

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosa alopecia. Dalam penyusunan pembahasan ini, penulis memperhatikan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Sebelum melakukan asuhan keperawatan, penulis memerlukan pengkajian yang tepat. Karena pengkajian merupakan proses awal dalam melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian yang tepat menentukan diagnosa yang sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh pasien sehingga penanganan masalah yang dialami oleh pasien dapat teratasi dengan baik (Nursalam,2008). Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian, menunjukkan bahwa pasien mengatakan sering menunduk apabila bercerita tentang kebutakannya, saat diajak berkomunikasi, pasien sering tidak melakukan kontak mata dengan lawan bicaranya. Pasien juga sering memegang kepalanya, untuk menutupi kebutakannya. Pasien sering bertanya mengenai prosedur transplantasi, perawatan sebelum dan sesudah proses transplantasi. Pasien sering bertanya pertanyaan yang sama berulang kali tentang transplantasi rambut. Pasien sering menggerakkan jari tangannya ketika membicarakan tentang prosedur transplantasi. Tekanan darah 139/100 mmHg, Nadi 83x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 37,5 C. Skor HARS pasien menunjukkan gejala kecemasan ringan. Berdasarkan pengkajian tersebut

dapat kesimpulan bahwa pasien yang akan mengalami operasi transplantasi rambut akan mengalami masalah gangguan konsep diri, kurang pengetahuan dan kecemasan.

Menurut Stuart, 2007 setiap perubahan tubuh akan mempengaruhi kehidupan individu. Individu yang stabil, realistis dan konsisten terhadap gambaran dirinya akan memperlihatkan kemampuan yang mantap terhadap realisasi yang akan memacu sukses didalam kehidupan sehingga terhindar dari rasa cemas dan meningkatkan harga dirinya. Hal ini berbeda apabila individu tersebut tidak dapat menerima kondisi perubahan fisik yang dialaminya. Pasien yang mengalami perubahan fisik, akan mengakibatkan perubahan konsep diri. Hal ini dikarenakan pasien akan merasa berbeda dengan orang pada umumnya. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang penuli temukan. Pasien yang mengalami kebutakan akan mengalami gangguan konsep diri/harga diri. Pasien juga mengalami kurang pengetahuan mengenai prosedur operasi transplantasi. Hal ini dikarenakan latar belakang pendidikan pasien bukan dari kesehatan, sehingga pengetahuan mengenai kesehatan terutama mengenai prosedur transplantasi juga kurang. Pasien mengalami kecemasan terhadap tindakan operasi transplantasi dikarenakan pasien takut membayangkan tindakan operasi. Pasien takut jika operasinya gagal.

4.2 Diagnosa

Sedangkan setelah dilakukan pengajian, maka diagnosis yang muncul adalah: Gangguan Konsep Diri / Harga diri berhubungan dengan perubahan penampilan fisik ditandai dengan tidak ada kontak mata ketika pasien bicara,

Kurang pengetahuan prosedur operasi transplantasi b.d kurang informasi ditandai dengan pasien banyak bertanya hal yang sama mengenai prosedur operasi transplantasi berulang kali, Cemas berhubungan dengan tindakan operasi transplantasi ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah meningkat).

Pada diagnosa pertama, penulis mengambil Gangguan Konsep Diri / Harga diri berhubungan dengan perubahan penampilan fisik ditandai dengan tidak ada kontak mata ketika pasien bicara. Masalah tersebut muncul oleh karena pada saat pertama kali dikaji pasien mengeluh kurang percaya diri dan malu terhadap kondisi kebutakan yang dialaminya. Pasien mengeluh terganggu dengan kebutakannya, karena mengurangi rasa kepercayaan dirinya ketika tampil dimuka umum. Saat menceritakan tentang kebutakannya pasien Nampak sering menunduk dan jarang menatap mata penulis. Pasien sudah mencoba berbagai obat untuk menumbuhkan rambut, tetapi masih belum berhasil

Penullis menggunakan diagnosa keperawatan Kurang pengetahuan prosedur operasi transplantasi b.d kurang informasi ditandai dengan pasien banyak bertanya hal yang sama mengenai prosedur operasi transplantasi berulang kali karena pasien bertanya mengenai proses operasi transplantasi, prosedur operasi, perawatan sebelum dan sesudah operasi transplantasi. Termasuk makanan dan obat-obatan apa saja yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi. Pasien juga banyak bertanya mengenai penyakit yang dideritanya. Mulai dari penyebab, pengobatan, dan apakah ada hubungannya dengan keturunan, karena menurut pengakuan pasien, kakeknya juga ada yang mengalami kebutakan yang sama dengan dirinya.

