

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N DENGAN CIDERA KEPALA BERAT
DI IRNA B LT I KIRI RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
Oleh : Sunardi (Residensi Sp.Kmb)**

A. RIWAYAT SINGKAT PASIEN :

Nama: Tn.N, Umur: 32 Tahun, Alamat : Bekasi, Agama: Islam, Pendidikan: SMA, Pekerjaan: Pegawai swasta, Status perkawinan: Duda, Suku: Betawi, Tanggal MRS: 26 Agustus 2007 (Jam 03.35), Pengkajian: 6 September 2007 (Jam 09.00), Diagnosa masuk: Cidera kepala berat

12 jam sebelum masuk rumah sakit pasien tidak sadar, riwayat kecelakaan lalu lintas menabrak, tidak ada kejelasan mekanisme terjadinya cedera kepala, hanya terjadi benturan pada kepala, klien mengalami penurunan kesadaran (coma) sejak masuk rumah sakit, GCS=3(E₁M₁V₁), terdapat hematoma pada periorbital bilateral, kebiruan pada kedua bola mata dan terdapat edema pada wajah.

Pada saat pengkajian TD: 110/70, Suhu: 37.5, RR: 24 x/mnt, Nadi 82 x/mnt reguler, pasien masih mengalami penurunan kesadaran (Coma) sejak 11 hari lalu, saat ini GCS = 8 (E₁M₅V₂), saat ini kesadaran soporokoma, terpasang NGT hari 11, terpasang O₂, terpasang infuse hari 4, terdapat luka lecet pada kaki dan tangan, luka jahitan (7 buah) pada jari-jari kaki kanan dan kepala bagian parietal luka di jahit (5 buah). Pada pemeriksaan CT Scan ; Kesimpulan: Perdarahan subdural region temporoparietal kanan & perdarahan SAH, SDH disertai hematosinus maksilaris kiri, sub goleal hematoma region parietal kiri & soft tissue swelling dengan enfisema subkutis maksilaris kiri. *(Hasil Pengkajian terlampir)*

Therapy: IVFD NaCl 0,9%/8 jam, Citicolin 2 x 500 gr, Extrace 1x400 gr, Kaltolac 3x1 ampl, OMZ 1x1 ampl, Ranitidin 2x1 ampl, Cefriaxon 2x2 gr, Nimotop 4x60 mg

B. PATOFISIOLOGI

Cidera Kepala

Cidera kepala adalah kerusakan jaringan otak yang diakibatkan oleh adanya trauma (benturan benda atau serpihan tulang) yang menembus atau merobek suatu jaringan otak, oleh pengaruh suatu kekuatan atau energi yang diteruskan ke otak dan akhirnya oleh efek percepatan perlambatan pada otak yang terbatas pada kompartemen yang kaku (Price & Wilson, 1995).

Trauma kepala atau injuri cerebri umumnya terjadi akibat kecelakaan lalu lintas dan mayoritas yang terkena adalah anak muda dan pada usia lanjut sering terjadi karena jatuh/luka tusuk (Ignatavikus, 2002). Tipe trauma kepala yaitu tertutup dan terbuka, tipe fraktur yang berhubungan dengan trauma kepala terbuka yakni berupa goresan (linier), tekanan cekung dan luka terbuka dan bentuk goresan merupakan yang sederhana dan termasuk luka bersih yang mudah dibersihkan, luka tertekan akan menyebabkan penekanan pada jaringan tulang tengkorak, luka/fraktur terbuka akan ditemukan laserasi yang berhubungan langsung dengan organ terkena, sedangkan pada trauma kepala tertutup disebut trauma tumpul yang diawali dengan terjadinya *comutio*, *contusio* dan laserasi pada otak. Maka akibat yang tampak dari adanya trauma cerebri tergantung dari berat ringannya trauma dan bagaimana mekanisme trauma cerebri terjadi, disamping adanya kerusakan tulang tengkorak, sering terjadi perdarahan sehingga menyebabkan gangguan neurologis.

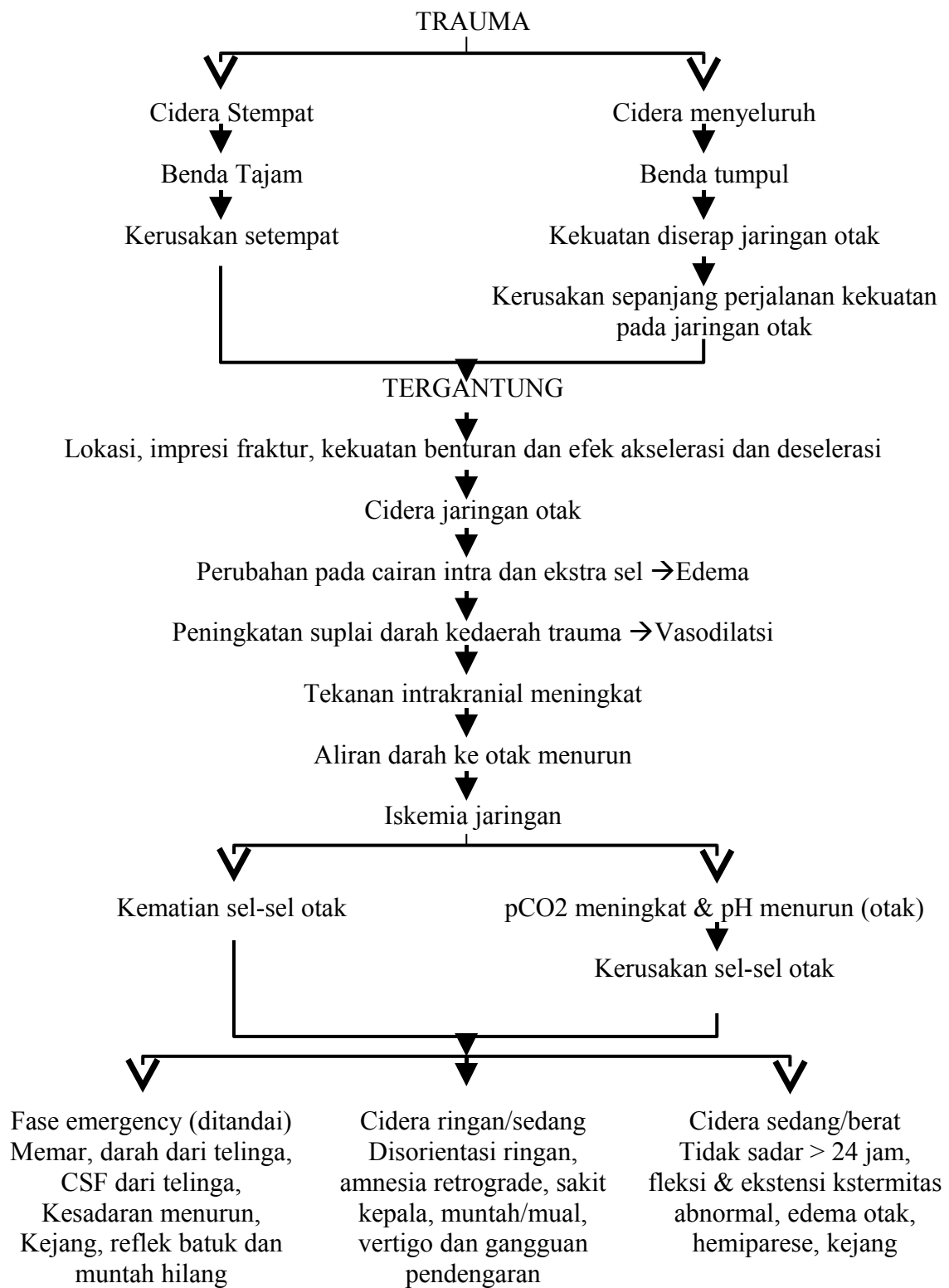
Bila melihat manifestasi klinis dan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien Tn.N adalah cidera kepala berat, cidera kepala berat merupakan *contusio cerebri* adalah kerusakan jaringan otak yang disertai perdarahan yang secara makroskopis tidak mengganggu kontinuitas jaringan, yang disebabkan trauma kepala dan dapat disertai fraktur tengkorak atau perdarahan selaput otak (Markam, 1992). Dalam keadaan normal *cerebre blood flow (CBF)* adalah 50-60 ml/mnt/100 gr jaringan otak yang merupakan 15% dari *cardiac output*. Trauma kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung sekuncup aktivitas-myocardial, perubahan tekanan vaskuler dan *udema paru*. Perubahan otonom pada fungsi ventrikel adalah perubahan gelombang/irama jantung.

