

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS TUMOR OTAK DI RUANG 7
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

**FEBRI CANDRA PAMUNGKAS
NIM 202.2016**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAHPADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS TUMOR OTAK DI RUANG 7
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh:

**FEBRI CANDRA PAMUNGKAS
NIM 202.0016**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Februari 2023

Febri Candra Pamungkas
NIM 2020016

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Febri Candra Pamungkas
NIM : 2020016
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien dengan
Diagnosis Medis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.md. Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB NIP. 03020
Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns NRP. 011314

Mengetahui.

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns,M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Febri Candra Pamungkas
NIM : 2020016
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny.T dengan
Diagnosis Medis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr.
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Selasa, 21 Februari 2023

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh GELAR AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D – III
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03001

Penguji II : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns,M.Kes
NIP. 03007

Penguji III : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP. 03020

Mengetahui.

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns,M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar – besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn.) dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J, Sp.PD.,FINASIM.,M.M., selaku kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik kepada penulis untuk mendapatkan ilmu di lahan RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Puket 1 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi D3 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S. Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Puket 2 STIKES Hang Tuah Surabaya serta Penguji Ketua yang bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran

serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

6. Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku ketua DPD PPNI Kota Surabaya serta pembimbing penulis yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahannya serta dorongan moril dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Letkol Laut Pudji Agung Wibowo, S.Kep,Ns selaku Kasubdep Watlan RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta pembimbing lahan yang penuh kesabaran dan perhatian serta memberikan pengarahannya dan dorongan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
9. Ibu Sipah dan ayah Sumardi yang telah tulus ikhlas dalam memberikan kasih sayang, cinta, doa, perhatian, dukungan moral dan material yang telah diberikan selama ini. Terima kasih telah meluangkan segenap waktunya untuk mengasuh, mendidik, membimbing dan memberikan yang terbaik, baik dari segi lahir maupun batin, gelar dan Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan untuk beliau.
10. Lettu Laut Junaidi Wahyu Prabowo, A.Md dan istrinya Sertu Silfi Qotrotun Nada yang telah memberikan sandang, pangan, dan papan selama penulis menuntut di STIKES Hang Tuah Surabaya sereta dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kakak Juli Agus Prastyo dan istrinya Gadis Dara Putri Eri Syahdulavia terima kasih atas doa dan dukungannya kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Sahabat – sahabat seperjuangan dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, penulis hanya bisa berdoa kepada Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Februari 2023

Febri Candra Pamungkas
NIM 2020016

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Metode Penelitian.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik pengumpulan data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	5
1.6 Sistematika Penelitian.....	6
BAB 2.....	7
2.1 Konsep Penyakit Tumor Otak.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Jenis Tumor Otak.....	8
2.1.3 Anatomi Fisiologi dan Fisiologi Otak.....	11
2.1.4 Klasifikasi.....	17
2.1.5 Etiologi.....	18
2.1.6 Patofisiologi.....	20
2.1.7 Manifestasi.....	22
2.1.8 Komplikasi.....	23
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.1.10 Penatalaksanaan.....	25
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Tumor Otak.....	26

2.2.1 Pengkajian.....	26
2.2.2 Diagnosis keperawatan	32
2.2.3 Intervensi keperawatan	33
2.2.4 Implementasi keperawatan	49
2.2.5 Evaluasi keperawatan	49
2.3 Web Of Caution (WOC).....	50
BAB 3	51
3.1 Pengkajian.....	51
3.1.1 Identitas.....	51
3.1.2 Keluhan Utama	51
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang	52
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu	53
3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga	53
3.1.6 Genogram	53
3.1.7 Riwayat Alergi.....	54
3.1.8 Pemeriksaan Fisik.....	54
3.1.9 Pola Fungsi Kesehatan.....	57
3.1.10Pemeriksaan Penunjang	60
3.2 Diagnosis Keperawatan	65
3.2.1 Analisis Data.....	65
3.2.2 Prioritas Masalah	66
3.3 Intervensi Keperawatan	67
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	70
BAB 4	82
4.1 Pengkajian.....	82
4.4.1 Identitas.....	83
4.4.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan	84
4.4.3 Pemeriksaan Fisik.....	87
4.2 Diagnosis Keperawatan	93
4.3 Intervensi Keperawatan	95
4.4 Implementasi Keperawatan	98
4.5 Evaluasi Keperawatan	101
BAB 5	104
5.1 Kesimpulan.....	104
5.2 Saran	106
DAFTAR PUSTAKA.....	108

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	33
Tabel 3. 1 Pemeriksaan saraf	55
Tabel 3. 2 Kemampuan Perawatan Diri Pasien.....	59
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium	60
Tabel 3. 4 Terapi Obat Pasien	64
Tabel 3. 5 Analisa Data Pasien	65
Tabel 3. 6 Priotas Masalah	66
Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan.....	67
Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Antaomi Otak manusia (Yueniwati, 2017)	12
Gambar 2. 2 Susunan Lobus pada Serebrum(Yueniwati, 2017).....	13
Gambar 2. 3 WOC Tumor Otak.....	50
Gambar 3. 1 Genogram.....	53
Gambar 3. 2 CT Scan Ny.T.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	110
Lampiran 2	112
Lampiran 3	118

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor otak merupakan suatu pertumbuhan massa abnormal yang berada di dalam kranium dan berasal dari otak atau dari struktur lainnya seperti meningen atau saraf kranialis. Pertumbuhan massa abnormal itu terus berkembang dan menjadi tidak terkontrol. Tumor otak sendiri dibagi menjadi 2 jenis yaitu tumor jinak dan ganas. Walaupun pertumbuhan tumor otak ini perlahan-lahan, namun dapat menyebabkan gangguan neurologis ringan sampai berat bahkan sampai menimbulkan kematian (Aninditha et al., 2020). Tumor otak juga dapat menyebabkan masalah pada penderita seperti pusing, sakit kepala, gangguan persepsi sensori, konstipasi, risiko jatuh, serta berbagai masalah lainnya yang mengganggu kehidupan sehari-hari penderita tumor otak.

Di dunia angka kematian yang disebabkan oleh tumor otak sebesar 241,037 (2,5%), angka kematian tumor otak wilayah Asia sebesar 129.483 (2,4%) sedangkan angka kematian tumor di Indnesia sebanyak 4.229 (2%). Pada tahun 2018 penyintas kanker otak mengalami kenaikan sebesar 5,1%. Jumlah tumor otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2022 mencapai 30 kasus (Mufida, 2022).

Secara hispatologi, tumor otak digolongkan menjadi 2 golongan yaitu tumor primer dan juga sekunder. Tumor primer, berupa jaringan massa yang muncul dari sel otak itu sendiri misalnya pada astrositoma, ependimoma, dan oligodendroglioma atau struktur ekstraneural lainnya. Tumor sekunder atau biasanya sering dikenal dengan metastasis otak memiliki hispatologi dari sel di luar

sistem saraf pada otak itu sendiri, misalnya dari kanker mamae atau kanker paru akhirnya terbawa oleh aliran darah hingga menuju ke otak (Aninditha et al., 2020).

Gejala awal yang pertama yang dialami oleh penderita tumor otak biasanya berupa nyeri kepala atau pusing. Akan tetapi, apabila dibiarkan dan tumor terus tumbuh di otak akan menimbulkan beberapa gejala serius seperti mulai gangguan neurologis hingga kematian. Gejala yang sering dialami penderita saat massa tumor sudah mulai membesar yaitu nyeri kepala serta pusing yang berkepanjangan, serta kelemahan motorik dikarenakan adanya massa di otak sehingga aliran darah ke otak tertanggu mengakibatkan oksigen di otak berkurang yang dimana itu merupakan sumber nutrisi bagi otak. Penderita tumor otak biasanya akan mengalami kejang setidaknya pernah dialami walaupun 1 kali dikarenakan mulai munculnya gangguan pada sistem otak. Gangguan penglihatan dan gangguan sistem lainnya, serta penurunan kesadaran juga merupakan suatu gejala yang sering dialami oleh penderita tumor otak karena tumor otak menekan otak sehingga menyebabkan beberapa fungsi saraf tersebut akan terganggu. Setelah penderita mengalami gangguan-gangguan tersebut, maka akan muncul lagi masalah keperawatan lainnya seperti risiko jatuh, konstipasi, penurunan kapasitas adaptif, pola napas tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif, serta pola napas tidak efektif.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Medis Tumor Otak. Pertama, dimulai dengan diagnosis penurunan kapasitas adaptif agar mendapatkan kriteria hasil kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan melakukan intervensi keperawatan manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial. Kedua, diagnosis gangguan persepsi sensori agar mendapatkan kriteria hasil persepsi sensori meningkat dengan melakukan intervensi keperawatan minimalisasi

rangasangan. Ketiga, diagnosis konstipasi agar mendapatkan kriteria hasil eliminasi fekal membaik dengan melakukan intervensi keperawatan manajemen eliminasi fekal. Terakhir, diagnosis risiko jatuh agar tingkat jatuh menurun dengan melakukan intervensi keperawatan pencegahan jatuh.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis menyusun karya tulis ilmiah terkait asuhan keperawatan dengan Diagnosis Tumor Otak, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “bagaimana tata cara implementasi asuhan keperawatan Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara detail terkait dengan penyakit Tumor Otak dengan cara melalui proses asuhan keperawatan Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada pasien Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Membuat diagnosis keperawatan pada pasien Ny.T dengan diagnosis medis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Membuat rencana asuhan keperawatan pada setiap diagnosis keperawatan pada pasien Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

4. Melaksanakan setiap tindakan asuhan keperawatan pada pasien Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi setiap selesai melakukan asuhan keperawatan pada pasien Pre Operasi *Craniotomy* Tumor Otak pada Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan umum serta tujuan khusus maka diharapkan karya tulis ilmiah ini mampu memberikan manfaat untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teori maupun praktis secara teoritis seperti berikut:

1. Akademisi

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan suatu sumbangan bagi ilmu pengetahuan keperawatan khususnya dalam hal asuhan keperawatan dengan diagnosis medis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

2. Praktisi

- a. Untuk pelayanan keperawatan di rumah sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan untuk pelayanan di rumah sakit agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada diagnosis medis Tumor Otak.

- b. Untuk penulis

Karya tulis ilmiah dapat menjadi salah satu pedoman bagi penulis selanjutnya, yang akan melakukan studi kasus dengan diagnosis medis Tumor Otak.

- c. Untuk profesi Kesehatan

Karya tulis ilmiah dapat menjadi sarana maupun tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman lebih dalam terkait asuhan keperawatan pada pasien Tumor Otak.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Studi kasus adalah metode yang berfokus pada objek tertentu yang diangkat sebagai kasus untuk dikaji secara detail sehingga mampu membuka realitas dibalik fenomena.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data didapatkan/diperoleh dengan cara menanyakan kepada pasien, keluarga, serta tim Kesehatan lainnya.

2. Observasi

Data didapatkan/diperoleh dengan cara meneliti secara baik kepada pasien, serta melihat respon pasien dan keluarga pasien saat menerima kehadiran saya.

3. Pemeriksaan

Data didapatkan/diperoleh dengan cara melakukan pemeriksaan fisik maupun laboratorium dapat menunjang diagnose serta langkah penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer didapatkan dari pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder didapatkan dari keluarga, orang terdekat pasien, catatan medis, serta hasil pemeriksaan pasien.

3. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah mempelajari buku, jurnal, artikel, maupun informasi lainnya yang berkaitan dengan Tumor Otak.

1.6 Sistematika Penelitian

Supaya lebih jelas dan lebih mudah untuk dipahami dan dipelajari karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal, berisi halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, serta daftar isi

2. Bagian inti terdiri dari 5 BAB, yang setiap BAB terdiri dari:

BAB 1: Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan dengan diagnose medis Tumor Otak.

BAB 3: Tinjauan kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi

BAB 4: Berisi pembahasan kasus yang ditemukan berisi data, teori, dan opini serta analisis dari penulis.

BAB 5: Penutup berisi simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang penyakit Tumor Otak dan konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Tumor Otak dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Tumor Otak

2.1.1 Definisi

Tumor adalah pertumbuhan dari sel yang tidak biasa. Sel adalah bagian utama yang menyusun jaringan dan organ pada badan manusia. Pada tumor otak, sel yang tidak wajar membentuk jaringan yang berkembang di daerah dekat dengan otak yang dapat mengganggu letak otak. Di Amerika serta Eropa, jumlah penderita tumor otak menggapai 18.500 permasalahan dengan angka kematian sebesar 3 persen tiap tahunnya. Tumor otak biasanya terdiri dari otak primer maupun sekunder. Tumor otak dengan kelompok primer adalah tumor yang pertama kali tumbuh pada otak. Tumor ini bisa menyebar ke bagian lain dari sistem saraf, namun sedikit sekali berkembang pada bagian yang lainnya. Sebaliknya tumor otak dengan kelompok sekunder adalah penyakit dari tumor yang bermula tumbuh pada bagian tubuh lainnya selain otak. Kemudian, meluas melalui aliran darah hingga sampai menuju otak. Tumor ini umumnya diketahui dengan kanker sekunder ataupun

metastasis. Kanker yang mungkin menyebar ke otak ialah melanoma, paru-paru, payudara, ginjal, serta usus. (Ramadhani et al., 2021)

Tumor otak terjadi karena terdapatnya perkembangan sel otak yang abnormal di dalam ataupun dekat dengan otak yang tumbuh tidak terkontrol. Tumor dalam bahasa radiologis yang berarti lesi desak ruang atau *Space Occupying Lesion* (SOL). Terdapat 2 tipe tumor otak berupa tumor otak primer dan tumor otak sekunder. Tumor otak primer merupakan tumor yang terjadi karena adanya pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dari dalam otak itu sendiri. Tumor otak primer terbagi lagi menjadi beberapa jenis berupa Glioma, Meningioma, dan Medulloblastoma. Tumor otak sekunder terjadi karena tumor yang menyebar dari organ lainnya hingga akhirnya menuju ke otak. Sel tumor akan terus tumbuh secara terus-menerus pada daerah *Central Nervous System* (CNS) dan akan terus mendorong jaringan otak disekitarnya sehingga dapat memunculkan gangguan neurologis (Nabilah, 2022).

