**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan tumor otak. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit tumor otak melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

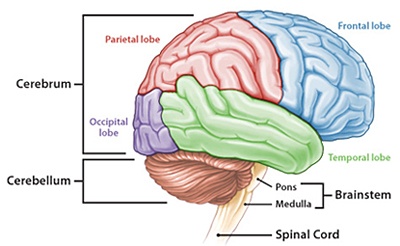
**2.1**  **Tumor Otak**

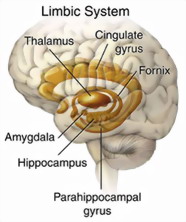
**2.1.1 AnatomiFisiologi Otak**

Otak merupakan suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh, bagian dari saraf sentral yang terletak didalam rongga tengkorak (kranium) yang dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram (Setiadi, 2007 : 213).

Selaput otak (meningen) adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang untuk melindungi stuktur saraf yang halus untuk membawa pembuluh darah dan cairan sekresi. Selaput otak terdiri dari tiga lapisan yaitu duramater, arakhnoid, dan piamater. Duramater adalah selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat. Arakhnoid adalah selaput tipis yang membentuk sebuah balon yang berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral. Piamater adalah selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak. Bagian-bagian otak antara lain:

1. **C**erebrum (Otak Besar)
2. Cerebellum (Otak Kecil)
3. Brainstem (Batang Otak)
4. Limbic System (Sistem Limbik)





2.1 Gambar Otak ( Muttagin,Arif.2008)

1. Cerebrum (Otak Besar)

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan nama Cerebral Cortex, Forebrain atau Otak Depan. Cerebrum membuat manusia memiliki kemampuan berpikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran, perencanaan, memori dan kemampuan visual. Kecerdasan intelektual atau IQ Anda juga ditentukan oleh kualitas bagian ini.

Cerebrum secara terbagi menjadi 4 (empat) bagian yang disebut Lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulcus. Keempat Lobus tersebut masing-masing adalah: Lobus Frontal, Lobus Parietal, Lobus Occipital dan Lobus Temporal.

1. Lobus Frontal merupakan bagian lobus yang ada dipaling depan dari Otak Besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, memberi penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, kontrol perilaku seksual dan kemampuan bahasa secara umum.
2. Lobus Parietal berada di tengah, berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.
3. Lobus Temporal berada di bagian bawah berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.
4. Lobus Occipital ada di bagian paling belakang, berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

2. Cerebellum (Otak Kecil)

Otak Kecil atau Cerebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengkontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Otak Kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya.

Jika terjadi cedera pada otak kecil, dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerak otot. Gerakan menjadi tidak terkoordinasi, misalnya orang tersebut tidak mampu memasukkan makanan ke dalam mulutnya atau tidak mampu mengancingkan baju.

1. Brainstem (Batang Otak)

Batang otak (brainstem) berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar manusia termasuk pernapasan, denyut jantung, mengatur suhu tubuh, mengatur proses pencernaan, dan merupakan sumber insting dasar manusia.

Batang Otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

1. Mesencephalon atau Otak Tengah (disebut juga Mid Brain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan Otak Besar dan Otak Kecil. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.
2. **Medulla oblongata** adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga sebaliknya. Medulla mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan, dan pencernaan.
3. **Pons** merupakan stasiun pemancar yang mengirimkan data ke pusat otak bersama dengan formasi reticular. Pons yang menentukan apakah kita terjaga atau tertidur.

4. Limbic System (Sistem Limbik)

Sistem limbik terletak di bagian tengah otak, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Limbik berasal dari bahasa latin yang berarti kerah. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amigdala, hipocampus dan korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostasis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

Bagian terpenting dari Limbik Sistem adalah Hipotalamus yang salah satu fungsinya adalah bagian memutuskan mana yang perlu mendapat perhatian dan mana yang tidak.

**2.1.2 Definisi tumor otak**

Tumor Intrakranial meliputi lesi desak ruang jinak maupun ganas yang tumbuh di otak, meningen dan tengkorak (Muttaqin arief, 2008). Tumor otak atau tumor intrakranial adalah neoplasma atau proses desak ruang (space occupying lesion atau space taking lesion ) yang timbul di dalam rongga tengkorak baik di dalam komportemen supratentorial maupun intrakranial (Satyanegara, 2010). Tumor intrakranial primer atau neoplasma adalah suatu peningkatan sel-sel intrinsik dari jaringan otak dan kelenjar pituitary dan pienal (M. Judha & Nazwar, 2011).

* + 1. **Etiologi**

Penyebab dari tumor belum diketahui. Namun ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa beberapa agent bertanggung jawab untuk beberapa tipe tumor-tumor tertentu. Agent tersebut meliputi faktor herediter, congenital, virus, toksin, dan definisiensi immunologi. Ada juga yang mengatakan bahwa tumor otal dapat terjadi akibat sekunder dari trauma cerebral dan penyakit peradangan. Metastase ke otak dari tumor tumor bagian tubuh lain juga dapat terjadi. Karsinoma metastase lebih sering menuju ke otak dari pada sarcoma. Lokasi utama dari tumor otak metastasee berasal dari paru-paru dan payudara.

