PROPOSAL

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. T DENGAN DIAGNOSA DIABETES MELITUS DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT PUSAT

DR.HASAN SADIKIN BANDUNG

diajukan untuk memenuhi salah satu syarat tugas mata kuliah Riset Keperawatan



Oleh

CECEP SADAM HUSNY

NIM : IKP09047

AKADEMI KEPERAWATAN AISYIYAH BANDUNG

1432 H / 2011

1. Judul

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. T DENGAN DIAGNOSA DIABETES MELITUS DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT PUSAT

DR.HASAN SADIKIN BANDUNG

1. Latar Belakang Masalah

Manusia sebagai makhluk yang utuh dan unik merupakan makhluk bio-psiko-sosial dan spiritual yang mempunyai kebutuhan dasar bermacam-macam sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangannya. Disamping itu juga manusia yang sangat membutuhkan kesehatan, karena kesehatan dapat menunjang untuk hidup sejahtera. Menurut Bloem (1974) dikutip oleh Mansjoer (1992,hal.2) bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh beberpa factor yaitu factor biologis,prilaku,lingkungan dan pelayanan kesehatan. Keempat factor tersebut saling mempengaruhi sehingga apabila ada kesnjangan akan mengakibatkan suatu gangguan atau suatu penyakit. Salah satu penyakit yang erat kaitannya denagn factor- factor diatas dan merupakan masalah utama kesehatan di Indonesia adalah penyakit *Space Occupying Lesion.*

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompk kelaianan heterogen yang ditandai oleh kelainan kadar glukosa dalam darah /hiperglikemi *(Suzzane C. Smeltzer, 1996 : 1220)*

Diabetes Melitus (DM) adalah keadaan hiperglikemi kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, neurologis dan pembuluh darah disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. (*Arif Mansjoer, 1999 : 580*)

Diabetes Melitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat *(Sylvia A Price and Lorraiene M. Wilson, 1995 : 1111)*

Dari beberapa pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Diabetes Melitus (DM) merupakan syndrom gangguan metabolisme secara

genetis dan klinis termasuk heterogen akibat defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas dari insulin yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik baik pada mata, ginjal, neurologis dan pembuluh darah.

Berdasarkan kondisi diatas penulis tertarik menerapkan asuhan keperawatan pada klien diabetes dengan ”asuhan keperawatan pada Tn.T dengan diagnosa diabetes militus di ruangan melati rumah sakit Dr.Hasan sadikin Bandung”

1. Tujuan
2. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa diabetes melitus

1. Tujuan Khusus

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat :

1. Melakukan pengkajian secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual pada klien dengan gangguan system persarafan : Space Occupying Lession supratentorial e.c tumor otak.
2. Membuat diagnose keperawatan.
3. Membuat rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan : Space Occupying Lession supratentorial e.c tumor otak.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan : Space Occupying Lession supratentorial e.c tumor otak.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan : Space Occupying Lession supratentorial e.c tumor otak.
6. Mendokumentasikan hasil keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan : Space Occupying Lession supratentorial e.c tumor otak.
7. Metode Telaahan dan Teknik Pengumpulan Data
8. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam penyusunan proposal ini adalah metode analisis deskriptif melalui studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu mengkaji, menentukan diagnose keperawatan, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan penulis adalah :

1. Teknik observasi

Yaitu teknik pengumpulan data melalui pengamatan dan pemeriksaan keadaan klien dan keluarga secara langsung sesuai kondisi yang objektif.

1. Teknik wawancara

Yaitu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan komunikasi secara verbal yang didapatkan langsung dari klien dan keluarga.

1. Pemeriksaan fisik

Yaitu teknik pengumpulan data dengan cara inspeksi, auskultasi,palpasi dan perkusi.

1. Studi kepustakaan

Yaitu teknik pengumpulan data dengan cara mengumpulkan bahan acuan dan landasan berfikir serta bertindak yang diambil dari sumber-sumber yang berhubungan dengan kasus secara teoritis.

