

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi anatar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis pre dan post operasi kista ovarium di ruang paviliun E 2 Rumkital Dr Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis awalnya mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan terbuka serta kooperatif.

1. Melaksanakan asuhan keperawatan pre op pada pasien kista ovarium

Dilakukan pengkajian pada ny S di fase pre data ditemukan nyeri perut bagian bawah, menstruasi tidak teratur disertai nyeri akut yang kesemuanya itu merupakan dampak dari adanya kista yang membesar.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan dalam bergerak karena nyeri, begitu pula pada tinjauan kasus pada keluhan utama didapatkan klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah dan kesulitan untuk bergerak karena adanya rasa nyeri. Pada tinjauan kasus juga didapatkan riwayat keluarga yang terkena kista. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Winjosastro H (2008), bahwa genetik juga merupakan faktor pemicu tumbuhnya kista.

Secara spesifikasi gejala tersebut diungkap sebagai beberapa tanda dan gejala adanya kista ovarium berupa nyeri perut, menstruasi tidak teratur, cemas dan gangguan nafsu makan.

Pada diagnosa keperawatan juga terjadi beberapa kesenjangan, pada tinjauan teori terdapat diagnosa pre operasi

Masalah keperawatan yang muncul kepada kista ovarium pre operasi tersebut adalah gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan destruksi jaringan saraf akibat inflamasi sel kanker, gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, iritasi lambung, mual dan intake makanan kurang, gangguan istirahat tidur berhubungan dengan efek pengobatan kemoterapi (mual, muntah), Ansietas berhubungan dengan lingkungan rumah sakit yang tidak dikenal, ketidak pastian pengobatan, perasaan putus asa dan tidak berdaya, serta kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan. Gangguan konsep diri (citra diri) berhubungan dengan perubahan gaya hidup, peran dan penampilan.

4.2.2 Melakukan asuhan keperawatan pos operasi kista ovarium

Sedangkan masalah keperawatan post operasi meliputi perubahan perfusi jaringan, Nyeri akut, Perubahan eliminasi urinarius, Kerusakan integritas kulit/jaringan, Resiko tinggi infeksi, Harga diri rendah. Kista ovarium disini dapat menyebabkan masalah pada penderita menjadi infertile dapat juga terjadi infeksi sekunder dari peritoneum disertai perlengketan dengan sekitarnya, suppurasi atau peritonitis yang dapat menyebabkan kematian bila tidak ditangani segera (Erni, 2012). Yang salah satu penanganan pada penyakit kista ovarium laparatomi TAH

+ BSO, dilakukan atas dasar laparatomi TAH + BSO dimana laparatomi TAH + BSO merupakan Penghapusan ovarium bersama-sama dengan tabung tuba disebut salpingo Ooforektomi atau unilateral salpingo Ooforektomi(USO). Ketika kedua ovarium dan kedua tuba fallopii dihapus, istilah bilateral salpingo ooforektomi (BSO). Sedangkan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan kasus pada diagnosa keperawatan pasca operasi adalah pada teori terdapat diagnosa keperawatan antara lain perubahan perfusi jaringan, Nyeri akut, Perubahan eliminasi urinarius, Kerusakan integritas kulit/jaringan, Resiko tinggi infeksi, Harga diri rendah.

2. **Diagnosa Keperawatan**

Pada klien juga tiak terjadi defisit keperawatan diri karena keluarga selalu membantu kebutuhan hygiene klien. Dalam diagnosa keperawatan yang dilaksanakan yaitu pada diagnos apre dan psot operasi sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan pre operasi ada 3 yaitu :

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distruksi jaringan syaraf akibat implementasi sel kanker dengan intervensi yang meliputi :
 - a. Mengkaji karakteristik nyeri, perhatikan lokasi, kualitas nyeri, intensitas nyeri dan skala nyeri (skala 0 – 10)
 - b. Identifikasikan berat ringannya nyeri yang dirasakan oleh klien
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang meliputi
 - a. Ukur masukan diet harian dengan jumlah kalori

- b. Bantu dan dorong klien untuk makan, jelaskan arahan tipe diet. Beri klien makan bila klien mudah lelah atau biarkan orang terdekat membantu klien pertimbangkan pilihan makanan yang disukai.
 - c. Berikan makanan sedikit dan sering.
3. Tingkat kecemasan pasien yang berhubungan pada defisi pengetahuan yang dapat dilaksanakan meliputi
- a. Mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.
 - b. mengetahui seberapa jauh pemahaman klien dan keluarga tentang penyakit yang dialami serta menilai keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.

Diagnose keperawatan pasca operasi

Diagnosa keperawatan pasca operasi yang didasarkan pada tinjauan pustaka di bagi menjadi 3 kategori yang meliputi

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distruksi jaringan saraf
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan
4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pembedahan, trauma jaringan dan statis jaringan tubuh

Sedangkan diagnosa yang tidak muncul pada kasus nyata pada tinjauan kasus adalah sebagai berikut :

1. Resiko cedera
2. Resiko cemas yang berhubungan dengan hospitalisasi

3. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah efektif), dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada waktu nyata keadaan klien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Gangguan keseimbangan nutrisi berhubungan dengan perubahan penampilan fisik. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien menerima memenuhi kebutuhan nutrisi, klien mengkomunikasikan perasaan terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisinya, klien menyatakan perasaan positif terhadap dirinya sendiri.

Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakitnya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan cemas berkurang. Kriteria hasilnya klien dapat menurunkan kecemasan, klien dapat mendemonstrasikan cara penurunan kecemasan. Nyeri kronis berhubungan dengan

pembesaran kista. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan klien dapat beradaptasi dengan nyeri. Kriteria hasilnya keluhan hilang atau terkontrolnya rasa sakit, menunjukkan posisi ekspresi wajah rileks.

Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri hilang. Kriteria hasilnya klien dapat menyebutkan faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri, klien dapat menyebutkan intervensi yang efektif, klien menggunakan terapi nonfarmakologis. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan insisi pembedahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas jaringan kembali utuh. Kriteria hasilnya integritas kulit kembali norma, luka bedah sembuh, klien menunjukkan tidak adanya kerusakan jaringan kulit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 3 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal. Kriteria hasilnya suhu tubuh dalam batas normal ($36 - 37^{\circ}\text{C}$), keseimbangan cairan tetap stabil, klien menyatakan tindakan untuk mencegah dehidrasi, klien menyatakan peningkatan kenyamanan.

Mual berhubungan dengan iritasi lambung. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 3 jam diharapkan mual hilang. Kriteria hasilnya klien menyatakan penyebab mual, klien mengambil langkah mengatasi episode mual, ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah vena. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 3 jam diharapkan perfusi jaringan kembali efektif. Kriteria hasilnya kunjungtiva tidak anemis, klien menyatakan perasaan nyaman, kadar Hb dalam batas normal ($11,5\text{g} - 16,0\text{ gr}\%$).

4. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan menerima adanya penulis.

Gangguan keseimbangan nutrisi dilakukan tindakan membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat, diskusikan masalah atau perasaan takut klien. Jelaskan hubungan antara gejala dengan asal penyakit, dukung dan dorong keluarga klien, berikan perawatan dengan positif, perilaku bersahabat, dorong keluarga untuk menyatakan perasaan pada perawat. Berikan penjelasan yang benar kepada klien tentang semua tindakan persiapan operasi, bila memungkinkan libatkan klien tentang semua tindakan persiapan operasi, bila memungkinkan libatkan klien dan keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan,

dukung upaya keluarga untuk mengatasi perilaku kecemasan klien. Berikan kesempatan keluarga untuk melakukan kunjungan ekstra bila bermanfaat, ajarkan pada klien teknik relaksasi dan desentralisasi, berikan kesempatan pada klien untuk mendiskusikan perasaannya dengan orang lain yang memiliki masalah kesehatan yang sama.

Nyeri kronis dilakukan tindakan kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi intensitas (skala 1 – 10), frekuensi dan waktu, dorong pengungkapan perasaan, berikan aktivitas hiburan, misalnya massase, dorong penggunaan teknik nafas dalam. Nyeri akut dilakukan tindakan kaji karakteristik nyeri (P,Q,R,S,T), pantau tanda-tanda vital, berikan posisi yang nyaman, anjurkan penggunaan teknik relaksasi destraksi dan massage punggung, atur periode istirahat tanpa terganggu, kolaborasi pemberian terapi injeksi xevolac 3 x mg /IV. Kerusakan integritas jaringan dilakukan tindakan inspeksi kassa penutup luka dan kulit sekitar tiap pergantian jaga, jadwal program regimen perawatan luka, bantu klien dalam melakukan tindakan hygiene, atur posisi senyaman mungkin kolaborasi pemberian terapi injeksi taxegram 3 x 1 gr/IV.

Mual dilakukan tindakan kaji penyebab mual, anjurkan klien untuk minum air hangat tetapi tidak manis, anjurkan penggunaan teknik relaksasi, kolaborasi pemberian ekstra injeksi rentidin 50mg/IV. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer dilakukan tindakan pantau tanda-tanda vital, warna kulit/mukosa, pantau CRT, atur posisi senyaman mungkin, tinggikan kepala, anjurkan penggunaan teknik relaksasi, kolaborasi pemebrian transfusi darah WB 2 bag.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan penulis telah melakukan pendekatan sebelumnya sehingga klien dan keluarga kooperatif dengan perawat dan rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan.

5. **Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi gangguan keseimbangan nutrisi, teratasi pada tanggal 29 Mei 2015, pada diagnosa keperawatan cemas dan nyeri kronis teratasi tanggal 29 Mei 2015. Saat yang bersamaan muncul masalah baru, nyeri akut dan kerusakan integritas jaringan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny Smasalah selesai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 28 Mei 2015 dengan HE : kontrol ke dokter rutin tiap minggu, minum obat teratur, jaga kebersihan luka mengikuti semua program terapi dokter selanjutnya menghindari makanan berMSG, tidak perlu tarak makanan kecuali alergi, di rumah tidak boleh tiduran saja tetap beraktivitas / latihan fisik ringan.