**2.1.4 Manifestasi klinik**

Manifestasi klinik umum (akibat dari peningkatan TIK, obstruksi dari CSF) adalah sakit kepala, Nausea atau muntah proyektil, Pusing. Perubahan mental, Kejang. Manifestasi klinik lokal (akibat kompresi tumor pada bagian yang spesifik dari otak). (Muttaqin, arief 2008)

1. Perubahan penglihatan, misalnya : hemianopsia, nystagmus, diplopia, kebutaan, tanda-tanda papil edema.
2. Perubahan bicara, misalnya : aphasia
3. Perubahan sensorik, misalnya : hilangnya sensasi nyeri, halusinasi sensorik.
4. Perubahan motorik, misalnya : ataksia, jatuh, kelemahan, dan paralisis.
5. Perubahan bowel atau bladder, misalnya : inkontinensia, retensia urin.
6. Perubahan dalam pendengaran, misalnya : tinnitus, deafnes.
7. Perubahan dalam seksual

Gejala Tumor Otak Berdasarkan Lokasinya penetapan lokasi tumor otak (A.P. Sylvia .2008). :

Tabel 2.1 Tanda Dan Tumor Otak Berdasarkan Lokasinya

|  |  |
| --- | --- |
| Lokasi Tumor | Tanda dan Gejalanya |
| Hipofisis | 1. Perubahan sela tursika 2. Gangguan khiasma 3. Kelainan endokrin |
| Lobus frontalis | 1. Epilepsi (kadang-kadang fokal) 2. Gangguan psikis 3. Afasia motorik 4. Hiperemesis |
| Lobus frontalis kanan | 1. Epilepsi (kadang-kadang fokal) 2. Gangguan psikis 3. Hiperemesis |
| Lobus pariental | 1. Epilepsi fokal 2. Hiperemesis 3. Hemi hipestesia 4. Agnosia |
| Lobus temporal kiri | 1. Afasia sensorik 2. Epilepsi 3. Hemiparese 4. Hemi anopsia 5. Gangguan pskis |
| Lobus temporal kananreflek tendon | 1. Epilepsi 2. Hemi parese 3. Hemi anopsia 4. Gangguan psikis |
| Serebulum | 1. Ataksia dengan reflek tendon yang merendah 2. Arefleksia kornea 3. Nigtagmus |
| Sudut fronto serebral | 1. Tuli disertai tidak adanya reaksi terhadap rangsangan vestibulum 2. Nigtagmus 3. Arefleksia kornea 4. Ataksia unilateral |
| Mesensefalon | 1. Reaksi pupil jelek 2. Gangguan pergerakan mata 3. Ataksia dengan peninggian reflek tendon |
| Batang otak | 1. Gangguan gerakan mata horizontal 2. Hemiplegic alternans 3. Tidak ada edema pupil |

* + 1. **Patofisiologi**

Tumor Intrakranial menyebabkan gangguan neurologis progresif. Gangguan neurologis pada tumor intrakranial biasanya dianggap disebabkan karena dua faktor, yaitu gangguan fokal oleh tumor dan peningkatan tekanan intrakranial (Muttagin, arief. 2008 )

Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak dan infiltrasi atau invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. Tentu saja disfungsi yang paling besar terjadi pada tumor yang tumbuh paling cepat (misalnya glioblastoma multiform).

Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang bertumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak. Gangguan suplai darah arteri pada umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskular primer.

Serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuron dihubungkan dengan kompresi, invasi, dan perubahan suplai darah ke jaringan otak. Beberapa tumor membentuk kista yang juga menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologis fokal. Peningkatan tekanan intrakranial dapat diakibatkan oleh beberapa factor (Muttaqin, arief. 2008):

1. Bertambahnya massa dalam tengkorak,
2. Terbentuknya edema sekitar tumor,
3. Perubahan sirkulasi cairan serebrospinal.

Pertumbuhan tumor menyebabkan bertambahnya massa karena tumor akan mengambil tempat dalam ruang yang relatif tetap dan ruangan kranial yang kaku.

Tumor ganas menimbulkan edema dalam jaringan otak di sekitarnya. Mekanismenya belum seluruhnya dipahami, tetapi diduga disebabkan oleh selisih osmotik yang menyebabkan penyerapan cairan tumor. Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan peningkatan volume intrakranial dan meningkatkan tekanan intrakranial. Obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subarakhnoid menimbulkan hidrosefalus.

Peningkatan tekanan intrakranial akan membahayakan jiwa bila terjadi cepat akibat salah satu penyebab yang telah dibicarakan sebelumnya. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu berhari-hari atau berbulan-bulan untuk menjadi efektif oleh karena itu tidak berguna apabila tekanan intrakranial timbul dengan cepat. Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intrakranial, volume cairan serebrospinal, kandungan cairan intrasel, dan mengurangi sel-sel parenkim.

Peningkatan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Herniasi unkus timbul bila girus medialis lobus temporalis tergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan menurunnya kesadaran dan menekan saraf kranial III. Pada herniasi serebellum, tonsil serebellum tergeser ke bawah melalui foramen magnum oleh suatu massa posterior. Kompresi medula oblongata dan henti pernapasan terjadi dengan cepat. Perubahan fisiologis lain yang terjadi akibat peningkatan intrakranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi), dan gangguan pernapasan ( Muttaqin Arif,2008 )

**2.1.6** **Penatalaksanaan**

Modalitas penanganan tumor otak mencakup tindakan-tindakan (satyanegara. 2010 : 274) antara lain :

1. Terapi operatif yang bertujuan untuk mendapatkan diagnosa pasti, decompresi dan memudahkan pengobatan selanjutnya ( kemoterapi atau radioterapi ).
2. Terapi konservatif ( non operatif ) a. Radioterapi untuk tumor- tumor susunan syaraf pusat kebanyakan

mengunakan sinar x dan sinar gamma tujuannya untuk menghancurkan

tumor dengan dosis yang masih dapat ditoleransi oleh jaringan sekitarnya. b. Kemoterapi

Pemberian obat-obatan kemoterapi 5FU ( 5 flurourasil ).

c. Imunoterapi

Yang mendasari terapi ini adalah anggapan bahwa tumbuhnya tumor disebabkan oleh adanya gangguan fungsi imunologi tubuh sehingga diharapkan setelah diberikan imunoterapi sistim imun tubuh dapat menekan pertumbuhan tumor.

