

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Dari data pasien dengan CVA Infark yang telah terkaji, muncul beberapa data subyektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien mual dan pusing, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, bicara pelo. Data obyektif k/u lemah, pasien mual, pusing, tirah baring, GCS 455, hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan, hasil LDL direct 210 md/dl, pasien menyeringai saat menahan nyeri kepala, TTV : T : 170/100 mmhg, N : 92 x/menit, S : 36,3°C, RR : 18 x/menit, pasien tidak bisa melakukan aktivitas tanpa bantuan, tubuh pasien cenderung miring ke kanan, bicara kurang dapat dimengerti (tidak jelas), pasien kadang-kadang komunikasi lewat tulisan.

Data tersebut sesuai dengan teori menurut (Debora, 2011) . pola nutrisi dan metabolik yaitu pasien mengalami mual, pusing, nyeri kepala, T : 170/110 mmhg hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan, hasil LDL direct 210 md/dl. Menurut teori tanda dan gejala yang muncul (Wijaya, 2013) sesuai dengan kasus, yakni gejala kehilangan motorik (hemiplagia, hemiparesis), kehilangan komunikasi disartria) dan gangguan persepsi (amorfosintesis, kehilangan sensori). Pada tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh teori sama persis dengan tanda gejala yang ditunjukkan oleh hasil pengkajian pada pasien.

Hanya saja pada pola nutrisi dan metabolik pasien tidak sampai muntah, dan pada tanda dan gejala disfasia / afasia (kehilangan bicara), homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dan gangguan hubungan visual spasia tidak terjadi, hal ini dikarenakan pada pasien belum terjadi pada tahap tersebut.

1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian diatas penulis mengangkat empat diagnosa keperawatan diantaranya : Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d oklusi otak, resiko peningkatan TIK b/d edema otak, kerusakan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular, kerusakan komunikasi verbal b/d kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral.

Menurut teori yang ada pada bab dua diagnosa yang muncul pada kasus CVA infark menurut Nort American Nursing Diagnostik Association (Nurarif, 2013) adalah : ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d oklusi otak, Resiko peningkatan TIK b/d oedema otak, Kerusakan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular, kerusakan komunikasi verbal b/d kelemahan tonus/kontrol otot fasial/oral, Defisit perawatan diri b/d penurunan kekuatan dan ketahanan.

Penulis mengangkat empat diagnosa dikarenakan menurut penulis sangat berperan penting dalam kehidupan seseorang serta beresiko terhadap jiwa seseorang dan kesehatan seseorang. satu diagnosa yang lain yaitu defisit perawatan diri tidak penulis prioritaskan dikarenakan pada diagnosa tersebut tidak mengancam jiwa dan kesehatan seseorang, dan dapat dibantu oleh keluarga kapan saja sampai dengan perawatan dirumah.

1.3 Rencana Keperawatan

Menurut teori (Nurarif, 2013) perencanaan ini meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Perencanaan tindakan pada tinjauan pustaka untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d oklusi otak. Pertama Monitor status neurologis, Kedua Monitor tekanan perfusi serebral, Ketiga Tinggikan kepala tempat tidur 15-30°C dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala, Keempat Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung, Kelima Monitor tanda-tanda over load cairan (misalnya ronchi, oedema, dan peningkatan sekresi paru, Keenam Observasi tanda-tanda vital, Ketujuh Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan.

Pada rencana tindakan kasus untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan otak b/d oklusi otak. Pertama Monitor status neurologis, Kedua Tinggikan kepala tempat tidur 15-30°C dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala, Ketiga Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung, Keempat Monitor tanda-tanda over load cairan (misalnya ronchi, oedema, dan peningkatan sekresi paru, Kelima Observasi tanda-tanda vital, Keenam Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan.

Pada rencana tinjauan kasus penulis tidak mencantumkan rencana tindakan kedua yaitu monitor tekanan perfusi serebral. Hal tersebut dikarenakan diruangan tidak dilengkapi dengan monitor sebagai tekanan perfusi serebral.

