**3.1.2 Analisa Data**

Dari hasil pengkajian penulis kemudian mengelompokkan data tersebut lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

Tabel 3.1 Analisa data pada Ny “S” dengan diagnosa medis Tumor Otak post op trepanasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Data (*Symptom*) | Penyebab (*Etiologi*) | Masalah (*Problem*) |
| 1. | DS :  Klien mengatakan kepala sebelah kiri nyeri.  P : luka bekas operasi.  Q : cekot-cekot.  R : kepala kiri depan.  S : 6 ( 1-10 )  T : saat mengerakkan kepala  DO :   1. Klien post op trepanasi 2. Ada luka jahitan kurang lebih 15 cm. 3. Klien gelisah saat mengerakkan kepala 4. Tanda-tanda vital :   TD = 140/90 mmHg  N =88 x/menit  S = 36,80C  RR = 22 x/menit   1. MRI ( 25 Juni 2012)   Kesan : Edema yang menempati  frontotemporal kiri dapat dari post ops, arena hipoantensi kesan menempati sebagian temporobasal kiri mendesak conus orbitalis kiri sisi posterior dan mengincase nervus optikus kiri. | Pergeseran struktur peka-nyeri dalam rongga intrakranial | Gangguan rasa nyaman nyeri |
| 2. | DS DS :  Klien mengatakan mandi  Diseka 2x   1. DO : 2. a.Wajah klien kusam 3. b.Mulut klien terlihat kotor terakhir sikat gigi tanggal 24 belum masuk ruang observasi 4. c.kuku panjang dan kotor, terakhir potong kuku tanggal juni 2012 sebelum operasi. | Menurunya fungsi sensorik dan motorik tubuh  Nyeri | Defisit perawatan tubuh |
| 3. | DS :  Klien mengatakan “saya kurang puas tidur “  DO:  a.Suami klien mengatakan bahawa klien kalau tidur malam sering terbangun karena mengeluh nyeri  b.Tempat tidur klien terlihat kurang rapi |  | Gangguan pola tidur |
| 4. | DS:  Klien mengatakan mata sebelah kiri tidak bisa melihat.  DO :   1. Seluruh aktifitas Klien dibantu oleh suami dan saudaranya 2. Seluruh aktifitas dilakukan dengan pelan-pelan 3. Pada pemeriksaan nervus III dadapatkan mata kiri medriasis 7.3 mm | Defisit lapang pandang. | Resiko tinggi trauma |
| 5. | DS :  klien mengatakan malu bila bertemu dengan teman, murid dan tetangganya  DO:  Klien seorang guru yang harus nengajar di sekolah. | Perubahan aktual  dalam struktur dan  fungsi tubuh | Gangguan konsep diri |
| 6 | DS :  Klien mengatakan nyeri kepala.  DO :  a. Ada oedem pada kelopak mata  b.tanda-tanda vital :  T : 140/90 mmhg  c. hasil foto MRI tanggal 25 juli 2012 :  edema yang menempati daerah frontotemporal kiri dapat oleh karena post op | Edema cerebral | Resiko tinggi peningkatan tekanan intracranial |
| 7 | DS :  Keluarga klien mengatakan klien makan lewat NG Tube juga kadang-kadang lewat mulut  DO :  a. terpasang NG Tube no 16  b makanan klien berupa cair sonde  c. BB SMRS : 52 kg  BB MRS : 50 kg | Asupan nutrisi yang kurang | Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. |

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

Dari analisa data diatas dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah sebagai berikut :

1. Resiko tinggi peningkatan tekanan intracranial berhubungan dengan edema

cerebral

2. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan perubahan struktur peka- nyeri rongga intrakranial.

3. Resiko tinggi trauma berhubungan dengan Defisit lapang pandang.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan menurunnya funsi motorik dan

Sensorik tubuh.

6. Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan aktual dalam struktur

dan fungsi.

7. Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan

Asupan gizi yang kurang

**3.3 Perencanaan Keperawatan**

Setelah ditentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah maka disusun rencana keperawatan sebagai berikut

1. Diagnosa Keperawatan : gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan pergeseran struktur peka-nyeri rongga intrakranial

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang.