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Tumor Otak.**

Asuhan keperawatan adalah tindakan sistematis dengan pendekatan pemecahan masalah yang logis dan teratur secara komperehensif dan efektif yang meliputi pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Doengoes, 2000: 6).

**2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan tumor intrakranial meliputi anamnesis, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik dan pengkajian psikososial.

Tahap pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Alimul, A. 2007 : 98). Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dan pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. ( Hidayat, Azis. 2007).

1. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

a. Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur , jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosis medis.

b. Riwayat kesehatan.

1). Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang sangat dirasakan pasien pada saat pasien dikaji (Setiadi, 2004 : 32).

Keluhan utama yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan adalah adanya gejala neurologi (nyeri kepala, penurunan penglihatan, kejang) (Muttaqin, A. 2008 ).

2). Riwayat Saat Ini

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan pasien dari timbulnya keluhan utama sampai pada saat pengkajian (Muttaqin, A. 2008 ).

3). Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji adanya riwayat nyeri kepala sebelumnya. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit saat ini dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya, kaji juga apakah klien mengidap carcinoma ditempat lain ( payudara atau paru-paru )(Muttaqin, A.2008)

4). Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adanya factor herediter pada keluarga

5). Alergi

Kaji adanya defesiensi imunologi.

c. ROS ( *reviweu Of System* )/Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 *(Brain)* yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien (Madjono, M., dan Sidharta, P., (2002).

d. Bl *( Breathing )*

*Inspeksi,* pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medulla oblongata didapatkan adanya lkegagalan pernapasan. Pengkajian inspeksi pernapasan pada klien tanpa kompresi 'medula oblongata didapatkan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

e. B2 *( Blood )*

Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medula oblongata didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pengkajian pada klien tanpa kompresi medula oblongata didapatkan tidak ada kelainan. TD biasanya normal, tidak ada peningkatan *heart rate.*

f. B3 *( Brain )*

Tumor intrakranial sering menyebabkan berbagai defisit neurologis bergantung pada ganggun fokal dan adanya peningkatan intrakranial. Pengkajian B3 *(Brain)* merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Trias klasik tumor otak adalah nyeri kepala, muntah, dan papiledema ( Muttaqin, A. 2008 )

e). Pemeriksaan saraf kranial ( Heriyanto,2004 )

(1). Nervus I / N.Olfaktorius

Terdiri dari pemeriksaan bau . Syarat : jalan nafas harus tidak ada hambatan, tidak atrofi, dan penderita harus dalam kondisi sadar baik (GCS 456) bahan yang digunakan biasanya yang digunakan tembakau, kopi, vanili, teh atau jeruk. cara memeriksanya : masing- masing hidung penderita disuruh tutup mata. Pada klien tumor intracranial biasanya tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2). Nervus II./ N.Optikus

Pemeriksaan lapang pandang pada penderita tumor otak terjadi gangguan lapang pandang yang disebabkan oleh lesi pada bagian tertentu dari lintasan visual, untuk Pemeriksaan funduscopi dapat ditemukan adanya miopi, hipermetropi,kondisi retina dan papil nervus optikus pada beberapa individu fundus tidak memperlihatkan edema meskipun tekanan intrakranial amat tinggi.

(3). Nervus III,IV,VI/ N.Okulomotortus, N. Trokteris, dan Abdosens.

Pemeriksaan kedudukan bola mata saat diam dilihat apakah bola mata terletak di tengah, bergeser ke lateral, dan sebagainya. pemeriksaan gerakan bola mata diperiksa masing-masing mata secara bergantian. pemeriksaan celah mata (ada tidaknya ptosis) pemeriksaan pupil pemeriksaan. Bentuk, lebar, dan perbedaan lebar. bilamana ada anisokor atau isokor, pada pemeriksaan nervus VI bisa ditemukan adanya kelumpuhan unilateral atau bilateral.

(4). Nervus V/ N. Trigeminus

Pemeriksaan sensorik ( nyeri, suhu, dan raba ), motorik yaitu merapatk gigi, lesi. buka mulut penilaian bila ada parese rahang mengalami deviasi ke sisi yang ada.

(5). Nervus VII/ N fasialis

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah biasanya terdapat asimetris dan otot wajah tertarik kearah yang sehat.

(6).Nervus VIII/ N. Stato-Akustikus'

Terdiri dari pemeriksaan pendengaran dan keseimbangan.Pemeriksaan pendengaran untuk menilai ada tidaknya tuli konduksi atau persepsi. pada pemeriksaan nerves VIII bias di dapatkan tuli persepsi, tinnitus, dan halusinasi pendengaran yang mungkin diakibatkan iritasi kortek pendengaran.

(7). Nervus IX, X / N. Glossopharyngeus / Vagus

Dilihat kedudukan uvula dan arkus faring, simetris atau tidak. pengecapan, kesukaran menelan pada pemeriksaan nerves IX dan X terlihat kemampuan menelan kurang baik dan kesukaran membuka mulut.

(8). Nervus XI / N. Accesorius

Penderita disuruh memalingkan kepala ke arah kanan untuk memeriksa sternokieidomastoideus kiri dengan tangan pemeriksa menahannya dan sebaliknya. untuk penderita tumor intrakranial tidak ditemukan atropi otot sternokleidomastoideus dan trapenus.

(9) Nervus XII / N. Hipoglossus

Pemeriksaan otot lidah bilamana terdapat parese / paralyse sisi kiri, maka lidah akan deviasi ke kanan yaitu ke sisi sehat karena pada lidah yang parese / paralyse tonusnya menurun atau tidak mempunyai tonus pada pemeriksaan didapatkan deviasi pada satu sisi dan fasikulasi.