1. Studi dokumentasi

Yaitu teknik pengumpulan data dengan mempelajari data yang bersumber dari status kesehatan/ arsip klien catatan yang berkaitan dengan masalah kesehatan klien

1. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ini terdiri dari :

Lembar Judul

Lembar Pengesahan

Abstraksi

Kata Pengantar

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Bagan

Daftar Lampiran

Bab I. Pendahuluan

Bab II. Tinjauan Teoretis

Bab III. Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bab IV. Simpulan dan Rekomendasi

Daftar Pustaka

Lampiran

1. Landasan Teoretis
2. Konsep Dasar Penyakit
3. Anatomi dan Fisiologi Ruang Intrakranial

Ruang intrakranial adalah suatu ruangan kaku yang terisi penuh sesuai dengan kapasitasnya dengan unsur yang tidak dapat ditekan: cairan serebrospinal (± 75 ml), dan darah (± 75 ml), otak (1400 g).

1. Cairan Serebrospinal

Cairan serebrospinal (CSS) adalah cairan jernih yang mengelilingi otak dan korda spinalis. CSS melindungi otak terhadap getaran fisik. Antara CSS dan jaringan saraf terjadi pertukaran zat-zat gizi dan produk sisa. Walaupun CSS dibentuk dari plasma yang mengalir melalui otak, konsentrasi elektrolit dan glukosanya berbeda dari plasma.

CSS dibentuk sebagai hasil filtrasi, difusi, dan transport aktif melintasi kapiler-kapiler khusus kedalam ventrikel (rongga) otak, terutama ventrikel lateralis. Jaringan kapiler yang berperan dalam pembentukan CSS disebut pleksus koroideus. Setelah berada didalam ventrikel, CSS mengalir kebatang otak. Melalui lubang-lubang kecil dibatang otak, CSS beredar kepermukaan otak dan korda spinalis. Dipermukaan otak, CSS masuk ke sistem vena dan kembali ke jantung. Dengan demikian CSS terus-menerus mengalami resirkulasi melalui susunan saraf pusat. Apabila saluran CSS diventrikel mengalami sumbatan, maka dapat terjadi penimbunan cairan. Akibatnya akan terjadi peningkatan tekanan didalam atau dipermukaan otak.

1. Sawar Darah Otak

Sawar darah otak mengacu kepada kemampuan sistem vaskular otak untuk memanipulasi komposisi cairan interstisium serebrum sehingga berbeda dibandingkan dengan cairan interstisium dibagian tubuh lainnya. Sawar darah otak terbentuk dari sel-sel endotel yang saling berkaitan erat dikapiler otak, dan dari sel-sel yang melapisi ventrikel yang membatasi filtrasi dan difusi. Fungsi transfor khusus mengatur cairan apa yang keluar dari sirkulasi umum untuk membasahi sel-sel otak. Sawar darah otak melindungi sel-sel otak yang halus dari pajanan bahan-bahan yang pontensial berbahaya. Banyak obat dan zat kimia tidak dapat menembus sawar darah otak.

Otak menerima aliran darah otak sekitar 15% curah jantung. Tingginya tingkat aliran darah ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan otak yang terus-menerus akan glukosa dan oksigen.

1. Otak

Otak merupakan jaringan yang paling banyak memakai energi dalam seluruh tubuh manusia dan terutama berasal dari proses metabolisme oksidasi glukosa. Jaringan otak sangat rentan dan kebutuhan oksigen dan glukosa melalui aliran darah adalah konstan.metabolisme otak merupakan proses tetap dan kontinu, tanpa ada masa istirahat. Aktivitas otak yang tak pernah berhenti ini berkaitan dengan fungsinya yang kritis sebagai pusat integrasi dan koordinasi organ-organ sensorik dan system efektor perifer tubuh, dan fungsi sebagai pengatur informasi yang masuk, simpan pengalaman, impuls yang keluar dan tingkah laku.Otak terdiri dari batang otak, serebelum, diensefalon, sistim limbik dan serebrum

Volume total isi intrakranial harus tetap konstan. Ini beralasan karena kranium adalah kotak yang tidak ekspansil. Bila V adalah volume, maka

VOtak + VCSS + VDarah + V Massa = Konstan

1. Space Occupying Lesion dan Tumor Otak
2. Pengertian

SOL ( Space Occupying Lesion ) merupakan generalisasi masalah tentang adanya lesi pada ruang intracranial khususnya yang mengenai otak. Banyak penyebab yang dapat menimbulkan lesi pada otak seperti kontusio serebri, hematoma, infark, abses otak dan tumor intracranial ( Long C , 1996 : 130).