Tumor otak sering disebut juga dengan neoplasma yaitu tumbuhnya jaringan abnormal yang tidak wajar pada organ manusia. Seharusnya, sel normal pada organ manusia dapat meregenerasi sel yang sudah tua atau mati dengan sel baru. Akan tetapi, karena adanya tumor yang muncul pada manusia akhirnya membentuk massa di ruang tengkorak sehingga terjadilah tumor otak. (Nabilah, 2022)

2.1.2 Jenis Tumor Otak

1. Tumor Otak Jinak
 - a. Chordomas adalah tumor otak jinak yang berkembang secara lambat, tumor jinak paling sering terjadi pada orang berusia 50-60 tahun. Chordomas sering terjadi di dasar tengkorak dan bagian bawah tulang belakang. Meskipun

tumor ini jinak, tumor ini dapat menyerah tulang yang berdekatan dan memberi tekanan pada jaringan saraf di sekitarnya. Chordomas adalah tumor yang langka karena hanya berkontribusi 0,2% dari semua kasus tumor otak (Ghozali & Sumarti, 2021).

- b. Craniopharyngiomas adalah tumor jinak, namun saat akan diangkat cukup sulit karena letak dari tumor ini berdekatan dengan struktur kritis dan jauh di dalam otak. Adanya tumor ini dari Sebagian kelenjar pituitary (struktur yang mengatur banyak hormon dalam tubuh), sehingga hampir semua pengidap tumor ini mendapatkan terapi pergantian hormon (Ghozali & Sumarti, 2021).
- c. Gangliocytomas, gangliomas, dan anaplastic gangliomas adalah tumor langka karena mencakup sel saraf neuroplastic yang relative berdiferensiasi baik, terutama pada orang dewasa (Ghozali & Sumarti, 2021).
- d. Glomus Jugulare merupakan tumor otak paling jinak serta paling sering terletak di bawah dasar tengkorang, di bagian atas vena jugularis (Ghozali & Sumarti, 2021).
- e. Meningiomas adalah tumor intrakranial jinak yang paling sering terjadi, terdapat 10-15% dari seluruh neoplasma otak, walaupun Sebagian kecil merupakan tumor ganas. Tumor ini bermula dari meninges, yaitu struktur serupa membran yang mengelilingi otak dan sumsum tulang belakang (Ghozali & Sumarti, 2021).
- f. Pineocytomas adalah tumor otak jinak yang berasal dari sel pineal, terutama terjadi pada orang dewasa. Tumor ini paling banyak terdefinisi dengan baik tidak invasive, homogen, dan tumbuh lambat (Ghozali & Sumarti, 2021).
- g. Pituitary adenomas merupakan tumor intrakranial yang paling sering terjadi setelah glioma, meningioma, dan schwannoma. Sebagian besar tumor ini

merupakan tumor jinak dan berkembang dengan lambat (Ghozali & Sumarti, 2021).

- h. Schwannomas merupakan tumor jinak yang sering menyerang pada orang dewasa. Tumor ini tumbuh disepanjang saraf, terdiri dari sel-sel yang paling, muncul dari saraf vestibularcochleard, yang bermula dari otak hingga ke telinga. Walaupun tumor ini jinak, namun dapat menjadi komplikasi serius bahkan hingga sampai kematian apabila tumbuh pada saraf hingga ke otak (Ghozali & Sumarti, 2021).
- i. Hemangioblastomas merupakan tumor yang tumbuh lambat, biasanya terlerak di otak kecil. Tumor ini berasal dari pembuluh darah, berukuran besar dan kadang disertai dengan kista. Tumor hemangioblastomas sering menyerang pada orang berusia 40-60 tahun serta wanita memiliki lebih besar risiko terkena tumor ini dari pada laki-laki (Ghozali & Sumarti, 2021).

2. Tumor Otak Ganas

Glioma merupakan jenis tumor otak paling sering terjadi, terhitung sebanyak 78% dari tumor otak ganas. Tumor tersebut berasal dari sel pendukung otak atau biasanya disebut glia. Sel-sel ini dibagi menjadi beberapa bagian yaitu astrosit, sel ependymal, dan sel oligodendroglial/oligo (Ghozali & Sumarti, 2021).

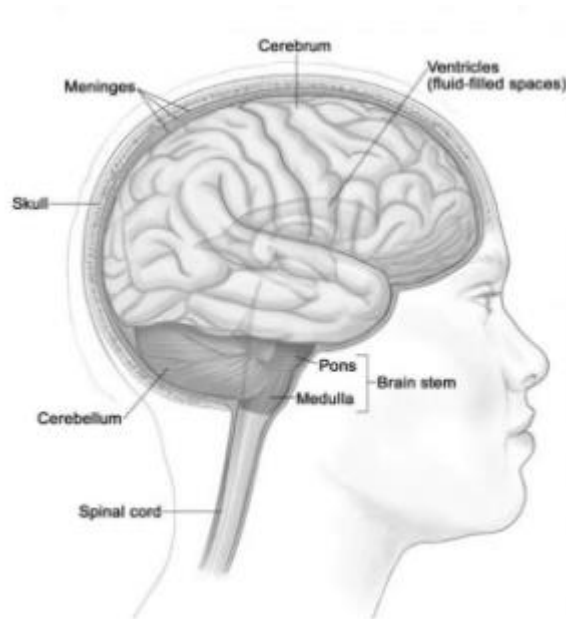
- a. Astrositoma adalah glioma yang paling sering terjadi, terdapat sekitar setengah dari seluruh tumor otak primer dan sumsum tulang belakang. Tumor ini terbentuk dari sel glial bintang yang disebut astrosit, bagian dari pendukung otak. Hal ini terjadi di beberapa bagian otak, namun paling banyak dijumpai pada otak besar. Orang dari segala usia mengembangkan astrositoma, tetapi lebih sering terdapat pada orang dewasa terutama laki-laki.

- b. Ependymoma merupakan glioma yang berkembang dari neoplastic dari sel ependymal yang melapisi system ventrikel dan menyebabkan 2-3% dari seluruh tumor yang ada.
- c. Glioblastoma multiforme (GBM) adalah salah satu jenis tumor glial yang paling invasif. Tumor ini berkembang dengan cepat serta menyebar ke jaringan lain dan memiliki prognosis buruk.
- d. Medulloblastomas adalah glioma yang biasanya muncul di otak kecil, sering terjadi pada anak-anak. Tumor ini adalah termasuk tumor tingkat tinggi, namun biasanya responsif terhadap kemoterapi dan radiasi
- e. Oligodendroglioma adalah glioma yang berasal dari sel-sel yang membuat myelin, yang merupakan penghambat pengiriman pada saraf otak.

2.1.3 Anatomi Fisiologi dan Fisiologi Otak

Otak merupakan organ yang paling rumit dan mengendalikan semua fungsi tubuh manusia. Otak terdiri dari serebrum, serebelum, dan terdapat batang otak yang terbentuk oleh mesensefalon, pons dan medulla oblongata. Terdapat kalvaria dan durameter yang apabila disingkirkan terdapat lapisan arachnoid mater kranialis dan pia mater kranialis sehingga terlihat adanya gyrus, sulkus dan fisura korteks serebri. Hemisfer serebri didapat dari sulkus dan fisura korteks yang mana menjadi daerah lebih kecil yang disebut lobus (Nabilah, 2022).

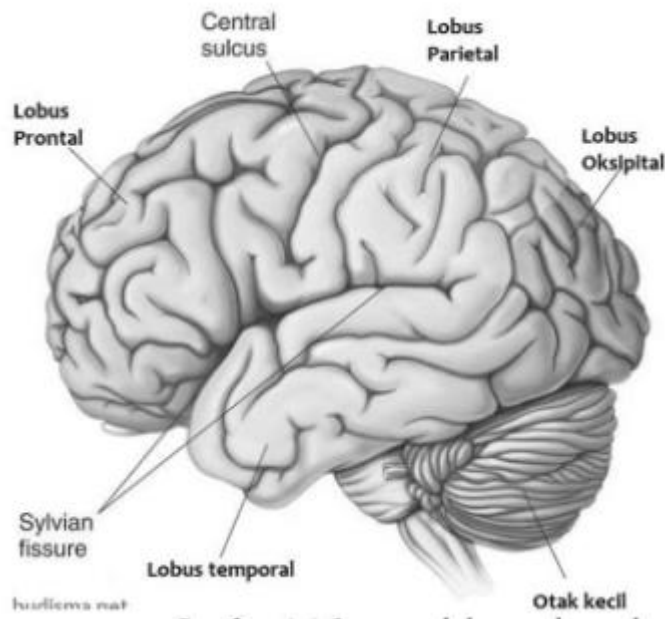
1. Anatomi Otak



Gambar 2. 1 Antaomi Otak manusia (Yueniwati, 2017)

a. Serebrum (Otak Besar)

Serebrum terdiri atas dua hemisfer. Hemisfer kanan mengendalikan tubuh bagian kiri begitupun sebaliknya pada hemisfer kiri. Tiap-tiap hemisfer terdiri dari empat lobus. Gyrus merupakan bagian lobus yang menonjol serta sulkus merupakan bagian lekukan yang menyerupai parit. Serebrum terdiri dari lobus frontal, lobus parietal, lobus oksipital dan lobus temporal (Nabilah, 2022).



Gambar 2. 2 Susunan Lobus pada Serebrum(Yueniwati, 2017)

1) Lobus Frontal

Lobus frontal yaitu lobus yang berada pada bagian depan serebrum. Berfungsi mengendalikan gerakan otot, bola mata, pusat bicara (area asosiasi).

2) Lobus Parietal

Lobus parietal yaitu lobus yang berada pada area tengah otak besar. Letak lobus ini dibatasi oleh sulkus sentralis dan pada bagian belakang terdapat garis yang ditarik dari sulkus parietookspitalis sulkus lateralis. Lobus ini berfungsi menerima impuls dari serabut saraf sensorik thalamus yang dikaitkan dengan semua bentuk sensasi serta mampu mengenali jenis rangsangan somatik

3) Lobus Oksipital

Lobus oksipital berada pada bagian belakang dari lobus temporal dan parietal. Lobus ini dapat menginterpretasikan objek yang ditangkap oleh retina mata sehingga terdapat rangsangan visual

4) Lobus Temporal

Lobus Temporal terdapat pada bagian bawah dan posisinya dipisah dari lobus oksipital oleh sebuah garis yang jika ditarik secara vertikal ke bawah dari ujung atas sulkus lateral. Lobus ini memiliki beberapa fungsi seperti pemaknaan dalam penerimaan informasi, kemampuan dalam pendengaran serta bahasa dalam bentuk suara (Nabilah, 2022). Setiap lobus memiliki beberapa bagian atau area sehingga terdapat fungsi masing-masing yaitu sebagai berikut:

1. Area visual (berfungsi untuk pengenalan dan persepsi gambar serta melihat objek)
2. Area asosiasi (berfungsi dalam hal memori jangka pendek, pengaturan emosi serta keseimbangan)
3. Area fungsi motor (berfungsi untuk menggerakkan otot volunteer)
4. Area broca's (berfungsi untuk menggerakkan otot berbicara)
5. Area auditori (berfungsi untuk mendengar)
6. Area emosi (berfungsi untuk memberikan beberapa respon seperti rasa lapar, rasa nyeri dan respon untuk mempertahankan diri)
7. Area sensasi asosiasi
8. Area olfaktori (membantu manusia untuk mencium bau- bauan)
9. Area sensori (berfungsi untuk merasakan sensasi dari kulit ataupun otot)

10. Area asosiasi somatosensory (area ini berfungsi untuk membantu pengenalan objek, temperature, melakukan evaluasi berat dan tekstur)
11. Area wernicke's (kemampuan bahasa bicara serta menulis)
12. Area fungsi motor (kemampuan orientasi dan pergerakan bola mata)
13. Fungsi psikis yang tinggi (berfungsi untuk membantu manusia dalam hal melakukan perencanaan, keputusan, kreativitas, ekspresi terhadap emosi, konsentrasi dan sifat untuk menahan diri)

b. Serebelum (Otak Kecil)

Serebelum terletak pada bagian bawah belakang kepala, dekat pada batang otak area belakang dan lobus oksipital bagian bawah serta dekat pada ujung leher bagian atas. Serebelum memiliki beberapa fungsi yaitu pusat tubuh dalam mengontrol gerakan seperti keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. gerakan tersebut juga dapat seperti mengendarai mobil, menulis, mengunci pintu dan sebagainya. Gerakan tersebut disimpan secara otomatis oleh serebelum.

c. Batang Otak

Batang otak terletak di dalam tulang tengkorak dan memanjang hingga medulla spinalis. Batang otak berfungsi untuk mengontrol denyut jantung, tekanan darah, pernapasan, kesadaran, pola tidur dan makan. Apabila terdapat massa maka terdapat gejala yang muncul seperti muntah, sulit menelan, sakit kepala ketika bangun, diplopia serta adanya kelemahan pada otot wajah. Batang otak terdapat tiga bagian yaitu mesensefalon, pons dan medulla oblongata (Alfiyah, 2018).

1) Mesencefalon

Otak tengah atau biasa disebut mesencefalon yaitu bagian paling atas dari batang otak yang menghubungkan antara otak besar (serebrum) dan otak kecil (serebelum). Otak tengah mengendalikan penglihatan, pergerakan bola mata, besar kecilnya pupil, mengatur keseimbangan dan pendengaran. Selain itu, saraf kranial III (Okulomotor) dan IV (Trochlear) juga terhubung dengan otak tengah. Saraf kranial III berfungsi untuk kontraksi pupil, dan pergerakan extraocular. Saraf kranial IV untuk pergerakan bola mata

2) Pons

Pons terdapat pada bagian dari batang otak dan terletak antara otak tengah dan medulla oblongata serta terletak di fossa kranial posterior. Saraf kranial V (Trigeminal) juga terhubung dengan pons. Saraf kranial ini berfungsi untuk mengunyah, membuka rahang, sensasi taktil dari wajah, kornea, oral dan mukosa hidung

3) Medulla Oblongata

Bagian ini merupakan bagian paling bawah belakang dari batang otak dan berlanjut ke medulla spinalis serta terletak pada fossa kranial posterior. Nervus IX (Glossopharyngeal), X (Vagus), dan XII (Hypoglossal) terhubung dengan medulla, sedangkan nervus VI (Abducens) dan VIII (Akustik) terletak antara pons dan medulla. Saraf kranial IX berfungsi untuk menelan, berbicara, refleks gag dan produksi saliva, saraf kranial X berfungsi untuk mengontrol proses volunter dari menelan dan proses involunter terhadap aktivitas jantung, paru dan tractus digestif. Saraf kranial XII berfungsi untuk

pergerakan lidah. Untuk saraf kranial VI berfungsi untuk pergerakan lateral dari bola mata serta saraf kranial VIII berfungsi untuk keseimbangan dan pendengaran

2. Fisiologi Otak

Otak manusia memiliki berat 1200-1400 gram. Saat keadaan istirahat otak memerlukan oksigen sebanyak 20% dari seluruh kebutuhan oksigen tubuh dan memerlukan 70% glukosa tubuh. Setiap menit, oksigen yang diperlukan oleh otak sebanyak 800 cc dan glukosa sebanyak 100 mg. Otak memerlukan glukosa sebagai sumber energi dan menjadi sumber utama oleh sel otak selain oksigen. Energi yang diperoleh ini dikelompokkan menjadi dua fungsi yaitu untuk mempertahankan integritas sel membrane dan membuang produk toksik serta untuk proses sintesis dan membantu pelepasan neurotransmitter (Alfiyah, 2018).

2.1.4 Klasifikasi

Tumor otak terbagi menjadi beberapa hal yaitu berdasarkan derajat keganasan (tumor otak jinak dan tumor otak ganas), berdasarkan peletakannya (tumor intra aksial dan ekstra aksial). Pada tumor otak ekstra aksial terbagi lagi menurut tempatnya yaitu pada rongga subarachnoid, parenkim otak, tulang tengkorak dan meningen. Tumor intra aksial yaitu tumor yang terletak di dalam otak sedangkan ekstra aksial adalah tumor yang berada di luar jaringan otak seperti berada pada selaput otak (meningen) (Yueniwati, 2017). Tumor otak pada susunan saraf telah ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) mengenai sistem stadium atau keganasan untuk merencanakan

penatalaksanaan dan memprediksi terhadap pertumbuhan tumor otak. Beberapa tingkatan sebagai berikut:(Nabilah, 2022)

1. Grade I

Tumor stadium grade I mampu berkembang secara lambat atau pelan dengan ukuran sel tampak kecil ataupun normal serta jarang menyebar di sekitar jaringan lunak lainnya. Pada stadium grade I ini, tindakan operasi dapat dilakukan untuk pengangkatan tumor.

2. Grade II

Tumor stadium grade II dapat dilihat pada jaringan lunak terdapat penyebaran namun berkembang secara lambat. Ketika telah terjadi stadium grade II, tumor mampu berkembang ke grade yang lebih tinggi.

3. Grade III

Tumor stadium grade III berkarakteristik cepat menyebar ke jaringan lunak lainnya dan dapat terlihat perbedaan antara sel tumor dengan sel normal yang jelas.

4. Grade IV

Tumor stadium grade IV berkembang sangat cepat dan agresif serta sangat terlihat dengan jelas perbedaan antara sel tumor dengan sel normal lainnya. Stadium IV ini, tumor sudah sangat sulit untuk dilakukan terapi.

2.1.5 Etiologi

Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti, walaupun telah banyak penyelidikan yang dilakukan. Adapun faktor-faktor yang perlu ditinjau, yaitu (Mufida, 2022)

1. Herediter

Riwayat tumor otak dalam satu anggota keluarga jarang ditemukan kecuali pada meningioma, astrositoma dan neurofibroma dapat dijumpai pada anggota-anggota sekeluarga. Sklerosis tuberosa atau penyakit Sturge-Weber yang dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru, memperlihatkan faktor familial yang jelas. Selain jenis-jenis neoplasma tersebut tidak ada bukti-bukti yang kuat untuk memikirkan adanya faktor-faktor hereditas yang kuat pada neoplasma.

2. Sisa-sisa sel embrional (*Embryonic cell rest*)

Bangunan-bangunan embrional berkembang menjadi bangunan-bangunan yang mempunyai morfologi dan fungsi yang terintegrasi dalam tubuh. Tetapi ada kalanya sebagian dari bangunan embrional tertinggal dalam tubuh, menjadi ganas dan merusak bangunan di sekitarnya. Perkembangan abnormal itu dapat terjadi pada kraniofaringioma, teratoma intrakranial dan kordoma.

3. Radiasi

Jaringan dalam sistem saraf pusat peka terhadap radiasi dan dapat mengalami perubahan degenerasi, namun belum ada bukti radiasi dapat memicu terjadinya suatu glioma. Pernah dilaporkan bahwa meningioma terjadi setelah timbulnya suatu radiasi.

4. Virus

Banyak penelitian tentang inokulasi virus pada binatang kecil dan besar yang dilakukan dengan maksud untuk mengetahui peran infeksi virus dalam proses terjadinya neoplasma, tetapi hingga saat ini belum

ditemukan hubungan antara infeksi virus dengan perkembangan tumor pada sistem saraf pusat.

5. Substansi-substansi Karsinogenik

Penyelidikan tentang substansi karsinogen sudah lama dan luas dilakukan. Kini telah diakui bahwa ada substansi yang karsinogenik seperti methylcholanthrone, nitroso-ethyl-urea. Ini berdasarkan percobaan yang dilakukan pada hewan.

2.1.6 Patofisiologi

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologik yang disebabkan oleh gangguan neurologis. Gejala gejala terjadi berurutan. Hal ini menekankan pentingnya anamnesis dalam pemeriksaan klien. Gejala-gejalanya sebaiknya dibicarakan dalam suatu perspektif waktu. Gejala neurologik pada tumor otak biasanya disebabkan oleh 2 faktor gangguan fokal, disebabkan oleh tumor dan tekanan intrakranial. Gangguan fokal terjadi apabila penekanan pada jaringan otak dan infiltrasi/invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. Tentu saja disfungsi yang paling besar terjadi pada tumor yang tumbuh paling cepat. Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang tumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak (Mufida, 2022).

Gangguan suplai darah arteri pada umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan cerebro vaskuler primer. Serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuro 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

intra kranial dapat diakibatkan oleh beberapa faktor: bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya oedema sekitar tumor dan perubahan sirkulasi cerebrospinal. Pertumbuhan tumor menyebabkan bertambahnya massa, karena tumor akan mengambil ruang yang relatif dari ruang tengkorak yang kaku. (Mufida, 2022)

Tumor ganas menimbulkan oedema dalam jaringan otak. Mekanisme belum seluruhnya 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 serebro spinal dari ventrikel lateral ke ruang sub arakhnoid menimbulkan hidrocephalus. 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 oleh karena itu tidak berguna apabila tekanan intrakranial timbul cepat. Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intra kranial, volume cairan cerebrospinal, kandungan cairan intrasel dan mengurangi sel-sel parenkim (Mufida, 2022).

Kenaikan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi ulku atau serebulum. Herniasi timbul bila girus medialis lobus temporals bergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan menensefalon menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan 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 bradycardi progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi dan gangguan pernafasan) (Mufida, 2022).

2.1.7 Manifestasi

1. Menurut Lokasi Tumor:

Otak manusia terbagi atas beberapa lobus yang memiliki fungsinya masing-masing, apabila terdapat tumor di lobus tersebut maka akan mempengaruhi fungsi pada bagian lobus yang terserang, diantaranya : (Mufida, 2022)

- a. Lobus frontalis: gangguan mental/gangguan kepribadian ringan: depresi, bingung, tingkah laku aneh, sulit memberi argumen/menilai benar atau tidak, hemiparesis, ataksia dan gangguan bicara
- b. Korteks presentalis posterior: kelemahan/kelumpuhan pada otot-otot wajah, lidah dan jari
- c. Lobus paransentralis: kelemahan pada ekstremitas bawah
- d. Lobus oksipital: kejang, gangguan penglihatan
- e. Lobus temporalis: tinnitus, halusinasi pendengaran, afasia sensorik, kelumpuhan otot wajah
- f. Lobus parentalis hilang fungsi sensorik, kortikalis, gangguan lokalisasi sensorik, gangguan penglihatan
- g. Cerebelum: pupil oedema, nyeri kepala, gangguan motoric, hypotonia

2. Tanda dan Gejala Umum:

Tanda dan gejala umum adalah tanda yang kebanyakan sering muncul pada kasus tumor otak yaitu : (Mufida, 2022)

- a. Nyeri kepala berat pada pagi hari, makin nyeri pada saat batuk dan membungkuk
- b. Kejang

- c. Tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial: pandangan kabur, mual muntah, penurunan fungsi pendengaran, perubahan tanda-tanda vital, afasia
 - d. Perubahan kepribadian
 - e. Gangguan memori dan alam perasaan
3. Trias Klasik
- Trias klasik adalah tanda atau ciri khas pada tumor otak, yang diantaranya
- a. Nyeri kepala
 - b. Pupil oedema
 - c. Muntah

2.1.8 Komplikasi

1. Edema Serebral

Akibat menumpukan cairan interstisial disekitar tumor. Adanya edema Otak menandakan adanya tumor ganas

2. Hernias

Hernias dapat terjadi apabila terdapat edema serebral

3. Hidrosefalus

Akibat obtruksi aliran cairan serebrospinal. Hidrosefalus terjadi pada tumor yang berada di fosa posterior dan lebih banyak terjadi pada anak-anak (Fabiana Meijon, 2019)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan diantaranya: (Fabiana Meijon, 2019)

1. CT Scan dan MRI

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 gejala-gejala tumor. Kadang sulit membedakan tumor dari abses ataupun proses lainnya

2. Foto Otot Polos Dada

Dilakukan untuk mengetahui apakah tumornya berasal dari suatu metastasis yang akan memberikan gambaran nodul tunggal ataupun multiple pada otak.

3. Pemeriksaan cairan serebrospinal

Dilakukan untuk melihat adanya sel-sel tumor dan juga marker tumor. Tetapi pemeriksaan ini tidak rutin dilakukan terutama pada pasien dengan massa di otak yang besar. Umumnya diagnosis histologik ditegakkan melalui pemeriksaan patologi anatomi, sebagai cara yang tepat untuk membedakan tumor dengan proses infeksi

4. Biopsi stereostatik

Dapat digunakan untuk mendiagnosis kedudukan tumor yang dalam dan untuk memberikan dasar-dasar pengobatan dan informasi prognosis.

5. Angiografi serebral

Memberikan gambaran pembuluh darah serebral dan letak tumor serebral

6. *Elektroensefalogram (EEG)*

Mendeteksi gelombang otak abnormal pada daerah yang ditempati tumor dan dapat memungkinkan untuk mengevaluasi lobus temporal pada waktu kejang.

2.1.10 Penatalaksanaan

Untuk tumor otak ada tiga metode utama yang digunakan dalam penatalaksanaannya yaitu: (Fabiana Meijon, 2019)

1. *Surgery*

Terapi pre *surgery*

- a. Steroid : menghilangkan swelling, contoh dexamethasone
- b. Anticonvulsant : untuk mencegah dan mengontrol kejang, contoh carbamazepi
- c. Shunt : untuk mengalirkan cairan cerebrospinal

Pembedahan merupakan pilihan utama untuk mengangkat tumor. Pembedahan pada tumor otak bertujuan untuk melakukan dekompresi dengan cara mereduksi efek masa sebagai upaya menyelamatkan nyawa serta memperoleh efek paliasi dengan pengambilan massa tumor sebanyak mungkin diharapkan pula jaringan hipoksia akan terikut sehingga akan diperoleh efek radiasi yang optimal.

2. *Radiotherapy*

Radioterapi merupakan salah satu modalitas penting dalam penatalaksanaan proses keganasan. Berbagai penelitian klinis telah membuktikan bahwa modalitas terapi pembedahan akan memberikan hasil yang lebih optimal jika diberikan kombinasi terapi dengan kemoterapi dan radioterapi.

3. *Chemotherapy*

Kemoterapi dapat menggunakan powerful drugs, bisa menggunakan satu atau dikombinasikan. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan untuk

membunuh sel tumor pada klien. Diberikan secara oral, IV, atau bisa juga secara shunt

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Tumor Otak

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Semua data dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual (Fabiana Meijon, 2019).

1. Data Umum

Tanyakan kepada pasien tentang identitas dirinya, dari mulai nama, tanggal lahir, tempat tinggal, pekerjaan dan agama

2. Keluhan Utama

Alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial dan adanya gangguan fokal, seperti nyeri kepala hebat, muntah, kejang dan penurunan kesadaran

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Kaji adanya keluhan nyeri kepala, muntah, kejang dan penurunan kesadaran dengan pendekatan PQRST adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji pasien apakah pasien memiliki riwayat penyakit dahulu seperti sering terjadinya pusing sewaktu-waktu.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adanya hubungan keluhan tumor intracranial pada generasi terdahulu

6. Pola Fungsional Kesehatan

Pola fungsional kesehatan dipengaruhi oleh faktor biologi, perkembangan, budaya, sosial, dan spiritual. Pola fungsional kesehatan termasuk persepsi kesehatan-manajemen, nutrisi-metabolisme, eliminasi, aktivitas-latihan, istirahat-tidur. Persepsi kognitif, konsep diri-persepsi diri, hubungan-peran, seksual-reproduksi, pola pertahanan diri-toleransi, keyakinan dan nilai (Widodo, 2017).

a. Pola persepsi - manajemen kesehatan

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

b. Pola nutrisi – metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit. Nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah/penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih dan kulit. Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll.

d. Pola latihan – aktivitas

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

e. Pola kognitif perseptual

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu gerak, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman, dll.

f. Pola istirahat – tidur

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

g. Pola konsep diri – persepsi diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri 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 holistik. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, aktif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

h. Pola peran dan hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan, dll.

i. Pola reproduksi/seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat hubungan seks, serta pemeriksaan genitalia.

j. Pola pertahanan diri (koping-toleransi stress)

Menggambarkan kemampuan untuk mengangani 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 stres.

k. Pola keyakinan dan nilai

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan

kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

7. Pemeriksaan Fisik

a. B1 (*Breathing*)

Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medulla oblongata didapatkan adanya kegagalan pernapasan

b. B2 (*Blood*)

Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medulla oblongata didapatkan adanya kegagalan sirkulasi

c. B3 (*Brain*)

Tumor intracranial sering menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada gangguan fokal dan adanya peningkatan intrakranial. Pengkajian B3 merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya

- 1) Saraf I. Pada pasien tumor otak, akan mengalami penurunan fungsi indra penciuman apabila tumor muncul di bagian lobus frontal.
- 2) Saraf II. Saat tumor muncul di lobus temporal, pasien akan mengalami penurunan indra penglihatan baik hilang sebagian maupun seluruhnya.
- 3) Saraf III, IV dan VI. Biasanya tidak ada gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor.
- 4) Saraf V. Pada pasien tumor otak biasanya mengalami kesulitan berbicara dan kesemutan di wajah, saat tumor muncul di batang otak.
- 5) Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal
- 6) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli

7) Saraf IX dan X. Saat tumor muncul di batang otak, pasien biasanya mengalami kesulitan menelan dan berbicara.

8) Saraf XI. Pergerakan leher dalam batas normal

9) Saraf XII. Pergerakan lidah dalam batas normal

d. B4 (*Bladder*)

Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas

e. B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan/kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah terjadi sebagai akibat rangsangan pusat muntah pada medulla oblongata.

f. B6 (*Bone*)

Adanya kesulitan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori dan mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

8. Pemeriksaan Penunjang

Terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan terhadap penderita tumor otak sebagai berikut ini:

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, salah satu tanda spesifik dari sindrom atau gejala 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): Memberikan informasi mengenai perubahan kepekaan neuron. Mendeteksi gelombang otak abnormal pada daerah yang ditempati tumor dan dapat memungkinkan untuk mengevaluasi lobus temporal pada waktu pertama pada waktu kejang.
- e. *Ekoensefalogram*: Memberikan informasi mengenai pergeseran kandungan intra serebral.

2.2.2 Diagnosis keperawatan

Pre Operasi Tumor Otak (PPNI, 2017a)

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
5. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
6. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan kurang pengendalian situasional
7. Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan
8. Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
9. Risiko Jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan

2.2.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menepati ruang</p> <p>D.0066</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Muntah menurun 5. Papiledema menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Pola napas membaik <p>L.06049</p>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial I.06194</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis:lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis:tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, brakikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) - Monitor CPV (<i>Central Venous Pressure</i>) - Monitor PAWP, jika perlu - Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia - Monitor CPP (<i>Cerebral Pefusion Pressure</i>) - Monitor PAP, jika perlu - Monitor gelombang ICP 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui apa penyebab dari peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari peningkatan TIK 3. Untuk mengetahui sakit kepala dari klien 4. Untuk mengontrol TD klien 5. Untuk mengetahui kesadaran klien

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro-spinalis (mis: warna, konsistensi) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus stimulus dengan menyebdiakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi fowloer - Hindari manuver valsava - Cegah terjadinya kejang - Hindari penggunaan PEEP - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Atur ventilator agar PaCO₂ optimal - Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu 	
--	--	--	--	--

			<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial I.06198</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik) - Monitor peningkatan TD - Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Monitor penurunan frekuensi jantung - Monitor ireguleritas irama napas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimtrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor jumlah, kecepatan, dan 	
--	--	--	---	--

			<p>karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil sampel drainase cairan serebrospinal - Kalibrasi transduser - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	
2.	<p>Nyeri akut berhunungan dengan agen pencedera fisiologi</p> <p>D.0077</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun <p>L.08066</p>	<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan identitas nyeri - Identitas skala nyeri - Identitas respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas serta identitas nyeri pada klien 2. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan klien tentang nyeri 3. Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 4. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, dan terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) - Fasilitasi istirahat tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	
3.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan</p> <p>D.0023</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Suhu tubuh membaik <p>L.033028</p>	<p>Manajemen Hipovolemia I.03116</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) - Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hitung kebutuhan cairan - Berikan posisi modified Trendelenburg - Berikan asupan cairan oral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari hipovolemia 2. Untuk mengetahui intake dan output cairan 3. Untuk mengetahui tingkat dehidrasi pada klien

			<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL) - Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) - Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis: albumin, plasmanate) 	
4.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>D.0019</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. IMT membaik 4. Bising usus membaik 5. Frekuensi makan membaik <p>L.03030</p>	<p>Manajemen Nutrisi I.03119</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status nutrisi klien 2. Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan pada klien 3. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi dan jenis nutrien pada klien 4. Untuk mengetahui apakah klien memerlukan selang nasogatrik atau tidak 5. Untuk mengetahui IMT pada klien

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika ada asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, 	
--	--	--	---	--

			antiemetic),jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur D.0055	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan pola tidur meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup L.05045	Dukungan Tidur I.05174 Observasi: - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologi) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan tidur mendekati waktu, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin	1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Untuk mengetahui apa saja faktor pengganggu tidur pada klien 3. Untuk mengetahui apakah klien menggunakan obat tidur 4. Untuk memberikan kenyamanan kepada klien saat tidur

			<ul style="list-style-type: none">- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijak, pengaturan posisi, terapi akupresur)- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur- Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur- Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	
--	--	--	---	--

6.	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan kurang pengendalian situasional</p> <p>D.0074</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kesejahteraan fisik meningkat 6. Kesejahteraan psikologi meningkat 7. Keluhan tidak nyaman menurun 8. Gatal menurun 9. Mual menurun 10. Gelisah menurun <p>L.08064</p>	<p>Terapi Relaksasi I.09326</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor respon terhadap relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif klien 2. Untuk mengetahui teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan oleh klien 3. Untuk mengetahui respon klien terhadap relaksasi 4. Untuk memberikan lingkungan tenang dan tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman agar klien merasa nyaman
----	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai stratefi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat, dan batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresis) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rilkes dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demonstrasika n dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, dan imajinasi terbimbing) 	
7.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Melamun menurun 	<p>Minimalisasi Rangsangan I.08241</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status mental, status sensori dan status nyaman pada klien 2. Untuk memberikan

	D.0085	<p>2. Curiga menurun</p> <p>3. Respon sesuai stimulus membaik</p> <p>4. Konsentrasi membaik</p> <p>5. Orientasi membaik</p> <p>L.09083</p>	<p>(mis: nyeri, kelelahan)</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) - Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) - Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat - Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai dengan kebutuhan <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan - Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 	<p>rasa nyaman kepada klien</p> <p>3. Untuk memberikan jadwal aktivitas harian kepada klien agar terkontrol</p>
8.	Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Kontrol pengeluaran</p>	<p>Manajemen Eliminasi Fekal I.04151</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 	<p>1. Untuk mengetahui masalah usus dan penggunaan obat pencahar</p> <p>2. Untuk mengetahui obat apa yang berefek pada</p>

	<p>D.0049</p>	<p>feses meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan defekasi lama menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Nyeri abdomen menurun 5. Peristaltik usus membaik 6. Frekuensi defekasi membaik <p>L.04033</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) - Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan air hangat setelah makan - Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien - Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Anjurkan meningkatkan aktivitas fisi, sesuai toleransi - Anjurkan pengurangan asupan makan yang meningkatkan pembentukan gas - Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 	<p>kondisi gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui BAB klien seperti warna, konsistensi, frekuensi, serta volume 4. Untuk mengetahui tanda dan gejala diare pada klien 5. Untuk mengetahui nutrisi apa saja yang dibutuhkan oleh klien serta diit nya juga
--	----------------------	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, jika perlu 	
9.	<p>Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun</p> <p>D.0143</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jatuh saat berdiri menurun 8. Jatuh saat berjalan menurun 9. Jatuh saat membungkuk menurun 10. Jatuh saat naik tangga menurun <p>L.14138</p>	<p>Pencegahan Jatuh I.14540</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis: usia>65 tahun, penurunan kesadaran, deficit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui faktor risiko jatuh pada klien 2. Untuk mengetahui skor risiko jatuh pada klien 3. Untuk mengetahui kemampuan berpindah klien selama di rumah sakit 4. Untuk mengantisipasi jatuh pada klien

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasang handrail di tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berlajan - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat 	
--	--	--	---	--

(PPNI, 2017b) (PPNI, 2017c)

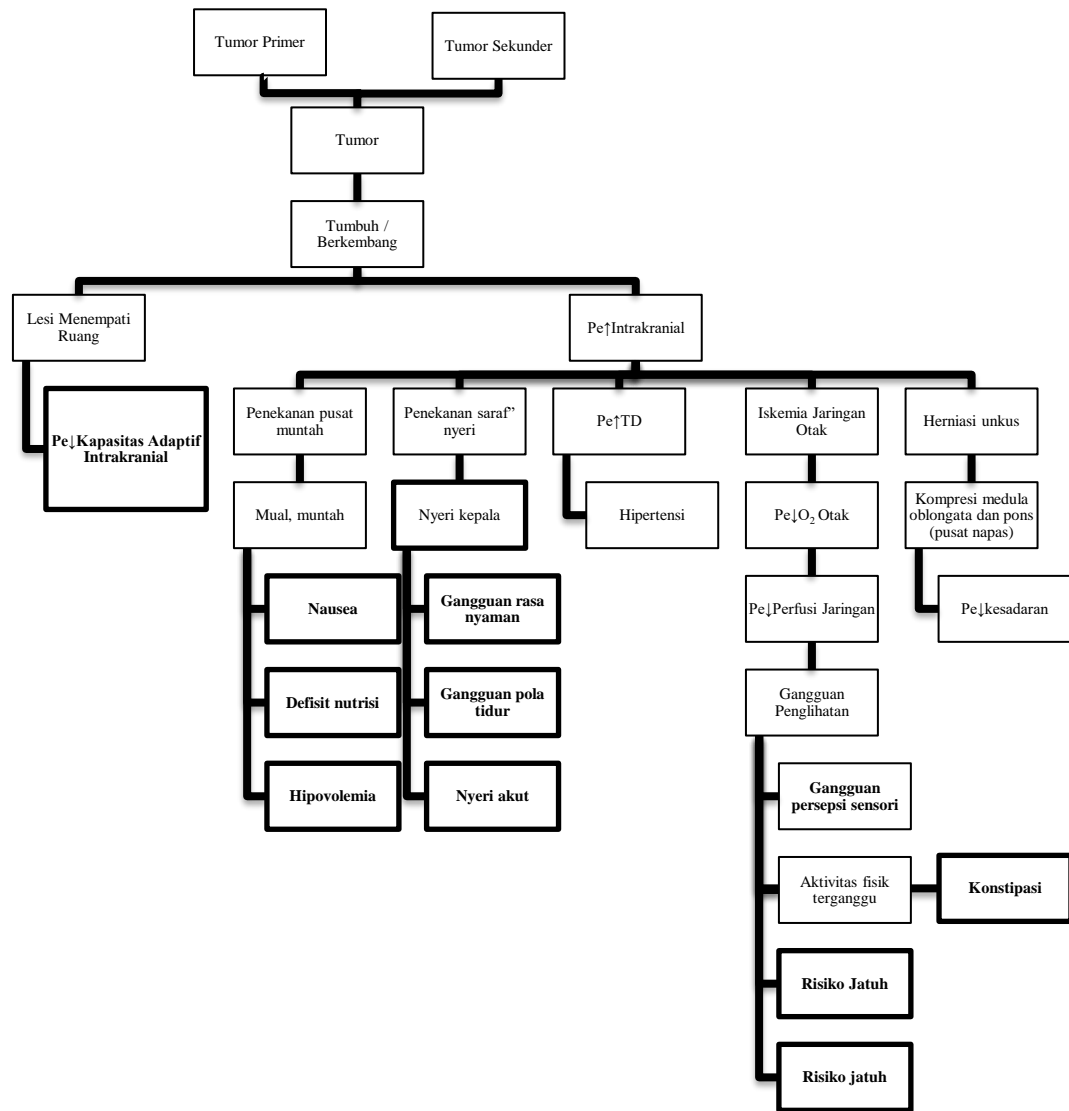
2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi digunakan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan melalui penerapan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi. Pada tahap ini perawat harus memiliki kemampuan dalam berkomunikasi yang efektif, mampu menciptakan hubungan saling percaya serta saling bantu, observasi sistematis, mampu memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan dalam advokasi serta evaluasi. Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan ini mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi (Fabiana Meijon, 2019)

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang bertujuan untuk mencapai tujuan sudah disesuaikan dengan kriteria hasil selama tahap perencanaan dapat dilihat melalui kemampuan klien untuk mencapai tujuan tersebut. Tahap penilaian atau evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis serta terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Fabiana Meijon, 2019).

2.3 Web Of Caution (WOC)



Gambar 2. 3 WOC Tumor Otak

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tumor Otak, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 Januari 2023 sampai tanggal 25 Januari 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 08.00 WIB, yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, dan evaluasi keperawatan yang berada di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Data pengkajian diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga, keluarga pasien, dan file No. registrasi sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan berinisial Ny. T berusia 53 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien tinggal di Mojokerto dan asli dari suku Jawa, pendidikan terakhir yaitu SD, saat ini ia sudah tidak bekerja, penanggung jawab terhadap pasien menggunakan BPJS Mandiri, pasien memiliki 2 anak, 1 laki-laki dan 1 perempuan, serta pasien tinggal bersama suami serta anak perempuan, menantu, dan cucunya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan merasa pusing karena ada tumor pada otaknya.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan sejak 1 tahun yang lalu sering merasa pusing dan juga mual. Pasien mengira itu hanya sakit kepala biasa. 4 bulan yang lalu pasien tiba-tiba merasa pusing yang begitu kuat hingga membuatnya hampir pingsan. Setelah dibawa ke puskesmas di daerah Mojokerto, didapatkan bahwa HT pasien kambuh dan diharapkan untuk mengkonsumsi obat amlodipine untuk mengurangi HT-nya. Pada bulan Oktober 2022 pasien mengatakan saat bangun tidur tiba-tiba penglihatannya kabur, beberapa hari kemudian pasien tidak bisa sama sekali, seluruh pandangannya menjadi gelap seperti orang buta. Akhirnya, pasien diperiksa ke klinik mata di daerah Mojokerto. Namun, dari klinik mata tidak ada kelainan/penyakit, klinik mata menyarankan untuk periksa ke saraf. Setelah mendapatkan anjuran periksa ke saraf. Pada bulan Desember 2022 di bawa ke RSUD di Mojokerto untuk di periksa lebih lanjut. Di RSUD Mojokerto pasien diperiksa CT Scan dengan kesimpulan: curiga massa cerebri di lobus fronto temporal kanan dengan *midline shift* ke kiri. Setelah pasien tau bahwa dia mengidap tumor otak, pasien memutuskan untuk ke RS tipe A untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Pasien akhirnya berobat ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Pada tanggal 16 Januari 2023 pasien masuk ke Ruang 7 (saraf) RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan Keluhan Utama: mata tidak bisa melihat, TD: 142/102 mmHg; N: 80x/menit; S: 36,5°C; SpO₂: 99%; RR: 20x/menit; GCS: x56. Serta mendapatkan terapi RL 2 kolf/hari; Dexamethazon 3x2 amp; Omeprazole 2x1 amp; Antrain 3x1 amp. Pada tanggal 23 Januari 2023, pasien mengeluh pusing di kepala nya. Pasien juga mengeluh tidak bisa melihat. Pasien juga mengatakan bahwa sudah 5 hari tidak BAB, pada pemeriksaan abdomen teraba massa pada rektal, peristaltik usus 5x/menit.

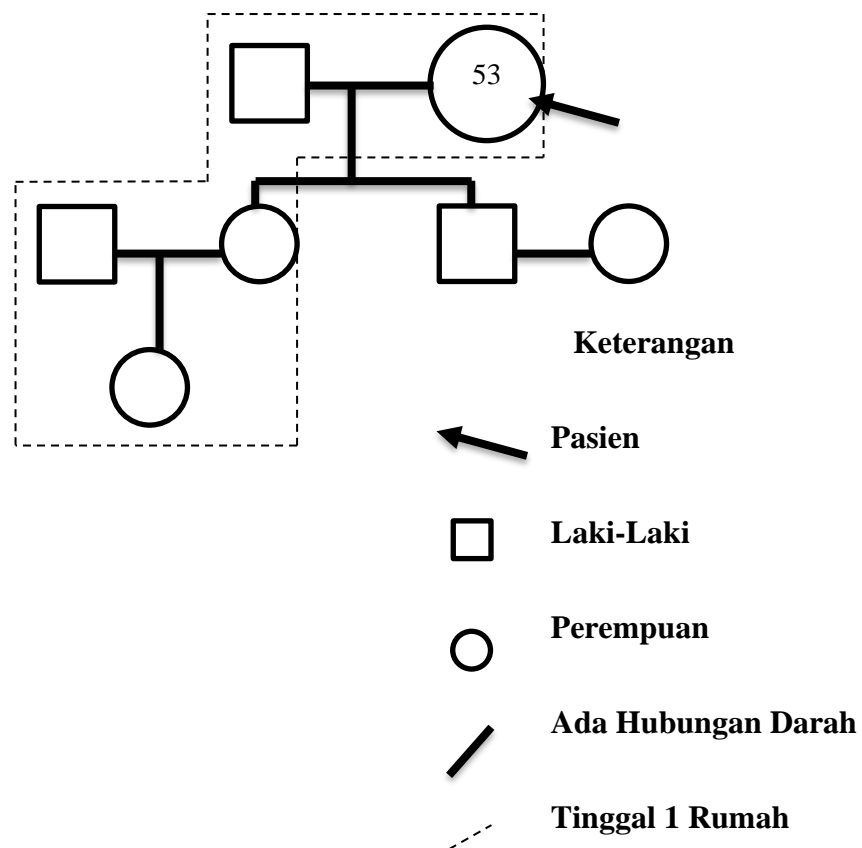
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan 15 tahun yang lalu saat cek kesehatan di puskesmas di daerah Mojokerto dia di diagnosis mengidap Hipertensi dan juga Diabetes Melitus, dikarenakan pasien sering mengkonsumsi makanan kurang sehat seperti gorengan dan makanan yang berlemak dan juga berminyak, serta tiap pagi minum kopi.

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Orang tua pasien mengidap penyakit Diabetes serta anaknya yang perempuan mengidap Hipertensi

3.1.6 Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat alergi makanan, minuman, maupun obat-obatan.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien baik, kesadaran Compos Mentis, observasi tanda-tanda vital dengan TD:169/111 mmHg, Nadi: 83, Suhu: , RR: , SpO2: , E: x, M: 5, V: 6

1. B1 Sistem Pernapasan (*Breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan dada normal, tidak terdapat otot bantu napas tambahan, irama napas reguler, tidak terdapat kelainan, pola napas eupnea, tidak ada taktil/vocal fremitus, tidak ada sesak napas, tidak ada batuk, tidak terdapat sputum, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan, suara napas veskuler, RR: 20x/menit.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pemeriksaan inspeksi, konjungtiva ananemis, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis normal, tidak ada nyeri dada, irama jantung reguler, CRT<2 detik, akral teraba hangat, kering, serta tidak terdapat oedema. Pada pemeriksaan palpasi, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan auskultasi, bunyi jantung reguler, S1S2 tunggal

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. B3 Sistem Persyarafan (*Brain*)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien baik, dengan kesadaran *compos mentis*, GCS x56 (x karena pasien gangguan penglihatan / buta), hidung tampak simetris, tidak terdapat gangguan atau kelaian pada penciuman pasien, pasien terganggu pada penglihatannya, reaksi pupil midrasis, sklera anikterik, konjungtiva ananemis, pasien tidak ada kejang. Refleks fisiologis bisep: ++ dapat menekuk tangan kanan kiri dengan normal. Trisep: dapat meluruskan tangan kanan kiri dengan normal tanpa adanya hambatan. Patella: ++ terdapat kontraksi pada lutut. Refleks patologis kaku duduk: -/- badan tidak terangkat saat kepala difleksikan secara pasif. Brudzinki I: ++ dapat menekuk kaki kanan kiri dengan normal. Brudzinki II: ++ terdapat pergerakan aktif pada bagian tubuh pasien sebelah kanan kiri dari paha sampai sendi panggul. Kernig: ++ tidak ada nyeri dan tahanan pada pergerakan kaki kanan maupun kiri. Pada pemeriksaan nervus:

Sistem Persyarafan

Pasien dalam keadaan *ComposMentis* dengan GCS x56

Tabel 3. 1 Pemeriksaan saraf

Nervus	Nama Saraf	Hasil Pemeriksaan
I	Olfaktori	Pasien mampu membedakan aroma dengan baik tanpa adanya gangguan maupun hambatan
II	Optik	Penglihatan pasien terganggu, pasien mengatakan mengalami kebutaan sejak bulan Oktober
III	Okumolotor	Pasien dapat menggerakkan bola mata kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah tanpa adanya hambatan
IV	Troklear	Pasien dapat menggerakkan bola mata secara memutar tanpa adanya hambatan
V	Trigemial	Pasien dapat menggerakkan rahang ke semua sisi, dapat memejamkan mata
VI	Abdusen	Pasien dapat menggerakkan bola mata serta kelopak mata atas

VII	Fasialis	Wajah pasien tampak simetris, garis senyum pada tepi mulut, dapat mengangkat alis, menutup mata, tersenyum, mengembangkan pipi, serta bersiul
VIII	Vestibulocochlear	Pendengaran pasien normal tidak terdapat gangguan
IX	Glosfaringeal	Pasien dapat merasakan makanan baik manis, asin, maupun asam
X	Vagus	Faring dan laring normal tidak terdapat gangguan
XI	Accesorius	Pasien dapat menggerakkan lehernya kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah tanpa adanya gangguan
XII	hypoglossus	Tidak ada masalah pada lidah, tidak terdapat deviasi ke salah satu sisi, pasien dapat menelan tanpa adanya hambatan

Masalah Keperawatan:

- Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
- Gangguan Persepsi Sensori
- Risiko Jatuh

4. B4 Sistem Perkemihan (*Blader*)

Pemeriksaan perkemihan pada pasien, kebersihan pasien baik, ekskresi baik, keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS yaitu 4-6 kali dengan jumlah ± 1000 cc/24 jam serta bewarna kekuningan. Pasien saat MRS eliminasi uri yaitu 4-6 kali dengan jumlah ± 1500 cc/24 jam dengan warna kekuningan. Pasien tidak ada alat bantu dalam perkemihan sert tidak ada gangguan perkemihan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Pada pemeriksaan inspeksi mulut pasien tampak bersih tidak ada sariawan, membran mukosa pasien tampak lembab, lidah pasien tampak bersih, nafsu makan pasien normal, saat di rumah sakit makan dengan diit rendah garam. Pasien tidak ada nyeri telan serta tidak ada kesulitan dalam menelan sehingga pada saat makan

porsi selalu habis, peristaltik usus 5x/menit. Pada pemeriksaan palpasi tidak teraba hepatomegaly, teraba masa pada rektal.

Masalah Keperawatan: Konstipasi

6. B6 Sistem Muskuloskeletal & Integumen (*bone*)

Warna kulit pasien sawo matang, kulit pasien tampak lembab, tidak terdapat lesi dan tidak ada oedema, ROM dapat bergerak dengan bebas, turgor kulit normal CRT<2 detik, tulang pasien tidak ada gangguan dan tidak terdapat fraktur. Aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarganya karena kesulitan untuk berjalan dan ADL akibat dari gangguan penglihatannya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tidak terdapat hiperglikemia maupun hipoglikemia, serta tidak terdapat Diabetes Melitus.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

8. Sistem Reproduksi

Pasien tidak pernah ada masalah reproduksi dan tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Pola Fungsi Kesehatan

1. Personal Hygiene

Pasien saat sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari pada pagi hari dan sore hari. Pasien mengganti pakaian sehari 2x, melakukan oral hygiene 2x sehari saat bangun tidur dan sebelum tidur. Pasien mengatakan memotong kuku

saat sudah panjang. Pasien saat di rumah sakit hanya di seka dan dibantu oleh keluarganya, serta mengganti pakaian satu kali sehari.

2. Istirahat – Tidur

Pasien mengatakan pola tidur saat sebelum masuk rumah sakit bisa tidur dengan nyenyak, pasien tidur 7-8 jam, istirahat tidur pasien cukup. Pasien mengatakan saat di rumah sakit saat ini, jam tidur masih sama sekitar 7-8 jam karena pasien merasa situasi tidak ada yang berbeda dengan dirumah. Pasien mengatakan akibat kebutaannya ini, merasa di mana saja rasanya tetap tidak ada yang berbeda.

3. Kognitif Perseptual – Psiko – Sosio – Spiritual

Persepsi pasien terhadap sakit “Pasien mengatakan sudah menyadari bahwa kebutaannya saat ini dikarenakan adanya tumor di otaknya yang menyebabkan adanya gangguan penglihatan, pasien juga mengatakan sudah siap saat akan dioperasi karena pasien ingin dapat beraktivitas dengan normal seperti dahulu”

Konsep diri:

- a. Gambaran diri : Pasien mengatakan bersyukur terhadap seluruh keadaannya saat ini
- b. Ideal diri : Pasien mengatakan berharap agar dirinya bisa segera sehat dan beraktivitas seperti dulu kembali
- c. Harga diri : Pasien hanya bisa bersabar dan berharap operasinya lancar agar bisa sembuh
- d. Identitas diri : Pasien adalah seorang ibu rumah tangga
- e. Peran diri : Pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan seorang istri yang memiliki 2 anak serta 1 cucu. Kemampuan bicara pasien sangat baik dan normal, bahasa yang ia gunakan sehari-hari adalah bahasa jawa, pasien dapat

menerima sakitnya saat ini, tetapi pasien terganggu karena tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya bahkan untuk ADL saja harus dibantu dengan keluarganya. Pasien selalu didukung oleh keluarga dalam pengobatan kali ini.

4. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3. 2 Kemampuan Perawatan Diri Pasien

No.	Aktivitas	SMRS	MRS
1	Mandi	1	3
2	Berpakaian/dandan	1	3
3	Toileting	1	3
4	Mobilitas di tempat tidur	1	1
5	Berpindah	1	3
6	Berjalan	1	3
7	Naik tangga	1	4
8	Berbelanja	1	3
9	Memasak	1	3
10	Pemeliharaan rumah	1	3

Skor: 1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat

4: Tergantung/tidak mampu

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal Pemeriksaan: 22 Januari 2023

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Darah Lengkap			
Leukosit	13,38 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	4,00 - 10,00
Hitung Jenis Leukosit			
• Eosinofil#	0,00 (L)	$10^3/\mu\text{L}$	0,02 - 0,50
• Eosinofil%	0,00 (L)	%	0,5 - 5,0
• Basofil#	0,01	$10^3/\mu\text{L}$	0,00 - 0,10
• Basofil%	0,0	%	0,0 - 1,0
• Neutrofil#	11,41 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	2,00 - 7,00
• Neutrofil%	85,30 (H)	%	50 - 70
• Limfosit#	1,34	$10^3/\mu\text{L}$	0,80 - 4,00
• Limfosit%	10,00 (L)	%	20,0 - 40,0
• Monosit#	0,62	$10^3/\mu\text{L}$	0,12 – 1,20
• Monosit%	4,70	%	3,0 – 12,0
IMG#	0,030	$10^3/\mu\text{L}$	0,01 – 0,04
IMG%	0,200	%	0,16 – 0,62
Hemoglobin	14,90	g/dL	12 – 15
Hematokrit	44,80	%	37,0 – 47,0
Eritrosit	5,19 (H)	$10^6/\mu\text{L}$	3,50 – 5,00
Indeks Eritrosit:			
• MCV	86,3	Fmol/cell	80 – 100
• MCH	28,6	pg	26 – 34
• MCHC	33,2	g/Dl	32 – 36
RDW_CV	13,1	%	11,0 – 16,0
RDW_SD	39,9	fL	35,0 – 56,0
Trombosit	359,00	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Indeks Trombosit:			
• MPV	9,6	fL	6,5 – 12,0

• PDW	15,9	%	15 – 17
• PCT	0,346 (H)	10 ³ /μL	0,108 – 0,282
P-LCC	87,0	10 ³ /μL	30 – 90
P-LCR	24,3	%	11,0 – 45,0
HEMATOSIS			
FAAL HEMOSTASIS			
Protombine Time (PT)	14,3	Detik	11 – 15
Pasien PT			
APTT	28,3	Detik	26,0 – 40,0
Pasien APTT			
KIMIA KLINIK			
SGOT	12	U/L	0 – 35
SGPT	16	U/L	0 – 37
Albumin	39,0	mg/dL	3,50 – 5,20
DIABETES			
Glukosa Darah Sewaktu	102	mg/dL	<200
FUNGSI GINJAL			
Kreatin	0,66	mg/dL	0,6 – 1,5
BUN	5 (L)	mg/dL	10 -24
ELEKTROLIT & GAS DARAH			
Natrium (Na)	141,30	mEq/L	135 – 147
Kalium	3,42	mmol/L	3,0 – 5,0
IMUNOLOGI			
Anti HIV			
• Reagen I	Non Reaktif		Non Reaktif
Kesimpulan	Non Reaktif		Non Reaktif
Hbs Ag (RPHA)	Negatif		Negatif
HEPATITIS			
Anti HCV	Negatif		Negatif

1. CT Scan kepala tanpa kontras

Tanggal pemeriksaan 30-12-2023



Gambar 3. 2 CT Scan Ny.T

- Curiga massa cerebri di lobus fronto temporal dengan *midline shift* ke kiri

2. Pemeriksaan MRI

Tanggal pemeriksaan 17 Januari 2023

Kesimpulan:

Heterointense enhancement mass, intraaxial, di olfactory groove
kanan hingga ke fissure orbita kanan ukuran $\pm 3,87 \times 3,31 \times 3,99$ cm
dengan vasogenix edema yang luas yang menyebabkan penekanan
ventrikel lateris kanan dan *midline shift* sejauh $\pm 0,93$ ke sisi kiri.

Hemirain edema kanan

3. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal pemeriksaan 17 Januari 2023

Cor: tampak besar

Pulmo: infiltrat/perselubungan (-)

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Diaphragma kanan kiri baik

Tulang-tulang baik

Kesimpulan:

Cardiomegali

4. Terapi / Tindakan Lain-Lain

Tabel 3.3 Terapi Obat Pasien

Tanggal 23 Januari 2023

Tabel 3. 4 Terapi Obat Pasien

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Infus RL	2x500mL	IV	Untuk mempertahankan hidrasi pada pasien rawat inap yang tidak mendapatkan cairan
2	Dexamethazon	2x1 mg	IV	Untuk meredakan peradangan pada beberapa kondisi, seperti penyakit autoimun
3	Omeprazole	2x40mg	IV	Untuk mengatasi asam lambung berlebih dan keluhan yang mengikutinya
4	Antrain	3x1g	IV	Untuk menurunkan demam, meringankan rasa sakit, seperti sakit kepala

Surabaya, 25 Januari 2023

Febri Candra Pamungkas
NIM 202.0016

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisis Data

Analasia data pada Ny.T dengan diagnosis medis Tumor Otak di RSPAL dr.

Ramelan Surabaya

Tabel 3. 5 Analisa Data Pasien

No	Data (<i>Symptom</i>)	Penyebab (<i>Etiologi</i>)	Masalah (<i>Problem</i>)
1.	S: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh pusing O: <ul style="list-style-type: none"> TD: 169/111 mmHg Nadi: 83x/menit GCS: x56 Terdapat tumor pada otak Hasil pemeriksaan CT Scan (curiga massa cerebri di lobus fronto temporal dengan <i>midline shift</i> ke kiri) Pasien Nampak gelisah 	Lesi Menempati Ruang (Tumor Otak)	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial D.0066
2.	S: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak bisa melihat Pasien mengatakan tidak ada cahaya saat dilakukan pemeriksaan refleks pada mata O: <ul style="list-style-type: none"> Pasien terlihat melamun Pasien tidak mengetahui waktu, tempat, orang, dan situasi Hasil pemeriksaan MRI (fisire orbita kanan ukuran $\pm 3,87 \times 3,31 \times 3,99$ cm) 	Gangguan Penglihatan	Gangguan Persepsi Sensori D.0085

3.	S: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan belum BAB sejak hari rabu (sudah 5 hari) Pasien mengatakan saat BAB lama dan sulit Pasien mengatakan hanya tiduran saja selama mengalami kebuataan O: <ul style="list-style-type: none"> Feses keras Peristaltik usus menurun (5x/menit) Teraba masa pada rektal 	Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	Konstipasi D.0049
4.	_____	Gangguan Penglihatan	Risiko Jatuh D.0143

3.2.2 Prioritas Maslah

Prioritas masalah pada Ny. T dengan diagnosis medis Tumor Otak di RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Tabel 3. 6 Priotas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d. Lesi menempati ruang (tumor otak)	23 Januari 2023	_____	
2.	Gangguan Persepsi Sensori b.d. Gangguan penglihatan	23 Januari 2023	_____	
3.	Konstipasi b.d. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	23 Januari 2023	_____	
4.	Risiko jatuh d.d. gangguan penglihatan	23 Januari 2023	_____	

3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada Ny.T dengan diagnosis medis Tumor Otak di
RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d. Lesi menempati ruang (tumor otak)</p> <p>D.0066</p>	<p>Luaran Utama Kapasitas Adaptif Intrakranial (SLKI, L.06049) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Fungsi Kognitif meningkat 3) Sakit kepala menurun 4) Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06194) dan Pemantauan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06198)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor penyebab peningkatan TIK (edema serebral) 2) Monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas) 3) Memonitor MAP 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran 5) Pertahankan posisi kepala dan leher netral 6) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7) Memberikan sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
2.	<p>Gangguan Persepsi Sensori b.d. Gangguan penglihatan</p> <p>D.0085</p>	<p>Luaran Utama Persepsi Sensori (SLKI, L.09083) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Persepsi sensori</p>	<p>Intervensi Utama Minimalisasi Rangsangan (SIKI, I.08241)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan)

		<p>membalik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Respon sesuai stimulus membaik 2) Konsentrasi membaik 3) Melamun menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensoris (mis: bising, terlalu terang) 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 4) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, dll) 5) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
3.	<p>Konstipasi b.d. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan D.0049</p>	<p>Luaran Utama Eliminasi Fekal (SLKI, L.04033) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kontrol pengeluaran fekal membaik 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3) Mengejan saat defekasi menurun 4) Peristaltik usus membaik 	<p>Intervensi Utama Manajemen Eliminasi Fekal (SIKI, I.04151)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 2) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi 3) Berikan air hangat setelah makan 4) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
4.	<p>Risiko jatuh b.d. gangguan penglihatan D.0143</p>	<p>Luaran Utama Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh</p>	<p>Intervensi Utama Pencegahan Jatuh (SIKI, I.14540)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor risiko jatuh 2) Identifikasi faktor lingkungan yang

		menurun dengan kriteria hasil: 1) Jatuh dari tempat tidur menurun 2) Jatuh saat berdiri menurun 3) Jatuh saat di kamar mandi menurun	meningkatkan risiko jatuh 3) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci 4) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan untuk berpindah
--	--	---	---

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. T dengan diagnosis medis

Tumor Otak di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan

No Dx	Waktu (hari & tgl)	Jam	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT	
1.	Senin 23-01- 2023	09.00	1) Memonitor penyebab peningkatan TIK (fisur orbita kanan ukuran \pm 3,87x3,31x3,99 cm dengan vasogenik edema yang luas yang menyebabkan penekanan ventrikel lateris kanan dan midline shift sejauh \pm 0,93 cm ke sisi kiri)	<i>F. J.</i>	23-01-2023 10.00	S: <ul style="list-style-type: none"> Px mengat akan masih pusing O: <ul style="list-style-type: none"> GCS: x56 TD: 150/90 mmHg N: 73 x/menit S: 36,6°C RR: 20x/me nit SPO2: 96% MAP: 110 mmHg Px belum mampu berinter aksi dengan baik A: <ul style="list-style-type: none"> masala h belum teratasi P: <ul style="list-style-type: none"> Interve nsi dilanjut kan 	<i>F. J.</i>	
		09.05	2) Memberikan injeksi antrain untuk meringankan sakit kepala pasien					
		09.05	3) Memonitor peningkatan TIK (TD: 169/111 mmHg, nadi 83x/menit)					
		09.10	4) Memonitor MAP (MAP: $(169 + (2 \times 111)) / 3 = 130$ mmHg)					
		09.20	5) Memonitor penurunan tingkat kesadaran (GCS:x56)					

		09.25	6) Memberikan posisi elevasi kepada pasien			<ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,4, 5,6,7 	
		09.30	7) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (perawat menjelaskan tujuan dari pemantauan kepada px dan keluarga agar tidak terjadi komplikasi pada px seperti kejang)				
2.	23-01-2023	12.00	1) Memeriksa status mental, status sensoris, dan tingkat kelelahan (menanyakan kepada px apa yang dirasakan sekarang dan juga memeriksa 12 saraf kranial)	<i>F. Bas</i>	23-01-2023 12.45	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Px mengat akan masih belum bisa melihat • Px belum dapat merespon stimulasi pemeriksaan cahaya pada mata <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Px nampak melamun • Px belum dapat mengetahui waktu • TD: 159/89 mmHg • Nadi: 82x/menit 	<i>F. Bas</i>
		12.15	2) Diskusi tingkat toleransi terhadap beban sensoris (memberikan edukasi kepada px untuk menanyakan situasi di sekitar serta edukasi kepada keluarga px untuk memberikan tanggapan kepada px)				
		12.25	3) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat (membuatkan jadwal kepada				

		12.30	keluarga px, kapan px harus bangun, kapan px harus tidur, kapan px harus makan, dsbnya)			<ul style="list-style-type: none"> RR: 20x/menit Suhu: 36,5°C 	
		12.35	4) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mengatur keadaan sekitar px agar px tau keadaan sekitar walaupun keadaan px tidak bisa melihat)			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan <p>1,2,3,4,5</p>	
			5) Meminimalkan prosedur/tindakan kepada pasien				
3.	23-01-2023	13.00	1) Memonitor BAB (mis: warna, frekuensi, konsistensi, dan volume)	<i>Fase</i>	23-01-2023 14.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px mengat akan belum bisa BAB Px mengeluh BAB masih lama dan sulit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px belum mengeluarkan feses Peristaltik usus 8x/menit Teraba masa pada rektal 	<i>Fase</i>
		13.05	2) Memonitor tanda dan gejala konstipasi (px tidak BAB selama 5 hari)				
		13.10	3) Memberikan air hangat setelah makan (edukasi px agar setelah makan untuk minum air hangat)				
		13.15	4) Menganjurkan px untuk mencatat frekuensi, konsistensi dan volume feses				
		13.20	5) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (edukasi px agar lebih				

			banyak minum minimal 1 liter/hari)			<ul style="list-style-type: none"> Px nampak tiduran saja <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 	
4.	23-01-2023	15.00 15.00 15.20 15.25	<p>1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (px risiko jatuh karena gangguan penglihatan)</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mengamankan px dengan memastikan bahwa lantai tidak licin, pagar bed terkunci, dan membantu ADL px)</p> <p>3) Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci</p> <p>4) Menganjurkan px untuk selalu memanggil perawat atau keluarga dalam ADL (seperti ke toilet, berpindah, dsbnya)</p>	<i>FBS</i>	23-01-2023 15.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px takut jatuh apabila ke toilet ataupun melakukan aktivitas lainnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px nampak memanggil orang lain saat melakukan ADL Bed selalu terkunci Skor <i>Morse Fall Scale</i> : 65 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Masalah belum teratasi <p>P:</p>	<i>FBS</i>

						<ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4 	
1.	Selasa 24-01- 2023	09.00	1) Memonitor penyebab peningkatan TIK (fisur orbita kanan ukuran \pm 3,87x3,31x3,99 cm dengan vasogenik edema yang luas yang menyebabkan penekanan ventrikel lateris kanan dan midline shift sejauh \pm 0,93 cm ke sisi kiri dan terdapat HT)	<i>Fase</i>	24-01-2023 10.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Px mengat akan masih pusing <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS: x56 • GDAP: 104 mg/dL • TD: 140/80 mmHg • N: 79 x/menit • S: 36,5°C • RR: 20x/menit • SPO2: 96% • MAP: 100 mmHg • Px belum mampu berinteraksi dengan baik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4,5,6,7 	<i>Fase</i>
		09.05	2) Memberikan injeksi antrain untuk meringankan sakit kepala pasien				
		09.05	3) Memonitor peningkatan tekanan darah (TD: 130/100 mmHg)				
		09.10	4) Memonitor MAP (MAP: $(130 + 2 \times 100) / 3 = 110$ mmHg)				
		09.20	5) Memonitor penurunan tingkat kesadaran (GCS: x56)				
		09.25	6) Memberikan posisi elevasi kepada pasien				
		09.30	7) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (perawat menjelaskan tujuan dari pemantauan				



			kepada pasien dan keluarga agar tidak terjadi komplikasi pada pasien seperti kejang)				
2.	24-01-2023	12.00	1) Memeriksa status mental, status senrosi, dan tingkat kelelahan (menanyakan kepada px apa yang dirasakan sekarang dan juga memeriksa 12 saraf kranial)	<i>Fase</i>	24-01-2023 12.45	S:	<i>Fase</i>
		12.15	2) Diskusi tingkat toleransi terhadap beban sensori (memberikan edukasi kepada px untuk menanyakan situasi di sekitar serta edukasi kepada keluarga px untuk memberikan tanggapan kepada px)			O:	
		12.25	3) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat (membuatkan jadwal kepada keluarga px, kapan px harus bangun, kapan px harus tidur, kapan px harus makan, dsbnya)			A:	

		12.30	4) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mengatur keadaan sekitar px agar px tau keadaan sekitar walaupun keadaan px tidak bisa melihat)			P:	
		12.35	5) Meminimalkan prosedur/tindakan kepada pasien			<ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4,5 	
3.	24-01-2023	13.00	1) Memonitor BAB (mis: warna, frekuensi, konsistensi, dan volume)	<i>F. J. S.</i>	24-01-2023 14.00	S:	<i>F. J. S.</i>
		13.05	2) Memonitor tanda dan gejala konstipasi (px tidak BAB selama 5 hari)			<ul style="list-style-type: none"> • Px mengat akan BAB sedikit ± sebutir kelereng • Px mengeluh BAB masih lama dan sulit 	
		13.10	3) Memberikan air hangat setelah makan (edukasi px agar setelah makan untuk minum air hangat)			O:	
		13.15	4) Menganjurkan px untuk mencatat frekuensi, konsistensi dan volume feses			<ul style="list-style-type: none"> • Px belum mengeluarkan feses dengan normal • Peristaltik usus 5x/menit • Teraba masa pada rektal 	
		13.20	5) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (edukasi px agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari)			A:	
						<ul style="list-style-type: none"> • masalah 	

						belum teratasi P: <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4,5 	
4.	24-01-2023	15.00 15.00 15.20 15.20	1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (px risiko jatuh karena gangguan penglihatan) 2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mengamankan px dengan memastikan bahwa lantai tidak licin, pagar bed terkunci, dan membantu ADL px) 3) Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci 4) Menganjurkan px untuk selalu memanggil perawat atau keluarga dalam ADL (seperti ke toilet, berpindah, dsbnya)	<i>F. J. S.</i>	24-01-2023 15.30	S: <ul style="list-style-type: none"> • Px mengat akan saat ke toilet didamp ingi dengan keluarga O: <ul style="list-style-type: none"> • Px nampa k memangg il orang lain saat melaku kan ADL • Bed selalu terkunci • Skor <i>Morse Fall Scale</i>: 65 A: <ul style="list-style-type: none"> • Masala h teratasi sebaga ian P: <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan 2,3,4	<i>F. J. S.</i>
1.	Rabu 25-01-2023	09.00	1) Memonitor penyebab peningkatan TIK (fisure	<i>F. J. S.</i>	25-01-2023 10.00	S: <ul style="list-style-type: none"> • Px mengat akan 	<i>F. J. S.</i>

			orbibita kanan ukuran ± 3,87x3,31x3,99 cm dengan vasogenix edema yang luas yang menyebabkan penekanan ventrikel lateris kanan dan midline shift sejauh ±0,93 cm ke sisi kiri dan terdapat HT)			masih pusing	
		09.05	2) Meberikan injeksi antrain untuk meringankan sakit kepala pasien			O:	
		09.05	3) Memonitor peningkatan tekanan darah (TD: 130/90 mmHg)			<ul style="list-style-type: none"> • GCS: x56 • TD: 155/92 mmHg • N: 81 x/menit • S: 36,4°C • RR: 20x/menit • SPO2: 96% • MAP: 113mm Hg • Px belum mampu berinteraksi dengan baik 	
		09.10	4) Memonitor MAP (MAP:(130+2x90)/3=103 mmHg)			A:	<ul style="list-style-type: none"> • masalah belum teratasi
		09.20	5) Memonitor penurunan tingkat kesadaran (GCS:x56)			P:	<ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4,5,6,7
		09.25	6) Memberikan posisi elevasi kepada pasien				
		09.30	7) Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (perawat menjelaskan tujuan dari pemantauan kepada pasien dan keluarga agar tidak terjadi komplikasi				

		12.35	5) Meminimalkan prosedur/tindakan kepada pasien				
3.	25-01-2023	13.00 13.05 13.10 13.15 13.20	1) Memonitor BAB (mis: warna, frekuensi, konsistensi, dan volume) 2) Memonitor tanda dan gejala konstipasi (px tidak BAB selama 5 hari) 3) Memberikan air hangat setelah makan (edukasi px agar setelah makan untuk minum air hangat) 4) Menganjurkan px untuk mencatat frekuensi, konsistensi dan volume feses 5) Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (edukasi px agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari)	<i>FBS</i>	25-01-2023 14.00	S: • Px mengat akan sudah dapat BAB namun masih keras dan sulit O: • Px sudah mulai dapat BAB dengan jumlah sedikit • Konsistensi feses keras • Peristaltik usus 6x/menit • Teraba masa pada rektal A: • masalah belum teratasi P: • Intervensi dilanjutkan • 1,2,3,4	<i>FBS</i>

4.	25-01-2023	15.00 15.00 15.20	<p>1) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mengamankan px dengan memastikan bahwa lantai tidak licin, pagar bed terkunci, dan membantu ADL px)</p> <p>2) Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci</p> <p>3) Menganjurkan px untuk selalu memanggil perawat atau keluarga dalam ADL (seperti ke toilet, berpindah, dsbnya)</p>		25-01-2023 15.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px mengat akan saat ke toilet selalu didamp ingi dengan keluarg a <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Px nampa k memangg il orang lain saat melaku kan ADL Bed selalu terkunci Skor <i>Morse Fall Scale</i>: 65 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> Interve nsi dilanjut kan 1,2,3 	
----	------------	---------------------------------	---	---	---------------------	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini, penulis membahas tentang proses asuhan keperawatan pada Ny.T dengan diagnosis medis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilakukan pada tanggal 22 Januari 2023 sampai 28 Januari 2023. Pendekatan penelitian permasalahan dilakukan untuk memperoleh ulasan antara fakta di rumah sakit serta teori yang diiringi analisis ataupun pendapat penulis terhadap penelitian ini. Pembahasan ini akan mengulas tentang proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, hingga evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal atau tahap dasar dari proses asuhan keperawatan. Pengumpulan data, analisis data, atau perumusan masalah pasien merupakan termasuk dalam tahap pengkajian. Data yang diperoleh adalah data pasien holistik atau berupa aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam hal ini penulis harus dapat mempunyai kemampuan mengobservasi dengan tepat, mampu melakukan komunikasi terapeutik, mampu menjalin hubungan saling percaya, mampu berespon kepada pasien maupun keluarga pasien karena beberapa hal tersebut merupakan satu kunci wajib untuk dapat mendapatkan data yang akurat pada pasien. Kemudian penulis dapat membantu menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Tahap pengkajian melalui wawancara kepada pasien maupun keluarga pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis

menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. Penulis juga menerapkan teknik pengumpulan data secara sistematis dan komprehensif dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual (Fabiana Meijon, 2019).

Sedangkan penulis melakukan pengkajian kepada Ny.T dengan menambahkan keluhan saat ini yang bertujuan untuk mendapatkan data yang akurat saat melakukan pengkajian serta mendapatkan data terbaru dari pasien. Penulis melakukan penambahan pengkajian karena pasien sudah masuk ke rumah sakit pada tanggal 16 Januari 2023 dan penulis melakukan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 sehingga membutuhkan data terbaru dari pasien.

4.4.1 Identitas

Penulis mendapatkan data Ny.T berusia 53 tahun berjenis kelamin perempuan, pasien merupakan ibu rumah tangga yang bertempat tinggal di Mojokerto. Dalam (Ghozali & Sumarti, 2021) mengatakan, bahwa penderita tumor otak paling sering terjadi pada pasien berusia 50-60 tahun. Pendapat tersebut sesuai dengan data yang didapatkan dari pengkajian penulis kepada pasien. Pasien beragama Islam, berpendidikan sampai tamat SD, saat ini penanggung jawab selama perawatan di rumah sakit menggunakan BPJS Mandiri. Menurut (Nabilah, 2022) mengatakan bahwa tumor otak primer merupakan tumor yang terjadi karena pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dari dalam otak itu sendiri. Sel tumor akan terus tumbuh secara terus-menerus pada daerah *Central Vena System* (CNS) dan akan terus mendorong jaringan otak disekitarnya sehingga dapat memunculkan gangguan neurologis. Hal ini sama dengan yang dialami oleh Ny.T yaitu terdapat tumor di otaknya dan menekan ventrikel lateris kanan dan *midline shift* sejauh $\pm 0,93$ cm ke sisi kiri sehingga menyebabkan kebutaan.

4.4.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pada saat melakukan pengkajian didapatkan data bahwa pasien Ny.T mengatakan mengeluh pusing setiap harinya serta pusing akan meningkat secara tiba-tiba. Saat penulis mengkaji pada tanggal 23 Januari 2023 pasien mengatakan pusingnya lebih membaik dari pada saat awal masuk pada tanggal 16 Januari 2023. Hal ini sesuai dengan pendapat dari (Nabilah, 2022) otak manusia terbagi-bagi menjadi beberapa lobus yang memiliki beberapa fungsi dan apabila terdapat tumor di lobus tersebut maka akan mempengaruhi fungsi pada lobus yang terkena tumor, diantaranya:

- a. Lobus Frontal: gangguan mengendalikan gerakan otot, bola mata, serta pusat bicara
- b. Lobus Parietal: kelemahan pada ekstremitas bawah
- c. Lobus Oksipital: gangguan penglihatan
- d. Lobus Temporal: gangguan pendengaran, afisia sensorik, kelumpuhan otot wajah, dan tinnitus

Tanda dan gejala yang umum sering dijumpai pada penderita tumor otak adalah seperti pusing dan juga sakit kepala yang apabila dibiarkan maka akan semakin memburuk untuk sakit kepalanya. Tumor otak dapat menyebabkan sinyal ke otak terganggu sehingga dapat mengakibatkan kejang. Hal ini dapat menjadi suatu pertanda awal adanya tumor otak, walaupun sebenarnya dapat terjadi pada siapapun. Sebanyak 50% pasien penderita tumor otak akan mengalami kejang sedikitnya 1 kali terkenan kejang. Tanda berikutnya pada penderita tumor otak yaitu ditandai dengan peningkatan tekanan intrakranial seperti pasien mengalami

pandangan kabur, mual muntah, gangguan pendengaran, serta perubahan tanda-tanda vital. Penderita tumor otak biasanya mengalami perubahan kepribadian. Gangguan memori dan alam bawah sadar juga sering dialami oleh penderita tumor otak. Akan tetapi, gejala yang sering dialami oleh penderita tumor otak yaitu, pusing, sakit kepala, papil oedema, dan muntah (Fabiana Meijon, 2019).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan sejak 1 tahun yang lalu sering merasa pusing dan mual tanpa ada sebabnya. Ny.T mengira itu hanya gejala biasanya yang dialami oleh orang lain pada umumnya. 4 bulan yang lalu pasien tiba-tiba merasa pusing yang berlebih dan tidak kunjung membaik walaupun dibuat beristirahat. Setelah beberapa pasien tidak kuat menahan pusingnya hingga pingsan. Ny.T akhirnya dibawa ke puskesmas untuk mendapatkan pertolongan pertama. Petugas puskesmas yang melakukan pemeriksaan mengatakan kalau Ny.T menderita hipertensi dan mendapatkan amlodipine untuk mengurangi tekanan darah tingginya. Bulan Oktober 2022, pada saat bangun tidur pasien mengatakan penglihatannya kabur. Awalnya pasien mengira itu karena faktor usia sehingga penglihatannya kabur. Kemudian hingga beberapa hari berikutnya, pasien mengeluh tidak bisa melihat sama sekali hanya gelap saja yang dapat dilihat oleh Ny.T. Akhirnya Ny.T melakukan pemeriksaan di klinik mata dan tidak mendapatkan solusi, hanya mendapat saran dari klinik mata untuk melakukan rujukan ke periksa saraf. Bulan Desember 2022 pasien dibawa ke RSUD Mojokerto untuk dilakukan pemeriksaan CT Scan dengan kesimpulan hasil: curiga massa cerebri lobus fronto temporal kanan dengan *midline shift* ke kiri. Setelah pasien pasien mengetahui bahwa mengidap tumor otak, ia memutuskan untuk ke RS tipe A agar mendapatkan

penanganan yang lebih lanjut terkait tumornya. Tanggal 16 Januari 2023 pasien masuk ke RSPAL dr. Ramelan dengan keluhan utama tidak bisa melihat TD: 142/102 mmHg; N: 80x/menit; S: 36,5°C; SpO₂: 99%; RR: 20x/menit; GCS: x56. Pasien mendapatkan terapi berupa RL 2 kolf/24 jam, Dexamethazon 3x2 amp, Omeprazole 2x1 amp, Antrain 3x1 amp.

Penulis pada saat melakukan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023, didapatkan bahwa pasien mengeluh pusing. Ny.T juga mengeluh tidak bisa melihat, dan juga mengatakan bahwa sudah 5 hari belem BAB. Saat dilakukan pemeriksaan bising usus didapatkan hasil bising usus 5x/menit, serta pada abdomen teraba massa pada rektal.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Data dari tinjauan pustaka mengatakan bahwa riwayat penyakit dahulu seperti sering terjadinya pusing sewaktu-waktu (Fabiana Meijon, 2019). Pengkajian riwayat penyakit dahulu ini merupakan data yang perlu dikaji lebih dalam dan jauh tentang riwayat kesehatan pasien sebelum terkena tumor otak.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada data riwayat penyakit keluarga ini bertujuan untuk mendapatkan penyebab dari tumor otak. Melakukan pengkajian kepada keluarga tentang adanya penyakit serupa atau penyakit keturunan seperti DM dan hipertensi, data yang ditemukan pada Ny.T ditemukan bahwa orang tuanya mengidap penyakit hipertensi. Riwayat tumor otak dalam satu keluarga sangat jarang sekali.

4.4.3 Pemeriksaan Fisik

Pada tahap pemeriksaan fisik didapatkan beberapa keluhan/masalah dari pasien yang dapat digunakan untuk mengangkat diagnosis keperawatan yang akurat ataupun masih risiko. Penulis membuat pemeriksaan berupa B1-B6 dengan tujuan untuk mengetahui lebih dalam dan akurat terkait permasalahan setiap sistemnya. Berikut adalah beberapa hal yang dilakukan berdasarkan persistem seperti dibawah ini:

1. B1 sistem pernapasan (*Breath*)

Pada pemeriksaan fisik pernapasan penulis tidak menemukan adanya gangguan pernapasan. Pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan dada pasien normal, tidak terdapat otot bantu pernapasan. Pasien bernapas dengan normal yaitu eupnea, tidak ada taktil / *vocal fremitus*. Pasien juga tidak ada sesak, tidak batuk, tidak ada sputum, serta tidak terdapat sianosis. Penulis dalam melakukan pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada. Penulis saat melakukan pemeriksaan auskultasi pasien tidak terdapat suara napas tambahan, suara napas normal yaitu veskuler, serta RR : 20 x/menit. Dari pemeriksaan yang dilakukan penulis ini sesuai dengan data yang mengatakan bahwa apabila ada komprehensi pada oblongata maka akan terdapat gangguan pernapasan. Akan tetapi, tidak ada komprehensi pada oblongata sehingga pasien tidak mengalami gangguan pernapasan (Alfiyah, 2018). Penulis saat melakukan pengkajian di B1 tidak ditemukan gejala mayor minor sehingga penulis tidak menemukan masalah keperawatan pada B1.