(10). Sistem Motorik

Kekuatan otot menurun, kontrol keseimbangan dan koordinasi pada tumor otak tahap lanjut mengalami perubahan sehingga pasien mengalami kelemahan ekstremitas dan mengganggu aktivitas sehari-hari.

(11). Sistem sensorik

Pemeriksaan sensorik pada tumor otak biasanya didapatkan perasaan raba normal, perasaan nyeri normal. Perasaan suhu tubuh normal, tidak ada perasaan abnormal di permukaan tubuh. Perasaan proprioseptif normal dan perasaan diskriminatif normal.

g. B4 *( Bladder )*

Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

h. B5 *( Bowel )*

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah pada fase akut. Mual dan muntah terjadi sebagai akibat rangsangan pusat muntah pada medula oblongata. Muntah paling sering terjadi pada anak-anak dan berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial disertai pergeseran batang otak. Muntah dapat terjadi tanpa didahului mual dan dapat berupa muntah proyektil.

i. B6 *( Bone )*

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

j. Endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar thyroid atau pembesaran kelenjar getah bening

k. Seksual/reproduksi

kaji adanya riwayat kanker pada organ reproduksi dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mamae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex.

L. Kemampuan perawatan diri

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

Kemampuan pasien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0 : mandiri, 1 : dengan alat bantu, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat, 4 : tergantung dalam melakukan ADL.

m. Personal hygiene

kaji pola kebersihan diri klien mulai mandi, ganti pakaian, gosok gigi, cuci rambut, potong kuku.

n. Pola istirahat tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energy. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih.

o. Kognitif perceptual-Psiko-Sosio-Spiritual.

1). Persepsi terhadap sehat sakit

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

2). Konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide sendiri. Manusia sebagai sistem terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai sistem terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spiritual dan dalam pandangan secara holistic adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asetif atau passive, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup/relaks.

3). Kemampuan berbicara

Kemampuan klien dalam berkomunikasi secara verbal

4). Kemampuan adaptasi terhadap masalah

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stres, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stres.

5). Ansietas

Kaji adanya anxietas yang mempengaruhi dalam pola piker klien yang mempengaruhi dalam pengobatan.

6). Aktivitas Sehari-hari

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan.

7). Rekreasi.

Aktifitas rekreasi klien saat belum sakit maupun sudah di rumah sakit.

8). Olahraga

Aktifitas olahraga yang dilakukan klien saat sebelum sakit maupun saat di Rumah sakit.

9). Sistem pendukung

Orang- orang yang mendukung klien selama perawatan dirumah sakit.

10).Kegiatan ibadah

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan pasien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya.

Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksnakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual.

p. **Pemeriksaan diagnostik**

Untuk membuat diagnosa pasti perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium antara lain (Satyanegara, 2010) adalah :

1). Pemeriksaan Rontgen dada, kepala, sinus, mastoid

untuk mencari letak tumor intrakranial.

Pemeriksaan EEG

untuk mengetahui lokalisasi tumor dalam hemisfer, akan terlihat gelombang lambat secara fokal atau voltasenya meningkat.

2). Pemeriksaan MRI

Untuk melihat ukuran/letak ventrikel, hematom daerah serebral, hemoragik atau tumor.

3). Pemeriksaan CT scan

Untuk mengetahui lokalisasi tumor dengan tepat dan fase-fase dari tumor tersebut.

4). Pemeriksaan Biopsi

untuk menentukan organisme penyebab terjadinya tumor.

5). Pemeriksaan darah lengkap

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, tahap berikutnya adalah pengelompokan data untuk kemudian dilakukan analisa data. Setelah data adalah tahap menarik kesimpulan mengenai masalah / kebutuhan spesifik pasien sehingga perawatan yang efektif dapat direncanakan dan diberikan (Doengoes, 2002 : 6).

**2.2.2** **Diagnosa Keperawatan**

Penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual dan potensial yang memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Doengoes, 2000: 8)

1. Risiko tinggi peningkatan tekanan intrakranial yang berhubungan dengan desak ruang oleh masa tumor intrakranial dan edema serebral.
2. Ketidakefektifan pola pernapasan yang berhubungan dengan kompresi pada pusat pernapasan di medula oblongata, kelemahan otot-otot pernapasan, kegagalan fungsi pernapasan.
3. Nyeri akut yang berhubungan dengan traksi dan pergeseran struktur peka-nyeri dalam rongga intrakranial.
4. Risiko tinggi trauma yang berhubungan dengan defisit lapang pandang
5. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan neuromuskular,  
   menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot/koordinasi.
6. Gangguan nutrisi: kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan  
   peningkatan pemakaian energi untuk metabolisme, asupan nutrisi yang  
   kurang, mual, dan muntah.
7. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan misinterpretasi inf ormasi,  
   tidak mengenal sumber-sumber informasi, ketegangan akibat krisis  
   situasional.
8. Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan aktual struktur dan fungsi tubuh.

**2.2.3 Perencanaan**

Perencanaan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana tujuan/hasil ditentukan dari intervensi yang dipilih, berfokus pada tindakan yang paling tepat untuk mengatasi masalah/kebutuhan pasien secara efektif (Doengoes, 2002 : 2).