Tumor otak merupakan pertumbuhan jaringan abnormal yang berasal dari sel-sel otak atau dari struktur di sekelilingnya. Sama seperti tumor lainnya tumor otak dapat dibagi menjadi tumor otak jinak (benigna) dan ganas (maligna).

1. Tumor otak benigna adalah pertumbuhan jaringan abnormal di dalam otak, tetapi tidak ganas.
2. Tumor otak maligna adalah kanker di dalam otak yang berpotensi menyusup dan menghancurkan jaringan di sebelahnya atau yang telah menyebar (*metastase*) ke otak dari bagian tubuh lainnya melalui aliran darah.

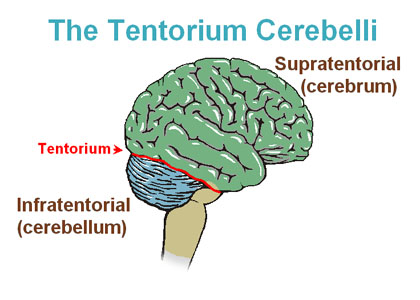
Terdapat 2 kategori tumor otak, yaitu :

* 1. Tumor otak primer - tumor ini berasal dari otak itu sendiri.
  2. Tumor otak sekunder (dikenali sebagai metastatik) - ia berasal atau penyebaran dari organ tubuh yang lain seperti paru-paru, ginjal, payudara, tulang, kulit dan organ tubuh lainnya.

Tumor otak primer bermula dan terbentuk di dalam otak. Tumor tersebut mungkin tumbuh dan terbentuk di suatu tempat yang kecil atau ia dapat meluas ke daerah-daerah sekitar yang berdekatan. Tumor sekunder (metastatik) bermula atau tumbuh di tempat lain dan kemudiannya menyebar melalui saluran darah ke otak untuk membentuk tumor otak sekunder (tempat asalnya ialah kanker paru-paru, payudara, usus, kulit dan lain-lain). Tumor otak metastasis merupakan komplikasi neurologis yang paling sering dari kanker sistemik.

1. Etiologi

SOL (Space Occupying Lession) disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya ;

1. Riwayat trauma kepala
2. Faktor genetik
3. Paparan zat kimia yang bersifat karsinogenik
4. Virus tertentu
5. Defisiensi imunologi
6. Congenital
7. Pembagian Space Ocuppying Lession (SOL) 

Berdasarkan lokasinya lesi desak ruang (SOL) dapat dibedakan menjadi SOL yang terletak di Supratentorial dan SOL yang terletak di Infratentorial.

1. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita Space Ocuppying Lession, diantaranya :

