

BAB IV

PEMBAHASAN

A. GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

1. Sejarah Rumah Sakit Umum Mitra Mulia Husada

Rumah Sakit Umum Mitra Mulia Husada adalah lembaga pelayanan kesehatan masyarakat di bawah naungan PT.Mitra Mulia Husada yang dulunya adalah Klinik Rawat Jalan yang kemudian Berkembang menjadi Rumah Sakit Umum Mitra Mulia Husada diresmikan pada tanggal 13 September 2011 sebagai rumah sakit Tipe D. RSUD. Mitra Mulia Husada mempunyai 8 pelayanan spesialis, layanan yang ada meliputi Poliklinik umum, Poliklinik Anak, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Bedah, Poliklinik Mata, Poliklinik THT-KL, Poliklinik Gigi, Poliklinik Kandungan dan Poliklinik Kesehatan Jiwa.

2. Letak Geografis

RSU. Mitra Mulia Husada merupakan salah satu rumah sakit yang strategis. Terletak di Proklamator Raya No.162-164 Bandar Jaya Timur Kec.Terbanggi Besar Kab.Lampung Tengah. RSUD. Mitra Mulia Husada memiliki luas wilayah 2.267 meter persegi, dan luas gedung 4.021 meter persegi. RSUD.Mitra Mulia Husada mempunyai fasilitas meliputi dari mulai Radiologi, Laboratorium, Endoskopi, USG 4 dimensi dan masih banyak lagi yang lainnya semua terintegrasi dengan baik didalam lingkungan rumah sakit.

Komplek RSUD Mitra Mulia Husada terdapat berbagai fasilitas Umum Mushola, Kantin, Antar Jemput Pasien Radius 3 Km

B. ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN

1. Analisis Data Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dasar dalam proses keperawatan, merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya (rohman, 2012). Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan terhadap Ny. S masuk ke RSUD. Mulia Husada Bandar Jaya 2 desember 2022 dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus (DM). Awalnya kakinya tertusuk kayu 4 minggu yang lalu semakin lama semakin membengkak, Kemudian merasa lemasnya dirasakan terus-menerus, rasa lemasnya dirasakan seperti tidak bertenaga. Klien juga merasa pusing, tidak nafsu makan, mual, muntah. Tekanan darah :130/80 MmHg, nadi : 84 x/ m, suhu : 36,5, respirasi : 20x/menit dan gula darah : 350 mg/dl. Sedangkan sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Yusuf tahun 2016 yaitu lemas, tidak nafsu makan, mual muntah dan cemas.

Analisis : ada kesenjangan antara teori dengan kasus yaitu pada manifestasi klinis pasien Ny.S mengalami pusing sedangkan pada teori oleh Yusuf mengenai manifestasi klinis penderita diabetes mellitus tidak mengalami pusing.

2. Analisis Diagnosa Keperawatan

Menurut teori diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien dengan ulkus diabetik meliputi :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Analisis : tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Dalam perumusan diagnosa penulis juga mengangkat diagnosa yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Dalam perumusan diagnosa keperawatan ditemukan adanya keluhan nyeri yang dirasakan pasien, faktor yang memperberat nyeri, sikap protektif.

b. Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Analisis : tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Dalam perumusan diagnosa penulis juga mengangkat diagnosa yang sama, dimana ditemukan data kerusakan jaringan kulit, nyeri dan kemerahan

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (nafsu makan menurun, mual)

Analisis : tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Dalam perumusan diagnosa penulis juga mengangkat diagnosa yang sama, karena ditemukan data berat badan menurun, membran mukosa pucat, nafsu makan menurun

d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif

Analisis : ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Dalam perumusan diagnosa penulis tidak mengangkat diagnosa yang sama karena tidak ada data yang ditemukan selama pengkajian seperti nadi teraba lemah, tekanan darah meningkat, turgor kulit menurun, volume urine menurun dan hematokrit meningkat

3. Analisis Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tujuan kasus, dimana perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat teratasi (Irfilia, 2017).

Saat merumuskan rencana keperawatan, peneliti harus menyesuaikan masalah yang muncul dan mempertimbangkan untuk dilaksanakannya rencana tindakan tersebut di dalam rumusan perencanaan keperawatan. Peneliti harus berpedoman pada teori yang telah disesuaikan dengan kondisi klien, alat yang tersedia, dan sumber daya yang ada. Perencanaan yang peneliti lakukan pada kasus Ny.S adalah mengacu kepada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Adapun intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun oleh peneliti sudah menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain :

Manajemen nyeri.