Kriteria Hasil :

Skala nyeri 2 ( 1-10 ), klien tampak rileks dan dapat mengidentifikasi aktifitas yang bisa menurukan nyeri.

Tabel 3.2 Rencana keperawatan pada Ny. “S” diagnosa medis Tumor otak

dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| 1.Bina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga dengan komunikasi terapeutik dengan cara memperkenalkan diri dengan sopan, meluangkan waktu untuk mengakrabkan dengan klien dan keluarga.  2.Observasi tanda- tanda vital klien.    3.Kaji skala, waktu dan tempat nyeri.  4.Ajarkan relaksasi tekhnik-tekhnik untuk menurunkan ketegangan otot dan intensitas nyeri ( massase ringan pada leher dan bahu klien).    5.Berikan kesempatan waktu istirahat bila terasa nyeri dan posisi yang nyaman.  6.Observasi tingkat nyeri setiap 1-2 jam setelah dilakukan tindakan perawatan. | 1. Hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga merupakan hal yang paling mendasar dalam pemberian askep sehingga klien dan keluarga akan lebih kooperatif dalam memberikan keterangan serta keluhan yang dirasakan 2. Mengetahui perkembangan kesehatan klien sehingga bila ada kelainan dapat segera diatas 3. Untuk mengetahui nilai nyeri sehingga dapat dijadikan acuan untuk tindakan selanjutnya. 4. Untuk melancarkan peredaran darah sehingga kebutuhan o2 oleh jaringan terpenuhi dan dapat mengurangi nyerinya. 5. Istirahat akan merelaksasi semua jaringan sehingga meningkatkan kenyamanan. 6. Penkajian yang optimal akan memberikan data yang objektif |

2.. Risiko tinggi peningkatan TIK yang berhubungan dengan desak edema serebral.

Tujuan **:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Tidak terjadi resiko peningkatan TIK

Kriteria hasil: Klien tidak gelisah, klien tidak mengeluh nyeri kepala, tidak terdapat papiledema TTV dalam batas normal

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi Keperawatan** | **Rasional** |
| .   1. Memonitor tanda-tanda vital tiap 4 jam. 2. Pertahankan kepala/ leher pada posisi yang netral, usahakan dengan sedikit bantal. Hindari penggunaan bantal yang tinggi pada kepala.. 3. Observasi tingkat kesadaran dengan GCS. 4. Kolaborasi : 5. Berikan cairan intravena sesuai dengan yang diindikasikan. 6. Berikan steroid seperti deksamentason, metil prednisolon | 1. Peningkatan tekanan darah (diastolik)maka dibarengi dengan peningkatan tekanan darah intrakranial. Adanya peningkatan tekanan darah, bradikardi, disritmia, dispnea merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK. 2. Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak (menghambat drainase pada vena serebri) sehingga dapat meningkat tekanan intracranial. 3. Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit.   4.   1. Pemberian cairan mungkin diinginkan untuk menurunkan edema serebri, peningkatan minimum pada pembuluh darah, tekanan darah dan TIK. 2. Untuk menurunkan inflamasi (radang) dan mengurangi edema jaringan. |

3. Diagnosa Keperawatan : Resiko tinggi trauma berhubungan dengan defisit lapang pandang.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi injuri.

Kriteria Hasil : injuri tidak terjadi.

Tabel 3.3 Rencana keperawatan pada Ny. S diagnosa medis Tumor Otak

dengan masalah keperawatan resiko tinggi trauma.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. Pertahankan keamanan klien seperti penggunaan penghalang tempat tidur. . 2. Rencanakan tindakan untuk menangani defisit seperti tempatkan makanan dan peralatan makan dalam satu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding. 3. Tempatkan perabotan ke dinding jauhkan dari jalan. 4. Berikan kesempatan untuk klien seperti sapu mengunakan pegangan panjang, kursi untuk mandi. | 1. Untuk menghindari klien jatuh dari tempat tidur. 2. Klien akan mampu melihat dan makan sendiri, klien mampu melihat keluar masuknya orang keruangan. 3. Menjaga keamanan klien bergerak disekitar tempat tidur dan menurunkan resiko tertimpa perabot 4. Membantu mengurangi ketergantungan klien kepada orang lain. |

4. Diagnosa Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan

nyeri.

