

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan ini akan dibahas tentang kesenjangan antara bab 2 dan bab 3 pada masalah keperawatan klien Ny.x dengan CVA Infark diruang seruni B rumah sakit DR.Soetomo Surabaya.

4.1. Pengkajian

Dari data pasien dengan CVA Infark yang telah terkaji, muncul beberapa data subyektif ataupun obyektif yang muncul sama dengan teori pada bab tinjauan pustaka. Dari teori Menurut Hudak dan Gallo (2012: 258-260), Manifestasi klinis yang muncul yaitu: Defisit Kognitif terdapat kehilangan memori, rentang perhatian singkat, peningkatan distraktibilitas (mudah buyar), penilaian buruk, tidak mampu menghitung, memberi alasan atau berpikir abstrak. Defisit Motorik terdapat hemiparese pada bagian tubuh kiri, hemiplegia, disartaria (kerusakan otot-otot bicara), disfagia (kerusakan otot-otot menelan). Defisit aktivitas mental dan psikologi antara lain : labilitas emosional, kehilangan kontrol diri dan hambatan sosial, penurunan toleransi terhadap stres, ketakutan, permusuhan frustrasi, marah, kecacuan mental dan keputusan, menarik diri, isolasi, depresi.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori yang ada pada bab 2 diagnosa yang muncul pada kasus CVA Infark Menurut Nort American Nursing Diagnostik Association (Nic Noc, 2012) adalah: Intoleransi Aktivitas b/d Defisit Neuromuskular. Bersihan jalan Nafas Inefektif b/d Peningkatan akumulasi secret. Hambatan komunikasi

verbal b/d afasia, disartaria, ketidakmampuan untuk bicara. Resiko kerusakan integritas kulit b/d hambatan mobilitas dan status nutrisi yang buruk. Inkontinensia urine b/d Kehilangan tonus kandung kemih atau pengendalian sfingter. Gangguan perfusi jaringan serebral b/d peningkatan tekanan intrakranial.

Sedangkan dari data pengkajian diatas penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan diantaranya: Bersihan jalan Nafas Inefektif b/d peningkatan akumulasi secret, yang ditunjukkan dengan Batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, stridor, penggunaan otot bantu nafas O2 masker, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan. Adanya ronchi kedua dada akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kemampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran klien. TD: 160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit, MAP=120. Dan yang kedua yaitu: Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial ditandai dengan GCS 3/5, sinkope, gelisah, disfungsi visual, Odema pupil, muntah. TD: 160/100 mmHg, Nadi: 96x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 32x/menit. Kami mengangkat 2 diagnosa ini karena menurut kami sangat berperan penting dalam kehidupan seseorang serta sangat beresiko terhadap jiwa seseorang.

Empat diagnosa yang lain seperti intoleransi aktivitas, hambatan komunikasi verbal, Resiko kerusakan integritas kulit serta inkontinensia urine tidak kami prioritaskan, dikarenakan pada diagnosa yang empat ini tidak

terlalu mengancam jiwa dan dapat dilakukan dengan cara fisioterapi kapan saja dengan berjalannya masa perawatan pada saat ini.

4.3. Intervensi Keperawatan

Dalam teori perencanaan ini meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Rencana tindakan pada tinjauan pustaka untuk diagnosa Bersihan jalan Nafas Inefektif b/d penurunan reflek batuk dan muntah. pertama Pantau adanya pucat dan sianosis. Kedua Pantau efek obat pada status pernafasan. Ketiga Tentukan lokasi dan luasnya krepitasi di tulang iga. Keempat Observasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator. Kelima Lakukan HE kepada keluarga. Keenam Laporkan jika ada perubahan pada pernafasan, nilai GDA dan sebagainya. Ketujuh Berikan obat bronchodilator sesuai program dokter. Kedelapan Berikan terapi nebulizer 5cc. Kesembilan Berikan obat nyeri untuk mengoptimalkan pola pernafasan.

Pada rencana tindakan kasus penulis tidak mencantumkan rencana tindakan keenam yaitu Laporkan jika ada perubahan pada pernafasan, nilai GDA dan sebagainya. Hal tersebut dikarenakan pada tanggal 28 dan 29 pasien tidak dilakukan pemeriksaan GDA karena tidak ada advis dari dokter yang merawat pasien tersebut, walaupun pada tanggal 27 dan 30 dilakukan pemeriksaan GDA. Selain itu Penulis juga menambahkan intervensi Lakukan clupping dan fibrating serta ajarkan keluarga dalam melakukannya karena dalam intervensi nic noc intervensi tersebut tidak dilakukan serta kurangnya pengetahuan keluarga dalam melakukan intervensi tersebut.

