-tusuk, perut dengan skala nyeri 6, nyeri saat berubah posisi, Pasien meringis menahan nyeri di abdomen kanan bawah, TD 130/90 mmHg, Nadi 80 kali per menit, Suhu 36,5 oC, Respirasi 24 kali per menit, Pasien tampak lebih rileks setelah melakukan teknik napas dalam

b. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi (Pre Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan.

Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 1 x 24 pada tanggal 2 Juli 2018, tujuan teratasi dengan hasil Pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan harus minum obat rutin, Pasien dan keluarga nampak aktif dan kooperatif saat dilakukan pendidikan kesehatan, pasien bisa mengulang kembali tentang pengertian, tanda gejala dan pengobatan dari penyakit dan gaya hidup yang harus dirubah

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (Post Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan tanggal 4 Juli 2018, tujuan teratasi dengan hasil pasien megatakan nyeri berkurang, TD 120/80 mmHg, Nadi 80 kali per menit, Suhu 36,5 oC, Respirasi 20 kali per menit, Ketorolac 30mg berhasil diberikan kepada pasien melalui IV kateter infus tangan kiri

d. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasive (Post Operasi)

Evaluasi proses dalam tindakan keperawatan dilakukan selama satu kali dan tidak mengalami hambatan dalam proses keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan tanggal 4 Juli 2018, tujuan teratasi dengan hasil Pasien mengatakan tidak sakit saat obat disuntikkan, Pasien mengatakan terasa lega setelah infus dan kateter

dilepas, Injeksi ceftriaxone 1 gram berhasil disuntikkan melalui kateter infus pasien ditangan kiri, Kateter infus berhasil diaff.

B. Dokumentasi asuhan keperawatan

Pentingnya dokumentasi terlihat dari tujuannya yaitu untuk mendapatkan komunikasi timbal balik antara tim kesehatan secara efektif sebagai lahan bukti untuk tanggungjawab dan tanggung gugat sebagai informasi statistik untuk mengantisipasi dan merencanakan kebutuhan pasien di masa yang akan datang. Pada kasus ini pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kronologis waktu dan kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang menggunakan metode SOAP.

Dalam pendokumentasian yang ada di ruang Melati RS dr. Soetarto Yogyakarta menggunakan model SOAP, dimana model ini menggunakan model *progress note* yang berisikan perkembangan dan kemajuan dari setiap diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan ditulis oleh semua tim kesehatan pada bangsal tersebut. Salah satu acuan *progress note* yang dapat digunakan yaitu : S : Data subyektif, O : Data obyektif, A : Analisa P : *Planning*.

3. Keterbatasan Studi Kasus

Faktor pendukung dari pelaksanaan pengkajian adalah keluarga kooperatif dan terbuka saat pengkajian dan kerjasama tim kesehatan yang lain seperti dokter, perawat bangsal dan ahli gizi.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan yaitu adanya kerjasama penulis dengan pasien. Dalam hal ini, faktor penghambatnya adalah kurangnya literatur Fibroadenoma mammae dan tindakan lumpektomi untuk menentukan perencanaan tindakan.

Faktor pendukung pada dokumentasi asuhan keperawatan adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan tim kesehatan lain terhadap penulis. Sedangkan faktor penghambat dalam pendokumentasian ialah pendokumentasian perawat ruang masih bersifat rutinitas semata dan belum memperhatikan pertimbangan status kesehatan pasien.