

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan gawat darurat dengan diagnosa medis cedera otak berat di ruang ICU Rumah sakit Siti Khodijah – Sepanjang yang meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena keluarga pasien, dan pihak kepolisian yang mengantar pasien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga telah mengadakan perkenalan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan keluarga maupun pihak kepolisian yang mengantar pasien sampai ke UGD Rumah sakit Siti Khodijah – Sepanjang.

Didapatkan keterangan Tn. S dengan jenis kelamin laki – laki, umur 28 th, masuk MRS 03.10 WIB dan masuk ruang ICU 08 maret 04.15 dengan diagnosa medis cedera otak berat.

4.2 Analisa Data

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dari polisi dan keluarga bahwa pasien mengalami kecelakaan tunggal tepat pada tanggal 08 maret 2015 pukul 02.00 WIB. Pasien datang di UGD rumah sakit Siti Khodijah

sepanjang dalam kondisi kesadaran menurun, terdapat luka di dagu sekitar ± 4 cm, dan terdapat darah yang keluar melalui telinga ± 5 cc.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data obyektif keadaan umum pasien sopor, pasien tidak sadar, GCS 1-1-3, terdapat luka di dagu ± 4 cm, keluar darah melalui telinga ± 5 cc, RR : 30 x/menit, terdapat suara nafas tambahan ronchi +/-, TD : 210/110 mmHg, Suhu : 38°C , Nadi : 130 x/menit. Di dapatkan hasil pemeriksaan laborat GDA 131 mg/dl, WBC 19,24, Kolesterol 219 mg/dl, SGPT 55 u/L, CT-Scan kepala menunjukkan ICH minimal sekitar 0,3 cc di pons. SDH frontal kanan tipis. Edema cerebri. Fraktur zygoma kiri. Soft tissue swelling maksillofrontal kiri.

Menurut teori faktor penyebab cedera otak berat ialah kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kecelakaan industri, trauma benda tumpul, kecelakaan olah raga (Tartowo, 2007) sesuai dengan kasus yakni kecelakaan lalu lintas. Keluhan utama pada pasien cedera otak berat ialah hilangnya kesadaran lebih dari 24 jam dan nilai GCS antara 3 – 8 (Tartowo, 2007) pada tinjauan kasus dalam bab 3 pasien mengalami keluhan utama tidak sadar dan GCS 1-1-3 hal ini sesuai dengan teori yang telah ada pada tinjauan teori.

Pada manifestasi klinis yang ditunjukkan oleh teori tidak berbeda jauh dengan yang ada di kasus yakni penurunan kesadaran, peningkatan TIK, dilatasi dan fiksasi pupil, peningkatan TD, peningkatan frekuensi pernafasan (Smeltzer, 2002) pada kasus sesuai dengan pengkajian data subjektif dan obyektif ditemukan bahawa pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 1-1-3, terdapat peningkatan TD yaitu : 210 / 110 mmHg, Nadi 130 x/menit, frekuensi pernafasan : 30 x/menit, ukuran pupil 2/4 cm, terdapat aliran darah yang berasal dari telinga ± 5 cc.

Hasil pemeriksaan CT Scan yang terjadi pada kasus sesuai dengan teori (Tartowo, 2007) yaitu pada pasien cedera otak berat biasanya disertai kontusio, laserasi atau adanya hematom, edema serebral dan CT Scan kepala menunjukkan adanya edema cerebri dan SDH frontal kanan tipis.

4.3 Diagnosis Keperawatan

Kesamaan juga terdapat pada diagnosa keperawatan pada pasien cedera otak berat dengan yang ditemukan dalam bab tinjauan kasus yaitu : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan opstruksi jalan nafas oleh penumpukan sputum hal ini terjadi akibat pasien tidak sadar dan mengakibatkan pasien tidak mempunyai reflek batuk, disamping itu pasien mengalami peningkatan produksi sputum hal tersebut yang mengakibatkan ketidak efektifan jalan nafas. Diagnosa ini diambil sesuai dengan teori yang ada pada tinjauan pustaka bahwa diagnosa yang muncul Tidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sputum (Muttaqin, 2011) .

Diagnosa keperawatan ke dua yang diambil ialah Hypertermi, penulis mengambil diagnosa tersebut karena sesuai dengan keadaan pasien pada saat pengkajian suhu tubuh pasien 38° C dan dengan GCS 1-1-3 keadaan pasien tidak sadar, diagnose ini diambil karena perlu penanganan segera dikarena kan apabila suhu tubuh pasien diatas normal maka bisa mengakibatkan kejang dan merupakan ciri –ciri infeksi maka dari itu perlu di observasi secara berkala. Pada tinjauan pustaka diagnosa ini juga muncul, pada tinjauan pustaka diagnose yang muncul ialah Resiko ketidak seimbangan suhu tubuh berhubungan dengan trauma jaringan otak.

Diagnosa keperawatan ketiga yang diambil penulis yaitu Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan cedera otak diagnosa ketiga ini diambil dikarenakan keadaan pasien sesuai dengan faktor – faktor penunjang yaitu TD : 210/110 mmHg, nadi : 130 x/menit dengan tensi yang tinggi itulah yang mengakibatkan penulis berfikir bahwa diagnosa tersebut sesuai dengan keadaan pasien dan juga sesuai dengan tinjauan pustaka yang disampaikan oleh (muttaqin, 2011) salah satu diagnosa keperawatan ialah Gangguan perfusi jaringan.