1. Risiko tinggi peningkatan TIK yang berhubungan dengan desak ruang oleh masa tumor intrakranial dan edema serebral.

Tujuan **:** Tidak terjadi peningkatan TIK

Kriteria hasil: Klien tidak gelisah, klien tidak mengeluh nyeri kepala, mual-mual, dan muntah, GCS: 4,5,6, tidak terdapat papiledema TTV dalam batas normal

Tabel 2.1 Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan resiko peningkatan TIK.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasionalisasi** |
| Mandiri Kaji faktor penyebab dari situasi/keadaan individu/ penyebab koma/penurunan perfusi jaringan dan kemungkinan penyebab peningkatan TIK. | Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologis/tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan atau tindakan pembedahan. |
| Monitor tanda-tanda vital tiap 4 jam. | Suatu kedaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau ftuktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik, penurunan dari otoregulator kebanyakan merupakan tanda penurunan difusi lokal vaskularisasi darah serebral. Dengan peningkatan tekanan darah (diastolik) maka dibarengi dengan peningkatan tekanan darah intrakranial. Adanya peningkatan tekanan darah, bradikardi, disritmia, dispnea merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK. |
| Evaluasi pupil. | Reaksi pupil dan pergerakan kembali dari bola mata merupakan tanda dari gangguan saraf jika batang otak terkoyak. Keseimbangan saraf antara simpatik dan pafasimpatik merupakan respons refleks saraf kranial. |
| Monitor temperatur dan pengaturan suhu lingkungan. | Panas merupakan refleks dari hipotalamus. Peningkatan kebutuhan metabolisme dan O2 akan menunjang peningkatan TIK/ICP *{Intracranial Pressure).* |
| Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur. | Tindakan yang terus-menerus dapat meningkatkan TIK oleh efek rangsangan kumulatif. |
| Kurangi rangsangan ekstra dan berikan rasa nyaman seperti masase puncjgung, lingkungan yang tenang, sentuhan yang ramah, dan suasana/pembicaraan yang tidak gaduh. | Memberikan suasana yang tenang *{colming effect)* dapat mengurangi respons psikologis dan memberikan istirahat untuk mempertahankan **TIK** yang rendah. |
| Cegah/hindarkan terjadinya valsava manuver. | Mengurangi takanan intrathorakal dan intraabdominal sehingga menghindari peningkatan TIK. |
| Bantu klien jika batuk, muntah. | Aktivitas ini dapat meningkatkan intrathoraks/tekanan dalam thoraks dan tekanan daiam abdomen di mana akitivitas ini dapat meningkatkan tekanan TIK. |
| Kaji peningkatan istirahat dan tingkah laku pada pagi hari. | Tingkah nonverbal ini dapat merupakan indikasi peningkatan TIK atau memberikan refleks nyeri di mana klien tidak mampu mengungkapkan keluhan secara verbal, nyeri yang tidak menurun dapat meningkatkan TIK. |
| Palpasi pada pembesaran/pelebaran *bladder,* pertahankan drainase urine secara paten jika digunakan dan juga monitor terdapatnya konstipasi. | Dapat meningkatkan respons otomatis yang potensial menaikkan TIK. |
| Berikan penjelasan pada klien (jika sadar) dan keluarga tentang sebab-akibat TIK meningkat. | Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan mengurangi kecemasan. |
| Observasi tingkat kesadaran dengan GCS. | Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit. |
| Kolaborasi Pemberian O2 sesuai indikasi. | Mengurangi hipoksemia, di mana dapat meningkatkan vasodilatasi serebral dan volume darah serta menaikkan TIK. |
| Berikan cairan intravena sesuai dengan yang diindikasikan. | Pernberian cairan mungkin diinginkan untuk mengurangi edema serebral, peningkatan minimum pada pembuluh darah, tekanan darah, dan TIK. |
| Berikan obat diuretik osmotik contohnya manitol, furoscide. | Diuretik mungkin digunakan pada fase akut untuk mengalirkan air dari sel otak dan mengurangi edema serebral dan TIK. |
| Berikan steroid contohnya dextamethason, metil prednisolon. | Jntuk menurunkan inflamasi (radang) dan mengurangi edema jaringan. |
| Berikan analgesik narkotik contort kodein. | Mungkin diindikasikan untuk mengurangi nyeri dan obat ni berefek negatif pada TIK tetapi dapat digunakan dengan tujuan untuk mencegah dan menurunkan sensasi nyeri. |
| Berikan antipiretik contohnya asetaminofen. | Mengurangi/mengontrol hari dan pada metabolisme serebral/oksigen yang diinginkan. |
| Monitor hasil laboratorium sesuai dengan indikasi seperti protrombin, LED. | s/lembantu memberikan informasi tentang efektivitas pemberian obat. |

1. Ketidakefektifan pola pernapasan yang berhubungan dengan kompresi pada pusat pernapasan di medula oblongata, kelemahan otot-otot pernapasan, kegagalan fungsi pernapasan.

Tujuan : Adanya peningkatan pola napas kembali efektit.

Kriteria hasil : Memperlihatkan frekuensi pernapasan yang efektif, mengalami perbaikan pertukaran gas-gas pada paru, adaptif mengatasi faktor-faktor penyebab.

Tabel 2.2 Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan jalan nafas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intervensi** | | **Rasionalisasi** | |
| Berikan posisi yang nyaman, biasanya dengan peninggian kepala tempat tidur. Balik ke sisi yang sakit. Dukung klien untuk duduk sebanyak mungkin. | | Meningkatkan inspirasi maksimal, meningkatkan ekspansi paru dan ventilasi pada sisi yang tidak sakit. | |
| Observasi fungsi pernapasan, catat Irekuensi pernapasan, dispnea atau perubahan tanda-tanda vital. | | Distresspernapasan dan perubahan pada tanda vital dapat terjadi sebagai akibat stres fisiologi dan nyeri atau dapat menunjukkan terjadinya syok sehubungan dengan hipoksia. | |
| Jelaskan pada klien bahwa tindakan tersebut dilakukan untuk menjamin keamanan. | Pengetahuan apa yang diharapkan dapat mengurangi ansietas dan mengembangkan kepatuhan klien terhadap renoana terapeutik. | |
| Jelaskan pada kiien tentang etiologi/fakior pencetus adanya sesak atau kolaps paru-paru. | Pengetahuan apa yang diharapkan dapat mengembangkan kepatuhan klien terhadap rencana terapeutik. | |
| Pertahankan perilaku tenang, bantu klien untuk kontrol diri dengan menggunakan pernapasan lebih lambat dan dalam. | Membantu klien mengalami efek fisiologi hipoksia, yang dapat dimanifestasikan sebagai ketakutan/ansietas. | |
| Tafuhlah kantung resusitasi di samping tempat tidur dan manual ventilasi untuk sewaktu-waktu dapat digunakan. | Kantung resusitasi/manual ventilasi sangat berguna untuk mempertahankan fungsi pernapasan jika terjadi gangguan pada.alat ventilator secara mendadak. | |
| Kolaborasi dengan tirn kesehatan lain misalnya dokter, radiologi, dan fisioterapi.   * Pemberian antibiotik. * Pemberian analgesik. * Fisioterapi dada. * Konsul foto thoraks. | Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk mengevaluasi perbaikan kondisi klien atas pengembangan parunya. | |