Dan bila ada perdarahan otak akan mempengaruhi tekanan vaskuler, dimana penurunan tekanan vaskuler menyebabkan pembuluh darah arteriol akan berkontraksi, pengaruh persyarafan simpatik dan parasimpatik pada pembuluh darah arteri dan arteriol otak tidak begitu besar. Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Pada kontusi berat, hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob, kondisi ini akan menyebabkan asidosis metabolik. Dan bila melihat kasus Tn.N, riwayat pertama masuk di IGD Tn.N mengalami asidosis espiratorik dan berlanjut ke metabolik.

Berdasarkan hasil CT-Scan adalah Perdarahan subdural region temporoparietal kanan & perdarahan SAH, SDH disertai hematosinus maksilaris kiri, sub goleal hematoma region parietal kiri & soft tissue swelling dengan enfisema subkutis maksilaris kiri. Sesuai hasil tersebut bahwa terjadi perdarahan cerebre yaitu di subdural dan arachnoid yang menimbulkan hematoma cerebre yang berarti telah terjadi perdarahan Intrakranial oleh adanya arteri menigia media yang pecah dan biasanya ini disebut dengan Hygroma-robeknya arachnoid dimana akan terjadi cairan dimungkinkan masuk ke subdural dan akan bercampur dengan CSP dan darah. Disamping itu gejala neurologis yang terjadi adalah penurunan kesadaran, peningkatan TIK dan gejala lain tergantung daerah yang mengalami kerusakan/perdarahan. Gejala paling mudah menilai tingkat kesadaran dengan GCS.

Pada kasus Tn.N saat pertama kali masuk IGD tanggal 26-8-2007 bahwa kesadaran koma dengan GCS = 3 artinya bila dilihat secara teori patofisiologi dengan GCS 3 maka Tn.N masuk kategori berat, hanya pada anamnesa tidak terkaji bagaimana mekanisme terjadinya cedera, karena mekanisme cedera berpengaruh terhadap berat ringannya cedera dan keparahan dari organ yang terkena. Terdapat tiga mekanisme terjadinya cedera kepala yaitu deselerasi, akselerasi dan rotasi dan pada kejadian kecelakaan lalulintas sering karena adanya rotasi dan ini akan menyebabkan semua organ otak terganggu.

Pathway:



C. ASUHAN KEPERAWATAN

1. PENGKAJIAN

Untuk pengkajian di ruang IRNA B Lt. I Kiri menggunakan format pengkajian yang telah disediakan, dengan memberikan cek list pada hasil pengkajian yang sesuai. (*hasil pengkajian terlampir*)

Dibawah ini merupakan ringkasan dari pengkajian yang dilakukan pada Tn.N.

a. Keluhan Utama (Saat Masuk Rumah Sakit)

Pasien MRS dengan kecelakaan lalu-lintas, klien mengalami penurunan kesadaran (coma) sejak masuk rumah sakit, GCS=3(E₁M₁V₁), terdapat hematoma pada periorbital bilateral, kebiruan pada kedua bola mata dan terdapat edema pada wajah.

b. Riwayat penyakit sekarang (Saat Pengkajian)

Pasien mengalami penurunan kesadaran (Coma) sejak 11 hari lalu, saat ini GCS = 8 (E₁M₅V₂) kesadaran soporokoma, terpasang NGT hari 11, terpasang O₂, terpasang infuse hari 4, terdapat luka lecet pada kaki dan tangan, luka jahitan (7 buah) pada jari-jari kaki kanan dan kepala bagian parietal luka di jahit (5 buah).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah menderita DM, hipertensi, riwayat TB disangkal, pasien belum pernah dirawat di rumah sakit

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan: keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami sakit seperti pasien.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Sebelum MRS	MRS
Nutrisi –Cairan	Makan 3 x sehari Nasi, sayur, ikan 1 piring/ makan kesulitan tidak ad minum: 2000-2500 cc/hari Jenis : air putih, teh	Diet cair (NGT) 3 X 500 cc/makan + Extra telur 6 buah Kesulitan : penurunan kesadaran 250 cc/hari, Air putih 150 cc/2 jam
Eliminasi	volume tidak teridentifikasi	- dower kateter terpasang hr ke 11,

	Warna kuning jernih Frekwensi 6 -7/24 jam Kesulitan tidak ada BAB :frekwensi 1hari Warna : kuning Konsistensi lunak Kesulitan tidak ada	keluar urine lancer warna kuning agak kemerahan dan keruh Belum BAB lancar 2 hari sekali, konsistensi lembek, kadang cair, jumlah banyak
Tidur-istirahat	Jumlah 6-7 jam Siang jarang tidur Malam 6-7 jam Kesulitan : tidak ada	Penurunan kesadaran
Aktivitas	Pegawai swasta di dinas perpajakan	Penurunan kesadaran
Ketergantungan	Kebiasaan merokok (+), penggunaan obat bebas \ominus , ketergantungan terhadap bahan kimia \ominus , jamu \ominus , Olah raga/gerak badan \ominus .	- Tidak terkaji

h. Pola sensori dan kognitif

Sensori: tidak terkaji karena klien mengalami penurunan kesadaran.

