

2. Pembahasan

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn. C yang terdiagnosa Anemia pada Hemoroid 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 Tn. C yang terdiagnosa Anemia pada Hemoroid pada tanggal 2 Juli 2018 sampai dengan 4 Juli 2018 di Ruang Bougenvile RST dr. Soedjono Magelang. 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 Tn. C yang terdiagnosa Anemia pada Hemoroid menurut Handayani (2008) pada pasien anemia didapatkan data Klien pucat, kelemahan, sesak nafas, sampai adanya

gejala gelisah, diaforesis tachikardia, dan penurunan kesadaran. Sedangkan pada kasus Tn. C didapatkan data bahwa pasien mengalami keluhan nyeri pada hemoroid hal tersebut tidak sesuai dengan teori yang ada.

Pada pengkajian pola fungsional Gordon terdapat beberapa pola yang mengalami gangguan. Pada pola persepsi dan manajemen kesehatan didapatkan data sebagai berikut Pasien mengatakan belum mengetahui pengertian, penyebab dan gejala tentang penyakitnya yaitu penyakit kurang darah, Umur 56 tahun, Pasien tampak bertanya kepada perawat, tentang penyakitnya. Sedangkan pada aspek lainnya tidak ditemukan adanya masalah.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah TD 100/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,0 °C, RR 22 x/menit. Dari pemeriksaan fisik didapatkan data Benjolan di anus, Terasa panas, Anus, Skala 5, Saat BAB, Terdapat hemoroid di anus pasien. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 Juni 2018 didapatkan hasil 2,4g/dl

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

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Handayani (2008) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Anemia dalam NANDA (2015) adalah sebagai berikut Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan dipsneu, takikardia, Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan O₂ ke otak ditandai dengan penurunan kesadaran, nyeri kepala, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan untuk mencerna atau ketidak mampuan mencerna makanan /absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan mual-muntah, anoreksia, penurunan BB, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (asam laktat), Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan, PK Anemia. Sedangkan diagnosa yang muncul pada kasus Tn. C yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis, Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma, Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Risiko infeksi dengan factor risiko procedure invasive. Terdapat 3 dignosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu diagnosa keperawatan Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma, Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, Risiko infeksi dengan factor risiko procedure invasive

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

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 mengeluh, Benjolan di anus, Terasa panas, Anus, Skala 5, Saat BAB, Terdapat hemoroid di anus pasien, TD 100/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,0 °C, RR 22 x/menit

b. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma

Risiko perdarahan menurut NANDA adalah berisiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor risiko dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah trauma. Berdasarkan data yang diperoleh adalah Pasien mengatakan lemas dan pusing, Pasien mengatakan kalau BAB bercampur Darah Hasil laboratorium Tgl. 28 Juni 2018 HB:2.4 g/dl , Tgl. 30 Juni 2018 HB:5.2 g/dl, Tgl. 2 Juli 2018 HB:7.5 g/dl, Tgl. 3 Juli 2018 HB:8.7 g/dl, Tranfusi darah Habis 6 kantong @ 200 cc

c. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invansif

Risiko infeksi menurut NANDA adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Faktor risiko dalam NANDA yang sesuai dengan kondisi pasien adalah tindakan invansif. Berdasarkan data yang diperoleh Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm sejak 28 Juni 2018, Transfusi darah 6 kolf PRC, Hb 7,5 mg/dL

d. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

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 informasi. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien Pasien mengatakan belum mengetahui pengertian, penyebab dan gejala tentang, penyakitnya yaitu penyakit kurang darah, Umur 56 tahun, Pasien tampak bertanya kepada perawat, tentang penyakitnya.

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, realistis, 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 Tn. C 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 fisik

Pain level bertujuan untuk mengobservasi keluhan pasien tentang nyeri yang dirasakan, Alasan mengambil tujuan *pain level* untuk menyesuaikan dengan kondisi Benjolan di anus, Terasa panas, Anus, Skala 5, Saat BAB, Terdapat hemoroid di anus pasien, TD 100/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,0 °C, RR 22 x/menit. Sehingga tujuan yang dicapai adalah agar rentang nyeri yang dirasakan pasien berkurang dan skala nyeri pasien berkurang.

Pain management bertujuan untuk mengurangi rentang nyeri dari keluhan pasien, meningkatkan rasa nyaman pasien, Alasannya untuk mengetahui rentang dan respon nyeri pasien, tanda-tanda vital sebagai salah satu indikator dalam penentuan nyeri pasien dan mengatasi nyeri pasien dengan cara memberikan pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi.

b. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang 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 kurang terpapar informasi ditandai dengan Pasien mengatakan belum mengetahui pengertian, penyebab dan gejala

tentang, penyakitnya yaitu penyakit kurang darah, Umur 56 tahun, Pasien tampak bertanya kepada perawat, tentang penyakitnya

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. Risiko perdarahan dengan faktor risiko trauma

Blood lose severity, dengan alasannya pasien mengalami perdarahan pada luka Anemia pada Hemoroid di payudara kirinya, karena luka jahitan menutup tidak sempurna sehingga terjadi perdarahan. Oleh karena itu, dengan tujuan *blood lose severity* diharapkan agar tidak terjadi perdarahan kembali.

Bleeding precautions bertujuan untuk mengatasi perdarahan didalam tubuh ataupun pecahnya pembuluh darah pada pasien yang berisiko. Alasannya untuk mengetahui perdarahan pasien, *manual pressure* untuk menghentikan perdarahan, *bed rest* untuk menghindari risiko perdarahan, *bed rest* untuk menghindari risiko perdarahan dan pemberian obat antiperdarahan.

d. Risiko infeksi dengan faktor risiko prosedur iivansif

Risk control bertujuan untuk membentuk aksi mandiri untuk memahami, mencegah, mengurangi dan memodifikasi kesehatan untuk

mengurangi risiko infeksi. Alasannya Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm sejak 28 Juni 2018, Transfusi darah 6 kolf PRC, Hb 7,5 mg/dL.

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 Tn. C 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 Tn. C dengan diagnosa Anemia pada Hemoroid dilaksanakan secara berkesinambungan. Dalam hal ini, penulis tidak bekerja sendiri, melainkan dengan bantuan perawat di ruang Melati, 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 tingkat nyeri secara komprehensif, Mengukur tanda-tanda vital, Mengajarkan teknik relaksasi, memberikan obat injeksi kalnex 500mg/8 jam/IV.

b. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Memberikan penjelasan tentang perawatan dan pengobatan tentang penyakitnya.

c. Risiko perdarahan dengan faktor risiko trauma

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Monitor ketat tanda-tanda pendarahan, memberikan obat injeksi kalnex 500mg/8 jam/IV.

d. Risiko infeksi dengan faktor risiko pertahanan prosedur invasif

Dalam diagnosa keperawatan ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu Mengukur Tanda-tanda vital, Mengobservasi tanda-tanda infeksi (balutan 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. Dari keempat diagnosa keperawatan dapat teratasi semua.

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 RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul 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 Kasus

Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali dilakukan oleh peneliti, sehingga masih banyak kekurangan dan keterbatasan di dalam penelitian ini. Keterbatasan-keterbatasan itu antara lain

- a. Keterbatasan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
- b. Implementasi yang belum selesai karena pasien segera pindah ruangan untuk dilakukan persiapan operasi