1. Nyeri kepala :Merupakan keluhan utama pada kira-kira 20% kasus. Dapat dirasakan selama perjalanan penyakitnya, dapat umum atau terlokalisir pada daerah yang berlainan. Sifat nyerinya digambarkan sebagai nyeri berdenyut atau dirasakan sebagai rasa penuh di kepala dan seolah-olah kepala mau "meledak". Timbulnya dimulai pagi hari, dikaitkan oleh karena kenaikan kadar CO2 selama tidur. Adanya CO2 ini menyebabkan aliran darah serebral meningkat serta kongesti dari sistema vena serebral. Ini mengakibatkan tekanan intrakranial meningkat. Nyeri dapat diperhebat dengan gerakan manuver valsava, batuk, bersin, mengejan, mengangkat barang ataupun ketegangan.
2. Muntah : Muntah tidak berhubungan dengan lokalisasi tumor, sering timbul pada pagi hari. Sifat muntah adalah khas, yaitu proyektil atau muncrat dan tidak didahului rasa mual.
3. Kejang : Kejang dapat merupakan manifestasi pertama tumor otak pada 15% kasus. Dikatakan, bahwa apabila terjadi kejang fokal pada orang berumur di bawah 50 tahun, harus dipikirkan adanya tumor otak, selama penyebab lain belum ditemukan. Dalam hal terjadinya kejang, lokasi tumor lebih penting daripada histologinya. Tumor yang jauh dari korteks motoris akan jarang menimbulkan kejang. Meningioma pada konveksitas otak, sering menimbulkan kejang fokal sebagai gejala dini. Sedangkan kejang urnum biasanya terjadi, apabila kenaikan tekanan intrakranial melonjak secara cepat misalnya pada glioblastoma multiforme.
4. Gangguan mental : Gejala gangguan mental tidak perlu dihubungkan dengan lokalisasi tumor, walaupun beberapa sarjana menyatakan bahwa gejala ini sering dijumpai pada tumor lobus frontalis dan temporalis. Juga dikatakan bahwa menigioma merupakan tumor yang sering menimbulkan gangguan mental. Gejalanya sangat tidak spesifik. Dapat berupa apatis, demensia, gangguan memori, gangguan intelegensi, gangguan tingkah laku, halusinasi sampai seperti psikosis.
5. Pembesaran kepala : Keadaan ini hanya terjadi pada anak-anak, dimana suturanya belum menutup. Dengan meningkatnya tekanan intrakranial, sutura akan melebar dan fontanella anterior menjadi menonjol. Pada beberapa anak sering terlihat pembendungan vena didaerah skalp dan adanya eksoftalmos. Pada perkusi terdengar suara yang khas, disebut *crack pot signs* (bunyi gendi yang rengat).
6. Papil edema : Papil edema dapat terjadi oleh karena tekanan intrakranial yang meningkat atau akibat langsung dari tekanan tumor pada N II. Derajat papil edema tidak sebanding dengan besarnya tumor dan tidak sama antara mata satu dan lainnya. Bila tekanan intrakranial meningkat dengan cepat, akan terjadi pembendungan vena-vena N. Optikus dan diskus optikus menjadi pucat serta membengkak. Sering disertai perdarahan-perdarahan disekitar fundus okuli. Pada papil edema yang kronis dapat menyebabkan gliosis N. Optikus dan akhirnya N. Optikus mengalami atrofi sekunder dengan akibat kebutaan. Dilaporkan bahwa 60% dari tumor otak memperlihatkan gejala papil edema, dan 50% diakibatkan oleh tumor supratentorial.
7. Sensasi abnormal di kepala : Banyak penderita merasakan berbagai macam rasa yang samar-samar. Sering dikeluhkan sebagai enteng kepala *(light-headness),* pusing *(dizziness)* dan lain-lainnya. Keadaan ini mungkin sesuai dengan tekanan intrakranial yang meningkat.
8. Bradikardi dan tensi meningkat :Keadaan ini dianggap sebagai mekanisme kompensatorik untuk menanggulangi iskemia otak.
9. Perubahan respirasi : Hal ini akibat tekanan intrakranial yang meningkat. Dapat timbul respirasi tipe *Cheyne Stokes,* dilanjutkan dengan hiperventilasi-respirasi irreguler-apneu, akhirnya kematian.
10. Patofisisologi

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologis. Pertumbuhan tumor menyebabkan bertambahnya massa, karena tumor akan mengambil ruang yang relatif dari ruang tengkorak yang kaku. Tumor ganas menimbulkan oedema dalam jaruingan otak. Mekanisme belum seluruhnyanya dipahami, namun diduga disebabkan selisih osmotik yang menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan oedema yang disebabkan kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intrakranial. Observasi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel laseral ke ruang sub arakhnoid menimbulkan hidrocepalus.