Kognitif: Proses berfikir, isi pikiran, daya ingat, orientasi (tempat, waktu, orang) tidak terkaji.

i. Pola penanggulangan stress

Pertahanan diri klien, biasanya meminta bantuan ibunya dan Pamannya.

j. Status Neurologi

Tingkat kesadaran soporokoma, GCS : (E₁M₅V₂), Tanda-tanda rangsang selaput otak (meningen) : kaku kuduk (-), tanda lasague, tanda kernig tidak dapat di evaluasi, tanda brudzinski tidak dilakukan.

Syaraf cranial : N. olfaktorius, N. Optikus, N. okulomotorius, N. troklearis, N. trigemimus, B. Abdusen, N. fasialis, N. Vestibulo, N. glosfaringeus, N. vagus, N. aksesorius, N. hipoglosus : tidak dapat dievaluasi/dinilai.

Motorik : gaya berjalan tidak dapat di evaluasi, atropi (-), hipertropi (-), gerakan tidak disadari (-)
Sensibilitas : tidak dapat dievaluasi/dinilai.
Reflek fisiologi : radius, patella, tendon achilles +/-
Reflek patologi : chaddock, Gordon, oppenheim, gonad, Schaefer (-).
Fungsi serebellum : tidak dapat dievaluasi/dinilai
Fungsi luhur : tidak dapat dievaluasi/dinilai
Fungsi safar autonom : terpasang dower kateter, hiper saliva (-), tachicardi (-), tachipnea (-).
Tanda - tanda tekanan intracranial : kaku kuduk (-), pupil isokor RC +/+, RCL +/+, tampak gelisah (+), penurunan kesadaran (+).

k. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Keadaan penyakit berat, kesadaran soporokoma, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 37⁵°C, pernapasan 22X/menit, nadi 88X/menit (regular), GCS (E₁M₅V₂), BB (sakit): tidak diketahui, BB (Sblm Sakit) ; tidak diketahui.

2) Sistem integument

Tidak tampak ikterus, permukaan kulit kering, tekstur kasar, rambut hitam dan tampak kotor/berminyak , tidak botak, perubahan warna kulit tidak ada, adanya dekubitus grade 1 pada daerah punggung dan bahu kiri dan kanan atas.

3) Kepala

Normo cephalic, simetris, benjolan/hematoma pada kepala temporal kiri dan terdapat luka jahitan 5 buah.

4) Muka

Asimetris, odema (+) pada maksilaris kiri, otot muka dan rahang kekuatan lemah , sianosis tidak ada.

5) Mata

Alis mata, kelopak mata normal, konjunktiva anemis (- /-), pupil isokor sclera ikterus (-/ -), reflek cahaya positif (+/+). Tajam penglihatan tidak dapat dievaluasi, kelopak mata tampak bengkak (+/+) warna kebiruan.

6) Telinga

Secret, serumen, benda asing, membran timpani dalam batas normal, tidak ada perdarahan telinga.

7) Hidung

Deformitas, mukosa, secret, bau, obstruksi tidak ada, pernafasan cuping hidung tidak ada.

8) Mulut dan faring

Bau mulut \ominus , stomatitis (-) bibir tampak kering, gigi depan lepas 2 buah, lidah merah mudah tampak kotor, kelainan lidah tidak ada.
Terpasang NGT

9) Leher

Simetris, kaku kuduk tidak ada, pembesaran vena jugularis 5 + 2cm H₂O. tidak ada benjolan limphe nodul.

10) Thoraks

Paru Gerakan simetris, retraksi supra sternal (-), retraksi intercoste(-), perkusi resonan, rhonchi +/+ pada basal paru, wheezing -/-, vocal fremitus tidak teridentifikasi.

11) Jantung

Batas jantung kiri ics 2 sternal kiri dan ics 4 sternal kiri, batas kanan ics 2 sternal kanan dan ics 5 mid axilla kanan. perkusi dullness. Bunyi s1 dan s2 tunggal, gallop (-), murmur (-). capillary refill 2 - 3 detik .

12) Abdomen

Bising usus +, tidak ada benjolan, perabaan massa tidak ada,

hepar tidak teraba, asites (-).

13) Inguinal-Genitalia-Anus

femorialis teraba, tidak ada hernia, pembengkakan pembuluh limfe tidak ada, tidak ada hemoroid, terpasang kateter hari ke 11.

14) Ekstremitas

Akral hangat, edema -/-, kekuatan 2/2, gerak yang tidak disadari -/-, atrofi -/-, capillary refill 3 detik, atrofi -/-

15) Tulang belakang

Tidak ada lordosis, kifosis atau scoliosis.

1. Pemeriksaan penunjang

Darah Lengkap : 5 - 9 - 2007		
Hb	: 13,8	13 - 16
Hematokrit	: 28	40 - 48
Leukosit	: 21,100	5-10x 10 ³
Trombosit	: 374.000	15-40x10 ⁴
MCV	: 68	82 - 92
MCH	: 23	27 - 31
MCHC	: 34	32 - 36
Diff Count	: 0/0/4/84/13/30	
LED	: 70	< 15
SGOT	: 69	< 25
SGPT	: 86	< 30
Urobilinogen	: 0.2	-
Nitrit	: -	-
Esterase leucosit	: -	-
Urine		
- BJ	: 1.015	
- PH	: 7.0	
- Protein	: -	
- Keton	: -	
- Glukosa	: -	
- sel epitel	: +	
- Leukosit	: 2- 3	
- eritrosit	: 0-+	
- Silinder	: -	
- Kristal	: -	
- Bakteri	: -	
- Bilirubin	: -	
		Kimia Darah
		- Na/K/Cl : 138/3.78/106
		- Ureun/Kreat : 27/0,8
		- Albumin : 2,78 gr/dl
		- Protein : 4,8 gr/dl
		Analisa Gas Darah
		- pH : 7,410
		- pCO ₂ : 38,4
		- pO ₂ : 83,6
		- HCO ₃ : 23,9
		- SO ₂ : 95,9%
		- tHB : 3,9 gr/dl
		CT Scan ; Kesimpulan
		Perdarahan subdural region temporoparietal kanan & perdarahan SAH, SDH disertai hematosinus maksilaris kiri, subgoleal hematoma region parietal kiri & soft tissue swelling dengan enfisema subkutis maksilaris kiri.

Semua data penunjang dari pertama kali masuk IGD dan ruangan sampai tanggal 5 september dapat dijadikan pedoman dalam menegakkan diagnosa, walaupun

pada saat pengkajian yaitu tanggal 22 desember 2006 ada beberapa hasil laboratorium darah sudah menunjukkan perbaikan, pemeriksaan AGD sebelumnya pasien mengalami asidosis respiratorik dan berlanjut ke meabolisme metabolic, dan pada pemeriksaan AGD tanggal 5/9/2007 menunjukkan perbaikan dan sudah dalam keadaan normal, pada hasil pemeriksaan LED dan leukosit terjadi peningkatan dan pada pemeriksaan albumin, protein terjadi penurunan sehingga dapat disimpulkan resiko terjadi kekurangan nutrisi.