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 6) Identifikasi budaya terhadap respon nyeri
- 7) Monitor efek samping penggunaan analgesik
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Terapeutik

- 9) Fasilitasi istirahat tidur
- 10) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- 11) Beri teknik non farmalogis untuk meredakan nyeri

Edukasi

- 12) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 13) jelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi:

- 14) Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

Analisis : berdasarkan intervensi diatas tidak ada kesenjangan antara teori dan intervensi yang dirumuskan penulis terhadap kasus

b. Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Adapun intervensi tindakan gangguan integritas jaringan yang telah disusun oleh peneliti sudah menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran dan bau)
- 2) Monitor tanda – tanda infeksi

Terapeutik :

- 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 4) Bersihkan dengan cairan NaCl
- 5) Bersihkan jaringan nekrotik
- 6) Berikan salep yang sesuai (jika perlu)
- 7) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 8) Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai

Edukasi :

- 9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi :

- 10) Kolaborasi pemberian antibiotik

Analisis : berdasarkan intervensi diatas tidak ada kesenjangan antara teori dan intervensi yang dirumuskan penulis terhadap kasus.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (nafsu makan menurun, mual)

Adapun intervensi tindakan defisit nutrisi yang telah disusun oleh peneliti sudah menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain :

Manajemen nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- 4) Monitor asupan makanan

- 5) Monitor berat badan
- 6) Promosi berat badan
- 7) Identifikasi kemungkinan BB berkurang
- 8) Monitor adanya mual dan muntah
- 9) Monitor berat badan
- 10) Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari

Terapeutik:

- 11) Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu
- 12) Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien
- 13) Berikan pujian pada pasien dan keluarga untuk peningkatan yang dicapai

Edukasi :

- 14) Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau
- 15) Jelaskan peningkatan kalori yang dibutuhkan

Analisis : berdasarkan intervensi diatas tidak ada kesenjangan antara teori dan intervensi yang dirumuskan penulis terhadap kasus

4. Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017).

Implementasi dilakukan pada tanggal 3 Desember 2022 dengan melakukan tindakan manajemen nyeri yaitu Mengidentifikasi nyeri. Mengontrol lingkungan dengan membatasi tamu. Memfasilitasi istirahat dengan posisi semi fowler. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Memberikan obat injeksi santagesik 1 gr. IV.

Implementasi dilakukan tanggal 3 Desember 2022 dengan melakukan tindakan Perawatan luka yaitu : Memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran dan bau). Memonitor tanda – tanda infeksi. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan. Membersihkan luka dengan cairan NaCl. Membersihkan jaringan nekrotik. Memasang balutan luka. Mengganti balutan luka dalam interval waktu yang ditentukan. Menjelaskan tanda dan gejala. Kolaborasi memberikan obat injeksi ceftriaxon 1 gr

Implementasi dilakukan tanggal 3 Desember 2022 dengan melakukan tindakan keperawatan manajemen nutrisi yaitu : Memonitor asupan makanan. Memonitor berat badan. Mengajak klien melakukan ora hygiene sebelum makan. Memberikan makanan tinggi kalori dan protein. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Mengajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet.

Analisis : berdasarkan hal tersebut tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi.

5. Analisis Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode (Yustiana Olfah, 2016).

Dari hasil studi kasus ini didapatkan bahwa masalah nyeri teratasi sebagian, yang ditandai pada pasien Ny S terdapat adanya penurunan skala nyeri dan peningkatan rasa nyaman terjadi secara bertahap mulai skala nyeri 5 menjadi 3. Masalah integritas jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan berupa perawatan luka dengan menggunakan metode konvensional didapatkan hasil masalah keperawatan gangguan integritas jaringan belum teratasi, ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka dikaki Kiri, Luas luka : $P \times L = 31 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$, Luka grade IV. Pada masalah defisit nutrisi, masalah ini teratasi sebagian ditandai dengan klien mengatakan mual berkurang, makanan habis setengah porsi dan mulai nafsu makan, namun belum ada penambahan berat badan pada klien.

Analisis : Evaluasi keperawatan antara teori dengan kasus mengacu pada tujuan diagnosa keperawatan yang diangkat sesuai dengan kriteria hasil yang

diharapkan. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan evaluasi selama 3x24 jam sesuai dengan waktu rawat pasien diruangan. Hal tersebut menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.