Dari keterangan tersebut dapat diketahui bahwa tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis cedera otak berat secara umum. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara biologis, psikologis dan spiritual.

4.4 Intervensi Keperawatan

Dari masalah utama yang ditemukan, pada diagnosa ketidak efektifan pola nafas maka penulis membuat rencana tindakan keperawatan berupa intervensi keperawatan keperawatan yang direncanakan penulis adalah bina hubungan saling percaya, meminta izin pada pasien dan keluarga untuk melakukan asuhan keperawatan, melakukan opservasi tanda – tanda vital tiap 1 jam sekali, auskultasi suara nafas tambahan, memberikan pasien oksigen masker 10 Lpm, memberikan posisi semi fowler, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi : nebul ventolin, melakukan fisioterapi dada dengan fibrating dan clupping, melakukan suction dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas kembali efektif. Dengan kriteria hasil Suara nafas

bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah), menunjukkan jalan nafas yang paten (irama nafas, frekuensi pernafasan, dalam rentang normal : 19 – 24 x/menit, tidak ada suara nafas abnormal wheezing / ronchi).

Pada diagnosa hypertermi yang direncanakan penulis ialah Monitor suhu minimal 1 jam sekali, monitor tanda – tanda vital minimal 1 jam sekali, kompres pasien di daerah axial dan lipatan paha, ganti pakaian pasien dengan pakaian yang lebih tipis, batasi gerak pada kepala, leher dan punggung, ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, monitor adanya tanda hypertermi, diskusikan mengenai penyebab perubahan suhu (hypertermi), kolaborasi dengan tim gizi dalam meningkatkan intake cairan dan nutrisi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan suhu tubuh pasien kembali normal (36,5 – 37,5° C). Dengan kriteria hasil suhu tubuh normal (36,5 – 37,5° C), tanda – tanda vital dalam batas normal (tidak hipertensi, tidak bradikardi, tidak hypotermi), hidrasi kuat, tidak menggigil.

Pada diagnosa Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak yang direncanakan penulis adalah monitor adanya daerah tertentu yang peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, monitor adanya parastese, gunakan sarung tangan untuk proteksi, batasi gerak pada kepala, leher, dan punggung, ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, opservasi tanda tanda vital minimal 1 jam sekali, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat., lakukan pemeriksaan radiologi CT Scan secara berkala. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan diharapkan

perfusi jaringan serebral tercapai secara optimal dengan kriteria hasil mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan : tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan, tidak ada tanda – tanda peningkatan TIK (Hypertensi, nyeri kepala, bradikardi), menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik.

Perencanaan yang direncanakan oleh penulis pada kasus sesuai dengan teori dan berdasarkan literature (NANDA, 2013). Hal ini dapat terjadi karena dalam penyusunan tinjauan kasus penulis tetap mengacu pada landasan teori tetapi tetap disesuaikan dengan keadaan pasien dengan kondisi di ruangan. Pada tinjauan teori didapatkan 5 masalah keperawatan yang dibuat. Hal ini disebabkan karena perencanaan yang dibuat tidak sesuai dengan kondisi pasien. Sedangkan dalam tinjauan kasus ada 3 masalah keperawatan yang dibuat. Hal ini disebabkan karena perencanaan yang dibuat sesuai dengan kondisi dan prioritas masalah yang muncul pada pasien.

Faktor pendukung terhadap kerjasama yang baik dalam perencanaan antara mahasiswi dan perawat ruangan. Faktor penghambat dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan karena kurang pemahannya penulis dalam membuat rencana tindakan dalam kasus ini, pemecahan masalah lebih giat lagi membaca agar dapat menetapkan masalah sesuai dengan rencana.

4.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakan berupa kegiatan yang sesuai dengan perencanaan semula, tergantung situasi dan kondisi pasien itu sendiri.

Dalam melaksanakan tindakan kepada pasien cedera otak berat hambatan yang dialami tidak ada karena pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dengan semua tindakan medis yang diberikan di rumah sakit sehingga semua tindakan yang telah direncanakan bisa terlaksana dengan baik.

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus sesuai dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Semua pelaksanaan tindakan keperawatan 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 kasus Tn. S mengikuti tata cara di ruang ICU RS. Siti Khadijah Sepanjang.

Pelaksanaan pada pasien dilakukan selama 3 hari, keadaan pasien tidak sadar, semua keperluan pasien dibantu oleh perawat. Dengan data obyektif pasien jalan nafas bebas dari sputum, suhu tubuh masih diatas normal : 40° C, TD : 190/100 mmHg, Nadi : 140 x/menit. Semua rencana tindakan keperawatan sudah dilakukan dengan baik.

Rencan tindakan pada tinjauan kasus dapat terlaksana hal ini atas bantuan atas perawat ruangan, tidak kalah pentingnya peran serta keluarga, dokter, tim gizi

dan fisioterapi dengan tidak mengesampingkan privasi pasien seperti meremahkan pasien dan tetap menjaga rahasia

4.6 Evaluasi

Pada tinjauan teori bahwa evaluasi dituliskan dalam bentuk kriteria keberhasilan, sedang dalam kasus nyata dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan. Pada pasien cedera otak berat telah didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang muncul, namun tidak semua tujuan diagnosa tersebut tercapai dalam waktu 3 hari . untuk diagnosa ke dua yaitu hypertermi mengatasi hypertermi membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mebuat suhu tubuh kembali ke normal.