

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan auto anamnesa dan allow anamnesa, pada hari

Kamis tanggal 16 Januari 2020. Jam 08.00 WIB di ruang Dahlia RSUD Ungaran.

1. Identitas Klien

Nama	:Ny. J
Tempat&Tgl Lahir	:Semarang 03 Januari 1975
Pendidikan Terakhir	:SD
Agama	:Islam
Status Perkawinan	:Menikah
Pekerjaan	:Ibu Rumah Tangga
TB/BB	:155 CM / 51 KG
Golongan Darah	: O
Diagnosa Medis	:Diabetes Melitus
Alamat	:Leyangan Krajan 04/02

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	:Tn.S
Umur	:46 Tahun
Pendidikan Terakhir	:SD
Hubungan dgn Klien	:Suami
Pekerjaan	:Swasta
Alamat	:Leyangan Krajan 04/02

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan perut terasa nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien dibawa dari IGD RSUD UNGARAN pada Hari Minggu 12 Januari 2020 jam 14.00 WIB dengan mengeluh badan lemas, pusing, demam, mual muntah sudah 3 hari, timbul secara bertahap. Sebelumnya pasien hanya beristirahat dan sempat berobat di Bidan, tetapi tidak kunjung sembuh. Akhirnya pasien di bawa oleh keluarganya ke RSUD UNGARAN. Kemudian pasien dipindahkan ke ruangan rawat inap Dahlia.

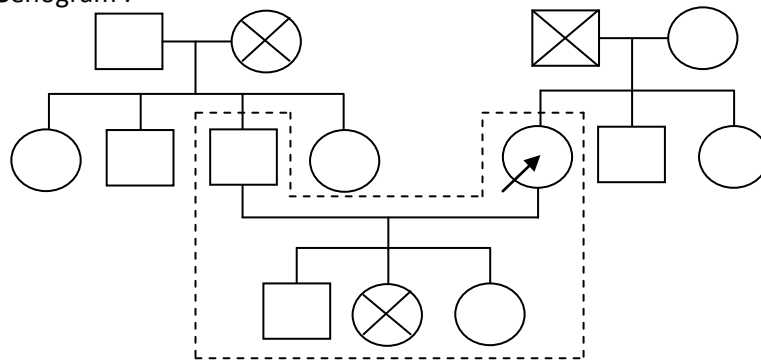
c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan belum pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, belum pernah mengalami kecelakaan, pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, obat –obatan maupun faktor lingkungan seperti dingin. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

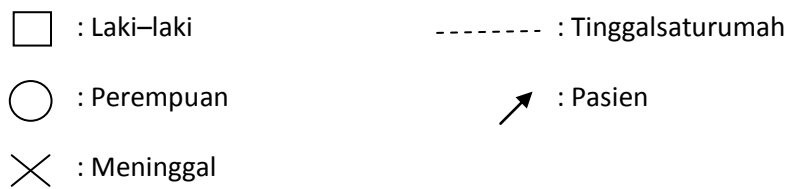
Pasien mengatakan hidup bersih dan sehat. Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular atau keturunan seperti HT, TBC, Hepatitis dan DM.

Genogram :



Bagan3.1Genogram Keluarga Ny.J

Keterangan :



4. Riwayat Lingkungan Tempat Tinggal

- Tipe tempat tinggal :Permanen
- Jumlah kamar :3 kamar
- Jumlah penghuni :4 orang
- Kondisi tempat tinggal :bersih

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) Penampilan :kurang rapi
- 2) Kesadaran :Composmetis
- 3) Tanda –tanda Vital

TD :102/90 mmhg

RR :20 x/menit

S :38 C

N :96 x/menit

4) GCS : 15 : (E:4, M:6,V:5).

b. Kepala

Bentuk kepala simetris,tidak ada ketombe, rambut bersih,tidak ada lesi/jejas

Pada kepala, penyebaran rambut merata, rambut beruban.

c. Kulit

Tugor kulit cepat kembali, tidak terdapat luka oprasi,tidak ada lesi,tidak

terdapat edema,tidak ada peradangan.

