**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

 Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *hemoroid* di ruang G1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis *hemoroid* di ruang G1 Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

 **4.1 Pengkajian**

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

**4.1.1 Identitas pasien**

Data yang ditemukan pada tinjauan kasus *hemoroid* pasien bernama Tn.S, jenis kelamin laki-laki berusia 18 tahun, sedangkan pada tinjauan pustaka jumlah pasien perempuan lebih dominan di bandingkan pasien laki-laki terutama yang berusia lebih dari 25 tahun kecuali wanita hamil ( Meita S 2010)

**4.1.2 Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan utama

 Pada data yang ditemukan pada Tn.S nyeri dibagian anus dan berak bercampur darah. Menurut Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala (2011) nyeri, pendarahan pada anus, dan merasa ada benjolan di anus. Hal ini menunjukan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan kasus yang di alami Tn.S.

2. Riwayat penyakit sekarang

 Pasien nyeri dibagian rektum dan berak bercampur darah. Pada tinjauan pustaka menurut Diyono dan Mulyanti,Sri (2013) perih saat buang air besar, feses yang keluar keras, ssat BAB terdapat darah setelah feses keluar, dan rasa panas di sekitar rectum. Dalam hal ini semua tanda dan gejala yang ada dalam tinjauan pustaka tidak semuanya dialami oleh pasien.

3. Riwayat penyakit dahulu

 Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat menunjang terjadinya hemoroid. Pada tinjauan pustaka Muttaqin,Arif dan Sari,Kumala (2011) faktor predisposisi yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya, riwayat peradangan pada usus, dan riwayat diet rendah serat.

4. Pemeriksaan fisik

1. Pernafasan (B1 : Breathing)

Pada saat dikaji didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan simetris

irama nafas reguler, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, tidak terdapat otot bantu nafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, pasien tidak batuk dan tidak ada sputum, RR = 19x/menit SPO2 99%. Dapat di simpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka

1. Kardiovaskuler (B2 : Blood)

Ictus cordis ICS 4-5 mid clavikula sinistra, CRT < 2 detik, irama jantung reguler, tidak terdapat edema, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, Akral hangat, tidak ada pembesaran getah kelenjar getah bening, tidak ada nyeri dada, dan tidak ada pendarahan. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka.

1. Persyarafan (B3 : Brain)

Saat dilakukan pengkajian Nervus Olfaktorius (N.I) Pasien mampu mencium bau minyak tawon, dengan keadaan kedua mata tertutup. Nervus Opticus (N.II) Pasien mampu membaca tulisan pada buku dengan jarak 30 cm dalam keadaan pencahayaan ruangan yang cukup, pasien mengatakan merasa tidak ada maslah dengan pengelihatannya. Nervus Okulomtorius (N.III) Pada kedua mata pasien mampu membuka mata dengan maksimal, dan menggerakkannya ke atas, bawah dan ke samping. Nervus Trochlearis (N.IV) Pada kedua mata pasien mampu menggerakan bola mata. Nervus Trigeminus (N.V) Pasien mampu menggerakkan rahangnya dan dapat membuka mulut dengan maksimal. Nervus Abducens (N.IV) Pasien mampu menggerakan bola matanya. Nervus Fasialis (N.VII) Pasien mampu tersenyum simetris,mengerutkan dahi dan mengangkat alis. Nervus Akustikus (N.VIII) Fungsi Pendengaran normal, Pasien mampu mendengarkan suara perawat dan merespon apa yang disampaikan oleh perawat. Nervus Glosofaringeus (N.IX) Pasien mampu menelan air ludah dengan baik.Tidak ada gangguan pada proses menelan. Nervus Vagus (N.X) Tidak ada reflek tersedak ketika pasien menelan air ludah sendiri. Nervus Asesorius ( N.XI) Pasien mampu mengangkat tangan dan melawan tahanan. Nervus Hipoglosus (N.XII) Pasien mampu menjulurkan lidah nya. Dapat disimpulkan tidak ada perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, pada pasien tidak didapatkan kelainan pada system syaraf.

1. Perkemihan (B4 : Bladder)

Tidak ada distensi pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, BAK sebelum masuk rumah sakit 3 – 4 kali/perhari dengan jumlah urine kurang lebih 1200cc/24 jam, Setelah MRS jumlah urine kurang lebih 1200cc/24 jam dengan warna urine kuning jernih. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka.

1. Pencernaan (B5 : Bowel)

Hasil pengkajian didapatkan, mukosa mulut lembab,mulut bersih,tidak ada gigi palsu, faring tidak ada peradangan. Sebelum masuk rumah sakit, frekuensi makan 3x/hari 1 porsi habis, tidak ada pantangan. Pada saat MRS diit makan nasi biasa , dengan frekuensi makan 3x/hari habis satu porsi.Tidak ada nyeri abdomen. Tidak ada mual, tidak terpasang NGT, tidak ada kelainan abdomen.

Terdapat hemoroid eksternal di jam 11,1,3,7 dan terasa nyeri P : nyeri ketika BAB dan duduk, Q : cekot – cekot, R : sekitar rectum, S : 3 (ringan), T : kadang kadang. Eliminasi alvi SMRS 2x sehari konsistensi lunak, watna kuning, ketika MRS 1x sehari lunak dan berwarna kuning. Pada tinjauan pustaka Muttaqin,Arif dan Kumala,Sari (2011) pemeriksaan anus untuk melihat adanya benjolan pada anus dan adanya ulserasi di sekitar anus. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka.

1. Muskuloskeletal dan Integumen (B6 : Bone)

Tidak terdapat fraktur, deformitas ataupun krepitasi,Kemampuan bergerak bebas. ROM bebas, tidak ada kelainan jaringan atau trauma.

Kekuatan Otot : 5555 5555

` 5555 5555

Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tinjauan pustaka dan

tinjauan kasus.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan kasus yaitu (Huda,Amin dan Kusuma,Hardhi,2016):

* 1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik,biologis,kimia.
	2. Intoleransi aktifitas
	3. Gangguan rasa nyaman
	4. Resiko syok
	5. Resiko infeksi
	6. Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi.
	7. Ansietas berhubungan dengan pembedahan dan rasa malu.

Pada saat menentukan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian

Didapatkan dua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik,biologis,kimia.

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini.

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik,biologis,kimia.

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini.

3. Resiko infeksi

 Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada diagnosa *hemoroid* secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

**4.3 Perencanaan**

 Merumuskan perencanaan dari tinjauan pustaka dan memilih perencanaan yang tepat berdasarkan kondisi pasien. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan alasasn penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

 Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data adan kriteria hasil yang di tetapkan.

1. Pre operasi :
2. Nyeri akut berhubungan dengan faktor – faktor fisik,biologis,kimia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasilnya pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, nyeri teratasi, tanda-tanda vital dalam batas normal, ekspresi wajah tampak tenang.
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien dapat memahami operasi yang akan dilakukan pada dirinya. Kriteria hasilnya pasien terlihat lebih tenang, pasien mengenali sumber kecemasan.
4. Post operasi
5. Nyeri akut berhubungan dengan faktor–faktor fisik,biologis,kimia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasilnya pasien mencoba metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri, nyeri teratasi, tanda-tanda vital dalam batas normal, ekspresi wajah tampak tenang.
6. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan pasien dapat memahami operasi yang akan dilakukan pada dirinya. Kriteria hasilnya pasien terlihat lebih tenang, pasien mengenali sumber kecemasan.
7. Resiko infeksi berhubungan dengan luka bekas operasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien terhindar dari resiko infeksi. Kriteria hasilnya pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi dan leukosit dalam batas normal.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

**4.4 Pelaksanaan**

Tujuan dalam pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan, yang mencakup kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan kesehatan. Namun perencanaan pada teori tidak semua penulis dapat laksanakan pada kasus karena disesuaikan pada kondisi pasien pada saat dilakukan asuhan keperawatan.

 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 pasien 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 pasien yang sebenarnya.

 Dalam pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu natara lain : adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

 Dalam hal hambatan tidak ditemukan karena adanya perawat melakukan pendekatan dan pasien selalu kooperatif dengan setiap tindakan yang dilakukan, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

1. Pre operasi :
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Dilakukan tindakan keperawatan : observasi tanda-tanda vital, observasi frekuensi dan reaksi nyeri, memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik nafas dalam. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan tetap disusun dan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.

1. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini. Dilakukan tindakan keperawatan : memberikan penjelasan tentang prosedur operasi, identifikasi stressor cemas. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan tetap disusun dan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.
2. Post operasi
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Dilakukan tindakan keperawatan : observasi tanda-tanda vital, observasi frekuensi dan reaksi nyeri, memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik nafas dalam. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan tetap disusun dan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.

1. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini. Dilakukan tindakan keperawatan : memberikan penjelasan tentang prosedur operasi, identifikasi stressor cemas. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan tetap disusun dan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan bekas luka operasi. Dilakukan tindakan keperawatan : meng kaji luka, tanda infeksi di sekitar luka, adanya pus, dan bengkak sekitar luka. Kalaborasi pemberian antibiotik dengan dokter. Terdapat kesamaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, akan tetapi pada pelaksanaan tinjauan kasus perencanaan tetap disusun dan direalisasikan pada pasien, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara koordinasi dan terintegrasi karena merupakan kasus nyata yang disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien sebenarnya.

**4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, pada tahap ini penulis menilai sejauh mana tujuan keperawatan dapat tercapai. Evaluasi merupakan tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang telah berjalan agar dapat melihat sejauh mana diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai. Dari semua rangkaian proses dari mulai pengkajian sampai dengan implementasi keperawatan penulis tidak mengalami kesulitan yang bermakna, karena penulis melakukan pengamatan dan kajian secara langsung pada semua proses yang ada.

Evaluasi belum dapat dilakukan pada tinjauan pustaka karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

1. Diagnosa satu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis,

kebutuhan pasien sudah terpenuhi 1x24 jam karena tindakan yang tepat pelaksanaan operasi dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 06 Juni 2018.

1. Diagnosa kedua ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini.

Kebutuhan pasien sudah terpenuhi 1x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 06 Juni 2018.

1. Diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan luka bekas operasi,

Kebutuhan pasien sudah terpenuhi 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 06 Juni 2018.

 Pada hari rabu 06 Juni 2018 pukul 11.00 WIB pasien sudah pulang dan diberi edukasi untuk meminum obatnya setiap hari sesuai dosis yang dianjurkan oleh dokter dan pasien juga di edukasi untuk melakukan rendam duduk PK setiap mandi. Pasien juga harus control luka post operasinya pada hari jum’at pada tanggal 09 Juni 2018.