1. Gangguan nutrisi: kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan peningkatan pemakaian energi untuk metabolisme, asupan nutrisi yang kurang, mual dan muntah.

Tujuan**:** Kebutuhan nutrisi klien terpenuhi.

Kriteria hasil : Mengerti tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh, memperlihatkan kenaikan berat badan sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 2.3 Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasionalisasi** |
| Mandiri Evaluasi kemampuan makan klien. | Klien dengan *tracheostomy tube* mungkin sulit untuk makan, tetapi klien dengan *endotracheal tube* dapat menggunakan *mag slang* atau memberi makanan parenteral. |
| Observasi/timbang berat badan jika memungkinkan. | Tanda kehilangan berat badan (7-10%) dan kekurangan intake nutrisi menunjang terjadinya masalah katabolisme, kandungan glikogen dalam otot dan kepekaan terhadap pemasangan ventilator. |
| Monitor keadaan otot yang menurun dan kehilangan lemak subkutan. | Menunjukkan indikasi kekurangan energi otot dan mengurangi fungsi otot-otot pernapasan. |
| Catat pemasukan per oral jika diindikasikan. Anjurkan klien untuk makan. | Nafsu makan biasanya berkurang dan nutrisi yang masuk pun berkurang. Anjurkan klien memilih makanan yang disenangi dapat dimakan (bila sesuai anjuran). |
| Berikan makanan kecil dan lunak. | Mencegah terjadinya kelelahan, memudahkan masuknya makanan.  mencegah gangguan pada lambung. |
| Kajilah fungsi sistem gastrointestinal yang meliputi suara bising usus, catat terjadi perubahan di dalam lambung seperti mual dan muntah. Observasi perubahan pergerakan usus misalnya diare, konstipasi. | Fungsi sistem gastrointestinal sangat penting untuk memasukkan makanan. Ventilator dapat menyebabkan kembung pada lambung dan perdarahan lambung. |
| Anjurkan pemberian cairan 2500 cc/hari selama tidak terjadi gangguan jantung. | Mencegah terjadinya dehidrasi akibat penggunaan ventilator selama tidak sadar dan mencegah terjadinya konstipasi. |
| Kolaborasi Aturlah diet yang diberikan sesuai keadaan klien. | Diet tinggi kalori, protein, karbohidrat sangat diperlukan selama pemasangan ventilator untuk mempertahankan fungsi otot-otot respirasi. Karbohidrat dapat berkurang dan penggunaan iemak meningkat untuk mencegah terjadinya produksi CO2 dan pengaturan sisa respirasi. |
| Lakukan pemeriksaan laboratorium yang diindiksikan seperti serum, transferin, BUN/ Creatine, dan glukosa. | Memberikan informasi yang tepat tentang keadaan nutrisi yang dibutuhkan klien. |

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan traksi dan pergeseran struktur peka-nyeri dalam rongga intrakranial.

Tujuan**:** berkurang Nyeri /hilang atau teradaptasi.

Kriteria hasil: Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat diadaptasi, dapat mengindentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri, klien tidak gelisah, skala nyeri 1 (0-4)

Tabel 2.4 Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasionalisasi** |
| Jelaskan dan bantu klien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan non-invasif. | Pendekatan dengan menggunakan relaksasi dan nonfarmakologi lainnya telah menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri. |
| Ajarkan Relaksasi: Teknik-teknik untuk menurunkan ketegangan otot rangka, yang dapat menurunkan intensitas nyeri dan juga tingkatkan relaksasi masase. | Akan melancarkan peredaran darah sehingga kebutuhan O2 oleh jaringan akan terpenuhi dan dapat akan mengurangi nyerinya. |
| Ajarkan metode distraksi selama nyeri akut. | Mengalihkan perhatian nyerinya ke hal-hal yang menyenangkan. |
| Berikan kesempatan waktu istirahat bila terasa nyeri dan berikan posisi yang nyaman misalnya waktu tidur, belakangnya dipasang bantal kecit. | Istirahat akan merelaksasi semua jaringan sehingga akan meningkatkan kenyamanan. |
| Tingkatkan pengetahuan tentang penyebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung. | Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyerinya. Dan dapat membantu mengernbangkan kepatuhan klien terhadap rencana terapeutik. |
| Observasi tingkat nyeri dan respons motorik klien, 30 menit seteiah pemberian obat analgesik untuk mengkaji efektivitasnya. Serta setiap 1-2 jam seteiah tindakan perawatan selama 1-2 hari. | Pengkajian yang optimal akan memberikan perawat data yang objektif untuk mencegah kemungkinan komplikasi dan melakukan intervensi yang tepat. |
| Kolaborasi dengan dokter, pemberian analgesik. | Analgesik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang. |

1. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot/koordinasi.

Tujuan: Defisit perawatan diri teratasi.

Kriteria Hasil : Klien dapat menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri, klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal/masyarakat yang dapat membantu.