Pada hasil CT-Scan dapat disimpulkan bahwa terjadi perdarahan SDH dan SAH.

m. Terapi

Obat-obatan (6 - 9 - 2007)

Nama obat	Dosis	Pemakaian	Efek Samping (evaluasi perawat)
Citicolin	2x500 gr	Injeksi	
Extrace	1x400 gr	Injeksi	
Kaltolac	3 x 1ampl	Injeksi	
OMZ	1x1 ampl	Injeksi	Alergi
ranitidin	2x 1 ampl	Injeksi	Mual muntah
Cefriaxon	2 x 2 gr	Injeksi	Alergi
Nimotop	4 x 60 mg	Injeksi	alergi
IVFD NaCl 0,9%	8 Jam	Infus	Resti infeksi

Pada saat melakukan pengkajian semua hal yang menjadi fokus pengkajian dapat dilakukan dengan baik, tetapi masih terdapat beberapa hambatan.

1. Hambatan

Dalam menggunakan format tersebut untuk mengkaji pasien Tn.N dengan Cidera kepala berat perawat mengalami kesulitan, hal ini disebabkan karena;

- a. Format pengkajian sangat umum, tidak spesifik pada gangguan sistem neurologi terutama untuk mengkaji pasien dengan masalah neurologi khususnya pasien dengan cidera kepala
- b. Format pengkajian yang tidak menyediakan ruang untuk menjelaskan spesifikasi hasil pengkajian.
- c. Format pengkajian telah memuat hasil pemeriksaan penunjang tetapi ruang yang disediakan sangat sempit sehingga tidak memadai, pada kasus Tn.N, dimana hasil pemeriksaan penunjang cukup banyak. Dan dapat berpengaruh pada penentuan Diagnosa keperawatan.

2. Solusi

Pada hambatan yang terjadi, solusi yang dilakukan yaitu:

- a. Mencari format khusus untuk pemantauan status neurologis khususnya dalam pemantauan kesadaran, bekerja sama dengan Unit Stroke/Neurologi dan mensosialisasikan pada perawat ruangan, format tersebut sudah tersedia dan pihak unit stroke memberikan format yang dimaksud (*terlampir*)
- b. Mencatat hasil-hasil laboratorium yang mengalami kelainan saja dan dicantumkan pada format pengkajian secara focus.
- c. Hasil pengkajian selanjutnya ditulis pada format catatan perkembangan

2. Rasional Pengkajian

Pengkajian yang seharusnya dilakukan pada Tn.N dengan Cidera Kepala Berat adalah sebagai berikut:

Riwayat Keperawatan:

Beberapa riwayat yang berhubungan dengan riwayat keperawatan dan kesehatan sangat perlu dikaji untuk mengetahui perjalanan penyakit dan bagaimana penanganan yang telah dilakukan keluarga. Riwayat-riwayat keperawatan tersebut, meliputi:

- a. Riwayat kesehatan masa lalu dan riwayat saat ini.
Perlu dikaji karena sangat berhubungan pada kesehatan pasien saat ini, apakah pasien pernah dirawat dengan penyakit yang sama (pernah kecelakaan) atau penyakit lain yang berhubungan dengan cedera kepala, sehingga menyebabkan/berhubungan dengan kondisi kepala, karena bila pasien pernah jatuh atau terjadi benturan kepala/cidera kepala akan memperparah kondisi cedera kepala pasien. Sedangkan riwayat kesehatan saat ini merupakan keluhan utama pasien saat ini, mengapa pasien masuk Rumah sakit dan apa keluhan utama pasien, sehingga dapat ditegakkan prioritas masalah keperawatan yang dapat muncul. Dalam hal ini penting dilakukan anamnesa bagaimana mekanisme terjadinya benturan/kecelakaan yang terjadi, pada pasien Tn.N tidak terdeteksi/diketahui bagaimana mekanisme terjadinya cedera kepala.

b. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adakah penyakit-penyakit yang dalam keluarga sehingga membawa dampak berat pada keadaan atau yang menyebabkan memperberat cedera kepala yang terjadi. Hal ini penting dilakukan bila ada gejala-gejala yang memang bawaan dari keluarga pasien, seperti keadaan sakit DM, hipertensi, ginjal yang ada dalam keluarga.

c. Riwayat tumbuh kembang

Kelainan-kelainan fisik atau kematangan dari perkembangan dan pertumbuhan seseorang yang dapat menjadi – mempengaruhi keadaan penyakit seperti ada riwayat bentura kepala sebelumnya/gejala sakit kepala, atau lahir premature, kelengkapan imunisasi, pada format yang tersedia tidak terdapat isian yang berkaitan dengan riwayat tumbuh kembang.

d. Riwayat social ekonomi

Keadaan sosial dan ekonomi berpengaruh, apakah pasien suka berkumpul dengan orang-orang sekitar yang pernah mengalami penyakit-penyakit penyerta yang dapat memperparah kondisi cedera kepala pasien, berkumpul dengan orang-orang yang dampaknya mempengaruhi perilaku pasien yaitu peminum alcohol, karena keadaan lingkungan sekitar yang tidak sehat, disamping itu social ekonomi berpengaruh pada respon psikologis dan kemampuan keluarga dalam menagani pasien sampai kondisi baik kembali

e. Riwayat psikologi dan riwayat sehari-hari

Bagaimana pasien menghadapi penyakitnya saat ini apakah pasien dapat menerima, ada tekanan psikologis berhubungan dengan sakitnya. Kita kaji tingkah laku dan kepribadian, karena pada pasien cedera kepala dimungkinkan terjadi perubahan tingkah laku dan kepribadian, emosi labil, menarik diri, dan depresi. Fatigue dan letargi dapat muncul kemungkinan kerusakan otak akibat cedera kepala. Dapat juga terjadi gangguan body image akibat dari edema, gangguan integument, dan terpasangnya alat-alat invasive (seperti infuse, kateter). Terjadinya perubahan gaya hidup, perubaha peran dan tanggung jawab sebagai kepala keluarga, dan perubahan status financial (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2000). Walaupun dalam format pengkajian ceklist yang ada terbatas isinya, paling tidak memberi

peluang untuk dapat menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan psikologis dan kebiasaan sehari-hari.

Pada pasien Tn.N tidak ditemukan adanya data-data gangguan psikologis, karena pasien terjadi penurunan kesadaran sehingga tidak dapat dinilai dan menurut keluarga tidak ada gangguan psikologis sebelumnya.