Peningkatan tekanan intrakranial akan membahayakan jiwa, bila terjadi secara cepat akibat salah satu penyebab yang telah dibicarakan sebelumnya. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu berhari-hari/berbulan-bulan untuk menjadi efektif dan oelh karena itu tidak berguna apabila tekanan intrakranial timbul cepat. Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intra kranial, volume cairan serebrospinal, kandungan cairan intrasel dan mengurangi sel-sel parenkim. Kenaikan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi ulkus atau serebulum. Herniasi timbul bila girus medialis lobus temporals bergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan men ensefalon menyebabkab hilangnya kesadaran dan menenkan saraf ketiga. Pada herniasi serebulum, tonsil sebelum bergeser ke bawah melalui foramen magnum oleh suatu massa posterior. Kompresi medula oblongata dan henti nafas terjadi dengan cepat. Intrakranial yang cepat adalah bradicardi progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi dan gangguan pernafasan)

1. Penatalaksanaan

Pengobatan tumor otak tergantung kepada lokasi dan jenisnya.Adapun pengobtan yang sering dilkakukan yaitu :

1. Pembedahan kadang menyebabkan kerusakan otak yang bisa menimbulkan kelumpuhan parsial, perubahan rasa, kelemahan dan gangguan intelektual. Tetapi pembedahan harus dilakukan jika pertumbuhannya mengancam struktur otak yang penting.

Meskipun pengangkatan tumor tidak dapat menyembuhkan kanker, tetapi bisa mengurangi ukuran tumor, meringankan gejala dan membantu menentukan jenis tumor serta pengobatan lainnya. Beberapa tumor jinak harus diangkat melalui pembedahan karena mereka terus tumbuh di dalam rongga sempit dan bisa menyebabkan kerusakan yang lebih parah atau kematian.

1. Terapi penyinaran dimulai setelah sebanyak mungkin bagian tumor diangkat melalui pembedahan. Terapi penyinaran tidak dapat menyembuhkan tumor, tetapi membantu memperkecil ukuran tumor sehingga tumor dapat dikendalikan.
2. Kemoterapi digunakan untuk mengobati beberapa jenis kanker otak.  
   Kanker otak primer maupun kanker otak metastatik memberikan respon yang baik terhadap kemoterapi. Jika terjadi peningkatan tekanan di dalam otak, diberikan suntikan mannitol dan kortikosteroid untuk mengurangi tekanan dan mencegah herniasi.
3. Tindakan Operatif

Kebanyakan pasien dengan tumor intrakranial memerlukan satu atau lebih pendekatan bedah-saraf. Contohnya antara lain sebagai berikut:

* 1. *Kraniotomi:* Flap tulang dipotong dan dibuka dengan melipat.
  2. *Burr hole:* Untuk biopsi langsung atau stereotaktik.
  3. *Pendekatan Transsfenoid:* Melalui sinus sfenoid kefossa pituitari.
  4. *Pendekatan Transoral:* Membuang arkus atlas, *peg* odontoid dan klivus memberikan jalan mencapai aspek anterior batang otak dan *cord* servikal atas. Jarang digunakan. Biasanya untuk tumor letak depan seperti neurofibroma, khordoma.
  5. *Kraniektomi:* Burr hole diikuti pengangkatan tulang sekitarnya untuk memperluas bukaan, rutin digunakan untuk pendekatan pada fossa posterior.
  6. Prosedur biopsi, pengangkatan tumor parsial/ dekompresi internal atau pengangkatan total tumor tergantung asal dan lokasi tumor. Tumor ganas primer yang infiltratif mencegah pengangkatan total dan sering operasi dilakukan terbatas untuk biopsi atau dekompresi tumor. Prospek pengangkatan total membaik pada tumor jinak seperti meningioma atau kraniofaringioma; bila banyak tumor yang terabaikan, atau bagian tumor mengenai struktur dalam, bisa berakibat rekurensi.

1. Radioterapi

Saat ini tindakan terhadap tumor intrakranial menggunakan salah satu dari cara berikut:

* 1. sinar-x megavoltase
  2. sinar gama dari kobalt
  3. berkas elektron dari akselerator linear
  4. partikel yang dipercepat dari siklotron, seperti neutron, nuklei dari helium, proton

1. Pendekatan Proses Keperawatan
2. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan menentukan hasil dari tahap berikutnya. Pengkajian dilakukan secara sistematis mulai dari pengumpulan data, identifikasi dan evaluasi status kesehatan klien ( Nursalam, 2001 )

1. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan berupa data subjektif dan objektif, dimana data subjektif didapatkan dengan cara wawancara dan berinteraksi langsung dengan klien. Sedangkan data objektif dapat melalui pemeriksaan fisik dengan cara insfeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

1. Riwayat kesehatan
2. Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan informasi sejak timbulnya keluhan dari awal sampai dirawat di rumah sakit.Berkaitan dengan keluhan utama, dijabarkan dengan PQRST yang meliputi hal-hal yang meringankan dan memperberat, kualitas dan kuantitas dan keluhan dari penyebarannya serta tingkat kegawatan sekala dan waktu timbulnya atau lamanya keluhan.

