

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Pengertian**

Tumor pada orbita merupakan penyakit yang jarang. Penyakit ini merupakan tantangan yang besar bagi oftalmologis karena terdapat gejala dan tanda yang bervariasi dan sering sulit untuk didiagnosis pada stadium awal. Semua struktur di orbita dapat berkembang menjadi neoplasma. Tumor orbita adalah lesi heterogen yang berasal dari berbagai struktur dalam orbita. Struktur dari orbita dibagi 4 yaitu bola mata, ekstrakonal, konal dan intrakonal. Orbital tumor dibagi berdasarkan lokasi asal dan histologi. Berdasarkan lokasi asalnya, tumor orbita dibagi menjadi:

1. Lesi primer, yang berasal dari orbita.
2. Lesi sekunder merupakan perluasan ke orbita dari struktur lain yang berdekatan, Contohnya tumor intracranial dan tumor sinus paranasal.
3. Tumor metastasis.

Tumor otak merupakan salah satu tumor yang tumbuh dibagian otak manusia, tumor ini bisa menyerang pada siapapun individu dan dengan usia berapapun. Pada umumnya tumor dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu tumor jinak atau ganas, tumor adalah neoplasm atau lesi padat yang berasal dari adanya pertumbuhan suatu sel tubuh

yang abnormal atau tidak semestinya dan mirip dengan simtoma bengkak, sedangkan otak adalah bagian penting dari tubuh manusia karena otak merupakan syaraf pusat yang mengkoordinir serta mengatur seluruh tubuh dan juga pemikiran manusia, oleh sebab itu terjadinya trauma atau cedera sedikit apapun pada otak seseorang dapat menyebabkan hal fatal pada seseorang tersebut.

Komplikasi tumor otak menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian kepala penderitanya hal ini disebabkan adanya tumor atau benjolan dan juga mengakibatkan adanya penekanan jaringan otak terhadap sirkulasi darah dan oksigen sehingga menyebabkan sirkulasi suplay oksigen menurun, kemudian penderita mengalami hipoksia. serebral, tubuh melakukan kompensasi dengan mempercepat pernafasannya akhirnya penderita mengalami sesak nafas (Purwanto, 2016).

Penyebab terjadinya tumor otak sampai saat belum diketahui secara pasti namun terdapat beberapa faktor yang mempunyai peran didalamnya seperti zat-zat karsinogenik paparan radiasi dan genetik yang dapat menyebabkan adanya pertumbuhan sel abnormal sehingga terjadilah tumor otak. Diagnosis tumor otak memerlukan pemeriksaan radiologi, yang dapat dengan cepat mendiagnosis tumor otak dan harus segera dilakukan. Menurut pedoman tahun 2017 dari National Institute of Health and Care Excellence (NICE), jika tidak ada kontraindikasi, dianjurkan untuk melakukan pemindaian resonansi magnetik (MRI) atau CT scan

otak. CT scan atau MRI dengan kontras akan memberikan gambaran yang lebih rinci tentang keberadaan tumor otak untuk membantu menentukan jenis tumor dan merencanakan pembedahan dan terapi radiasi.

Teknologi pencitraan juga berperan penting sebagai penanda prognostik dalam uji klinis tumor otak. Standar yang banyak digunakan didasarkan pada penilaian respons kelompok kerja neuro-onkologi, terutama berdasarkan MRI yang disebut penilaian respons neuro-onkologi (RANO). Tomografi emisi positron (PET) juga memiliki potensi dalam keterbatasan MRI (Brennan, 2018).

Pertumbuhan tumor terus bertambah sehingga mendesak intrakranial dan menyebabkan adanya peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan beberapa masalah diantaranya adanya penekanan pembuluh darah di otak, yang menyebabkan penurunan sirkulasi serebral dan menimbulkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dan gangguan neuromuskuler yang menyebabkan penderitanya mengalami kelemahan dan timbul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola nafas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, selain itu peningkatan tekanan intrakranial juga menyebabkan adanya peregangan pada pembuluh darah yang menyebabkan penderitanya mengalami nyeri pada bagian kepalanya dan timbul masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intracranial.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Presipitasi dan Predisposisi**