Pemeriksaan fisik

d. Kesadaran dan keadaan umum pasien

Tingkat kesadaran baik secara kualitatif dan kuantitatif perlu dikaji, tingkat kesadaran pasien dari sadar – tidak sadar (compos mentis – coma) untuk mengetahui berat ringannya prognosis kondisi pasien, kekacuan fungsi dan kerusakan karena benturan kepala, salah satunya membawa dampak langsung terhadap penurunan kesadaran, salah satunya dengan adanya perdarahan/hematoma cerebre menyebabkan pasokan O₂ ke jaringan otak berkurang. Pada kuantitatif harus dikaji GCS karena sampai saat ini skor glasgow menjadi patokan apakah pasien mengalami cedera kepala berat, sedang atau ringan, disamping itu GCS dapat melihat perkembangan secara cepat dari kondisi kesadaran pasien. Aspek neurologis yang dikaji adalah tingkat kesadaran, biasanya GCS < 15, disorientasi, orang, tempat, waktu.

e. Tanda – tanda vital dan pemeriksaan fisik Kepala – kaki

TD, Nadi, Respirasi, Temperatur yang merupakan tolak ukur dari keadaan umum pasien / kondisi pasien, sehingga dapat dipantau adanya peningkatan TIK dan termasuk pemeriksaan dari kepala sampai kaki dan lebih focus pada pemeriksaan Status neurologis dan persyarafan pasien, seperti kondisi kepala, adanya hematoma/tidak, mata, hidung, telinga apakah terjadi perdarahan/tidak, disamping status neurologis lainnya seperti reflek pupil, fisiologis dan patologis termasuk adanya gangguan saraf kranial dan juga motorik pasien dengan menggunakan prinsip-prinsip inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi, disamping itu juga penimbangan BB dan pengukuran tinggi badan dan LLA untuk mengetahui adanya penambahan BB karena retensi cairan dalam tubuh disamping juga untuk menentukan tingkat gangguan nutrisi yang terjadi, sehingga dapat dihitung kebutuhan Nutrisi yang dibutuhkan karena pasien dalam kondisi tidak sadar, pada kasus Tn.N tidak

dilakukan karena pasien dalam kondisi tidak sadar dan sulit dilakukan, jadi hanya diperkirakan sesuai body image pasien.

Pemeriksaan fisik akan dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan penunjang seperti AGD, untuk mengetahui oksigenasi ke otak, CT-scan untuk mengetahui keparahan dan bagain yang terjadi cedera cerebral, disamping konfirmasi terhadap pemeriksaan laboratorium lainnya.

Pemeriksaan penunjang

b. Pemeriksaan Laboratorium

1. AGD → mendeteksi adanya ventilasi atau masalah pernafasan (oksigenasi) jika terjadi peningkatan intracranial, pada kasus Tn.N terjadi ketidakstabilan oksigenasi ke otak dari pertama kali datang sampai hari ke 11 (tgl 6-9-2007).
2. Darah → dijumpai HB rendah, anemia normokrom normositer, hipokrom mikrositer/hipokrom makrositer, anemia dapat dari akibat adanya perdarahan yang signifikan tetapi kadang hal ini tidak terjadi tergantung dari keparahan perdarahan yang terjadi.
3. Albumin akan merendah karena kemampuan asuhan menelan dan penurunan kesadaran yang berkepanjangan, dan juga globulin yang naik merupakan cerminan daya tahan sel hati yang kurang dan menghadapi stress. Hal ini juga ditemukan pada kasus Tn.N.
4. Kadar elektrolit penting dalam penggunaan diuretic dan pembatasan garam dalam diet, bila ensefalopati, kadar Na turun dari 4 meg/L menunjukkan kemungkinan telah terjadi sindrom hepatorenal. pemeriksaan Elektrolit dapat dilakukan untuk mengetahui keseimbangan elektrolit sehingga dapat mengoreksi bila ada ketidakseimbangan hal ini dapat terjadi akibat peningkatan TIK.
5. Peningggian kadar gula darah → hati tidak mampu membentuk glikogen → bila terus meninggi prognosis jelek, pada kasus tidak ditemukan.

c. Pemeriksaan lainnya

- 1) CT-Scan → (dengan/tanpa kontras): mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, dterminan ventrikuler dan perbahan jaringan otak, disamping

untuk mengetahui adanya infark/iskemia, CT-Scan ini merupakan Gold dari pemeriksaan yang harus dilakukan pada pasien cedera kepala. Karena untuk cepat dan tepat mendeteksi adanya kerusakan dan perdarahan yang terjadi sehingga penanganan lebih cepat dan tepat pula.

- 2) MRI → digunakan sama seperti CT-Scan dengan atau tanpa kontras
- 3) Cerebral Angiography → menunjukkan anomaly sirkulasi cerebral, seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan dan trauma.
- 4) Serial EEG → dapat mendeteksi dan mengetahui perkembangan gelombang yang patologis
- 5) X-Ray → Mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang.
- 6) Pemeriksaan angiografi untuk mengidentifikasi tempat perdarahan arteri yang nyata.
- 7) CSF → lumbal punksi dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarachnoid, seperti pada kasus Tn.N dapat saja dilakukan lumbal punksi, jika perdarahan masih terus berlangsung dan tidak ada perbaikan dari kondisi pasien.
- 8) Screen Toxicologi → untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan adanya penurunan kesadaran

Beberapa pemeriksaan penunjang tambahan di atas dapat dijadikan rekomendasi dalam berkolaborasi dengan medis dalam menentukan tindakan dan prosedur apa yang tepat dan bermanfaat dalam penegakan diagnosa, agar informasi/data yang didapat lebih valid.

Tetapi perlu juga dipertimbangkan bahwa dalam memberikan rekomendasi dalam pemeriksaan penunjang harus melihat kemanfaatan dan efektifitas dari perlunya pemeriksaan penunjang. Dari beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien cedera kepala yang paling penting dilakukan (Gold) dari cedera kepala adalah CT-Scan dan lainnya penting juga adalah AGD, disamping elektrolit untuk mendeteksi adanya ketidakseimbangan dari elektrolit.

D. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Di ruang IRNA B I kiri untuk pembuatan renpra sudah ada, dengan menggunakan cek list, hanya saja masih terbatas, oleh karena itu residen membuat sendiri renpra sesuai dengan kasus pada Tn.N. sesuai dengan kondisi pasien dapat ditegakkan renpra sebagai berikut:

1. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas b.d akumulasi secret.
2. Perubahan perfusi jaringan cerebral b.d perdarahan dan edema cerebral
3. Resiko peningkatan TIK b.d proses desak ruang akibat edema cerebral
4. Resti gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake tidak adequate: penurunan kesadaran (soporokoma)
5. Resti kerusakan integritas kulit b.d imobilitas
6. Resti gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kesadaran
7. Resti terbatasnya pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai proses penyakit, prognosis dan penatalaksanaannya berhubungan dengan terbatasnya informasi

Dari beberapa diagnosa tersebut ditentukan diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas untuk menjadi fokus implementasi pada saat ini dan implementasi keperawatan berikutnya. Dari 7 diagnosa terdapat 5 diagnosa prioritas yaitu diagnosa 1 sampai 5.