d. Mata/Penglihatan

Bola mata simetris,pergerakan bola mata normal,bentuk mata

simetris,bersih,tidak ada edema,konjungtiva tidak anemis,sklera ikterik,

pupil isokor, wajah tampak pucat,tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

e. Hidung /Penciuman

Pasien tidak menggunakan alat bantu pernafasan,bentuk hidung

simetris,fungsi penciuman baik,tidak ada pernafasan cuping hidung,tidak

ada polip,tidak ada lesi.

f. Telinga/Pendengaran

Bentuk telinga simetris,letak telinga simetris,bersih,tidak terdapat serumen

dan cairan pada telinga tidak ada nyeri tekan.

g. Mulut

Bibir berwarna pucat,lembab,bibirtidak pecah pecah, gigi terlihat tidak

bersih,tidak ada radang pada tonsil,lidah terlihat kotor,fungsi pengecapan

baik dan ada stomatitis, mukosa bibir kering.

h. Leher

Tidak ada benjolan,tidak ada kaku,tidak ada nyeri tekan,penggerakan leher

bisa bergerakfleksi,rotasi,laterar.

i. Dada (IPPA)

I: Bentuk dada simetris

P: Taktil fremitus getaran kanan dan kiri teraba sama

P: Sonor

A: Vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing atau ronchi

j. Jantung (IPPA)

I: Ictus cordis tidak tampak

P: Ictus cordis teraba pada intercosta 4-5 mid klavikula kiri

P: Redup

A: Suara lup dup (S1 dan S2 reguler) tidak ada suara tambahan seperti galop dan murmur.

k. Abdomen (IAPP)

I: Bentuk simetris, datar

A: Peristaltik usus 14x/menit

P: Tidak ada nyeri tekan

P: Tympani

l. Sistem Reproduksi

Tidak ada peradangan pada genitalia eksterna, tidak ada lesi, siklus menstruasi teratur, BAK 8-9 kali sehari bau khas amoniak warna kuning pekat, tidak ada kelainan pada genitalia.

m. Ekstremitas atas /bawah

Tidak ada fraktur pada ekstremitas, tidak ada edema, kekuatan otot dalam rentang normal, pasien bermobilisasi secara mandiri tidak menggunakan alat bantu jalan, terpasang infus RL 20 tetes/menit di tangan kanan.

6. Data Tambahan / Pengkajian Fungsional

a. Pola aktifitas istirahat dan tidur

Data Subyektif

- 1) Aktifitas yang bisa dilakukan : Pasien mengatakan aktivitas sehari hari merawat anak karena pasien tidak bekerja.
- 2) Pasien mengatakan selama di rawat di RS pasien merasa bosan karena tidak bisa melakukan aktivitas dan tentunya kangen dengan anaknya.
- 3) Keterbatasan karena kondisi pasien mengatakan sejak sakit dan dirawat di RS pasien tidak bisa bergerak luas karena harus istirahat dan keterbatasan gerak karena badan pasien lemas.
- 4) Lama waktu tidur pasien mengatakan malam hanya 4 - 5 jam,tidak tidur siang,pasien mengatakan tadi malam tidak bisa tidur.

Data Obyektif

- 1) Respon terhadap aktivitas yang teramati pasien terpasang infus di tangan kanan .
- 2) Status mental pasien normal pasien terlihat mengantuk.
- 3) Kelopak mata berwarna gelap .
- 4) Terlihat menguap.

b. Integritas Ego

Data Subyektif

- 1) Faktor-faktor stres : pasien mengatakan kepikiran karena penyakitnya yang tidak sembuh sembuh .
- 2) Cara mengatasi stress : pasien mengatakan untuk mengatasi stress pasien sering mengalihkan dengan cara dihibur oleh anak anaknya.