#### **a. Presipitasi**

Tumor orbital primer atau yang berasal dari jaringan orbital, meskipun cukup jarang, mencakup tumor jinak dan ganas. Semua struktur orbita dapat mengalami pertumbuhan abnormal. Penyebaran tumor secara langsung (metastasis) dari bagian tubuh yang berdekatan dapat menyebabkan desakan pada rongga orbital. Terkadang, tumor tidak menimbulkan gejala di awal dan gejala memberat perlahan dalam jangka waktu yang lama. Sementara pada pasien lainnya, gejala dapat timbul sangat cepat. Lokasi dan sifat gejala masing-masing tumor dapat menjadi petunjuk penting untuk menentukan apakah apakah tumor bersifat jinak atau ganas.

#### **b. Predisposisi**

Beberapa faktor risiko tumor orbita antara lain:

- 1). Perkembangan mata yang abnormal dapat tumbuh dengan ketidaknormalan pada salah satu bagian tubuhnya, termasuk mata.

- 2). Memiliki penyakit tiroid, orang dengan penyakit Grave, yaitu sebuah penyakit autoimun, memiliki risiko mengalami tumor orbita (Purwanto, 2016).

## **2. Psiko Patologi/Patofisiologi**

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologik progresif. Gangguan neurologik pada tumor otak biasanya dianggap disebabkan oleh dua faktor, gangguan fokal disebabkan oleh tumor dan kenaikan tekanan intracranial. Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak, dan infiltrasi atau invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. 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 serebrovaskuler primer.

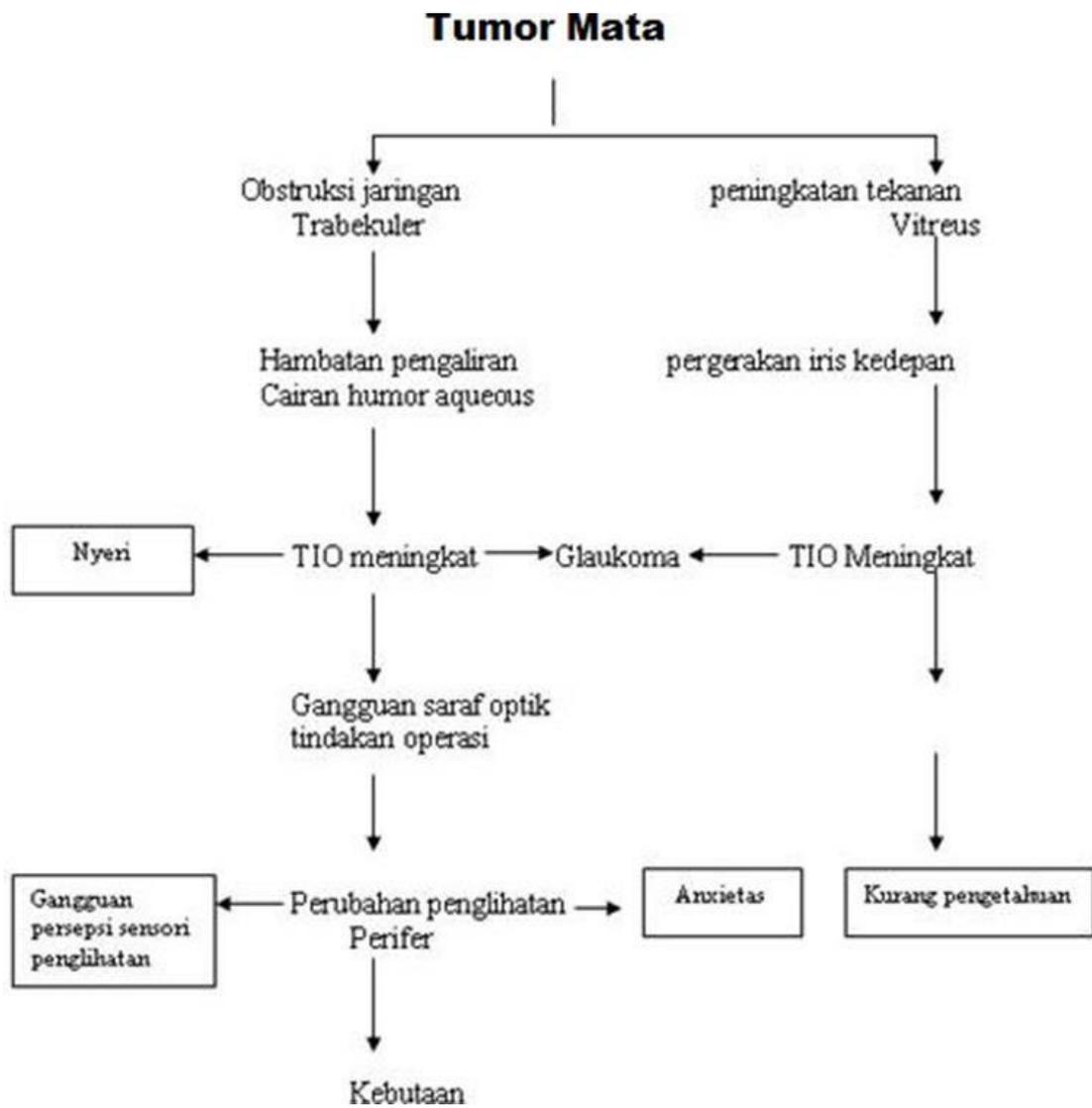
Serangan kejang sebagai gejala perunahan kepekaan neuron dihubungkan dengan kompresi invasi dan perubahan suplai darah ke jaringan otak. Beberapa tumor membentuk kista yang juga menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologist fokal. Peningkatan tekanan intrakranial dapat diakibatkan oleh beberapa faktor : bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi cairan