Pada diagnosa kedua penulis juga melakukan perencanaan yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan pada tinjauan pustaka untuk diagnosa resiko peningkatan TIK b/d oedema otak. Ada enam rencana tindakan diantaranya yang pertama Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah. Kedua

Perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang TIK, Ketiga Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat, Keempat hindari masase kepala dan Fleksi leher atau rotasi kurang dari 45°, Kelima Pertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup, Keenam berikan obat hipertensi , terapi intra vena pengganti cairan dan elektrolit dan vasolidator perifer.

Pada tinjauan kasus untuk diagnosa resiko peningkatan TIK b/d edema otak. Ada enam rencana tindakan diantaranya yang pertama Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah. Kedua Tinggikan kepala tempat tidur 15-30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat, Ketiga hindari masase kepala dan Fleksi leher atau rotasi kurang dari 45°, Keempat Pertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup, Kelima Observasi tanda-tanda vital, Keenam Berikan obat hipertensi , terapi intra vena pengganti cairan dan elektrolit dan vasolidator perifer.

Pada rencana tindakan kasus penulis tidak mencantumkan rencana tindakan perhatikan kejadian yang merangsang terjadinya perubahan bentuk gelombang 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.

Pada diagnosa ketiga penulis melakukan perencanaan yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan pada tinjauan pustaka menurut (Nurarif, 2013) untuk diagnosa kerusakan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular ada enam rencana tindakan keperawatan. Pertama

Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan. Kedua Kaji kemampuan pada pasien mobilisasi, Ketiga Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan, Keempat Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, Kelima Observasi tanda-tanda vital, Keenam Berikan alat bantu jika pasien memerlukan, Ketujuh Ajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Pada tinjauan kasus untuk diagnosa kerusakan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular ada lima rencana tindakan keperawatan. Pertama Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan. Kedua Kaji kemampuan pada pasien mobilisasi, Ketiga Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan, Keempat Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, Kelima Ajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Pada rancana tinjauan kasus penulis tidak mencamtumkan rencana tindakan berikan alat bantu jika pasien memerlukan. Dikarenakan pasien pada saat dilakukan mobilisasi tanpa menggunakan alat bantu.

Pada diagnosa keempat penulis melakukan perencanaan yang meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan pada tinjauan pustaka menurut (Nurarif 2013) untuk diagnosa kerusakan komunikasi verbal b/d kelemahan tonut otot/kontrol otot fasial/oral ada enam rencana tindakan keperawatan. Pertama Konsultasikan dengan dokter untyuk terapi wicara, Kedua Dorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan, Ketiga Dengarkan dengan penuh perhatian, Keempat Berdiri didepan

pasien ketika pasien bicara, Kelima Observasi tanda-tanda vital, Keenam Gunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal.

Pada tinjauan kasus untuk diagnosa kerusakan komunikasi verbal b/d kelemahan tonus otot/kontrol otot fasial/oral ada lima rencana tindakan keperawatan. Pertama Dorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan, Kedua Dengarkan dengan penuh perhatian, Ketiga Berdiri didepan pasien ketika pasien bicara, Keempat Observasi tanda-tanda vital, Kelima Gunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan arah yang optimal.

Pada rencana tinjauan kasus penulis tidak mencantumkan konsultasikan dengan dokter untuk terapi wicara. Dikarenakan diruangan tidak adanya petugas khusus untuk terapi wicara.

1.4 Implementasi Keperawatan

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 enam rencana tindakan keperawatan. Pertama memonitor status neurologis, Kedua meninggikan kepala tempat tidur 15-30°C dan monitor respon pasien terhadap posisi kepala, Ketiga membatasi gerakan kepala, leher dan punggung, Keempat memonitor tanda-tanda over load cairan (misalnya ronchi, edema dan peningkatan sekresi paru), Kelima mengobservasi tanda-tanda vital, Keenam mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat-obatan. Pada kasus ini dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam.