- 3) Masalah –masalah finansial : pasien mengatakan tidak ada masalah dalam fungsional .
- 4) Status hubungan : pasien mengatakan bahwa hubungan dengan keluarganya baik – baik saja.
- 5) Gaya hidup : gaya hidup sederhana,perubahan tidak ada.
- 6) Peran dalam keluarga :Pasien mengatakan berperan sebagai seorang ibu untuk anaknya dan seorang istri untuk suaminya.
- 7) Hubungan dengan anggota keluarga yang lain:Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik.
- 8) Orang pendukung : Pasien mengatakan semua yang mendukung ibu suami dan anak-anaknya.
- 9) Komunikasi dengan orang lain : Pasien mengatakan komunikasi dengan orang lain berjalan dengan baik .

Data Obyektif

- 1) Status emosional : Pasien tampak cemas.
- 2) Bicara : Pasien tampak bicara dengan jelas.
- 3) Kemampuan komunikasi non verbal.

c. Activity Daily Living (ADL)

Data Subyektif

- 1) Aktivitas sehari-hari:Pasien mengatakan selama di Rumah Sakit aktivitas sehari-hari harus di bantu oleh suaminya termasuk mandi,ganti baju,BAK & BAB.

Data Obyektif

Penampilan umum pasien tampak baik,cara berpakaian kurang rapi bau badan pasien khas, kuku pasien bersih dan pendek,kulit kepala terdapat ketombe.

d. Ketidaknyamanan

Ds: Pasien mengatakan kepala pusing dan nyeri pada bagian perut nyeri disebabkan mual dan muntah.

Nyeri abdomen :

P:nyeri saat mual dan muntah

Q:seperti di tusuk tusuk

R:nyeri di sekitar perut

S:skala 6

T:nyeri hilang timbul,timbul saat mual dan muntah.

Do :

Wajah pasien terlihat gelisah, pasien tampak lemas, dengan adanya pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah: 100/80 mmHg, suhu: 36 °C,

RR: 20x/menit, nadi : 80 x/menit, dan mual - muntah sehari 4-5 kali.

e. Pola nutrisi dan metabolisme

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x Sehari dengan kombinasi nasi lauk dan pauk, makan habis 1 porsi, pasien mengatakan BB 55 kg.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan tidak nafsu makan,merasa mual dan muntah, pasien sehari muntah 3-5 kali sehari, makan habis ¼ porsi yang diberikan di rumah sakit.

ABCD

A : Antropometri

Tinggi badan:155 cm

BB : 51 kg

LILA : -

B : Biochemical

GDS : 382 mg/dL

Hemoglobin : 13,7 g/dL

Hematokrit : 36,50 %

C : Klinikal Sign

Tugor kulit etlatis / normal, mukosa bibir kering

D : Diit DM

TKTP

f. Pola eliminasi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAK frekwensi 3-5 kali sehari warna kuning dengan bau khas amoniak dan untuk BAB frekwensi 1-2 kali sehari warna coklat kekuningan, dengan bau khas feses.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan BAK frekwensi 2-3 kali sehari warna kuning bau khas amoniak dan BAB frekwensi 1 kali sehari warna hitam kecoklatan dengan bau khas feses.

g. Pola persepsi kongnitif

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan kalau sebelum sakit biasanya berkomunikasi baik dengan keluarga dan tetangga.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan mampu menyesuaikan dengan lingkungan rumah sakit.

h. Pola persepsi dan konsep diri

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan di lingkungan berpenampilan biasa sederhana.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaan sekarang karena penyakitnya yang tak kunjung sembuh.

i. Pola hubungan dan peran

1) Sebelum sakit

Pasien bekerja sebagai pedagang, ibu rumah tangga dan melakukan tugasnya dengan baik dilingkungannya.

2) Selama sakit

Pasien tidak bisa melakukan perannya sebagai seorang ibu rumah tangga karena sakit dan dirawat di rumah sakit.

j. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan berjenis kelamin perempuan, berusia 45 tahun, sudah menikah dan dikaruniahi anak 2 perempuan.

k. Keyakinan dan kepercayaan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan beragama islam dan sering sholat 5 waktu.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan karena kondisinya saat ini pasien hanya mampu berdoa di tempat tidur untuk kesembuhannya.