Tabel 2.5 Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan deficit perawatan diri.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Raslonalisasi** |
| Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam melakukan ADL. | Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individual. |
| Hindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu bila periu. | Klien dalam keadaan cemas dan ketergantungan, hal ini dilakukan untuk mencegah frustasi dan harga diri klien. |
| Menyadarkan tingkah laku/sugesti tindakan pada perlindungan kelemahan. Pertahankan *support* pola pikir, izinkan klien melakukan tugas. beri umpan balik positif untuk usahanya. | Klien memerlukan empati, tetapi perlu mengetahui perawatan yang konsisten dalam menangani klien. Sekaligus meningkatkan harga diri, memandirikan klien, dan menganjurkan klien untuk terus mencoba. |

|  |  |
| --- | --- |
| Rencanakan tindakan untuk menangani deftsit  penglihatan seperti tempatkan makanan dan peralatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding. | Klien akan mampu melihat dan memakan makanan, akan mampu melihat keluar masuknya orang ke ruangan. |
| Tempatkan perabotan ke dinding, jauhkan dari jalan. | Menjaga keamanan klien bergerak di sekitar tempat tidur dan menurunkan risiko tertimpa perabotan. |
| Beri kesempatan untuk menolong diri seperti menggunakan kombinasi pisau garpu, sikat dengan pegangan panjang, ekstensi untuk berpijak pada lantai atau ke toilet, kursi untuk mandi. | Mengurangi ketergantungan. |
| Kaji kemampuan komunikasi untuk BAK. Kemampuan mengunakan urinal, pispot. Antarkan ke kamar mandi bila kondisi memungkinkan. | Ketidakmampuan berkomunikasi dengan perawat dapat menimbulkan masalah pengosongan kandung kemih oleh karena masalah neurogenik. |
| Identifikasi kebiasaan BAB. Anjurkan minum dan meningkatkan aktivitas. | Meningkatkan latihan dan menolong mencegah konstipasi. |
| Kolaboratif: Pemberian supositoria dan pelumas feses/pencahar. | Pertolongan utama terhadap fungsi bowell atau BAB. |
| Konsul ke dokterterapi okupasi. | Untuk mengembangkan terapi dan melengkapi kebutuhan khusus. |

1. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan misinterpretasi informasi, tidak mengenal sumber-sumber informasi, ketegangan akibat krisis situasional.

Tujuan: Klien mengerti apa yang telah didiskusikan dan berpartisipasi dalam proses belajar.

Kriteria hasil: Menunjukkan peringatan *interest* yang ditunjukkan isu verbal dan nonverbal, menunjukkan respons dalam proses belajar mengajar dengan banyak bertanya, mengerti tentang indikasi pemakaian ventilator, mendemonstrasikan pemasangan ventilator sesuai keperluan individu.

Tabel 2.6 Rencana keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan kurang pengetahuan.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasionalisasi** |
| Tentukan kemampuan dan kemauan belajar. | Kondisi fisik dapat memengaruhi kondisi belajar. Dengan kemauan yang kuat dapat mengatasi perasaan takut terhadap mesin dan mempunyai syarat-syarat dalam kemampuan untuk belajar dalam semua situasi. |
| Diskusikan tentang kondisi tertentu yang memerlukan ventilator, ukurannya, tujuan pengobatan jangka panjang atau jangka pendek. | Dengan diskusi dapat meningkatkan pengetahuan dasar klien dan keluarga sehingga dapat membuat keputusan sesuai dengan informasi yang diberikan. Usaha ini dapat diteruskan dalam beberapa minggu. Bila tidak menggunakan ventilator dapat meningkatkan PCOj, dispnea, cemas, takikardia, berkeringat, sianosis. |
| Jelaskan tentang penggunaan respirator kepada klien dan keluarga, akibat pemakaian respirator dalam gaya hidup, dan perubahan-perubahan kemauan dan ketidakmauan untuk menggunakan respirator. | Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh pemakaian respirator, di mana perawat harus mengerti pemakaian ventilator dalam waktu 24 jam. |
| Tingkatkan partisipasi perawatan mandiri dan sosialisasi. | Mengembalikan perhatian pada keadaan aktivitas normal, peningkatan daya tahan, dan membantu kemandirian klien. |
| Rekomendasikan pada klien/keluarga tentang pelaksanaan resusitasi. | Meningkatkan rasa aman tentang kemampuan untuk mengatasi keadaan darurat. |
| Buatlah jadwal untuk memberikan latihan bagi perawat yang akan melaksanakan perawatan respirator pada klien di rumah. | Pendekatan secara tim digunakan untuk mengoordinasi perawat dan klien serta memberikan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien. |

1. Resiko tinggi trauma berhubungan dengan defisit lapang pandang

Tujuan: Diharapkan tidak terjadi injuri

Kriteria hasil : Injuri tidak terjadi.

Tabel 2.7 Rencana keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan resiko tinggi trauma.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Pertahankan keamanan klien seperti penggunaan penghalang tempat tidur. . | Untuk menghindari klien jatuh dari tempat tidur. |
| Rencanakan tindakan untuk menangani defisit seperti tempatkan makanan dan peralatan makan dalam satu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding. | Klien akan mampu melihat dan makan sendiri, klien mampu melihat keluar masuknya orang keruangan. |
| Tempatkan perabotan ke dinding jauhkan dari jalan. | Menjaga keamanan klien bergerak disekitar tempat tidur dan menurunkan resiko tertimpa perabot |
| Berikan kesempatan untuk klien seperti sapu mengunakan pegangan panjang, kursi untuk mandi. | Membantu mengurangi ketergantungan klien kepada orang lain. |

8. Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan actual struktur dan fungsi Tubuh.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan harga diri klien tidak terganggu.