Penulis menggunakan diagnosa keperawatan Cemas berhubungan dengan tindakan operasi transplantasi ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah meningkat). Penulis memilih diagnosa keperawatan ini dikarenakan, pada waktu pengkajian, pasien mengungkapkan rasa cemas sebelum dilakukan operasi transplantasi. Pasien sering menggerakkan jari tangannya ketika membicarakan tentang prosedur transplantasi. Tekanan darah 139/100 mmHg, Nadi 83x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 37,5 C. Skor HARS pasien menunjukkan gejala kecemasan ringan. Pasien merupakan seseorang yang selalu menjaga kesehatannya. Pasien juga menetapkan perilaku hidup sehat. Mengontrol asupan makanan dan rajin berolahraga. Pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Pasien ke rumah sakit hanya untuk pemeriksaan kesehatan rutin yang sering dilakukan oleh perusahaannya.

Pada tinjauan pustaka, dalam menentukan diagnosa keperawatan, tidak menggunakan analisis data yang berisikan data objektif, subjektif, kemungkinan penyebab, kemudian baru ditemukan masalah. Masalah ini yang menjadi dasar ditegakkannya diagnosis keperawatan. Dalam teori penentuan diagnosis keperawatan masih berdasarkan gambaran secara umum, tidak berdasarkan apa yang dirasakan oleh pasien.

3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan berhubungan dengan diagnosa keperawatan spesifik yang ditetapkan oleh perawat untuk mencapai tujuan perawatan sesuai dengan kriteria hasil. (Alimul, 2003).

Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada pasien adalah: pada diagnosa pertama, yaitu diagnosa Gangguan Konsep Diri / Harga diri berhubungan dengan perubahan penampilan fisik ditandai dengan tidak ada kontak mata ketika pasien bicara, perawat menetapkan tujuan berupa Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2×24 jam, diharapkan tidak terjadi gangguan harga diri, dengan kriteria hasil pasien menyatakan penerimaan situasi diri, pasien dapat bicara dengan keluarga / orang terdekat tentang situasi , perubahan yang terjadi, pasien dapat membuat tujuan realitas/ rencana untuk masa depan, pasien dapat masukkan perubahan dalam konsep diri tanpa harga diri negative. Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat adalah: Kaji makna kehilangan / perubahan pada pasien/ orang terdekat, berikan harapan dalam parameter situasi individu: jangan memberikan keyakinan yang salah, berikan penguatan positif terhadap kemajuan dan dorongan usaha untuk mengikuti tujuan rehabilitasi, berikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana keluarga dapat membantu pasien, kolaborasi dengan keluarga untuk memberikan motivasi pada pasien.

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan kedua, yaitu: Kurang pengetahuan prosedur operasi transplantasi b.d kurang informasi ditandai dengan pasien banyak bertanya hal yang sama mengenai prosedur operasi transplantasi berulang kali. Tujuan keperawatan adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan yang berhubungan dengan penyakitnya. kriteria hasil yang ditetapkan adalah Pasien mengerti dan paham tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan, pasien dapat mengerti tentang tindakan pengobatan dan terapi,

pasien dapat melakukan perubahan pola hidup tertentu dan berpartisipasi dalam program pengobatan. Intervensi yang dilakukan perawat pada diagnosa keperawatan kedua adalah Kaji ulang prognosis dan harapan yang akan datang, ajarkan pasien mengenai apa itu alopecia, transplantasi rambut yang berhubungan dengan kondisi pasien, ajarkan bagaimana perawatan pada rambutnya yang mengalami kerontokan, ajarkan pasien bagaimana cara merawat rambut sebelum dilakukan transplantasi rambut, anjurkan pasien untuk mengikuti pola hidup sehat.