serebrospinal. Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intracranial dan meningkatkan tekanan intracranial. Obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid menimbulkan hidrosefalus.

Peningkatan tekanan intracranial akan membahayakan jiwa. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu lama untuk menjadi efektif dan oleh karena itu tak berguna apabila tekanan intrakranial timbul cepat. Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intracranial, volume cairan serebrospinal, kandungan cairan intrasel dan mengurangi sel-sel parenkim, kenaikan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebelum yang timbul bilagirus medialis lobus temporalis bergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga. Kompresi medula oblongata dan henti pernafasan terjadi dengan cepat. Perubahan fisiologi lain terjadi akibat peningkatan intracranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik sistemik (pelebaran tekanan nadi), dan gangguan pernafasan.

Riwayat genetik juga kemungkinan sangat berperan dalam terjadinya tumor otak misalnya pada neurofibromatosis tipe 1 dan 2

(Priyanto & Rohandi and Siradz, 2019). Tumor otak sekunder adalah metastasis dari tumor primer di tempat lain, menyebar melalui aliran darah, dan kemudian menembus dinding pembuluh darah. Transfer ini dapat menyerang parenkim otak, pia mater dan dura mater. Biasanya berasal dari tumor primer ganas padat, seperti kanker paru-paru, kanker payudara, melanoma, dan kanker ginjal, serta keganasan hematologi, seperti. Limfoma dan leukemia (Kemenkes RI, 2019).



**Gambar 1. Pathway Ca Orbita Brain Metastase**

Sumber: (Padila, 2013)

### 3. Manifestasi Klinis

Gejala utama yang muncul adalah proptosis akibat dari efek massa tumor yang mebesar. Perubahan pada visus dan lapang pandang, diplopia, gangguan pergerakan otot ekstraokular, atau abnormalitas pada pupil dapat diakibatkan dari invasi atau kompresi bagian intraorbita akibat tumor solid.

**Tabel 1. 1 Gejala dan Tanda tumor Orbita**

Symptom	%
Proptosis	92 %
Gangguan lapang pandang dan penurunan visus	74 %
Diplopia, strabismus	66 %
Nyeri	34 %
Lakrimasi	23 %
Kemosis	22 %
Inflamasi	12 %

Manifestasi klinis mungkin tidak spesifik yang dapat disebabkan oleh edema dan peningkatan TIK atau spesifik yang disebabkan oleh lokasi anatomi tertentu (Parashkevova et al., 2011). *Orbital Tumor – Clinical Cases Presentation. Journal of IMAB – Annual Proceeding (Scientific Paper).*

- a. Perubahan status mental seperti pada gangguan neurologis atau bedah syaraf, perubahan tingkat kesadaran atau sensoris dapat ditemukan Perubahan status emosional dan mental, seperti

letargi dan mengantuk, kebingungan, disorientasi, serta perubahan kepribadian dapat ditemukan.