Kriteria hasil : klien mampu menyatakan atau mengkomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi, mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi.

Tabel 2.8 Rencana keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri

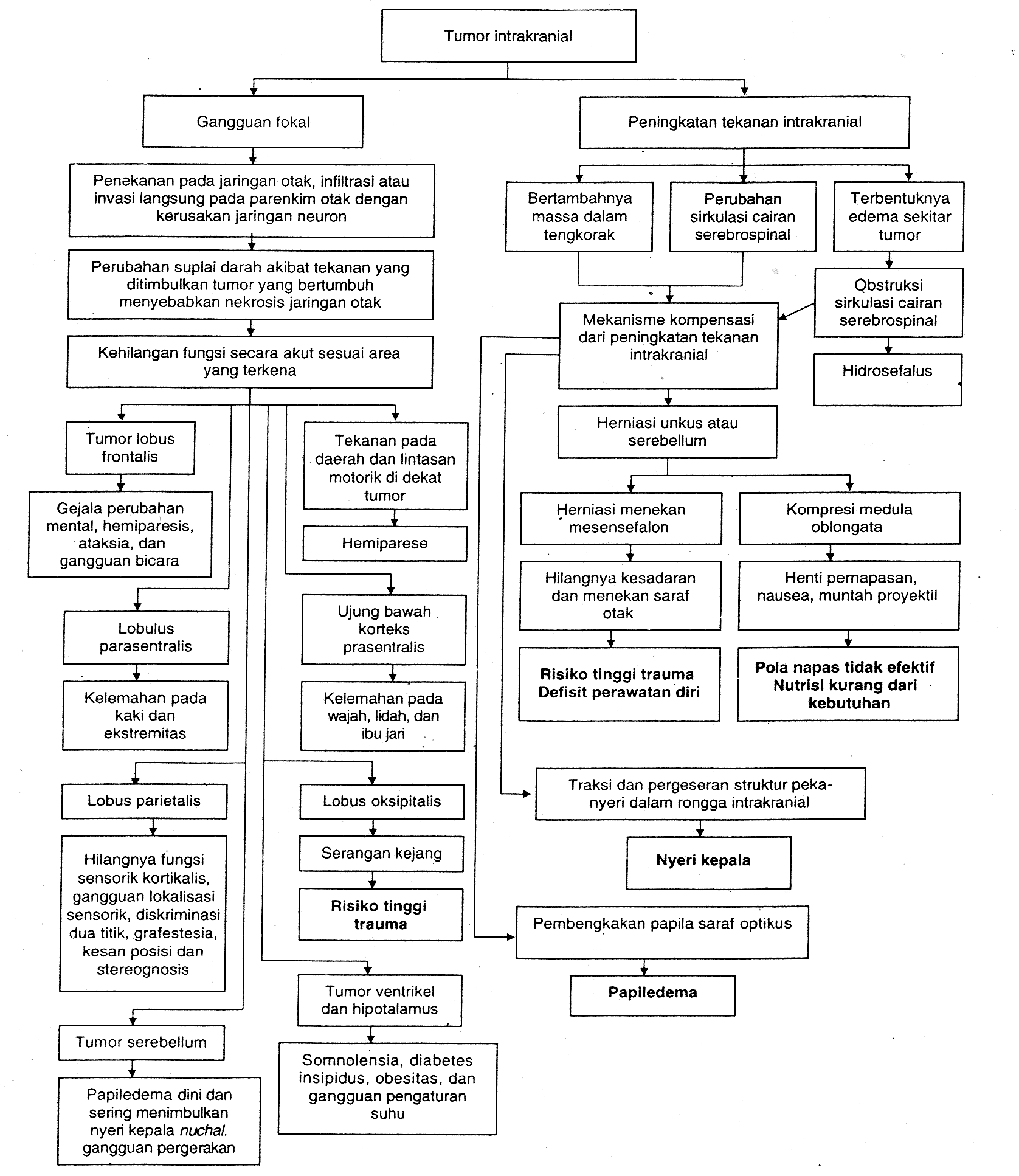
|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan. | Menentukan bantuan untuk individu dalam menyusun rencana perawatan atau pemilihan intervensi. |
| Identifikasi arti dari kehilangan atau difungsi pada pasien. | Beberapa pasien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri. |
| Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan termasuk permusuhan dan kemarahan. | Menunjukkan penerimaan, membantu pasien untuk mengenal dan mulai menyesuaikan dengan perasaan tersebut. |
| Catat ketika pasien menyatakan pernyataan pengakuan terhadap penolakan tubuh. | Mendukung penolakan terhadap bagian tubuh atau perasaan negatif terhadap gambaran tubuh. |
| Ingatkan kembali fakta kejadian tentang realita bahwa masih dapat menggunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat. | Untuk merasakan adanya harapan dan mulai menerima situasi baru. |
| Bantu dan anjurkan perawatan yang baik dan memperbaiki kebiasaan. | Membantu meningkatkan perasaan harga diri dan mengendalikan lebih dari satu area kehidupan. |
| Anjurkan orang yang terdekat untuk mengijinkan pasien melakukan sebanyak-banyaknya hal-hal untuk dirinya. | Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta mempengaruhi proses rehabilitasi. |
| Dukung perilaku atau usaha seperti peningkatan minat atau partisipasi dalam aktifitas rehabilitasi. | Pasien dapat beradaptasi terhadap perubahan dan pengertian tentang peran individu masa mendatang. |
| Dukung penggunaan alat-alat yang dapat membantu adaptasi pasien seperti tongkat, alat bantu jalan, tas panjang untuk kateter. | Meningkatkan kemandirian untuk membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan menunjukkan posisi untuk lebih aktif. |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang ditetapkan, tetapi tidak menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

* + 1. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru.

**.2.3** **Kerangka Masalah**