Pada diagnosa keperawatan ketiga: Cemas berhubungan dengan tindakan operasi transplantasi ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah meningkat). Tujuan yang dibuat oleh perawat pada diagnosa ini adalah: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam di harapkan pasien dapat menurunkan tingkat kecemasannya. Intervensi keperawatan yang dibuat adalah: Jelaskan apa yang terjadi selama periode praoperasi dan pascaoperasi, termasuk tes laboratorium praoperasi, persiapan kulit, obat-obatan praoperasi, tinggal di ruang pemulihan, dan program pascaoperasi. Informasikan kepada pasien, bahwa ada obat nyeri tersedia bila diperlukan untuk mengontrol nyeri, Biarkan pasien dan orang terdekat mengungkapkan perasaan tentang pengalaman transplantasi. Perbaiki jika ada kekeliruan konsep. Rujuk pertanyaan khusus tentang pembedahan kepada dokter, ulangi penjelasan yang dibuat dokter untuk meyakinkan supaya pasien tidak cemas.

Perencanaan yang ada dalam tinjauan pustaka tidak mencantumkan jangka waktu, hal ini dikarenakan dalam tinjauan pustaka hanya dijelaskan gambaran umum saja, tidak spesifik seperti yang ada dalam pengkajian yang sudah dilakukan kepada pasien. Jangka waktu/ target pencapaian tujuan dari asuhan

keperawatan penting sekali untuk mengukur sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan yang telah kita lakukan kepada pasien. Penyusunan rencana keperawatan dan kriteria hasil hampir sama dengan yang ada pada teori. Hal ini dikarenakan, dalam menyusun rencana keperawatan, penulis mengacu pada teori yang berlaku. Perencanaan yang dibuat terdapat alasan rasional mengapa memilih perencanaan tersebut. Hal ini dimaksudkan supaya setiap tindakan yang dilakukan oleh penulis, dapat dijelaskan kepada pasien. Mengingat pengetahuan pasien terhadap alasan tindakan yang dilakukan kepadanya, dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.

3.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya. Tujuan dari pelaksanaan tindakan keperawatan adalah untuk mencapai tujuan dan criteria hasil yang sudah ditetapkan pada intervensi keperawatan sebelumnya, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2008). Pelaksanaan keperawatan dalam tinjauan pustaka tidak dilaksanakan, karena dalam membuat asuhan keperawatan dalam tinjauan pustaka tidak ada pasiennya.

Dalam melakukan asuhan keperawatan, Penulis melaksanakan pelaksanaan asuhan keperawatan keperawatan kepada pasien, sesuai dengan perencanaan yang ditulis sebelumnya.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. T, yang dilaksanakan pada tanggal 09-10 Desember 2014, diagnosa pertama meliputi: mengkaji makna kehilangan /

perubahan pada pasien/ orang terdekat, memberikan harapan dalam parameter situasi individu: jangan memberikan keyakinan yang salah, berikan penguatan positif terhadap kemajuan dan dorongan usaha untuk mengikuti tujuan rehabilitasi, memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana keluarga dapat membantu pasien, kolaborasi dengan keluarga untuk memberikan motivasi pada pasien.

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Tn. T, yang dilaksanakan pada tanggal 09-10 Desember 2014 pada diagnosa kedua, meliputi: mengkaji ulang prognosis dan harapan yang akan datang. Ajarkan pasien mengenai apa itu alopecia, transplantasi rambut yang berhubungan dengan kondisi pasien, mengajarkan bagaimana perawatan pada rambutnya yang mengalami kerontokan, mengajarkan pasien bagaimana cara merawat rambut sebelum dilakukan transplantasi rambut, menganjurkan pasien untuk mengikuti pola hidup sehat.