- b. Sakit kepala merupakan gejala awal pada 20% penderita dengan tumor otak yang kemudian berkembang menjadi 60%. Nyerinya tumpul dan intermitten. Nyeri kepala berat juga sering diperhebat oleh perubahan posisi, batuk, maneuver valsava dan aktivitas fisik. Muntah ditemukan bersama nyeri kepala pada 50% penderita. Nyeri kepala ipsilateral pada tumor supratentorial sebanyak 80 % dan terutama pada bagian frontal. Tumor pada fossa posterior memberikan nyeri alih ke oksiput dan leher, sakit kepala dapat terbatas atau keseluruhan. Biasanya intermiten dengan durasi meningkat dan dapat diperparah dengan perubahan posisi atau mengejan. Sakit kepala parah dan berulang pada klien yang sebelumnya bebas sakit kepala atau sakit kepala berulang di pagi hari yang frekuensi dan keparahannya meningkat dapat menandakan suatu tumor intrakranial dan membutuhkan pengaljian lebih lanjut.
- c. Mual dan muntah manifestasi klinis mual dan muntah dipercaya terjadi karena tekanan pada medula, yang terletak pusat muntah. Klien sering mengeluhkan sakit kepala parah setelah berbaring di ranjang. Saat sakit kepala makin nyeri

klien juga dapat mengalami mual atau muntah yang spontan.

Selama episode muntah biasanya nyeri kepala akan berkurang.

- d. Papiledema kompresi pada nervus kranialis kedua, nervus optik, dapat menyebabkan papiledema. Mekanisme patofisiologis yang mendasari hal ini masih belum dipahami. Peningkatan tekanan intrakranial mengganggu aliran balik vena dari mata dan menumpuk darah di vena retina sentralis. Juga dikenal sebagai “Choked disc”, papiledema umum pada klien dengan tumor intrakranial dan mungkin merupakan manifestasi awal dari peningkatan tekanan intrakranial. Papiledema awal tidak menyebabkan perubahan ketajaman penglihatan dan hanya dapat dideteksi dengan pemeriksaan oftalmologis. Papiledema parah dapat bermanifestasi sebagai penurunan tajam penglihatan.
- e. Kejang-kejang, fokal atau umum, sering ditemui pada klien dengan tumor intrakranial, terutama tumor hemisfer serebral. Kejang dapat parsial atau menyeluruh. Kejang parsial biasanya membantu membatasi lokasi tumor.

#### 4. Pemeriksaan Diagnostik

Terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Wartiningsih & Kep, 2017):

- a. Arteriografi atau ventriculogram untuk mendeteksi kondisi patologi pada sistem ventrikel dan cisterna.
- b. CT – SCAN: Pemeriksaan ini memperlihatkan semua tumor intrakranial dan menjadi prosedur investigasi awal ketika penderita menunjukkan gejala yang progresif atau tanda-tanda penyakit otak yang difus atau fokal, atau salah satu tanda spesifik dari sindrom atau gejalagejala tumor. Kadang sulit membedakan tumor dari abses ataupun proses lainnya.
- c. Radiogram: Memberikan informasi yang sangat berharga mengenai struktur, penebalan dan klasifikasi, posisi kelenjar pineal yang mengapur; dan posisi selatursika.
- d. Elektroensefalogram (EEG): Memberi informasi mengenai perubahan kepekaan neuron. Mendeteksi gelombang otak abnormal pada daerah yang ditempati tumor dan dapat memungkinkan untuk mengevaluasi lobus temporal pada waktu I pada waktu kejang.
- e. Ekoensefalogram: Memberi informasi mengenai pergeseran kandungan intra serebral. Angioserebral: Memberikan gambaran pembuluh darah serebral dan letak tumor serebral