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan untuk istirahat.

Kriteria Hasil : klien mengungkapkan perasaan cukup beristirahat, klien melakukan relaksasi sebelum tidur, klien terlihat segar, dan jam tidur klien terpenuhi (minimal 7 jam

Tabel 3.4 Rencana keperawatan pada Ny.s diagnosa medis Tumor otak dengan

masalah keperawatan gangguan pola tidur

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. Berikan posisi yang nyaman saat mau istirahat tidur 2. Observasi perubahan apa yang dapat memfasilitasi tidur. 3. Ciptakan lingkungan tenang yang kondusif untuk tidur 4. Ajarkan tekhnik relaksasi kepada klien seperti menarik napas dalam sebelum klien tidur 5. Minta klien setiap pagi untuk menggambarkan dengan kata-kata tentang kualitas tidurnya semalam. | 1. Membantu meningkatkan kenyamanan saat mau tidur. 2. Tindakan ini memungkinkan klien untuk berperan aktif dalam penanganan 3. Tindakan ini dapat mempermudah klien untuk memenuhi istirahat dan tidurnya. 4. Upaya relaksasi bertujuan untuk membantu mempermudah tidur 5. Membantu mendeteksi adanya gejala perilaku yang berhubungan dengan tidur. |

5. Diagnosa Keperawatan : Defisit perawatan diri (mandi, personal hygiene) berhubungan dengan menurunnya fungsi sensorik dan motorik tubuh.

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x24 menit diharapakan pengetahuan klien dan keluarga tentang perawatan diri meningkat

Kriteria hasil : klien mengerti tentang pengertian perawatan diri, tujuan perawatan diri, jenis-jenis perawatan diri dan tindakan dalam perawatan diri.

Tabel 3.5 Rencana keperawatan pada Ny. S diagnosa medis Tumor otak dengan

masalah keperawatan defisit perawatan diri

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. Observasi pengetahuan klien dan keluarga tentang perawatan diri. 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian perawatan diri. 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang jenis dan tujuan perawatan diri. 4. Berikann pendididkan kesehatan tentang tindakan dalam perawatan diri | 1. Mengetahui tingkat pengetahuan klien dan mempermudah perawat dalam menyampaikan pendidikan kesehatan 2. Menambah pengetahuan klien dan keluarga tentang pengertian perawatan diri 3. Menambah pengetahuan klien tentang jenis dan tujuan perawatan diri 4. Menambah pengetahuan klien tentang tindakan dalam perawatan diri |

6. Diagnosa Keperawatan : Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan aktual dalam struktur dan fungsi.

Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x24 jam 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 3.6 Rencana keperawatan pada Ny. S diagnosa medis Tumor otak

dengan masalah keperawatan gangguan konsep diri

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. Kaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuannya. 2. Identifikasi arti dari kehilangan atau disfungsi/perubahan pada klien. 3. Ingatkan kembali fakta kejadian tentang realita bahwa masih dapat mengunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat. 4. Anjurkan orang-orang terdekat untuk mengijinkan pasien melakukan hal sebanyak-banyaknya untuk dirinya | 1. Menentukan faktor-faktor secara individu membantu dalam mengembangkan perencanaan asuhan/pilihan intervensi. 2. Klien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri. 3. Untuk merasakan adanya harapan dan mulai menerima situasi baru.   \   1. Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta mempengaruhi proses rehabilitasi. |

7. Resiko tinggi nutrisi: kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan asupan nutrisi yang kurag.

Tujuan**:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam waktu 1x24 jam resiko Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak terjadi..

Kriteriahasil: Mengerti tentang cara-cara peningkatkan nutrisi bagi tubuh

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| .  1. Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang cara-cara peningkatan nutrisi bagi tubuh  2. Berikan makan dalam porsi kecil tapi sering  3. Lakukan oral higiene.  4. Observasi asupan dan keluaran.  .  5. Letakkan posisi kepala lebih tinggi pada waktu, selama dan sesudah makan  6. Kolaborasi dengan tim dokter untuk memberikan cairan melalui IV atau makanan melalui slang | 1. Menghindari mual dan muntah. 2. Keberhasilan mulut merangsang nafsu makan   .   1. Mengetahui keseimbangan nutrisi pasien 2. Untuk pasien lebih mudah menelan karena gaya gravitasi. 3. Mungkin diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan juga makan jika pasien tidak mampu untuk memasukkan segala sesuatu melalui mulut 4. Klien dan keluarga mengerti tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh |

* 1. **Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan**

1. Diagnosa Keperawatan : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan pergeseran struktur peka-nyeri dalam rongga intracranial.