PQRST :

P : Paliatif/ provoaktif yaitu apakah yang menyebabkan gejala, apa saja yang mengurangi atau memperberatnya.

Q : Quality yaitu bagaimana gejala yang dirasakan, sejauh mana yang dirasakan.

R :Region/radiation yaitu dimana gejala terasa, apakah mengalami penyebaran.

S : Scale yaitu seberapa sekala yang dirasakan dengan sekala (0-5).

T : Time yaitu kapan gejala mulai muncul, seberapa sering gejala terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap.(Haryanto, 2008)

1. Pemeriksaan fisik.
2. Keadaan umum

Biasanya klien merasakan nyeri kepala yang sangat berat disertai penurunan kesadaran.

1. Sistem kardiovaskuler

Biasanya pada klien SOL terjadi peningkatan tekanan darah dan penurunan nadi berhubungan dengan peningkatan TIK dan pengaruh pada vasomotor

1. Sistem respirasi

Biasanya pada klien SOL terjadi peningkatan kerja pernapasan (episode awal). Perubahan mental (letargi sampai koma) dan gelisah.

1. Sistem pencernaan

Biasanya pada klien SOL terjadi kehilangan nafsu makan, disfagia (pada periode akut) anoreksia, muntah, turgor kulit jelek, membran mukosa kering.

1. Sistem persarafan

Biasanya pada klien SOL terjadi sakit kepala, parestesia, timbul kejang, gangguan penglihatan. penurunan status mental dan kesadaran. Kehilangan memori, sulit dalam keputusan, afasia, mata : pupil unisokor karena peningkatan TIK, nistagmus, kejang umum lokal.

1. Sistem muskuloskeletal

Biasanya pada klien SOL terjadi ketegangan leher dan pungung kaku.

1. Sistem urinaria

Biasanya pada klien SOL terjadi inkontinensia urin atau retensi

1. Pola aktifitas
   1. Pola nutrisi

Biasanya pada klien SOL terjadi kehilangan nafsu makan, disfagia pada periode akut, anoreksia, muntah,

* 1. Pola eliminasi

Biasanya pada klien SOL terjadi inkontinensia urin atau retensi

* 1. Pola tidur dan istirahat

Biasanya pada klien SOL terus terjaga

* 1. Personal hygiene

Biasanya pada klien SOL terjadi ketergantungan terhadap semua kebutuhan, perawatan diri (pada periode akut).

1. Aspek psikologi

Biasanya pada klien SOL terjadi perubahan psikologis yaitu sering menangis dan mengeluh.

1. Pemeriksaan Laboratorium
   1. CT Scan ; memberi informasi spesifik mengenai jumlah, ukuran, kepadatan, jejas tumor dan meluasnya odema cerebral serta memberi informasi tentang sistem vaskuler
   2. MRI ; membantu dalam mendeteksi tumor didalam batang otakdan daerah hiposisis, dimana tulang menggangu dalam gambaran yang menggunakan CT Scan
   3. Biopsi Stereotaktik ; dapat mendiagnosa kedudukan tumor yang dalam dan untuk memberi dasar pengobatan serta informasi prognosis.
   4. Angiografi ; memberi gambaran pembuluh darahserebral dan letak tumor
   5. Elektro ensefalografi ; mendeteksi gelombang otak abnormal pada daerah yang ditempati tumor dan dapat memungkinkan untuk mengevaluasi lobus temporal pada waktu kejang  
      ( Doenges, 2000 )
2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dengan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawaan pasien.(effendi, 1995).