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Tn. T, yang dilaksanakan pada tanggal 09-10 Desember 2014 pada diagnosa ketiga, meliputi: menjelaskan apa yang terjadi selama periode praoperasi dan pascaoperasi, termasuk tes laboratorium praoperasi, persiapan kulit, obat-obatan praoperasi, tinggal di ruang pemulihan, dan program pascaoperasi. Informasikan pasien, bahwa ada obat nyeri tersedia bila diperlukan untuk mengontrol nyeri, membiarkan pasien dan orang terdekat mengungkapkan perasaan tentang pengalaman transplantasi. memperbaiki jika ada kekeliruan konsep. Rujuk pertanyaan khusus tentang pembedahan kepada dokter, menegaskan kembali penjelasan dari dokter, kolaborasi pemberian dormikum tablet 7,5 mg secara oral.

3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menunjukkan seberapa jauh diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai. Evaluasi keperawatan digunakan untuk melakukan perbandingan yang sistematis terhadap status kesehatan pasien. Tahap evaluasi keperawatan diletakkan pada akhir proses asuhan keperawatan dan merupakan proses integral pada setiap proses asuhan keperawatan (Nursalam, 2008).

Pada tinjauan pustaka, tidak didapatkan catatan perkembangan pasien. Ini dikarenakan pada tinjauan pustaka tidak berdasarkan data dari pasien langsung. Pada tinjauan pustaka hanya ada gambaran secara umum kondisi pasien pre operasi. Pada tinjauan kasus ada catatan perkembangan, ini dikarenakan, dalam membuat asuhan keperawatan, berdasarkan pada data yang ada pada pasien. Evaluasi pada diagnosa keperawatan pertama Gangguan Konsep Diri / Harga diri berhubungan dengan perubahan penampilan fisik ditandai dengan tidak ada kontak mata ketika pasien bicara, dapat teratasi selama dua hari, yaitu pada tanggal 09-10 Desember 2014. Dokter dan perawat menjelaskan bahwa, banyak pasien yang mengalami hal serupa dengan pasien, tapi berhasil sembuh dengan operasi transplantasi rambut. Setelah mendengarkan penjelasan tersebut, pasien mengatakan lebih percaya diri terhadap kondisi tubuhnya. Pada tanggal 10 Desember 2014, penulis mengevaluasi lagi tentang gangguan konsep diri pada pasien. Hasilnya adalah masalah teratasi. Pasien mengatakan bahwa sekarang pasien sudah tidak malu dengan keadaan rambutnya, pasien tampak menatap mata lawan bicara, pasien sudah tidak menunduk lagi jika diajak bicara.

Pada diagnosa kedua, Kurang pengetahuan prosedur operasi transplantasi b.d kurang informasi ditandai dengan pasien banyak bertanya hal yang sama mengenai prosedur operasi transplantasi berulang kali teratasi pada 10 Desember 2014. Tingkat pendidikan pasien yang tinggi, memungkinkan pasien untuk cepat paham terhadap penjelasan yang dilakukan oleh penulis. Pada awalnya pasien banyak bertanya tentang prosedur transplantasi dan perawatannya. Setelah dijelaskan, pasien paham dengan prosedur transplantasi dan perawatannya. Pengetahuan yang cukup tentang keadaan tubuhnya dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Pada tanggal 10 Desember 2014, penulis menayakan kembali mengenai penyakit yang diderita pasien, operasi transplantasi rambut dan perawatan pasca operasi transplantasi rambut. Hasilnya adalah masalah teratasi. Pasien mengatakan sudah mengetahui kondisi penyakitnya dan perawatan setelah operasi transplantasi rambut. Pasien juga sudah menceritakan kepada keluarga bagaimana perawatan pasca transplantasi, sehingga keluarga juga paham mengenai kondisi yang dialami oleh pasien.

Pada diagnosa ketiga, yaitu: Cemas berhubungan dengan tindakan operasi transplantasi ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah meningkat), teratasi pada tanggal 10 Desember 2014. Setelah dijelaskan tentang kondisi penyakitnya, prognosis kesembuhan dan perawatan yang harus dilakukan. Pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi. Dukungan keluarga yang kuat, dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi operasi transplantasi rambut. Pada tanggal 10 Desember 2014, penulis mengevaluasi tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien. Hasilnya adalah masalah teratasi.