Tanggal : Rabu, 27 Juli 2012 (Hari Pertama)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Rabu,  27Juni ’11  15.00  17.00 | Membina hubungan saling percaya dengan keluarga dan klien, dengan cara menyapa klien dan memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan, mendengarkan keluh kesah yang dirasakan klien.  Mengobservasi tanda-tanda vital klien  GCS = 456  Tensi = 130/80mmHg  Nadi = 82x/menit  Suhu = 36,0C  Pernapasan = 22x/menit.  Mengkaji skala, waktu dan tempat nyeri.    Mengajarkan tekhnik relaksasi dengan cara memberikan massase ringan pada daerah leher dan bahu.  Mengajurkan klien untuk istirahat dan memberikan posisi tidur miring kekanan.  Mengoservasi tingkat nyeri 1-2 jam setelah diberikan tindakan perawatan :  klien mengatakan kepala masih nyeri tapi sudah berkurang skala nyeri 4 ( 1-10 ) | lila  lila  lila  lila  lila  lila | Rabu, 27 Juni 2012  S : Klien mengatakan kepala sebelah kiri depan nyeri rasanya cekot-cekot dengan skala nyeri 4  O :   1. Tanda-tanda vital :   Tensi = 130/80mmHg  RR = 22x/menit  Nadi = 82x/menit  Suhu = 360C  GCS = 456   1. Klien dapat menyebutka cara untuk mengurangi nyeri dengan cara memberikan masase ringan pada daerah leher dan bahu, klien terlihat sedikit rileks.   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi nomor 2, 3, 4 dan 5 dilanjutkan  TTD PERAWAT  lila  cholilah  092.0097B |

Diagnosa Keperawatan : Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan pergeseran rongga intrakranial

Tanggal : Kamis, 28 Juni 2012 ( Hari Kedua)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Kamis,  28Juni ‘12  14.00  17.00 | Mengajarkan tekhnik distraksi dengan menganjurkan untuk berbincang-bincang dengan suami saat nyeri muncul.    Mengobservasi tanda-tanda vital klien  Hasil :  GCS = 456  Tensi = 130/80mmHg  Nadi = 84x/menit  Suhu = 36,50C  Pernapasan = 20x/mnt  Mengobservasi tingkat nyeri  Klien mengatakan nyeri sudah banyak berkurang skala 2  . | Lila  lila  lila | Selasa, 05 Juli 2011  S : Klien mengatakan nyeri kepala sudah banyak brkurang, nyeri dikepala kiri depan terasa cekot-cekot skala 2.  O :   1. Tanda-tanda vital :   Tensi = 130/80mmHg  RR = 20x/menit  Nadi = 84x/menit  Suhu = 36,50C  GCS = 456   1. Klien dapat menyebutkan tindakan untuk mengurangi nyeri seperti berbincang-bincang dengan suami saat nyeri muncul. 2. Klien tampak rileks   A : Masalah teratasi  P : Intervensi nomer 2, 3,4 dan 5 dihentikan  TTD PERAWAT    lila  cholilah  0920097 B |

2. Risiko tinggi peningkatan TIK yang berhubungan dengan desak edema serebral

Hari pertama Rabu, 27 juni 2012

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Rabu,  27Juni ‘12  15.30 | Mengobservasi tanda-tanda vital klien  Tensi = 130/80mmHg  Nadi = 82x/menit  Suhu = 36,0C  Pernapasan = 22x/menit.  mempertahankan kepala/ leher pada  posisi yang netral, memasang 1  bantal pada klien.  Melaksanakan observasi tingkat kesadaran dengan GCS : 456  Melakukan kolaborasi dengan menganti cairan NS drip Kcl 7 tts/menit  Memberikan injeksi dexametason 2 ampul per IV | lila  lila  lila | Rabu, 27 Juni 201  S : Klien mengatakan nyeri kepala berkurang.  O :  Tensi = 130/80mmHg  Nadi = 82x/menit  Suhu = 36,0C  Pernapasan = 22x/menit  Klien tidur mengunakan 1 bantal  GCS : 456  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

3..Diagnosa keperawatan : Resiko tinggi cedera jatuh berhubungan dengan defisit lapang pandang.

