

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus selama memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada Tn. S dengan decompordis kiri diruangan ICU (intensif care unit) yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan.

4.1.Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian, hambatan yang dialami pada saat pengumpulan data tidak ada kesulitan dalam pengumpulan data. Karena pasien kesadaran compos mentis, pada keluarga juga kooperatif.

Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengeluh sesak nafas, nyeri dada sebelah kiri, pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan belum BAB. Pada tinjauan pustaka didapatkan data pasien sesak nafas terasa berat, keluhan kelemahan fisik, ditemukan sianosis perifer, penurunan pengeluaran urine, penurunan nafsu makan, muntah, penurunan turgor kulit, kulit kering atau berkering, perubahan berat badan, keluhan lemah, cepat lelah, keluhan sulit tidur, gangguan aktivitas karena odema ekstremitas. Maka terjadi kesenjangan karena pada tinjauan kasus pasien tidak mengalami gangguan pada eliminasi uri sehingga tidak terjadi edema pada ekstremitas.

4.2.Diagnosa keperawatan

Pada tinjauan pustaka ditemukan 5 diagnosa yaitu penurunan curah jantung b/d gangguan irama jantung , gangguan pertukaran gas b/d

kongesti paru, pola nafas tidak efektif b/d penurunan energi/ kelelahan, kelebihan volume cairan b/d kelebihan cairan sistemik, resiko tinggi gangguan perfusi perifer b/d menurunnya curah jantung, sedangkan pada tinjauan teori ditemukan 3 diagnosa yakni Penurunan curah jantung b/d gangguan irama jantung, Pola nafas tidak efektif b/d penurunan energi/ kelelahan, Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun. Maka terjadi kesenjangan karena data subyektif dan data obyektif pasien tidak menunjukkan data untuk diagnosa-diagnosa sesuai dengan tinjauan pustaka.

4.3. Perencanaan keperawatan

Dalam perencanaan keperawatan masalah yang ada pada tinjauan kasus disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yang ada sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dibuat sesuai dengan prioritas masalah.

Rencana tindakan yang dilakukan menyesuaikan dengan keadaan pasien dan saranyang ada di tempat keperawatan. Adapun perencanaan yang dilaksanakan antara lain yaitu berikan oksigen tambahan, Pertahankan posisi agar jalan nafas tetap bebas, berikan obat sesuai indikasi, Pemberihan cairan intravena, monitoring intake output, kolaborasi ahli gizi dalam pemberihan diet.

Penulis dalam menyusun tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan karena penulis berdiskusi dengan pasien , keluarga pasien serta perawata di ruangan agar tidak terjadi salah paham dalam penyusunan tindakan keperawatan.

4.4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan merupakan tindakan real dari rencana tindakan yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin disesuaikan dengan keadaan dan kondisi pasien saat itu.

Dalam pelaksanaan ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan pasien dan keluarga operatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis yang sesuai dengan perencanaan dan standart oprasional prosedur yang ada di rumah sakit, Maka tidak terjadi kesenjangan.

4.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan dengan cermat dan tepat yang dirangkum dalam catatan perkembangan sedangkan dalam tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi.

Adapun uraian evaluasi setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam pada masing-masing diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut: pada diagnosa keperawatan 1, penurunan curah jantung b/d gangguan irama jantung didapatkan data subyektif pasien mengatakan masih agak nyeri dada sebelah kiri dan data obyektif pasien masih tampak agak gelisah, GCS 4/5, tekanan darah 100/70 mmhg, nadi 120x/menit reguler, suhu 37 °C, respirasi 28x/menit, Spo2 98%, didapati bunyi jantung murmur. Pada pemeriksaan EKG terdapat hipertopi atrial atau ventikuler, left axis, takikardi, masalah teratasi sebagian dan rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan.

Pada diagnosa keperawatan 2, pola nafas tidak efektif b/d penurunan energi/ kelelahan didapatkan data subyektif pasien mengatakan sesak nafas agak berkurang dan data obyektif pasien tampak nafas agak lega, perfusi dingin, tidak ada suara nafas tambahan, terpasang O² masker rebreathing 10 Lpm, tekanan darah 100/70 mmhg, nadi 120x/menit, suhu 37 °C, respirasi 28x/menit, Spo2 : 98%, masalah teratasi sebagian, rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan.

Pada diagnosa keperawatan 3, gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d nafsu makan menurun, pasien mengatakan nafsu makan agak meningkat, dan data obyektif pasien makan $\frac{3}{4}$ makanan yang disediakan rumah sakit, tekanan darah 100/70 mmhg, nadi 120x/menit, nadi 37 °C, respirasi 28x/menit, Spo2 : 98%, masalah teratasi sebagian, rencana keperawatan 1 – 4 dilanjutkan.