1. **Rasional Diagnosa yang ditegakan**

Dari beberapa masalah yang timbul, telah ditegakkan diagnosa masalah keperawatan prioritas. Sesuai Prioritas masalah yang ada maka disusun rencana asuhan keperawatan yang tepat dan dibawah ini merupakan rasionalisa kenapa masalah muncul pada pasien Tn.N, sebagai berikut:

- a. Tidak efektifnya bersihan jalan napas b.d akumulasi sekret

Masalah keperawatan ini dapat muncul, karena pasien dalam keadaan penurunan kesadaran (coma) yang lama sehingga tidak ada aktifitas yang dapat dilakukan pasien, hal ini akan mengakibatkan adanya penumpukan sekret dalam saluran nafas, kondisi ini akan menyebabkan kesulitan pasien untuk dapat mengeluarkan sekret yang menumpuk. Disamping penurunan kesadaran juga menurunnya fungsi reflek pasien untuk dapat bereaksi bila ada benda asing pada sistem respirasi sehingga akan membahayakan bagi

kondisi pasien, diagnosa ini merupakan bagian dari prioritas yang pertama karena termasuk bagaimana mengantisipasi dan mengusakan bersihan jalan napas tetap efektif selama pasien dalam kondisi tidak sadar.

Renpra bertujuan : Bersihan nafas efektif dalam waktu 3 x 24 jam perawatan

- b. Perubahan perfusi jaringan cerebral b.d perdarahan dan edema cerebral
Dengan adanya hasil CT-scan bahwa terjadi perdarahan dan edema cerebral (SDH & SAH) akan mengganggu sistem oksigenasi cerebral sehingga organ otak pada daerah terkena/hematoma akan terjadi kekurangan oksigen (hipoksia) jaringan cerebral, kondisi ini menjadi masalah prioritas kedua karena bila terjadi hipoksia cerebral berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan cerebral yang luas, sehingga perlu penanganan cepat dan tepat.

Renpra bertujuan : Perfusi jaringan cerebral adekuat dalam waktu 5 x 24 jam perawatan.

- c. Resiko peningkatan TIK b.d proses desak ruang akibat edema cerebral
Bila edema cerebral berlangsung terus menerus maka akan terjadi ketidakseimbangan dari cairan CSF dan sirkulasi darah di cerebral, kondisi ini bila berlangsung cepat dan terus menerus akan mengakibatkan desak ruang pada otak sehingga dimungkinkan terjadi peningkatan TIK secara berlanjut dan oksigenasi ke jaringan cerebral akan lebih berat, penanganan terfokus pada pencegahan jangan sampai peningkatan TIK berlanjut dan bertambah berat.

Renpra bertujuan : Tidak terjadi peningkatan TIK selama 5 x 24 jam keperawatan

- d. Restri gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake tidak adequate: penurunan kesadaran (soporokoma)
Sesuai hasil pemeriksaan laboratorium albumin dan protein terjadi penurunan, dapat dikatakan hal ini sebagai indikator adanya kekurangan pemenuhan nutrisi hal ini juga dapat dimungkinkan karena pasien tidak sadar sehingga intake tidak adequate, bila hal ini berlangsung lama dan tidak dikontrol dengan baik maka kebutuhan nutrisi tidak dapat terpenuhi sesuai kebutuhan tubuh. Disamping itu pasien sedang mengalami proses perangan cerebral yang membutuhkan banyak asupan nutrisi sehingga dapat

memperkuat daya tahan pasien, dengan penetapan masalah keperawatan ini dapat dipenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik dan terencana sehingga dapat mencegah terjadinya kekurangan asupan nutrisi sampai pasien dalam kondisi sadar.

Renpra bertujuan : terpenuhi kebutuhan nutrisi pasien selama 3 x 24 jam keperawatan

e. Restriksi kerusakan integritas kulit b.d imobilitas

Bila pasien dalam kondisi imobilisasi dan pasien tidak sadar harus dijaga jangan sampai terjadi gangguan integritas kulit, karena adanya keterbatasan gerak dari pasien sehingga dapat direncanakan mobilisasi pasif pasien untuk mencegah gangguan integritas kulit, kondisi paling sering pasien ini adalah terjadinya kerusakan integritas kulit (dekubitus) untuk itu penegakan masalah keperawatan ini perlu diprioritaskan sampai pasien dalam kondisi sadar dan mobilitas baik

Renpra bertujuan : tidak terjadi kerusakan integritas kulit selama 3 x 24 jam perawatan

2. Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa masalah keperawatan dan rencana asuhan keperawatan terlampir

3. Hambatan

Walaupun demikian masih terdapat beberapa hambatan dalam menentukan diagnosa keperawatan dan renpra, diantaranya:

- a. Form renpra diruangan sudah ada berupa checklist tetapi belum semua masalah ada dan sesuai dengan kasus, masih terbatas.
- b. Tidak tersedia form kosong renpra sehingga bila ada lembar renpra checklist yang tidak lengkap dapat ditambahkan pada renpra berikutnya.

4. Solusi

- a. Mengumpulkan bahan-bahan dalam penegakan diagnosa keperawatan dan mengkaji lebih terinci dan teliti terhadap kondisi pasien
- b. Membuat renpra tambahan yang dirancang berdasarkan teori dan kondisi pasien

E. IMPLEMENTASI

Pada pelaksanaan intervensi keperawatan ini digunakan format yang telah tersedia diruangan, walaupun masih banyak keterbatasan untuk menuliskan semua tindakan yang ada. Tetapi beberapa intervensi keperawatan yang telah dilakukan dan belum dilakukan dituliskan dalam laporan shif .

Dari intervensi keperawatan yang direncanakan, terdapat beberapa intervensi yang lambat dilakukan karena beberapa prosedur harus direncanakan jauh-jauh hari penjadwalannya seperti pemeriksaan EEG dan CT-Scan ulang, tetapi secara umum 95 % intervensi keperawatan dapat dilaksanakan sesuai jadwal baik intervensi mandiri maupun intervensi yang bersifat kolaborasi. (*catatan tindakan terlampir*).

Intervensi keperawatan lain yang telah dilakukan berkaitan dengan pendidikan kesehatan dan bagaimana mempersiapkan discharge planing pada pasien, hal ini dilakukan sejak pasien masuk RS yaitu tanggal 26 agustus 2007, tetapi hal ini belum dilakukan oleh ruangan oleh karena itu sejak tanggal 6 september keluarga diberikan penkes tentang perawatan pasien bila sudah dirumah, diantara yaitu :

1. Penjelasan tentang pengertian, penyebab, pengobatan dan komplikasi cedera kepala termasuk gangguan fungsi luhur dari pasien, poleh karena itu perlu control dan berobat secara teratur dan lanjut.
2. Cara tentang pemenuhan nutrisi dan cairan selama dirumah
3. Cara latihan mobilisasi fisik secara bertahap dan terencana agar tidak terjadi cedera pada neuromuskuler
4. Kapan harus istirahat, aktifitas dan kontrol selama kondisi masih belum optimal terhadap dampa dari cedera kepala pasien

F. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan berdasarkan masing-masing diagnosa keperawatan dalam bentuk catatan perkembangan pasien, format catatan perkembangan pasien mengikuti format yang ada diruangan dan sudah tersedia diruangan.