## 5. Komplikasi

Komplikasi yang paling ditakutkan adalah terjadi hilangnya penglihatan, yang dapat disebabkan karena tekanan intraorbita yang terlalu tinggi dengan disertai retraksi bola mata. Kejadian perdarahan dapat terjadi saat maupun setelah operasi yang akan menekan nervus optikus dan menyebabkan oklusi arteri retina sentral. Perdarahan dapat terjadi akibat robekan pada arteri ethmoidalis anterior atau posterior. Komplikasi lainnya yang dapat terjadi seperti perforasi bola mata, diplopia, ptosis dan paresthesia. Komplikasi tumor otak yang dapat ditimbulkan menurut (Astuti, 2016), sebagai berikut:

- a. Epilepsy/kejang epilepsi diakibatkan oleh adanya perangsangan atau gangguan di dalam selaput otak (serebral cortex) yang disebabkan oleh adanya massa tumor.
- b. Defisit neurologis gejala defisit neurologis karena hilangnya jaringan otak adalah khas bagi suatu tumor ganas. Penurunan fungsi neurologis ini tergantung pada bagian otak yang terkena pada bagian otak yang terkena tumor.
- c. Peningkatan TIK peningkatan tekanan intracranial terjadi saat salah satu maupun semua factor yang terdiri dari massa otak, aliran darah ke otak serta jumlah cairan serebrospinal mengalami peningkatan. Peningkatan dari salah satu factor diatas akan mempengaruhi factor diatas akan memicu :

d. Edema serebral peningkatan cairan otak yang berlebihan terakumulasi disekitar lesi sehingga menambah efek massa yang mendesak.

1) Hidrosefalus, hidrosefalus terjadi akibat peningkatan produksi CSS ataupun karena adanya gangguan sirkulasi dan absorbs CSS. Pada tumor otak, massa tumor akan mengobstruksi aliran CSS sehingga memicu terjadinya hidrosefalus.

2) Herniasi otak peningkatan tekanan intracranial dapat mengakibatkan herniasi sentra, unkus, dan singuli. Herniasi serebellum akan menekan mesensefalon sehingga menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga (okulomotor).

e. Perubahan fungsi pernafasan.

f. Perubahan dalam kesadaran.

## **6. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan medis menurut (Purwanto, 2016):

a. Terapi radiasi stereotaktik

Terapi radiasi termasuk gamma knife atau terapi sinar proton, dilakukan pada kasus tumor yang tidak mungkin di operasi atau tidak mungkin direseksi atau jika tumor menunjukkan transform asimaligna. Fokus radiasi akan sangat membantu pada tumor kecil yang terdapat dasar tengkorak.

b. Surgery

Presurgery : Shunt untuk mengalirkan cairan cerebrospinal

Operasi pengangkatan untuk menghancurkan tumor tanpa menimbulkan defisit neurologis : Operasi konvensional dengan craniotomy.

c. Pembedahan

Pembedahan untuk mengangkat tumor orbital terkadang mudah dilakukan dan dapat dilakukan dengan sayatan tersembunyi di dalam kelopak mata atau menggunakan lipatan alami di dekat mata. Jenis operasi ini adalah operasi rawat jalan yang sederhana. Sebaliknya, tumor lain mungkin lebih kompleks dan seringkali memerlukan pendekatan tim multidisiplin. Dr.Fante bekerja dengan ahli onkologi ahli bedah telinga, hidung, dan tenggorokan; ahli bedah saraf; dan ahli bedah kraniofasial bila diperlukan untuk mencapai hasil terbaik. Tergantung pada lokasi dan sifat tumornya, ahli bedah mungkin dapat melakukan pendekatan pada mata dari samping, dari atas atau bawah mata. Rekonstruksi tengkorak dan rongga mata mungkin diperlukan sebagai bagian dari perawatan.

d. Terapi sinar x

Juga dikenal sebagai radioterapi sinar eksternal, teknik ini dapat mengecilkan atau memberantas jenis tumor tertentu. Bola mata

dilindungi menggunakan lensa kontak khusus dan efek sampingnya biasanya minimal.

e. Terapi obat :

- 1) Kortikosteroid : untuk menghilangkan swelling (dexametason).
- 2) Antikonvulsan : mencegah dan mengontrol kejang (pheniton, carbamazepine).
- 3) Antidiuretik : manitol.
- 4) Kemoterapi : untuk membunuh sel tumor.

