

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka pada Bab 2 dan Tinjauan kasus pada Bab 3. Dalam asuhan keperawatan pada Tn. F dengan diagnosa medis DM + Gangren Pedis di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan yang meliputi pengkajian keperawatan, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dan awal dari proses keperawatan, tahapannya terdiri dari pengumpulan data, penulis melakukan pendekatan pada klien dan data diperoleh melalui wawancara, pengamatan atau observasi langsung pada klien, catatan rekam medis dan petugas.

Pada tahap pengkajian didapatkan dimana pada tinjauan teori dan tinjauan kasus mengalami kesenjangan. Pada tinjauan kasus didapatkan Pasien bernama Tn. F berjenis kelamin laki-laki umur 53 berasal dari daerah Waru Pamekasan beragama islam dan pendidikan terakhir SMA. Pasien merupakan pasien yang masuk ke RSUD DR. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan melalui Unit Rawat Jalan pada tanggal 22 Juni 2015 dengan keluhan utama pusing. Sedangkan pada tinjauan teori didapatkan seringnya berkemih pada malam hari, sering merasa lapar dan rasa haus yang berlebihan.

Hasil pemeriksaan Gula Darah Acak di URJ diketahui 321 mg/dl. Pengumpulan Data diperoleh dari Pasien, Keluarga (istri), Rekam Medik, dan Pemeriksaan Fisik. Sedangkan pada teori didapatkan pemeriksaan meliputi pemeriksaan glukosa darah, gas darah arteri, ureum, urine dan pemeriksaan elektrolit.

Klien mengeluh Nyeri Kepala, datang ke Unit Rawat Jalan RSUD DR H, Slamet Martodirdjo pada tanggal 28 Mei 2015 dengan keluhan utama nyeri kepala sejak semalam, nyeri disakan sangat kuat seperti ditekan dengan kuat di daerah kepala menjalar ke leher dan bahu belakang dengan skala nyeri 8, nyeri muncul pada saat klien selesai mencuci.

Pasien mengatakan dirinya menderita DM sejak 3 Tahun yang lalu, dan pernah dirawat \pm 3 bulan yang lalu karena luka gangren di kaki kirinya. Pada saat ditanya tentang riwayat kontrol dan minum obat, pasien mengatakan jarang minum obat dan tidak pernah kontrol. Klien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan, obat, atau yang lain.

4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial. Di mana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan instruksi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, dan hasil pengkajian di atas maka penulis menarik diagnosa:

- 1) Kerusakan Integritas Kulit
- 2) Ketidakseimbangan Nutrisi dari kebutuhan

4.3 Intervensi keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu: tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosa tertentu. Tujuan khusus berfokus pada etiologi (E) dari diagnosa tertentu. Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan tindakan kolaborasi dan perawatan berkelanjutan (Keliat, 1999).

Pasien dengan Diabetes Melitus merupakan suatu keadaan gangguan sistem endokrin yang terintegrasi dengan sistem metabolik, gangguan dan kerusakan yang disebabkan oleh hormon insulin ini akan menimbulkan beberapa masalah di antaranya adalah kerusakan integritas kulit yang dimanifestasikan oleh pasien dalam kasus ini sebagai luka gangren pedis.

Teori menyebutkan bahwa pasien dengan diabetes melitus harus rajin kontrol untuk menjaga keseimbangan homeostatis tubuh. Klien jarang kontrol, tidak pernah minum obat, serta tidak melakukan manajemen nutrisi dengan baik sehingga asupan gula dan nutrien lain yang dibutuhkan oleh sel akan menurun dan akan mempercepat timbulnya luka.

Dari hal tersebut, mahasiswa akan menekankan pada mobilisasi gerak kaki pasien yang bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi perifer ke kaki pasien. Hal ini dikolaborasikan dengan terapi insulin dan diet yang adekuat, sehingga diharapkan penyembuhan kaki gangren klien dapat sesegera mungkin dan tercapai maksimal.

4.4 Implementasi keperawatan

Palaksanaan tindakan keperawatan dalam kasus ini mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dilaksanakan selama 4 Hari, dari intervensi yang telah dipersiapkan, implementasi berdasarkan

Pengetahuan-pengetahuan yang di dapat dengan memberikan informasi-informasitentang cara-cara hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara-cara menghindaripenyakit, dan sebagainya akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akanmenyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasilatau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama, tetapi perubahanyang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri(bukan karena pakasaan) (Notoajmodjo, 2003).

Menerima diartikan bahwa subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (Notoatmojo, 2003). Hal ini berkenaan dengan kepekaan seseorang terhadap rangsangan fenomena yang datang dari luar, tingkatan ini dibagi menjadi tiga kategori yakni kesadaran akan menerima fenomena, kesediaan menerima fenomena dan perhatian yang terkontrol atau terseleksi terhadap fenomena.

Selain faktor pengetahuan dan kognitif klien kedua hal yang paling penting adalah peran perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Peran yang sangat penting ini sebenarnya mengacu pada status klien yang tidak memiliki keluarga. Klien juga mengalami hambatan dalam aspek kognitif, sehingga membutuhkan pekerjaan ekstra dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.

Caring atau kepedulian dapat juga diartikan memperhatikan atau menghormati seseorang dan bertanggungjawab terhadap seseorang (Suprihatin, 2009). *Caring* sebagai komponen yang fundamental dari keperawatan, merupakan

fokus sentral dan unik dari keperawatan. Menurut Leninger (1979) dalam Laili (2009), yang membedakan keperawatan dengan disiplin kesehatan lainnya *concept of care* sebagai konsep inti dan sentral, domain yang mempersatukan dan dominan. *Caring* bersifat sangat pribadi, dan ekspresinya dapat berbeda bagi setiap pasien. Sedangkan menurut Jean Watson (1979), “*Caring*” merupakan komitmen moral untuk melindungi, mempertahankan dan meningkatkan martabat manusia. Watson (1988) dalam Muslihin (2008) mendefinisikan *caring* lebih dari sebuah *ekstensial philosophy*, ia memandang sebagai dasar spiritual, baginya *caring* adalah ideal moral dari keperawatan. Manusia akan eksis bila dimensi spiritualnya meningkat ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi, kekuatan dalam diri, intuitif. *Caring* sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggungjawaban hubungan antara perawat dengan klien. Di mana perawat membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan.

Pasien dengan Diabetes Melitus merupakan suatu keadaan gangguan sistem endokrin yang terintegrasi dengan sistem metabolik, gangguan dan kerusakan yang disebabkan oleh hormon insulin ini akan menimbulkan beberapa masalah di antaranya adalah kerusakan integritas kulit yang dimanifestasikan oleh pasien dalam kasus ini sebagai luka gangren pedis.

Teori menyebutkan bahwa pasien dengan diabetes melitus harus rajin kontrol untuk menjaga keseimbangan homeostatis tubuh. Klien jarang kontrol, tidak pernah minum obat, serta tidak melakukan manajemen nutrisi dengan baik sehingga asupan gula dan nutrien lain yang dibutuhkan oleh sel akan menurun dan akan mempercepat timbulnya luka.

Dari hal tersebut, mahasiswa akan menekankan pada mobilisasi gerak kaki pasien yang bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi perifer ke kaki pasien. Hal ini dikolaborasikan dengan terapi insulin dan diet yang adekuat, sehingga diharapkan penyembuhan kaki gangren klien dapat sesegera mungkin dan tercapai maksimal.

Selain itu, untuk meningkatkan kemandirian pasien di rumah, mahasiswa memberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen nutrisi pada klien dengan diabetes melitus dan luka gangren. Hal ini tentunya diharapkan mampu memberikan manfaat yang besar dalam perawatan mandiri klien di rumah.

Sedangkan pada tinjauan kasus yang penulis temukan adalah pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan perawat, semua rencana dapat dilakukan karena adanya kerjasama antara penulis dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lainya. Dalam melaksanakan rencana asuhan keperawatan tidak ada hambatan, dalam tinjauan kasus semua rencana dilakukan, namun ada rencana tindakan yang berbeda dengan tinjauan teori antara lain timbang berat badan setiap hari sedangkan pada tinjauan kasus hal ini dilakukan setiap hari selama 4 hari dengan tujuan meningkatkan efektifitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Semua rencana tindakan pada tinjauan kasus dapat terlaksana hal ini atas bantuan perawat ruangan, tidak kalah pentingnya peran serta keluarga, dokter, tim gizi dengan tidak mengesampingkan privasi pasien seperti meremehkan pasien dan tetap menjaga rahasia.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dengan tujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilan pencapaian tujuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Pada tinjauan pustaka tidak disebutkan hasil evaluasi dari hasil pelaksanaan, hal ini dikarenakan tidak ada pasien secara nyata. Sedangkan pada tinjauan kasus hasil evaluasi dapat dilihat dari catatan perkembangan yang menunjukkan tujuan tercapai, dan tidak tercapai semua tujuan pada tinjauan kasus.

Evaluasi sebenarnya ditekankan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang disusun berdasarkan pedoman NANDA, namun pada studi kasus ini hanya ditekankan pada masalah keperawatan yang memiliki hubungan antara Nutrisi dengan keadaan luka gangren tanpa mengesampingkan implementasi dari intervensi lain sesuai dengan petunjuk NANDA dan keadaan pasien yang sebenarnya.