Diagnosa keperawatan

Menurut carpenito yang dikutip oleh (nursalam, 2001), diagnose keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentivikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien SOL menurut KMB(Smeltzer, 2001)diantaranya :

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungn dengan obstruksi ventrikel
2. Gangguan rasa nyeri berhubungan dengan peningkatan TIK
3. Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan kurang nutrisi
4. Gangguan imobilitas fisik berhubungan dengan tekanan pada serebelum (otak kecil)
5. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan
6. Intervensi
   1. Gangguan perfusi jaringan berhubungn dengan obstruksi ventrikel

Tujuan :Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan Kriteria hasil :TTV normal, kesadaran pasien kembali seperti sebelum sakit, gelisah hilang,ingatanya kembali seperti sebelum sakit

Intervensi :

1. Pantau status neurologis dengan teratur dan bandingkan dengan keadaan normalnya seperti GCS
2. Pantau frekuensi dan irama jantung
3. Pantau suhu juga atur suhu lingkungan sesuai kebutuhan. Batasi penggunaan selimut dan lakukan kompres hangat jika terjadi demam
4. Pantau masukan dan pengeluaran, catat karakteristik urin, tugor kulit dan keadaan membrane mukosa
5. Gunakan selimut hipotermia
6. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi seperti steroid, klorpomasin, asetaminofen

Rasional :

1. Pengkajian kecenderungan adanya perubahan tingkat kesadaran dan potensi TIK adalah sangat berguna dalam menentukan lokasi, penyebaran, luas,dan perkembangan dari kerusakan
2. Perubahan pada frekuensi dan disritmia dapat terjadi yang mencerminkan trauma atau tekanan batang otak tentang ada tidaknya penyakit
3. Demam biasanya berhubungan dengan proses inflamasi tetapi mungkin merupakan komplikasi dari kerusakan pada hipotalamus
4. Hipertermi meningkatkan kehilangan air dan meningkatkan resiko dehidrasi, terutama jika tingkat kesadaran menurun
5. Membantu dalam mengontrol peningkatan suhu
6. Dapat menurunkan permebilitas kapiler untuk membatasi pembentukan edema, mengatasi menggigil yang dapat meningkatkan TIK, menurunkan metabolisme seluler/ menurunkan konsumsioksigen
   1. Gangguan rasa nyeri berhubungan dengan peningkatan TIK

Tujuan : Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam nyeri hilang dengan Kriteria hasil : nyeri hilang, pasien tenang, tidak terjadi mual muntah, pasien dapat beristirahat dengan tenang

Intervensi **:**

1. Berikan lingkungan yang tenang
2. Tingkatkan tirah baring, bantu perawatan diri pasien
3. Letakkan kantung es pada kepala, pakaian dingin diatas mata
4. Dukung pasien untuk menemukan posisi yang nyaman
5. Berikan ROM aktif/pasif
6. Gunakan pelembab yang agak hangat pada nyeri leher/punggung yang tidak ada demam
7. Kolaborasi pemberian obat analgetik seperti asetaminofen, kodein sesuai indikasi

Rasional :

1. Menurunkan reaksi terhadap stimulus dari luar dan meningkatkan istirahat
2. Menurunkan gerakan yang dapat meningkatkan nyeri
3. Meningkatkan vasokontriksi, penumpukan resepsi sensori akan menurunkan nyeri
4. Menurunkan iritasi meningeal, resultan ketidaknyamanan lebih lanjut
5. Membantu merelaksasi ketegangan otot yang meningkatkan reduksi nyeri
6. Meningkatkan relaksasi otot dan menurunkan rasa sakit
7. Untuk menghilangkan nyeri yang hebat
   1. Gangguan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan kurang nutrisi

Tujuan :Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan pasien menjadi adekuat dengan kriteria hasil : mual muntah hilang, napsu makan meningkat, BB kembali seperti sebelum sakit

Intervensi :

1. Kaji kemampuan pasien untuk mengunyah, menelan
2. Beri makanan dalam jumlah kecil dan sering
3. Timbang berat badan
4. Kolaborasi dengan ahli gizi

Rasional :