Hari pertama Rabu, 27 juni 2012

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Rabu,  27Juni ‘12  16.00 | Memasang pengaman tempat tidur kanan dan kiri.  Merencanakan dan melaksanakan tindakan untuk mengurangi deficit pengelihatan dengan cara mengatur sendok dan gelas disatu tempat.  Mendekatkan tempat tidur sisu kiri ke tembok  Meletakkan kursi di samping meja jauh dari tempat tidur.  Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memakai bedak sendiri. | lila  lila  lila | Rabu, 27 Juni 201  S : Klien mengatakan lebih mudah untuk menemukan gelas dan bisa memakai bedak sendiri.  O :  Sebagaian keperluan klien masih dibantu keluarga sebagaian sudah bisa dilakukan sendiri  A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

4.Diagnosa Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri

Tanggal : Rabu, 27 Juni 2012 (Hari Pertama)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Rabu,  27Juli ’12  20.00  20.00 | Mengobservasi tentang kebiasaan tidur klien dirumah  Menganjurkan klien untuk membuat aktivitas sebagai pengantar tidur, misalnya mendengarkan musik, membaca buku dan menggunakan teknik relaksasi yaitu menarik napas dalam melalui hidung kemudian dikeluarkan melalui mulut. | lila  lila | Senin, 04 Juli 2011  S : Klien mengatakan semenjak opname di rumah sakit tidak bisa tidur sehingga sering terbangun pada saat malam hari karena merasakan nyeri dan klien mengatakan akan melaksanakan anjuran dari perawat  O   1. Di tempat tidur klien berantakan penuh dengan barang-barang   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi nomer 1, 2, 3, dan 4 dilanjutkan  TTD PERAWAT  lila  cholilah  092.0097B |

4.Diagnosa Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Tanggal : Kamis, 28 Juni 2012 (Hari Kedua)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Kamis  28Juni ’12  20.00 | Mengobservasi klien tentang pola tidurnya, kualitas tidur klien semalam  Menganjurkan klien untuk menghindari tidur siang bila klien sulit tidur dimalam hari agar tidur malam semakin nyenyak  Mengajarkan teknik relaksasi kepada klien, terutama dipergunakan klien menjelang tidur  Dengan cara cuci muka dan mendengarkan radio dengan headset | lila  lila  lila | Selasa, 05 Juli 2011  S : Klien mengatakan tidur malam nya tadi agak mendingan karena klien sebelum tidur klien cuci muka kemudian mendengarkan radio dengan memakai headset. Selain klien juga merasa nyaman karena meja klien bersih.  O :  Klie melakukan teknik relaksasi jika sebelum tidur  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi nomer 2, 3, dan 4 dilanjutkan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

4. Diagnosa Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Tanggal :jum’at 29 Juni 2012 (Hari Ketiga)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Jum’at,  29Juni ’12  20.00 | Menanyakan kepada klien tentang tidurnya tadi malam  Menganjurkan klien untuk tetap melakukan teknik relaksasi sebelum tidur dengan tidak memikirkan apa-apa (memikirkan hal-hal yang menyenagkan)  Menganjurkan kepada klien untuk tetap mempertahankan cara-cara yang dilakukan sebelum tidur supaya klien dapat tidur pada malam harinya. | Lila  lila  lila | Jum’at, 29 Juni 2012  S : Klien mengatakan tidurnya sangat nyenyak tadi malam, klien mengatakan mulai tidur jam 10 malam dan bangun jam 5 pagi. Klien juga mengatakan berarti jika klien tidak bisa tidur klien akan cuci muka, kemudian melakukan teknik relaksasi, tidak memikirkan apa-apa ( memikirkan hal-hal yang senang),kemudian berdoa  O :   1. Wajah klien terlihat segar 2. Klien akan melakukan teknik relaksasi jika sebelum tidur 3. Jam tidur klien 7 jam.   A : Masalah teratasi  P : Intervensi nomer 1, 2, 3 dan 4 dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