Tabel 3.1 Terapi Obat 12 Januari 2020

Jenis	Dosis	Rute	Fungsi
Infus RL	20 tpm	IV	Menambah elektrolit tubuh
Inj ondansetron/4jam	500 mg/4 jam	IV	Mencegah mual muntah
Paracetamol 500mg 3x1	500 gr	IV	Menyembuhkan sakit kepala dan menurunkan demam
Actrapid (insulin)	5 unit	Subcutan	Menurunkan kadar gula darah
Inj ceftri 2 gr /24 jam	500 gr	IV	Menghentikan pertumbuhan bakteri

Tabel 3.2 Tanda-Tanda Vital

No	Pemeriksaan	Tanggal dan waktu pemeriksaan								
		Tgl 16/01/20			17/01/20			18/01/20		
		Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	malam	Pagi	Siang	malam
1	TD	100/70	100/80	110/80	110/70	120/80	120/70	110/70	110/80	-
2	T	36 C	36 °C	36,3 °C	37 °C	36,5 °C	36,2°C	36 °C	36,8°C	-
3	HR	70	70	80	84	87	84	85	77	-
4	RR	20	20	21	22	22	20	20	22	-
5	GDS	320 mg/dl	311 mg/dl		310 mg/dl	370 mg/dl		374 mg/dl	300 mg/dl	

Tabel 3.3 Data Laboratorium Senin 13 Januari 2020

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	13,7 g/dl	11 – 18
Hematokrit	36,50 %	40 – 52
Jumlah leukosit	12,8 /dl	2,6 – 10,6
Jumlah trombosit	271000 /dl	150 – 400
Glukosa darah sewaktu	382 mg/dl	70 – 115
HbsA	Negatif	< 2

Hematokrit	: 36,50 %	↓	
C : Klinikal Sign	Tugor kulit etlatis/normal, mukosa bibir kering, Pasien tampak lemas	Ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (mual dan muntah)	
D : Diit DM	TKTP		

18 – 01 - 2020 09.00	DS : Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dan tidak tidur siang DO : - Kelopak mata tampak gelap - Pasien tampak mengantuk	Kelelahan ↓ Kurang energi ↓ Mengantuk ↓ Peningkatan kebutuhan istirahat ↓ Pola tidur tidak memuaskan	Pola tidur tidak memuaskan (misalnya karena waktu tidur tidak cukup). Erika
----------------------------	---	--	---

DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS MASALAH)

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri biologis.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (mual dan muntah).
3. Kelelahan berhubungan dengan Pola tidur tidak memuaskan (misalnya karena waktu tidur tidak cukup).

Analgesic administratio

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
2. cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. cek riwayat alergi
4. pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu.
5. tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
6. tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.
7. pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.
8. monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
10. evaluasi efektifitas analgesik tanda dan gejala (efek samping).

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Ketidacukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (mual dan muntah)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan jam,diharapkan	2x24 Nutrition Management (NIC 1100)
	1. Nutritional Status : food and Fluid Intake 2. Nutritional Status : nutrient Intake 3. Weight control Dengan Kriteria Hasil :	1. Timbang BB setiap hari 2. Tentukan diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien. 3. Anjurkan pasien makan makanan sedikit tetapi sering 4. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri,abdomen, mual muntah. 5. Identifikasi makanan yang disukai 6. Libatkan keluarga pada perencanaan makan sesuai indikasi 7. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat mual dan muntah
	1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampumengidentifikasikebutuhan nutrisi 4. Tidak adatanadandamalnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam,diharapkanDengan kriteria hasil :(NOC 0008)	1. Tetapkan pola kegiatan dan tidur pasien 2. Monitor pola tidur pasien dan jumlah jam tidurnya 3. Jelaskan pentingnya tidur selama sakit dan stress fisik 4. Bantu pasien untuk menghilangkan situasi stress sebelum jam tidurnya
1. Peningkatan energi 2. Mengatur jumlah jam tidurnya 3. Meningkatkan pola tidur 4. Meningkatkan kualitas tidur 5. Tidak ada gangguan tidur	

1	09.00	5. Memberikan kompres hangat.	DO : 1. Pasien terlihat masih lemas	
			DS: pasien mengatakan masih nyeri, skala 3 DS: Wajah pasien sedikit rileks	
<hr/>				
1	18/01/2020 07.00	6. Memonitor Keadaan Umum dan melakukan pengukuran TTV	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 2 2. Pasien mengatakan sudah tidak lemas lagi DO: TD: 110/80 mmHg T : 36 °C RR : 20 x/mnt HR : 80 x/mnt	Erika
<hr/>				

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : Ny. J

Ruang : Dahlia

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Leyangan

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan Ny. J dengan Diabetes

Hari/tgl/jam	No. DP	Catatan Perkembangan	TTD
17/01/2020 09.00	1	S: Klien mengatakan nyeri skala 3 O: skala nyeri 3, wajah pasien sedikit rileks A: Pasien masih nyeri skala 3 P: Lanjutkan intervensi: 1. Pertahankan posisi nyaman 2. Memotivasi relaksasi nafas dalam 3. Monitor KU dan TTV	Erika
18/01/2020 10.00	1	S: Klien mengatakan nyeri sudah agak berkurang. O:Skala nyeri 2 , wajah rileks A: Pasien masih nyeri skala 2 P :Lanjutkan intervensi : 1. Pertahankan posisi nyaman 2. Pantau KU dan TTV	Erika

B. Pembahasan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari yaitu pada tanggal 17 Januari 2020 sampai 18 Januari 2020 pada Ny.J dengan diagnosa Diabetes Melitus dengan Nyeri di Ruang Dahlia RSUD Ungaran. Pada BAB ini penulisan akan membahas mulai dari pengkajian hingga evaluasi pada pasien Diabetes Melitus. Masalah yang dibahas ditentukan berdasarkan masalah yang diprioritaskan yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik. Dari diagnosa tersebut akan dibahas oleh penulis lebih lanjut dibawah ini :

1. Pengkajian

Menurut (Debora et al., 2018) pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan. Proses ini meliputi langkah-langkah sebagai berikut : pengumpulan data secara sistemis, verifikasi data, organisasi data, interpretasi data, pendokumentasian data.

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mengandung pada indifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Pengkajian ini dilakukan pada hari Kamis, 16 Januari 2020, pukul 08:00 WIB di Ruang Dahlia RSUD Ungaran dengan metode autoanamnesa dan allowanamnesa. Pada pengkajian didapatkan data keluhan utama yaitu klien

mengatakan nyeri pada perutnya. Pasien mengatakan kepala pusing dan nyeri pada bagian perut nyeri disebabkan mual dan muntah

Nyeri abdomen :

P:nyeri saat mual dan muntah

Q:seperti di tusuk tusuk

R:nyeri di sekitar perut

S:skala 6

T:nyeri hilang timbul,timbul saat mual dan muntah.

Do : Wajah pasien terlihat gelisah, pasien tampak lemas, dengan ditandai pemeriksaan tanda-tanda vital, TD: 100/80 mmHG, S: 36 °C, RR: 20x/menit,Nadi: 80 x/menit, serta mual - muntah sehari 4-5 kali

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis sebagai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosis medis (Dirnati dan mulyanti, 2017).

Pada Ny.J diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis disebabkan oleh mual dan muntah, pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat rusaknya jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri akut merupakan pengalaman yang subyektif, sama

halnya saat seseorang mencium bau haram atau busuk, mengucap manis atau asin, yang semuanya merupakan persepsi panca indra dan dirasakan manusia sejak lahir (meliala, 2004 dalam Bahrudin, 2018).

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda (Zakiyah, 2015).

Nyeri dapat dibedakan menjadi 2 yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah respon fisiologis normal yang diramalkan terdapat rangsangan kimiawi, panas, atau mekanis menyusul suatu perbedaan, trauma, dan penyakit akut. Ciri khas nyeri akut adalah yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan hilang seirama dengan proses penyembuhan, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang 6 bulan.

Menurut Herdman (2015), batasan karakteristik nyeri akut meliputi dari bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya, diaporesis, dilatasi pupil, ekspresi wajah nyeri, fokus menyempit, fokus pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri, keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri, perilaku distraksi perubahan pada parameter fisiologis, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, putus asa, sikap melindungi area nyeri, sikap tubuh melindungi.

3. Intervensi

Pembuatan kriteria hasil dan perencanaan tindakan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan. Setelah perawat mengkaji kondisi klien dan menetapkan diagnosa keperawatan, perawat perlu membuat rencana tindakan dan tolak ukur yang akan digunakan untuk mengevaluasi perkembangan klien. Ada empat elemen penting yang harus diperhatikan saat membuat perencanaan keperawatan (Delauna dkk, 2002 dalam Debora et al., 2018).

Perumusan tujuan pada asuhan keperawatan berdasarkan pada metode SMART yaitu S (specific) dimana tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda, M (measurable) dimana tujuan keperawatan harus dapat dicapai dengan mudah, A (achievable) dimana harus dapat dicapai dengan mudah, R (reasonable) dimana tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan T (time) mempunyai batasan waktu yang jelas (Nursalam, 2011). Kriteria hasil pengelolaan nyeri pada pasien yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda vital dalam rentang normal.

Rencana keperawatan yang pertama mengkaji tanda-tanda vital pasien untuk mengetahui keadaan umum pasien. Rencana keperawatan yang kedua mengkaji identifikasi skala nyeri pasien secara komprehensif meliputi lokasi nyeri karakteristik nyeri, kualitas nyeri, frekuensi nyeri dan skala nyeri untuk mengetahui nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Rencana keperawatan yang ketiga yaitu mengajarkan teknik non-farmakologis untuk pasien agar pasien dapat mengurangi rasa nyerinya, seperti teknik rileksasi nafas dalam. Menurut (Hikayati et al., 2013), mengontrol nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan dibidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami pasien. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik releksasi menurut tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau embalnya keseimbangan setelah terjadinya gangguan. Tujuan dari teknik relaksasi adalah mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epineprin dan non epineprin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencaapai 24 kali /menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (4 sampai 6 kali/menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada extrimitas (Aisyah, 2017).

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Debora et al., 2018).

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 17 Januari 2020 yaitu pertama memposisikan pasien semi fowler, tujuannya yaitu supaya pasien mendapatkan memposisikan pasien yang nyaman dan rileks. Implementasi yang

kedua yaitu mengkaji skala nyeri dan frekuensi yaitu untuk mengetahui perkembangan nyeri yang dirasakan oleh pasien, setelah dikaji dapat didapatkan data P (provocate) : pasien mengatakan nyeri pada perut , Q (quality) : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R (region) : nyeri pada bagian perut , S (scale) : skala nyeri 5 dari 0-10, T (time) : nyeri saatmual dan muntah. Implementasi selanjutnya yaitu mengajarkan mengontrol nyeri distraksi (menonton berita), yang bertujuan untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasakan pasien. Pasien mengatakan senang menonton berita, maka penulis membimbing kalian untuk melakukan teknik ini untuk mengalihkan rasa nyeri yang dialami pasien. Dan hasil yang didapat setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah nyeri pasien sedikit teralihkan.

Implementasi keperawatan yang selanjutnya yaitu mengajarkan kontrol nyeri non-farmakologis (teknik releksasi nafas dalam), tujuannya yaitu untuk mengurangi rasa nyeri dan keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan setelah terjadinya gangguan. Sedangkan teknik releksasi nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas dalam (Smeltzer dan Bare, dalam Nabhani, 2016). Tujuan dari teknik releksasi adalah mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, secara kognitif, dan secara behavioral. Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epineprin dan non epineprin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampaimencapai 24 kali per menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (4 sampai 6 kali/ menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilitasi dan peningkatan temperature pada extermitas (Aisyah, 2017). Menurut Resti (2014 dalam

Wardani 2018) releksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem saraf simpatik dan parasimpatis.

Hasil penelitian Ferawati dkk (2014) menyatakan bahwa releksasi nafas dalam dapat menurunkan kejadian nyeri (Tarwoto, 2011). Energi dapat dihasilkan ketika kita melakukan releksasi nafas dalam karena pada saat kita menghembuskan nafas, kita mengeluarkan zat karbondioksida sebagai kotoran hasil pembakaran dan ketika kita menghirup kembali, oksigen yang diperlukan tubuh untuk membersihkan darah masuk. Menurut Brunner dan Suddart (2014 dalam Wardani 2015) tujuan nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflamasi alveor maksimal, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi persyarafan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja nafas. Dan hasil yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan releksasi nafas dalam yaitu pasien terlihat nyaman dan nyeri sedikit berkurang.

Implementasi yang terakhir yaitu mengkolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik. Karena kolaborasi merupakan tindakan farmakologis untuk mengatasi nyeri dan pastikan pemberian obat sesuai dengan perintah dokter. Tindakan pemberian obat yang dilakukan penulis sesuai pada tanggal 22 Januari 2020 untuk mengurangi rasa nyeri setelah operasi (Doenges dkk, 2006 dalam Debora et al., 2018). Mengobservasi keadaan umum pasien untuk mengetahui perkembangan keadaan pasien. Data yang didapat yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah sedikit berkurang. Tanda-tanda vital pasien TD : 110 /80 mmHg, N : 96x/ menit, S : 36 C.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui, kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya dirujuk ketempat kesehatan lain, perlu menyusun ulang prioritas diagnosa supaya kebutuhan klien bisa terpenuhi (Doenges dkk, 2006 dalam Debora et al., 2018).

Hasil dari evaluasi akhir tindakan keperawatan Ny. J pada tanggal 18 Januari 2020 jam 14:00 WIB, didapat data subjektif adalah pasien mengatakan masih nyeri pada saat mual, nyeri dirasakan saat muntah, skala nyeri 5. Sedang data objektif yang penulis dapatkan yaitu pasien tampak lebih nyaman, nyeri pasien tampak berkurang dari skala 5 menjadi 2, tekanan darah pasien 100/90 mmHg, N : 84 x/menit, S : 36,4 C. Data tersebut analisa yang dapat penulis simpulkan yaitu masalah teratasi sebagian. Karena dalam kriteria hasil yang telah direncanakan pasien mampu mengontrol nyeri, pasien dapat mengontrol nyeri dengan menajemen nyeri, teknik relaksasi nafas dalam dan pengalihan. Oleh sebab itu penulis melanjutkan intervensi yaitu memberikan posisi nyaman, mengajarkan prinsip manajemen nyeri, pemberian analgetik, dan menganjurkan pasien untuk melaporkan keluhan nyeri yang dirasakan.

Pada saat penulis melakukan penelolan nyeri pada Ny. J penulis menemukan beberapa faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung yang penulis dapat selama pengelolaan perawatan yaitu pasien sangat kooperatif dalam setiap tindakan yang dilakukan oleh penulis, karena pasien ingin cepat sembuh dan cepat pulang kerumah. Pasien memahami tentang cara mengontrol nyeri dengan manajemen nyeri sehingga, penulis tidak perlu berulang kali mengajarkan. Alternatif pemecah masalah penulis memberi motivasi kepada pasien untuk mengikuti arahan dari perawat dalam proses keperawatan untuk mengurangi rasa nyeri. Faktor penghambat yang penulis temukan yaitu penulis belum mampu melakukan pengelolaan keperawatan pada Ny. J dengan tuntas dikarenakan waktu pengelolaan yang singkat.

Keterbatasan penulis dalam mengelola pasien adalah tidak dapat berada dirumah sakit dan melakukan pengelolaan selama 24 jam, sehingga tidak bisa mengawasi dan melindungi pasien saat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri sesuai dengan rencana keperawatan yang penulis buat.