Penulisan catatan perkembangan dalam bentuk SOAP dilakukan setiap hari atau per 24 jam. SOAP ini mengacu pada perkembangan kondisi pasien dan respon pasien

secara terstruktur. Catatan perkembangan dilakukan setiap hari, dimulai pada tgl 6-9-2007, tetapi pada pelaksanaan di klinik tidak dapat dilakukan dengan baik karena pada saat mahasiswa libur pada hari sabtu dan minggu tidak ada perawat ruangan yang melakukan SOAP pada pasien. (*SOAP terlampir*)

Dari beberapa masalah keperawatan yang muncul, keseluruhan masalah keperawatan tersebut dapat teratasi dengan baik sesuai tujuan yang diharapkan, adapun ringkasan evaluasi dari setiap masalah keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas b.d akumulasi secret.

Masalah muncul tgl 6-9-2007, sesuai renpra masalah teratasi dalam waktu 3 hari, setelah implementasi dari renpra yang dibuat semua renpra dapat diimplementasikan baik mandiri maupun kolaborasi termasuk inhalasi yang dilakukan setiap 6 jam, masalah teratasi 6 hari (tgl 11-9-2007) setelah perawatan, tidak ada komplikasi dan masalah bersihan jalan nafas berlanjut.

2. Perubahan perfusi jaringan cerebral b.d perdarahan dan edema cerebral

Masalah muncul tgl 6-9-2007, sesuai renpra masalah teratasi dalam waktu 5 hari, setelah implementasi dari renpra yang dibuat semua renpra dapat diimplementasikan baik mandiri maupun kolaborasi termasuk pemberian obat-obatan walaupun pemberian obat-obatan sering terlambat karena persediaan obat sering terlambat, masalah teratasi 6 hari (tgl 12-9-2007) setelah perawatan, tetapi walaupun demikian masalah perubahan perfusi jaringan cerebral diturunkan menjadi resti gangguan berulang, masalah ini dapat diatasi setelah 20 hari perawatan (tgl 19-9-2007) tidak ada komplikasi dan masalah gangguan perfusi jaringan cerebral dapat diatasi dengan tuntas.

3. Resiko peningkatan TIK b.d proses desak ruang akibat edema cerebral

Sejalan dengan teratasinya diagnose keperawatan No.2 (gangguan perfusi jaringan cerebral) maka tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK sampai tgl 19-9-2007 (20 hr) perawatan

4. Resti gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake tidak adequate: penurunan kesadaran (soporokoma)

5. Resti kerusakan integritas kulit b.d imobilitas

Pertama dalam penegakkan diagnose keperawatan ini, kondisi pasien sudah masuk dekubitus derajat 1 (tgl 6-9-2007), setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 5 hari perawatan oleh residen dekubitus derajat 1 tidak berlanjut berat dan cenderung sembuh (tidak terjadi dekubitus) sampai pasien pulang tanggal 21-9-2007 tidak terjadi dekubitus, dan gangguan integritas kulit lainnya tidak terjadi.

6. Resti gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kesadaran

Pada saat pengkajian tanggal 6-9-2007, masalah ini sudah diangkat, dimaksudkan untuk mencegah terjadinya gangguan mobilitas fisik secara parah, walaupun pasien belum sadar, pasien dilakukan mobilisasi fisik pasif ringan, sehingga tidak terjadi kontraktur, mobilisasi fisik secara bertahap dilakukan setelah pasien sadar dan tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, sampai tanggal 17-9-2007 tidak ada gangguan mobilitas fisik, maka intervensi yang telah dilakukan yaitu memberikan latihan mobilisasi bertahap, mika/miki, duduk, duduk disamping tempat tidur, berdiri dan berjalan yang dilakukan sejak tanggal 8-9-2007, dan pada tanggal 21-9-2007 pasien pulang tidak ada gangguan mobilitas fisik termasuk tidak ada tanda kontraktur.

7. Resti terbatasnya pengetahuan (kebutuhan belajar) mengenai proses penyakit, prognosis dan penatalaksanaannya berhubungan dengan terbatasnya informasi
Sejak tanggal 6-9-2007 residen melakukan intervensi dalam pemberian penkes termasuk perencanaan pulang sehingga pada saat pasien pulang tanggal 21-9-2007, pasien dan keluarga dapat mengerti, memahami bagaimana perawatan pasien setelah ada dirumah.

Secara keseluruhan masalah keperawatan dapat teratasi dengan optimal sesuai rencana keperawatan

G. Resume Pasien Pulang

Nama: Tn.N, Umur: 32 Tahun, Alamat : Bekasi, Agama: Islam, Pendidikan: SMA, Pekerjaan: Pegawai swasta, Status perkawinan: Duda, Suku: Betawi, Tanggal MRS: 26 Agustus 2007 (Jam 03.35), Pengkajian: 6 September 2007 (Jam 09.00), Diagnosa masuk: Cidera kepala berat
pasien pulang tanggal 21 September 2007 (13.00),
Kondisi saat masuk:

12 jam sebelum masuk rumah sakit pasien tidak sadar, riwayat kecelakaan lalu lintas menabrak, tidak ada kejelasan mekanisme terjadinya cedera kepala, hanya terjadi benturan pada kepala, klien mengalami penurunan kesadaran (coma) sejak masuk rumah sakit, GCS=3(E₁M₁V₁), terdapat hematoma pada periorbital bilateral, kebiruan pada kedua bola mata dan terdapat edema pada wajah. Pada saat pengkajian TD: 110/70, Suhu: 37.5, RR: 24 x/mnt, Nadi 82 x/mnt reguler, pasien masih mengalami penurunan kesadaran (Coma) sejak 11 hari lalu, saat ini GCS = 8 (E₁M₅V₂), saat ini kesadaran soporokoma, terpasang NGT hari 11, terpasang O₂, terpasang infuse hari 4, terdapat luka lecet pada kaki dan tangan, luka jahitan (7 buah) pada jari-jari kaki kanan dan kepala bagian parietal luka di jahit (5 buah). Pada pemeriksaan CT Scan ; Kesimpulan: Perdarahan subdural region temporoparietal kanan & perdarahan SAH, SDH disertai hematosinus maksilaris kiri, sub goleal hematoma region parietal kiri & soft tissue swelling dengan enfisema subkutis maksilaris kiri. *(Hasil Pengkajian terlampir)*

Kondisi saat pasien Pulang:

TD: 120/80, Suhu: 36.5, RR: 18 x/mnt, Nadi 88 x/mnt reguler, pasien sadar (Compos mentis), saat ini GCS = 15 (E₄M₆V₅), NGT tidak terpasang lagi akan/minum peroral dan sudah banyak dan bebas, kateter sudah dilepas 7 hari lalu saat ini bak dan bab sponta tidak ada keluhan dan tidak ada kelainan, luka lecet pada kaki, tangan dan luka jahitan dikepala sudah mengering, tidak ada tanda infeksi jahitan sudah diangkat 10 hari lalu, mobilisasi baik tidak ada kontraktur, tidak ada gangguan integritas kulit, tidak ada gangguan pikir dan bicara baik, reflek-reflek kondisi normal kekuatan otot 5555!5555 atas, bawah 5555!5555, kesan terjadi paresis pada N.cranialis VII kanan, ditandai wajah agak mencong kekanan secara umum kondisi saat pulang dalam kondisi baik. Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin, albumin dan protein termasuk hasil pemeriksaan elektrolit dalam batas normal dan hasil pemeriksaan CT Scan tanggal 19-9-2007; Kesan: Perdarahan subdural region temporoparietal kanan & perdarahan SAH, SDH disertai hematosinus maksilaris kiri dalam perbaikan, sub goleal hematoma region parietal kiri & soft tissue swelling dengan enfisema subkutis maksilaris kiri dalam perbaikan. *(SOAP terlampir)*

H. PROSEDUR YANG KURANG TEPAT

1. Monitoring intake dan output cairan, terutama dinas sore dan malam sering tidak dilakukan secara lengkap, sehingga penghitungan balance cairan tidak dapat dilakukan dengan valid, kita hanya menanyakan kepada pasien sesuai yang telah diajarkan pada pasien, solusi: melibatkan keluarga dalam pemantau pemberian cairan intake-output dan dievaluasi setiap pagi oleh perawat/residen.
2. SOAP setiap hari libur tidak dilakukan sehingga tidak dapat dipantau karena perawat ruangan tidak melakukan SOAP dengan baik.
3. Secara umum pendokumentasian keperawatan diruangan tidak berjalan sesuai standar keperawatan sehingga bila residen tidak dinas, baik catatan tindakan keperawatan maupun observasi keperawatan tidak dapat dipantau dan tidak ada dokumentasi yang dapat dipertanggung jawabkan.

I. ANALISA PENGALAMAN

1. Melakukan tindakan keperawatan.

Dukungan terhadap pemberian perawatan pasien tidak hanya datang dari pasien dan keluarga tetapi dari teman – teman perawat di ruangan terutama kerjasam yang baik dari PN ruangan yang sepenuhnya mendukung kami. Pengalaman yang didapat yaitu dapat melakukan tindakan keperawatan dengan bebas, karena kepala ruang dan ketua tim memberikan ijin untuk melakukan implementasi pada pasien, cukup dengan menuliskan dalam lembar implementasi. Implementasi yang dilakukan selalu dicatat di lembaran implementasi yang terdiri dari apa yang dilakukan dan jam, tetapi ada beberapa implementasi yang tidak dicatat karena tidak ada dalam lembar format. Satu hal yang masih kurang adalah kadang-kadang lupa mencantumkan paraf pada lembaran implementasi. Hal ini penting sebagai aspek legalitas pemberian asuhan keperawatan.

Obat-obatan berada di stasium ners sehingga memudahkan residen dalam memberikannya dan mengontrol pemberian obat-obatan, tinggal disesuaikan dengan terapi yang ada dilembar observasi pasien, yang berada di sisi tempat tidur pasien.

2. Pengalaman yang memuaskan

Dari kasus ini mendapatkan pengalaman yang memuaskan dapat merawat pasien CKB dan pulang dalam kondisi baik dan tidak ada komplikasi yang terjadi, dari beberapa kasus yang pernah residen rawat sering terjadi komplikasi sampai ke kematian, dengan perhatian dan pencegahan terjadinya masalah berlanjut terhadap oksigenasi serebral merupakan hal yang sangat penting dilakukan sehingga kondisi pasien tidak bertambah parah.

3. Melakukan terminasi.

Terminasi akhir dilakukan jam 11.00 WIB, tanggal 21 september 2007 sebelum pasien pulang. Pasien dan keluarga mengatakan senang telah dirawat, serta berjanji akan mematuhi program perawatan selama dirumah.

J. EVIDENCE UNTUK PENELITIAN LEBIH LANJUT

1. Pengkajian yang akurat dan cepat dengan pemeriksaan mata pasien dan mendeteksi tiap bagian mata pasien terhadap adanya kelainan status neurologis yang terjadi.
2. Perlu dilakukan pengkajian yang mendalam efektifitas penhitungan balance cairan yang lebih efektif yang dapat dilakukan oleh pasien atau keluarga secara mandiri
3. Pengaruh pemberian posisi elevasi kepala 30 derajat terhadap penurunan TIK dan mencegah TIK meningkat dan juga seberapa besar pengaruh pemberian posisi elevasi kepala 30 efektif untuk oksigenasi otak/cerebral

DAFTAR PUSTAKA

- Aschenbrenner, D.S., Cleveland, L.W., & Venable, S.J. (2002). *Drug Therapy in Nursing*. Philadelphia : Lippincot.
- Alexander, Fawcett, Runciman. (2000). *Nursing Practice Hospital and Home the Adult*, Second edition, Toronto. Churchill Livingstone.
- Bullock, Barbara (2000). *Focus on pathophysiology*. Philadelphia.
- Barkaukass, et.al (1994), *Health & Physical Assessment*. Missouri : Mosby
- Black, Joice. M., & Hawk, Jane. H. (2005). *Medical Surgical Nursing; clinical management for positive outcomes*. 7th Edition. Elsevier. Inc : St. Louis
- Doenges, M. E, (1993/2000), *Nursing Care Plans. Guidelines For Planning And Documenting Patient Care*. (Terjemahan oleh I Made Karias, dkk). Jakarta : EGC.
- Guyton (2001), *Human Physiology and Deseases Mechanism, 3rd – ed*, (Terjemahan oleh Petrus Andrianto, 2001). Jakarta : EGC.
- Luckman Sorensen,(1995).*Medical Surgical Nursing, A PhsycoPhysiologic Approach*, 4th Ed,WB Saunders Company, Phyladelphia.
- Lewis, Sharon, M., Heitkemper, Margaret, M., & Direksen, Shannon. (2000). *Medical Surgical Nursing; assessment and management of clinical problem*. Fifth edition. St. Louis : Cv. Mosby.
- Munro, J. F & Ford, M. J, (1993/2001), *Introduction to Clinical Examination 6/E*. (diterjemahkan oleh Rusdan Djamil), Jakarta:EGC.
- Moore, S., Breanndan. (1996). *Medikal test : pemeriksaan medis*. Buku 2. Jakarta : Gramedia.
- Smeltzer, S. C et.al (2005), *Brunner&Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. 9th*. Philadelphia: Lippincott.
- http://www.webmd.com/hw/health_guide_atoz/hw233596.asp
- <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7441/655>
- <http://www.intelihealth.com/IH/ihtIH/WSIHW000/8772/21905.html>
- <http://www.merck.com/mmhe/sec06/ch077/ch077d.html>.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

HASIL PENGAKAJIAN

RENCANA KEPERAWATAN

CATATAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

CATATAN EVALUASI / SOAP