5..Diagnosa Keperawatan: Defisit perawatan diri berhubungan dengan menurunnya fungsi sensorik dan motorik tubuh

Tanggal : Rabu, 27 Juni 2012 (Hari Pertama)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Rabu  27Juni ’12  16.00 | Mengkaji pengetahuan klien tentang perawatan diri  Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang   1. pengertian dan tujuan perawatan diri 2. Jenis-jenis perawatan diri 3. Tindakan perawatan diri 4. Mengevaluasi perawatan diri kulit, gigi, kuku klien bersih | lila  lila | Rabu, 27 Juni 2012  S : Klien mengatakan sudah mengerti tentang pengertian serta tindakan yang dilakukan dalam perawatan diri  O :   1. Klien mengangguk-angguk ketika mendengarkan penjelasan dari mahasiswa 2. Klien mengerti tentang pengertian perawatan diri ketika mahasiswa menanyakan ke klien 3. Kulit, gigi. Kuku klien bersih.   A : Masalah teratasi  P : Intervensi nomer 1, 2, 3 dan 4 dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

6. Diagnosa Keperawatan : Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan aktual dalam struktur dan fungsi.

Tanggal : Kamis, 28 Juni 2012 (Hari Pertama)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Kamis,  28Juni ’12  19.00 | Mengkaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuan.  Mengidentifikasi artidari kehilangan atau disfungsi/perubahan pada pasien.    Mengingatkan kembali fakta kejadian tentang realita bahwa masih dapat mengunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat  Menganjurkan orang-orang terdekat untuk mengijinkan pasien melakukan hal sebanyak-banyaknya. | lila  lila  lila  lila | Kamis, 28 Juni 2012  S : Pasien mengatakan “ saya masih terlihat jelek kah bila bertemu teman, murid, dan tetangga saya”  O : Mampu menyatakan atau mengkomunasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi, mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi.    A : Masalah sebagai teratasi  P : Intervensi dilanjutkan nomer 1, 3 dan 4  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

6. Diagnosa Gangguan konsep diri berhubungan dengan perubahan aktual struktur dan fungsi tubuh

Tanggal :Jum’at, 29 Juni 2012 (Hari kedua)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Jum’at,  29Juni ’12  19.00 | Mengkaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuan  Menganjurkan klien untuk tetap latihan melihat dengan satu mata | lila  lila | Jum’at, 29 Juni 2012  S : Pasien mengatakan “ saya yakin saya tidak malu lagi bila bertemu dengan teman, murid dan tetangganya.  O : klien mampu menyatakan atau mengkomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi.  A : Masalah teratasi.  P : Intervensi nomer 1, 2, 3 dan 4 dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |

7. Resiko tinggi nutrisi: kurang dari kebutuhan yang berhubungan dengan asupan nutrisi yang kurag.

Tanggal : Kamis, 28 Juni 2012 (Hari Pertama)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Tindakan Keperawatan | TTD Perawat | Catatan Perkembangan |
| Kamis,  28Juni ’12  16.00  17.00  17.00  17.00  19.00  20.00 | Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang cara-cara peningkatan nutrisi bagi tubuh  Melaksanakan kolaborasi dengan tim dokter makanan melalui slang klien terpasang NG Tube  Meletakkan posisi kepala lebih tinggi pada waktu, selama dan sesudah makan dengan memberikan posisi setengah duduk pada klien saat makan  Memberikan makan dalam porsi kecil tapi sering  makan vloibar 150cc  Klien menghabiskan vloibar 150cc  Mengajurkan klien untuk oral hygiene dengan cara kumur-kumur setalah makan  Mengobservasi asupan klien makan habis 300cc.  . | lila  lila  lila  lila | DS :  Keluarga klien mengatakan sudah mengerti cara-cara untuk meningkatkan nutrisi bagi tubuh.  DO :  a. terpasang NG Tube no 16  b makanan klien berupa cair sonde  c. BB SMRS : 52 kg  BB MRS : 50 kg  A : Masalah teratasi.  P : Intervensi nomer 1, 2, 3,4 dan 5 dihentikan  TTD PERAWAT  lila  Cholilah  092.0097B |