Sedangkan untuk diagnosa yang kedua ada enam rencana tindakan yaitu : Pertama memantau tanda dan gejala peningkatan TIK, tekanan darah, nadi, GCS, keluhan sakit kepala hebat, muntah, Kedua meninggikan kepala tempat tidur 15-30° kecuali ada kontak indikasi, hindari mengubah posisi dengan cepat, Ketiga menghindari masase karotid dan Fleksi leher atau rotasi kurang dari 45°, Keempat mempertahankan lingkungan tenang, sunyi dan pencahayaan redup, Kelima memberikan obat-obat anti hipertensi, Terapi intra vena pengganti cairan dan elektrolit, Roborantia, Laxan, Keenam menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup. Pada kasus ini dilakukan pelaksanaan keperawatan selama 3 x 24 jam. Pada intervensi tambahan diatas keluarga mengerti dan mau memberikan air putih yang cukup dan makanan-makanan yang serat tinggi.

Sedangkan untuk diagnosa yang ketiga ada lima rencana tindakan yaitu : Pertama Memonitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat gerakan pasien saat melakukan latihan, Kedua Mengkaji kemampuan pada pasien mobilisasi, Ketiga Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kehidupan, Keempat Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi, Kelima Mengajarkan pasien bagaimana cara merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan. Pada kasus ini dilakukan pelaksanaan keperawatan selama 3 x 24 jam.

Sedangkan untuk diagnosa yang keempat ada lima rencana tindakan yaitu : Pertama Mendorong pasien untuk komunikasi secara perlahan dan waktu mengulangi permintaan, Kedua Mendengarkan dengan penuh perhatian, Ketiga Memberdiri didepan pasien ketika pasien bicara, Keempat Mengobservasi tanda-tanda vital, Kelima Menggunakan kertas, pensil, gambar untuk memfasilitasi dan

arah yang optimal. Pada kasus ini dilakukan pelaksanaan keperawatan selama 3 x 24 jam.

1.5 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada diagnosa pertama terhadap pasien. Evaluasi yang dapat ditemukan oleh penulis yaitu : dari data subyektif “keluarga pasien mengatakan ibu masih sedikit mual”. Dan data obyektif ditemukan k/u baik, mual berkurang, pasien tidak muntah, ekstremitas kiri bisa digerakkan, GCS 456, hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan, TTV : T: 140/90 mmhg, N : 94 x/menit, S : 36,3°C, RR : 20 x/menit. Penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah keperawatan masalah tercapai sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Sedangkan pada diagnosa kedua setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada pasien. Evaluasi yang didapatkan yaitu : dari data subyektif “keluarga pasien mengatakan kepalanya ibu sudah tidak pusing”. Dari data obyektif ditemukan hasil k/u baik, pasien tampak tenang, pasien sudah tidak menyeringai kesakitan kepala, GCS 456, hasil CT-Scan kepala menunjukkan infark sub akut pada capsula eksterna kanan. Kalsifikasi calvaria os frontal kanan, TTV : T: 140/90 mmhg, N : 94 x/menit, S : 36,3°C, RR : 20 x/menit. Penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah keperawatan pasien masalah tercapai dan intervensi dihentikan.

Sedangkan pada diagnosa ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada pasien. Evaluasi yang didapatkan yaitu : dari data subyektif “keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sudah bisa

digerakkan”. Dari data obyektif ditemukan hasil k/u baik, tangan kiri dan kaki kiri sudah bisa digerakkan, tubuh pasien tidak terlalu miring ke kanan, pasien sudah bisa melakukan aktivitas duduk tanpa dibantu, diagnosa medis CVA Infark, GCS 456, TTV : T = 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20 x/menit. Penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah keperawatan pasien masalah tercapai dan intervensi dihentikan.

Sedangkan pada diagnosa keempat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pada pasien. Evaluasi yang didapatkan yaitu : dari data subyektif “keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa bicara”. Dari data obyektif ditemukan hasil k/u baik, bicara masih sedikit pelo, bicara sudah dapat dimengerti, pasien sudah jarang menggunakan komunikasi dengan tulisan, 140/90 mmhg, N = 94 x/menit, S : 36,3°C, RR = 20 x/menit. Penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah keperawatan pasien masalah tercapai sebagian dan intervensi dilanjutkan.