1. Menentukan pemilihan terhadapjenis makanan sehingga pasien terlindungi dari aspirasi
2. Meningkatkan proses pencernaan dan kontraksi pasien terhadap nutrisi yang diberikan dan dapat meningkatkan kerjasama pasien saat makan
3. Mengevaluasi keefektifan/ kebutuhan mengubah pemberian nutrisi
4. Merupakan sumber yang efektif untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori \nutrisi
   1. Gangguan imobilitas fisik berhubungan dengan tekanan pada serebelum (otak kecil)

Tujuan : klien dapat menunjukkan cara mobilisasi secara optimal dengan kriteria hasil : klien dapat mempertahankan meningkatkan kekuatan dan fungsi tubuh yang sakit, mempertahankan integritas kulit dan kandung kemih dan fungsi usus.

Intervensi :

1. Periksa kembali kemampuan dan keadaan secara fungsional pada kerusakan yang terjadi.
2. Kaji derajat imobilitas pasien dengan menggunakan skala ketergantungan (0 – 4)
3. Letakkan pasien pada posisi tertentu, ubah posisi pasien secara teratur dan buat sedikit perubahan posisi antara waktu

Rasional :

1. Mengidentifikasi kemungkinan kerusakan secara fungsional dan mempengaruhi pilihan intervensi yang akan dilakukan.
2. Seseorang dalam semua kategori sama – sama mempunyai risiko kecelakaan namun katagori 2 – 4 mempunyai resiko terbesar untuk terjadinya bahaya tsb sehubungan dengan imobilisasi.
3. Perubahan posisi yang teratur menyebabkan penyebaran terhadap berat badan dan meningkatkan sirkulasi seluruh bagian tubuh.
   1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan :setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penglihatan pasien kembali normal dengan kriteria hasil :pasien dapat melihat dengan jelas

Intervensi :

1. Pastikan atau validasi persepsi pasien dan berikan umpan balik, orientasikan kembali pasien secara teratur pada lingkungan, dan tindakan yang akan dilakukan terutama jika penglihatannya terganggu
2. Buat jadwal istirahat yang adekuat/periode tidur tanpa ada gangguan
3. Berikan kesempatan yang lebih banyak untuk berkomunikasi dam melakikan aktivitas
4. Rujuk pada ahli fisioterapi

Rasional :

1. Membantu pasien untuk memisahkan pada realitas dari perubahan persepsi, gangguan fungsi kognitif dan atau penurunan penglihatan dapat menjadi potensi timbulnya disorientasi dan ansietas
2. Mengurangi kelelahan, mencegah kejenuhan, memberikan kesempatan untuk tidur REM (ketidakadaan tidur REM ini dapat meningkatkan gangguan persepsi sensori
3. Menurunkan fruktasi yang berhubungan dengan perubahan kemampuan /pola respon yang memanjang
4. Pendekatan antardisiplin dapat menciptakan rencana penatalaksanaan berintegrasi yang didasarkan atas kombinasi kemampuan /ketidakmampuan secara individu yang unik dengan berfokus pada peningkatan evaluasi, dan fungsi fisik, kognitif, dan perseptual
5. Implementasi

Implementasi adalah perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil diperkirakan dari asuhan keperawatan. (Potter, 2005 : 2003). Selama Pelaksanaan keperawatan perawat mengkaji kembali klien, memodifikasi rencana asuhan, dan menuliskan kembali hasil yang diharapkan sesuai dengan kebutuhan.

Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan. perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saai ini (Here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semua tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan.

1. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

1. Agenda Kegiatan

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | Rentang waktu | | | | | |
| Mgg 1 | Mgg 2 | Mgg 3 | Mgg 4 | Mgg 5 | Mgg 6 |
| 1. | Persiapan |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pelaksanaan |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Penyelesaian laporan |  |  |  |  |  |  |

1. Daftar Pustaka

Arthur C, Guyton dan Hall.2006.*Fisiologi Kedokteran*.Jakarta:EGC

Smeltzer,Suzanne C dan Bare,Brenda G.2002.*Keperawatan Medikal Bedah Vol.3.*Jakarta:EGC

Ropper, Allan H. And Robert H. Brown. 2005. Adams And Victor’s Principles Of Neurology: Eight Edition. USA.