f. Diet : Pengobatan tumor juga memerlukan makanan yang sehat, seperti :

- 1) Omega-3 yang dapat ditemukan pada ikan salmon, tuna dan tenggiri untuk mengurangi resistensi tumor pada terapi dan dapat membantu mempertahankan dan menaikkan daya tahan tubuh dalam menghadapi proses pengobatan tumor otak seperti kemoterapi.
- 2) Serat dari roti gandum, sereal, buah segar, sayur, dan kacang-kacangan.
- 3) Folic Acid (vitamin B9 atau Bc) : bayam, asparagus, daun selada, kacang polong, kuning telur, dan biji bunga matahari.
- 4) Antioksidan : strawberry, raspberry, blueberry, anggur, tomat, brokoli, jeruk, persik, apricot, bawang putih, gandum, telur, ayam, kedelai, dan ikan.

Sedangkan untuk makanan yang harus dihindari penderita kanker dan tumor otak adalah gula dan karbohidrat karena gula dan karbohidrat merupakan makanan utama sel kanker. Saat pengobatan tumor dan kanker, sel kanker yang ada di dalam tubuh akan mengkonsumsi 10-15 kali lipat gula. Gula yang dikonsumsi akan menjadi energi para sel kanker yang mempercepat perkembangan sel kanker.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis tumor orbita didapatkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan oftalmologi, pemeriksaan status lokalis tumor, dan pemeriksaan penunjang seperti CT Scan/MRI Kepala dengan kontras serta pemeriksaan histopatologi anatomi.

Diagnosa Keperawatan yang lazim menurut (Kim, 2006), adalah :

1. Ansietas berhubungan dengan tindakan pra operasi
2. Risiko injury berhubungan dengan prosedur pembedahan
3. Nyeri berhubungan dengan tindakan insisi bedah
4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
6. Risiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

#### D. Intervensi Keperawatan

Interveni Keperawatan menurut (Kim, 2006)

**Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri Akut b.d Agen pecedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3 x 24jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Perasaan depresi menurun</li> <li>3. Mual muntah menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor manajemen nyeri (PQRST)</li> <li>2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi,situasi dan perasaanya.</li> <li>3. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>4. Ajarkan teknik non farmakologisuntuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</li> <li>6. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu</li> </ol>

**Tabel 2. 2 Rencana Risiko Infeksi Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
2	Risiko infeksi ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer d.d penurunan hemoglobin dan peningkatan leukosit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2 Jumlah hemoglobin dan leukosit membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Dorong masukan nutrisi yang cukup</li> <li>3. Ajarkan keluarga pasien atau pasien mengenai tanda- tanda gejala infeksi</li> </ol>

**Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan Risiko Luka Tekan Ditandai dengan Penurunan Mobilitas Fisik**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
3	Risiko luka tekan d.d penurunan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1 Kerusakan jaringan menurun 2 Kerusakan lapisan kulit menurun	1. Monitor mobilitas dan aktivitas individu 2. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam, berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 3. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 4. Kolaborasi tentang Edukasi pencegahan decubitus

**Tabel 2. 4 Rencana Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kelemahan**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
4	Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: (L.05042) 1 Pergerakan ekstremitas cukup meningkat (4) 2 Kekuatan otot cukup meningkat (4) 3 ROOM cukup meningkat (4)	Dukungan Mobilisasi (1.05173 ) O : -Monitor frekuensi tekanan darah, jantung sebelum memulai ambulasi  T : -Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) -Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  E : Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  K : Kolaborasi dengan ahli fisioterapi

**Tabel 2. 5 Rencana Keperawatan Defisit Perawatan Diri Mandi  
Berhubungan dengan Kelemahan**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
5	Defisit perawatan diri b.d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 diharapkan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Perawatan Diri (L.11103) 1. Kemampuan mandi sedang (3) 2. Kemampuan ketoilet sedang (3) 3. Kemampuan makan cukup meningkat (4)	Dukungan perawatan diri (1.11348) 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 2. sediakan lingkungan yang teperautik (privasi) 3. dampingi dalam melakukan perawatan diri 4. fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri