

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah mempelajari landasan teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien cedera otak sedang (COS) di RS.Siti Khotijah Sepanjang maka dalam bab ini penulis mengemukakan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus yang ada di ruangan. Adapun kesenjangan-kesenjangan yang diuraikan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

1. Pengumpulan data

pengumpulan data pada tinjauan kasus didapatkan dari hasil observasi dan wawancara secara langsung, pemeriksaan fisik serta catatan kesehatan yang hanya didapatkan pada satu pasien, sementara pada tinjauan pustaka penulis mendapatkan data sesuai dengan literatur yang ada.

Pre Operasi

Banyak kesenjangan yang ditemukan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus pada pasien cedera otak sedang pre operasi EDH Temporal (d) pada tinjauan kasus ditemukan riwayat penyakit sekarang adalah tingkat Kesadaran somnolen GCS 2.3.4, suara tidak jelas. terdapat luka dikepala, ada perdarahan ditelinga sebelah kanan, muntah dua kali, pernapasan 31 x/menit dengan irama ireguler, tipe pernafasan iregular dan kedalaman dangkal, ada pergerakan cuping hidung, Spo2 78% tekanan darah 180/100 mmhg, Suhu 36,7 C,

Nadi 72 x/menit sedangkan irama ireguler, kualitas kuat. Sedangkan pada teori disebutkan tingkat kesadaran/GCS (<15), konvulsi, muntah, dispnea / takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak, luka dikepala, paralise, akumulasi secret pada saluran napas, adanya liguor dari hidung dan telinga dan kejang. (Patricia Gonce Morton, 2011). hal ini disebabkan karena tidak terjadi proses infeksi yang dapat meningkatkan peningkatan tekanan intrakranial dan temperature tubuh pasien diatas batas normal sehingga proses konvulsi tidak terjadi, pada saluran pernafasan pasien tidak terjadi akumulasi secret yang dapat menyumbat saluran nafas pasien karena kondisi kesadaran pasien masih normal sehingga tidak ada pangkal lidah jatuh kebelakang yang dapat menutupi jalan nafas pasien dan tidak ada produksi sekret sehingga jalan nafas pasien normal dan hanya ada gangguan pola nafas pasien. Pola nutrisi dan metabolisme pada tinjauan kasus disebutkan pasien muntah dua kali, pasien puasa, inflamasi dirongga mulut, keadaan bibir dan mukosa mulut tidak lembab. sedangkan tinjauan teori disebutkan adanya mual muntah dan mengalami penurunan selera makan (Menurut Doenges. 2000). hal ini disebabkan karena pasien datang kerumah sakit dengan kondisi adanya inflamasi dirongga mulut dan muntah sehingga pasien menolak untuk makan. Pola eliminasi Uri pada tinjauan kasus disebutkan pasien terpasang seelang kateter dengan jumlah urine \pm 1000 cc dari jam 05.00 – 08.00 warna kuning, baunya khas, aliran urin lancar. Sedangkan dalam teori disebutkan adanya inkontininsia kandung kemih (Patricia Gonce Morton, 2011). hal ini disebabkan karena pasien dilakukan pemasangan selang kateter untuk mencegah terjadinya inkontininsia urine. Riwayat penyakit dahulu pada tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien pernah mengalami strok 3 tahun yang lalu, sedangkan pada riwayat keluarga pada

tinjauan kasus ditemukan adanya riwayat hipertensi dari ayahnya. Sedangkan pada tinjauan teori harus diketahui adanya riwayat penyakit persarafan maupun penyakit system sistemik lainnya (Patricia Gonce Morton, 2011). Untuk pemeriksaan penunjang pada tinjauan kasus cuman dilakukan pemeriksaan CT-Scan,dan darah lengkap. Sedangkan pada tinjauan teori dilakukan pemeriksaan penunjang foto ct-scan, Angiografi serebral, X-Ray, Elektrolit,dan analisa gas darah (Satyanegara Edisi IV 2010). disebabkan karena hasil CT-Scan pasien terdapat adanya fraktur linear dengan hematoma epidural dan subdural hematoma tipis tersebut diatas sehingga tidak perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yang lain.

Post Operasi

Pada pengkajian post operasi banyak kesenjangan yang ditemukan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Kenyataan yang ditemukan perbedaan antara keluhan utama pasien pada tinjauan kasus ditemukan pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam dikepala sebelah kanan dengan skala nyeri 9, nyeri terasa sepanjang waktu,muka pasien tampak menyeringai, gelisah, posisi untuk menghindari nyeri, diafosis. Sedangkan pada tinjauan teori tidak dijelaskan adanya keluhan utama pasien post operasi. hal ini disebabkan karena pasien dilakukan operasi EDH Temporal sehingga pasien tidak dapat beradaptasi dengan rangsangan nyeri yang timbul. Pola istirahat dan tidur pada tinjauan kasus disebutkan pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri didaerah luka post operasi, mata bagian bawah tampak kehitaman dan mata terlihat kuyu. Sedangkan ditinjau teori disebutkan Pada pasien post operasi biasa ditemukan adanya gangguan tidur karena nyeri yang dirasakan karena luka operasi (Patricia Gonce

Morton, 2011). Pola aktifitas dan latihan pada tinjauan kasus disebutkan pasien hanya terbaring ditempat tidur, semua kebutuhan ADL pasien seperti makan, minum, mandi dan gosok gigi dibantu oleh perawat maupun keluarga pasien. Sedangkan pada tinjauan teori disebutkan Sering ditemukan adanya keluhan sulit untuk bergerak ataupun beraktifitas dan perlu bantuan untuk memenuhi keperluan sehari-harinya karena nyeri post operasi yang dirasakannya (Menurut Doenges. 2000), Pola kognitif pada tinjauan kasus klien mengetahui tentang cara perawatan pasca operasi karena mendapat pengalaman dari saudaranya yang pernah menjalani operasi sebelumnya, didalam tinjauan teori pada pola kognitif timbul ketidaktahuan pasien bagaimana cara perawatan pasca operasi. Tetapi dalam Pemeriksaan mulut dan integumen pada tinjauan kasus tidak ditemukan mukosa bibir yang kering, CRT < 2 detik, dan akral hangat kering merah karena tidak terjadi perdarahan berlebih sehingga tidak terjadi kekurangan volume cairan. Sedangkan tinjauan teori dapat muncul mukosa bibir yang kering, akral dingin basah pucat, dan CRT >2 detik karena terjadi kekurangan volume cairan akibat perdarahan yang berlebihan.

Pada tinjauan kasus penulis menyajikan analisa data dalam bentuk narasi dari tiap-tiap masalah yang meliputi data subyektif dan obyektif yang didasarkan pada respon pasien secara langsung. Penulis mengumpulkan melalui wawancara, observasi, maupun pemeriksaan dari sumber-sumber yang ada, dimana ditinjauan pustaka tidak dijelaskan karena tidak ada pasien sehingga tidak bisa dikelompokkan dalam bentuk data subyektif dan data obyektif.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pre Operasi

Penulisan diagnosa keperawatan dalam teori tidak didasarkan pada prioritas masalah, tetapi hanya ditulis diagnose yang dapat timbul. sedangkan pada tinjauan kasus diagnose keperawatan ditulis berdasarkan prioritas masalah. Hal ini karena manusia adalah mahluk yang unik, setiap individu mempunyai kebutuhan, respond dan kondisi yang berbeda terhadap suatu penyakit yang sama.

Dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus ada kesamann dalam hasil diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien cedera otak sedang adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan trauma kepala
2. Resiko tinggi ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neurovaskuler (cedera pada pusat pernapasan otak)

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori tetapi tidak ada ditinjauan kasus adalah

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan resepsi, transmisi dan/atau integrasi sensori (trauma atau defisit neurologis).
2. Resiko Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrien
3. Gangguan proses pikir berhubungan dengan perubahan fisiologis; konflik psikologis.

Diagnosa keperawatan yang muncul tidak sesuai dengan tinjauan kasus disebabkan karena pasien cepat dibawa kerumah sakit sehingga pasien mendapatkan perawatan intensive oleh dokter maupun perawat sehingga masalah tersebut tidak terjadi.

Post Operasi

Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi adalah :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kognitif, kekuatan otot yang tidak mencukupi, gangguan muskuluskeletal, gangguan neuromuscular, nyeri.
2. Defisit perawatan diri:mandi/hygiene berhubungan dengan depresi,intoleransi aktifitas,pembatasan karena pengobatan,gangguan psikologis.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan jaringan trauma, kulit rusak, prosedur invasif. Penurunan kerja silia, stasis cairan tubuh. Kekurangan nutrisi. Respon inflamasi tertekan (penggunaan steroid). Perubahan integritas system tertutup (kebocoran CSS).
4. Disfungsi proses keluarga berhubungan dengan transisi dan krisis situasional; ketidakpastian tentang hasil/ harapan,keterampilan coping yang tidak adekuat.
5. Ketidakefektifan keluarga penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan kerumitan system layanan kesehatan,kerumitan program terapeutik,konflik pembuatan keputusan,konflik keluarga,kesulitan ekonomi.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus hanya ditemui satu diagnosa yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskular. Diagnosa keperawatan yang muncul tidak sesuai dengan tinjauan teori disebabkan masalah-masalah keperawatan yang khususnya pada pola persepsi dan tata laksana hidup sehat sudah dapat diatasi dengan bantuan perawat maupun keluarga, pada diagnosa resiko infeksi tidak ada pada kasus disebabkan karena kondisi luka pasien tidak ada tanda-tanda terjadinya infeksi karena dokter

dan perawat melakukan perawatan aseptik yang benar. koping keluarga sangat baik dalam mengatasi masalah yang ada. Perbedaan ini dapat terjadi merupakan hal yang wajar, karena dalam asuhan keperawatan berorientasi pada individu bukan pada penyakitnya.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus dan tidak ada pada tinjauan teori adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan ditandai dengan Keadaan pasien gelisah, muka pasien menyeringai, pasien merintih kesakitan, tampak sering memegang kepalanya, posisi untuk menghindari nyeri, diafosis dengan skala nyeri 9, terdapat luka operasi dikepala didaerah temporalis dexstra, kondisi balutan luka bersih, bengkak disekitar luka, dan terpasang drainase \pm 20 cc warna darah merah segar. Diagnosa ini muncul berdasarkan keluhan yang disampaikan oleh pasien sesuai dengan kondisinya pasien yang tidak dapat beradaptasi dengan nyeri yang dialaminya.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan Pasien terlihat kelelahan, gelisah, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan sayup. pasien tidur Malam \pm 4 jam tapi sering terbangun karena kesakitan dibekas operasi, Observasi tanda tanda vital tekanan darah 190/120 mmHg, nadi 120x/menit, suhu 37, 5° C, pernapasan 27x/menit, Diagnosa ini muncul disebabkan karena pasien mengalami nyeri yang berat dan tidak bisa beradaptasi dengan nyeri yang timbul sehingga pasien tidak bisa tidur.

4.3 Perencanaan Keperawatan

Pre Operasi

Dalam tahap perencanaan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus tidak banyak didapatkan kesenjangan hanya beberapa bagian saja. Pada teori keperawatan tidak disebutkan kriteria waktu dibuat sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi tindakan apakah sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Pada tinjauan teori dituliskan 5 perencanaan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul, namun pada tinjauan kasus hanya 2 perencanaan yang dibuat karena hanya 2 diagnosa keperawatan yang muncul. Adanya kesenjangan / perbedaan kegiatan dalam intervensi tersebut, karena dalam kasus berdasarkan pada situasi dan kondisi lahan praktek keperawatan maupun jenis penyakit yang dihadapi yang sistematis dengan menggunakan SOAP untuk menentukan keberhasilan dan kegagalan dari tindakan yang telah diberikan secara nyata.

Dalam tinjauan kasus dan teori hanya terdapat beberapa kesenjangan. Dikasuk perencanaan ditentukan waktu mengkaji pasien untuk mengevaluasi masalah keperawatan pada pasien menggunakan SOAP. Pasien tidak kooperatif karena pasien tampak gelisah sehingga perawat mengalami kesulitan dalam memberikan intervensi. Sedangkan keluarga pasien kooperatif sama perawat dan ikut serta merawat pasien untuk proses penyembuhan, sedangkan diteori waktu tidak ditentukan.

Post Operasi

Pada perencanaan tinjauan teori post operasi banyak ditemukan perbedaan dengan tinjauan kasus. Tinjauan teori dan kasus hanya 1 perencanaan keperawatan yang memiliki kesamaan. Namun berbeda masalahnya sesuai dengan diagnosa

keperawatan yang muncul pada kasus yaitu nyeri akut dan gangguan pola tidur. Perencanaan dibuat disesuaikan dengan kondisi dan masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

Tinjauan kasus post operasi memiliki kesenjangan dengan tinjauan teori. Karena perencanaan disesuaikan dengan kondisi atau keadaan pasien, saat dilakukan perencanaan pasien kooperatif dengan perawat. Keluarga pasien kooperatif juga, dan keluarga pasien ikut serta merawat keadaan pasien dengan menjaga pola makan pasien, mengurangi keluarga yang berkunjung dan menciptakan lingkungan yang nyaman pada pasien. Pasien mengikuti peraturan yang sudah ada diruangan. Karena pasien ingin cepat sembuh dan bisa aktifitas seperti semula.

4.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan pustakan tidak dilakukan pelaksanaan karena tidak ada pasiennya. Karena tidak semua perencanaan dalam teori dapat dilaksanakan dalam praktek, maka pelaksanaannya harus disesuaikan dengan respon pasien terhadap penyakitnya. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus Tn. S pada pre maupun post operasi mengikuti aturan dan tata cara di ruang Bedah Pav. Mina Rumah Sakit Siti Khitijah Sepanjang.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan ada kesesuaian antara teori dan kasus. dalam pelaksanaan kegiatan perawatan terdapat beberapa rencana tindakan

yang tidak di laksanakan pada tinjauan kasus karena tidak sesuai dengan kondisi pasien seperti pada diagnosa keperawatan prioritas pertama ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan trauma kepala dilakukan dan diberikan posisi head up 15-30⁰ , observasi TTV tiap jam, observasi keadaan umum klien, pemberian oksigen masker 8 lpm, observasi intake dan output tiap 2 jam.tidak dilakukan monitor PCO₂, PH, PaCO₂, SaO₂ dan kadar bikarbinat disebabkan kondisi pasien membaik dan tidak perlu dilakukan pemeriksaan tersebut pada diagnosa keperawatan prioritas kedua resiko tinggi ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan disfungsi neurovaskuler dilakukan dan diberikan O₂ dengan selang masker 8 lpm, mengauskultasi suara tambahan, dan retraksi otot bantu nafas, memberikan posisi kepala lebih tinggi 30 derajat. tidak dilakukan penghisapan/ suction karena tidak ada produksi secret yang dapat mengganggu bersihan jalan nafas.

4.4 Evaluasi

Pada tinjauan teori disebutkan bahwa evaluasi dituliskan dalam bentuk kriteria keberhasilan, sedangkan dalam kasus nyata dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan. Pada pre operasi EDH Temporal (d) pada pasien cedera otak sedang disusun intervensi guna mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, ketidakefektifan pola napas dan setelah dilakukan implementasi masalah teratasi.

Sedangkan pada post operasi disusun intervensi untuk mengatasi tiga diagnosa keperawatan yang muncul. semua diagnosa tersebut dapat teratasi. Untuk diagnosa gangguan pola tidur, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik

merupakan masalah yang dapat teratasi dengan tuntas.

Dalam tinjauan kasus dan teori pada evaluasi terdapat kesenjangan, adalah tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien maupun keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan. Dan saat dokumentasi pasien dan keluarga kooperatif, saat perawat mengevaluasi kondisi pasien. Sedangkan pada tinjauan teori tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan.

Evaluasi pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien maupun keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan kriteria yang diharapkan.