Pada diagnosa kedua penulis juga melakukan perencanaan yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan. Rencana tindakan pada tinjauan pustaka untuk diagnosa Gangguan perfusi jaringan serebral b/d peningkatan tekanan intracranial. Ada 7 rencana tindakan diantaranya yang pertama Pantau peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu. Kedua Pantau status neurologis pada interval yang teratur. Ketiga Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK. Keempat Tentukan data dasar tanda vital dan irama jantung, dan pantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas. Kelima Lakukam HE kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK. Keenam Kolaborasikan untuk menurunkan TIK seperti ventrikulostomi untuk drain cairan serebrospinal. Ketujuh Pantau tekanan perfusi serebral dan TIK.

Pada rencana tindakan kasus penulis tidak mencantumkan rencana tindakan Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK dan Pantau tekanan perfusi serebral dan TIK. Dikarenakan pasien diruangan tidak dilengkapi dengan monitor sebagai pengontrol tekanan intrakranial, dan pasien hanya dapat dilihat dari tanda dan gejala peningkatan intrakranial secara pengkajian obyektif.

4.4. Implementasi Keperawatan

1. Pelaksanaan merupakan kelanjutan dari perencanaan untuk memperoleh hasil yang diinginkan. Pada pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan sama dengan rencana tindakan pada kasus. Untuk diagnosa

yang pertama ada delapan rencana tindakan pertama Memantau adanya pucat dan sianosis. Kedua Memantau efek obat pada status pernafasan. Ketiga Menentukan lokasi dan luasnya krepitasi di tulang iga. Keempat Mengobservasi dan dokumentasikan ekspansi dada bilateral pada pasien yang terpasang ventilator. Kelima Melakukan HE kepada keluarga. Keenam Lakukan clupping dan fibrating serta ajarkan keluarga dalam melakukannya. ketujuh Mengkolaborasikan pemberian obat bronchodilator dengan dokter. Kedelapan Mengkolaborasikan pemberian terapi nebulizer pz 5cc. Kesembilan Mengkolaborasikan pemberian analgesik untuk mengoptimalkan pola pernafasan, pada kasus ini dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam. Pada intervensi tambahan di atas keluarga mengerti dan melakukan tehnik clupping dan fibrating yang benar.

Sedangkan untuk diagnosa yang kedua ada 5 (lima) rencana tindakan yaitu: pertama Memantau tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tekanan perfusi serebral secara kontinu. Kedua Memantau status neurologis pada interval yang teratur. Ketiga Mengobservasi tanda vital dan irama jantung, dan Memantau adanya perubahan selama dan setelah aktivitas. Keempat Melakukan HE kepada keluarga tentang pentingnya pemantauan TIK. Kelima Mengkolaborasikan untuk menurunkan TIK seperti ventrikulostomi untuk drain cairan serebrospinal. Pada kasus ini dilakukan pelaksanaan keperawatan selama 3x24 jam.

4.5. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pada diagnosa pertama terhadap pasien. Evaluasi yang dapat ditemukan oleh penulis yaitu: dari data subyektif pasien hanya mengerang dan tidak terkaji. Dari data Obyektif ditemukan hasil Batuk berkurang, peningkatan produksi sputum berkurang, sesak nafas menurun, stridor, penggunaan otot bantu nafas O2 masker, serta perubahan kecepatan dan kedalaman pernafasan berkurang. Adanya ronchi kedua dada, penurunan kesadaran klien. TD: 140/60 mmHg, Nadi: 100x/menit, Suhu: 38 derajat celcius, RR: 28x/menit, MAP=113 Penulis mengambil kesimpulan bahwa Masalah Keperawatan teratasi sebagian dan Intervensi 1,4,,6,7,8,9, ditingkatkan.

Sedangkan pada diagnosa kedua setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pada pasien. Evaluasi yang didapatkan yaitu: dari data subyektif pasien hanya mengerang dan tidak terkaji. Dari data Obyektif ditemukan hasil GCS 3/4, sinkope, Pasien Tenang, disfungsi visual, tidak terjadi odema pupil. TD: 150/70 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 37,5 derajat celcius, RR: 24x/menit. Penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian dan Intervensi 1,2,3,4, dipertahankan.