

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Profil Lahan Praktik

4.1.1 Visi dan Misi Rumah Sakit

RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang merupakan rumah sakit Pemerintah Daerah Nusa Tenggara Timur yang berbentuk Lembaga Teknis Daerah (LTD) berdasarkan peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur yang berlokasi di Jl. Moh. Hatta No 19 Kota Kupang. RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang memiliki visi dan misi yaitu :

Visi : “Rumah Sakit Unggulan dan Terpercaya Masyarakat Nusa Tenggara Timur“

Misi : “Meningkatkan Kualitas Produk Layanan Rumah Sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien (patient safety), Mengembangkan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit, Meningkatkan Kepercayaan Pelanggan terhadap Rumah Sakit, Meningkatkan penyelenggaraan kualitas pendidikan, pelatihan dan penelitian yang menunjang pelayanan kesehatan prima”.

4.2 Gambaran Kasus

4.2.1 Pengkajian

Pada pasien ke-1 Ny.E hasil pengkajian pada Ny.E yaitu melahirkan normal dan ini merupakan persalinan pertamanya. Ibu mengatakan kepala nya terasa nyeri, serta terkadang merasakan kaku kuduk. Ibu juga mengatakan bahwa nyeri pada bagian ekstremitas bawah nyeri seperti tertusuk-tusuk, muncul selama 2-3 menit dengan skala nyeri 7. Hasil

pemeriksaan fisik TTV : TD: 180/100mmHg, N: 92X/menit, RR: 21X/menit, S: 36°C, SPO2: 98%. Wajah tampak simetris, tidak ada luka atau lesi/benjolan, sklera putih, konjungtiva pucat, mukosa lembab dan pucat, tampak edema pada ekstremitas bawah, CRT >2detik.

Pada pasien ke-2 Ny.A hasil pengkajian pada Ny.A yaitu Ibu mengatakan kepala nya terasa nyeri. Ibu juga mengatakan bahwa nyeri pada bagian ekstremitas bawah nyeri seperti tertusuk-tusuk, muncul selama 4-5 menit dengan skala nyeri 8. Hasil pemeriksaan fisik TTV : TD: 210/100mmHg, N: 110X/menit, RR: 22X/menit, S: 36.5°C, SPO2: 98%. Wajah tampak simetris , tidak ada luka atau lesi/benjolan, sklera putih, konjungtiva pucat, mukosa lembab dan pucat, tampak edema pada ekstremitas bawah, CRT >2detik, pasien tampak meringis.

Menurut (Muin, 2021) yang medeskripsikan pengkajian pada studi kasusnya dimana preeklamsia dapat ditemui pada primigravida, yakni umur dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun. Hal sering dikeluhkan ibu yang sering muncul yaitu: ibu yang menderita preeklampsia sering mengeluh bengkak pada kaki hingga nyeri kepala. Tekanan darah mengalami peningkatan, pada ekstremitas terjadi oedema, seseorang mengalami pusing, sakit pada epigastrium, mual muntah, kaburnya penglihatan. Pada pemeriksaan fisik 1) Keadaan umum : baik, cukup, lemah. a) Tingkat kesadaran : composmentis (E: 4, V: 5, M: 6) b) Leher dan kepala: pasien yang menderita preeklamsia terkadang terjadi oedem pada bagian wajah. Pemeriksaan ekstremitas pada pasien dengan preeklamsia sering terdapat oedem pada ekstremitas akibat gangguan filtrasi glumerulus yang meretensi garam dan natrium .

Berdasarkan data di atas maka penulis berpendapat bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus yang di lihat berdasarkan hasil observasi peneliti pada pengkajian yang di lakukan pada Ny.E dan Ny.A dimana ada data yang tidak sesuai dengan teori sehingga pada penegakkan diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan data yang diperoleh pada saat pengkajian.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pangalaman klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan

atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesihatan yang optimal (DPP PPNI, 2019).

Berdasarkan teori (SDKI) terdapat 2 diagnosis keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di tandai dengan data mayor dan data minor yaitu mengeluh nyeri, tampak meringgis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis dan hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan ditandai dengan ortopnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, refleks hepatojugular positif (D. 0022) (SDKI, 2019)

Berdasarkan kasus nyata yang ditemukan penulis terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana pada teori terdapat 2 diagnosis sedangkan pada kasus yang di dapat hanya 1 diagnosis karena data- data yang lain tidak mencapai 80% sehingga dalam penegakan diagnosis keperawatan hanya 1 diagnosis saja yang ditegakkan pada Ny.E dan Ny.A. (DPP PPNI, 2019)

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada Ny.E dengan menggunakan buku SIKI dan SLKI tahun 2019 (DPP PPNI, 2019) dengan pemberian terapi rendam kaki di air hangat dilakukan perencanaan keperawatan sebagai berikut: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan luaran Tingkat nyeri (L.08066) menurun serta intervensi keperawatan (SIKI) yang diberikan berdasarkan Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), identifikasi

skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik.

Menurut penulis rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan pada Ny.E sejalan dengan teori menurut (DPP PPNI, 2019). Rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan pada Ny.E dan Ny.A sejalan dengan teori menurut (DPP PPNI, 2019) dan di dukung dengan hasil penelitian menurut (Ayu Okta Viana & Irma Mustika Sari, 2022) dalam penerapan terapi rendam kaki pada ibu dengan pre-eklamsi.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan terapan dari intervensi keperawatan dalam mencapai tujuan, yaitu dengan mengumpulkan data, mengobservasi bagaimana respon dari klien selama dan setelah pemberian tindakan (Muin, 2021).

Pada kasus Ny.E dan Ny.A implementasi di lakukan pada masalah keperawatan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non, mengidentifikasi faktor

yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memonitor efek samping penggunaan analgetik, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Pada implementasi keperawatan ini penulis menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang dilakukan pada Ny.E dan Ny.A karena telah mengacu pada SDKI dan juga teori kasus menurut (Ayu Okta Viana & Irma Mustika Sari, 2022) dalam penerapan terapi rendam kaki di air hangat.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Muin, 2021) evaluasi keperawatan adalah tahapan akhir proses asuhan keperawatan dengan memberikan penilaian dengan melihat perubahan pada klien untuk tujuan dari kriteria hasil yang dibuat pada tahapan perencanaan

Menurut peneliti masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringgis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah. (D.0077) Pada pasien ke-1 Ny.E yaitu : **S**: P: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi **Q**: Nyeri sesekali, **R**: Nyeri pada kepala dan ekstremitas bawah, **S**: skala nyeri 3, **T**: 10-15 detik, **O**: Pasien tampak tidak meringgis lagi, pasien tampak tidak gelisah lagi, pasien sudah dapat tidur, **TD**: 140/90mmHg, **N**:80x/m, **RR**: 20x/m, **S**:

36,2°C, SPO2: 99%. **A**: Masalah nyeri akut teratasi. **P**: Intervensi dihentikan.

Sedangkan pada pada pasien ke-2 Ny.A yaitu : **S**: P: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang Q: Nyeri sesekali, R: Nyeri pada kepala dan ekstremitas bawah, S: skala nyeri 3, T: 20-25 detik, **O**: Pasien tampak tidak meringgis lagi, pasien tampak tidak gelisah lagi, pasien sudah dapat tidur, TD: 135/90mmHg, N:85x/m, RR: 20x/m, S: 36,1°C, SPO2: 99%. **A** : Masalah nyeri akut teratasi. **P**: Intervensi dihentikan

Menurut penulis pada tahap evaluasi kegiatan yang dilakukan pada Ny.E dan Ny.A untuk mengetahui efek dari pemberian terapi rendam kaki dengan air hangat yaitu mengevaluasi semua tindakan yang diberikan selama proses berlangsung. maka tidak terjadi kesenjangan antara teori kasus dan praktek.

4.3 Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan

Terapi rendam kaki adalah kegiatan merendam kaki di air hangat yang merupakan salah satu terapi non farmakologis selama 10-15 menit dengan tujuan untuk mengurangi tingkat nyeri pada ibu pre-eklamsia. Pada penerapan intervensi terapi rendam kaki dengan air hangat yang dilakukan penulis pada Ny.E dan Ny.A di dapatkan hasil terjadi penurunan tekanan darah dari 180/100mmHG menjadi 140/90mmHg serta nyeri berkurang dari skala nyeri 7 menjadi skala nyeri 3 dengan pendekatan asuhan keperawatan pada Ny.E sedangkan pada pasien ke-2 terjadi penurunan tekanan darah dari 210/100mmHG menjadi 135/90mmHg serta nyeri berkurang dari skala nyeri 8 menjadi skala nyeri 3 dengan pendekatan asuhan keperawatan pada Ny.A.

Menurut studi kasus (Ery et al 2022) menerangkan bahwa terapi rendam kaki di air hangat digunakan sebagai salah satu metode dalam menurunkan tekanan darah terhadap ibu dengan pre-eklamsia. selain sebagai merilekskan otot-otot serta persendian setelah melakukan aktivitas. Dengan demikian studi kasus menurut (Ery et al 2022) sejalan dengan intervensi yang diterapkan penulis pada pasien dengan pre-eklamsia.