2. B2 kardiovaskuler (*Blood*)

Penulis melakukan pemeriksaan pada B2 untuk mendapat data tentang kardiovaskuler pasien. Penulis melakukan pemeriksaan secara mendetail kepada pasien serta mendapatkan hasil pengkajian seperti berikut ini: TD: 169/111 mmHg dan nadi: 83x/menit. Pemeriksaan inspeksi didapatkan, konjungtiva ananemis, tidak terdapat sianosis. Pemeriksaan palpasi, didapatkan ictus cordis normal, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, CRT<2 detik, akral teraba hangat, serta tidak terdapat oedeme. Pemeriksaan auskultasi didapatkan bunyi jantung reguler. Pasien Ny.T mengetahui hipertensi sejak 4 bulan yang lalu saat dilakukan pemeriksaan di puskesmas di daerah Mojokerto. Berdasarkan hasil pemeriksaan, Ny.T tidak ada masalah keperawatan pada sistem sirkulasi, ini sesuai dengan pendapat dari (Alfiyah, 2018), bahwa apabila ada kelainan pada medulla oblongata maka akan terdapat gangguan atau kegagalan pada sirkulasi.

3. B3 persarafan (*Brain*)

Penulis melakukan pemeriksaan pada B3 karena sering kita jumpai pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak akan sering bermasalah pada B3 persarafan. Saat melakukan pemeriksaan didapatkan keadaan umum pasien Composmentis dengan GCS: X56 (X: karena pasien mengalami kebutaan sehingga tidak dapat terkaji), bentuk hidung tampak simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien. Akan tetapi, pasien terganggu pada penglihatannya, reaksi pupil midrasis, sklera anikterik, konjungtiva ananemis, pasien tidak pernah kejang. Penulis melakukan pemeriksaan palpasi didapatkan, pasien mampu menekuk kedua kaki tanpa adanya hambatan, brudziynki pasien mampu menekuk kedua kaki kanan

dan kiri dengan normal tanpa adanya hambatan ataupun tahanan. Penulis melakukan pemeriksaan perkusi dan didapatkan, pada triceps pasien mampu meluruskan kedua tangan kanan kiri dengan normal tanpa adanya gangguan, biceps pasien mampu menekuk kedua tangan kanan kiri tanpa adanya gangguan. Penulis juga melakukan pemeriksaan nervus dan didapatkan hasil seperti ini: (Fabiana Meijon, 2019)

a. Olfaktori

Pada pasien Ny.T dengan diagnosis tumor otak tidak mengalami gangguan saraf olfaktori sehingga tidak mengalami gangguan pada penciumannya seperti membedakan aroma dengan baik tanpa adanya hambatan. Data yang didapatkan dari pengkajian sesuai karena tidak ada gangguan pada penciuman sehingga saraf olfaktori normal atau tidak terdapat gangguan.

b. Optik

Penglihatan pasien tidak normal karena tidak dapat merespon stimulus cahaya sama sekali. Sesuai yang didapatkan pada bab 2 bahwa saat tuor muncul di lobus temporal maka pasien akan mengalami gangguan indra penglihatan baik hilang sebagian ataupun seluruhnya.

c. Okumolotor

Pergerakan bola mata pasien kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah dapat bergerak dengan normal tanpa adanya hambatan.

d. Troklear

Pasien dapat menggerakkan bola mata secara memutar tanpa ada hambatan sama sekali.

e. Trigemial

Pasien dapat menggerakkan rahang ke semua sisi, serta dapat memejamkan mata tanpa adanya hambatan. Maka pasien tidak mengalami tumor pada batang otak sesuai dengan data pengkajian dan juga data pada bab 2.

f. Abdusen

Pasien dapat menggerakkan bola mata serta kelopak mata bagian atas.

g. Fasialis

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan wajah pasien tampak simetris, garis senyum pada tepi mulut, dapat mengangkat alis, dapat menutup mata, dapat mengembungkan pipi, serta dapat bersiul

h. Vestibulocochlear

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan pendengaran pasien normal tanpa adanya gangguan.

i. Glosofaringeal

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan pasien dapat merasakan makanan dengan baik seperti manis, asin, maupun asam.

j. Vagus

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan faring dan laring pasien normal tanpa adanya gangguan

k. Accesorius

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan pasien dapat menggerakkan lehernya kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah tanpa adanya gangguan.

1. Hypiglosus

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan pasien bahwa tidak ada masalah pada lidah, tidak terdapat deviasi ke salah satu sisi, serta pasien dapat menelan tanpa adanya gangguan.

Penulis merumuskan masalah keperawatan tersebut karena dari data yang didapatkan menunjuk beberapa tanda gejala mayo dan minor. Dari data pemeriksaan pada B3 persarafan di atas dapat disimpulkan bahwa pasien Ny.T mengalami masalah keperawatan yaitu penurunan kapasistas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak), gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, serta risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan.

4. B4 sistem perkemihan (*Bladder*)

Penulis melakukan pemeriksaan pada B4 sistem perkemihan dan melakukan pengkajian kepada pasien saat di rumah sakit serta sebelum masuk rumah sakit agar mengetahui bagaimana perkembangan dari sistem perkemihan pada pasien. Tujuan penulis melakukan pemeriksaan di B4 sistem perkemihan untuk melihat apakah ada tanda gejala mayor minor yang dapat meurujuk kepada masalah keperawatan. Penulis saat melakukan pemeriksaan sistem perkemihan pada pasien Ny.T didapatkan bahwa kebersihan pasien baik, ekskresi baik, keadaan kandung kemih baik, tidak ada nyeri tekan, eliminasi uri SMRS yaitu 4-6 kali dengan jumlah ± 1000 cc/24 jam serta bewarna kekuningan. Namun saat MRS jumlah urin yang dikeluarkan lebih banyak karena beberapa faktor seperti adanya tambahan masuknya cairan infus sehingga didapatkan eliminasi sebanyak 4-6 kali dengan

jumlah ± 1500 cc/24 jam dengan warna kekuningan. Pasien juga tidak menggunakan alat bantu perkemihan serta tidak ada gangguan pada sistem perkemihan.

5. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Penulis melakukan pemeriksaan b5 sistem pencernaan kepada pasien untuk melihat apakah ada masalah keperawatan pada pasien dengan didukung dengan data mayor minor. Penulis saat melakukan pemeriksaan pada sistem pencernaan melakukan beberapa teknik yaitu inspeksi, auskultasi, serta palpasi. Penulis mendapatkan data pengkajian berupa mulut pasien Ny. T tampak bersih tidak ada sariawan, membran mukosa tampak lembab, lidah pasien tampak bersih, nafsu makan normal, serta saat di rumah sakit mendapatkan diit garam untuk mengurangi gejala dari hipertensinya. Pasien juga mengatakan tidak ada nyeri telan maupun kesulitan dalam menghabiskan makanan karena porsi makan selalu habis. Akan tetapi, bising usus pasien Ny.T turun yaitu 5 x/menit serta teraba hepatomegaly dan massa pada rektal. Dari data pengkajian tersebut penulis menyimpulkan bahwa ada gangguan pada sistem pencernaan berupa masalah keperawatan konstipasi. Disini penulis mengangkat masalah keperawatan konstipasi karena pasien Ny.T belum BAB selama 5 hari, konstipasi tersebut diakibatkan pasien kurang beraktivitas hanya rebahan saja di atas kasur sehingga peristaltik usus menurun hingga menyebabkan konstipasi.

6. B6 Muskuloskeletal (*Bone*)

Penulis saat melakukan pengkajian didapatkan data pasien Ny.T yaitu warna kulit sawo matang, kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi dan tidak ada oedema. Pasien dapat bergerak dengan bebas tanpa adanya gangguan, turgor kulit normal CRT < 2 detik, pasien juga tidak terdapat fraktur tulang. Akan tetapi pasien dalam

melakukan aktivitas sehari-hari dibantu oleh orang lain karena gangguan penglihatannya. Penulis menyimpulkan dari pemeriksaan fisik pada pasien tidak ditemukan masalah keperawatan.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Penulis membuat diagnosis keperawatan berdasarkan data yang didapatkan dari pengkajian awal pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Setelah penulis mendapatkan data berupa data subjektif maupun data objektif, penulis mencocokkan data yang diperoleh dengan tinjauan pustaka serta menggunakan buku acuan ilmu keperawatan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI. Akhirnya penulis menemukan masalah keperawatan pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya sebagai berikut:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak) ditandai dengan pasien mengeluh pusing; TD: 169/111 mmHg; Nadi: 83 x/menit; GCS: X56; terdapat tumor pada otak; hasil pemeriksaan CT Scan (fisura orbita kanan ukuran $\pm 3,87 \times 3,31 \times 3,99$ cm); serta pasien nampak gelisah. Penulis mengangkat diagnosis penurunan kapasitas adaptif intrakranial karena berdasarkan data yang dikaji oleh penulis menunjukkan bahwa masalah keperawatan ini menjadi masalah keperawatan utama mengingat apabila fungsi otak terganggu maka akan mengakibatkan masalah keperawatan lainnya, ataupun bisa membuat kondisi pasien memburuk seperti kejang atau kematian.
2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan ditandai dengan pasien mengatakan tidak bisa melihat; pasien mengatakan tidak ada cahaya apapun saat dilakukan pemeriksaan refleksi pada mata;

pasien terlihat melamun; pasien tidak mengetahui waktu, tempat, orang, dan situasi. Penulis mengangkat diagnosis tersebut karena data mayor dan minor mendukung untuk diangkat masalah keperawatan tersebut. Penulis juga menemukan bahwa gangguan penglihatan pada pasien diakibatkan karena *fisure orbita* kanan ukuran $\pm 3,87 \times 3,31 \times 3,99$ cm dengan vasogenix yang luas menyebabkan penekanan ventrikel lateris kanan dan *midline shift* sejauh $\pm 0,93$ cm ke sisi kiri. Dari data tersebut didapatkan bahwa gangguan penglihatan pada pasien diakibatkan karena pergeseran lesi yang mengenai saraf penglihatan sehingga saraf penglihatan mengganggu penglihatan pasien tersebut. Penulis mengharapkan agar pasien mampu beradaptasi dengan kondisi saat ini sehingga seminimal mungkin pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

3. Konstipasi berhubungan dengan aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan ditandai dengan pasien mengatakan belum BAB selama 5 hari terakhir; pasien mengatakan saat BAB lama dan sulit; pasien mengatakan hanya tiduran saja selama mengalami kebutaan; feses keras; peristaltik usus menurun (5 x/menit); teraba massa pada rektal. Penulis mengangkat diagnosis keperawatan konstipasi dikarenakan data yang didapatkan dapat mendukung data mayor minor pada masalah keperawatan konstipasi tersebut. Konstipasi sendiri terjadi karena aktivitas harian pasien kurang dari yang dianjurkan diakibatkan oleh gangguan penglihatan yang membuat pasien kurang beraktivitas sehingga peristaltik usus menurun hingga menyebabkan konstipasi.

4. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan. Penulis merumuskan masalah keperawatan tersebut karena pasien menunjukkan beberapa data yang mendukung untuk diangkat masalah keperawatan risiko jatuh. Pada saat pengkajian penulis menemukan bahwa pasien mengalami gangguan penglihatan (kebutaan) sehingga setiap kegiatannya dibantu oleh keluarga maupun tenaga kesehatan yang berada di dekatnya. Pasien juga dilakukan injeksi intravena (infus) sehingga didapatkan hasil Skor *Morse Fall* sebesar 65. Oleh karena itu, penulis merumuskan masalah keperawatan risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada bab 2 tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada buku 3S (SDKI, SKLI, dan SIKI) semua yang terdapat pada buku 3S dicantumkan pada tinjauan pustaka. Penulis melakukan intervensi sesuai dengan acuan dari buku SIKI sehingga penulis dapat melakukan intervensi dengan tepat dan benar. Perlu dipahami bahwa tidak semua intervensi dari buku SIKI dapat diintervensikan kepada pasien tapi harus disesuaikan kembali dengan kondisi pasien dan melihat apa kriteria hasil yang ingin didapatkan oleh penulis.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak)

Penulis menggunakan intervensi utama berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial. Penulis mengambil intervensi utama tersebut agar bertujuan untuk kapasitas adaptif intrakranial meningkat. Apabila tekanan intrakranial tidak dipantau serta tidak dilakukan untuk menjaga tekanan intrakranial maka akan dapat menyebabkan masalah yang lebih

serius seperti gangguan perfusi serebral sehingga dapat mengakibatkan cedera pada otak. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, serta tekanan darah membaik. Dengan intervensi keperawatan Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral); Monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas; Memonitor MAP; Monitor penurunan tingkat kesadaran; Pertahankan posisi kepala dan leher netral; Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan; Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu.

2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Penulis menggunakan intervensi utama minimalisasi rangsangan dengan kriteria hasil persepsi sensori membaik. Penulis menggunakan intervensi utama tersebut dengan maksud agar pasien dapat beradaptasi dengan kondisinya saat ini. Apabila tidak dilakukan minimalisasi rangsangan hal tersebut akan membuat pasien Ny.T sulit untuk beradaptasi dan akan menimbulkan kecemasan pada pasien karena tidak tau cara minimalisasi stimulus. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: respon sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik, serta melamun menurun. Dengan intervensi keperawatan Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan; Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang); Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat; Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, dll); Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan.

3. Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan

Penulis menggunakan intervensi utama manajemen eliminasi fekal dengan tujuan untuk meningkatkan eliminasi fekal. Penulis melakukan intervensi manajemen eliminasi fekal agar pasien mampu mengeluarkan fekal yang berada di pasien. Apabila tidak dikeluarkan maka akan menyebabkan komplikasi seperti pembengkakan pembuluh darah di anus (wasir). Mengejam saat BAB dapat menyebabkan pembengkakan di pembuluh darah di dalam dan disekitar anus bahkan dapat mengakibatkan robekan kulit di anus (fisura anus). Oleh karena itu, penulis melakukan intervensi utama manajemen eliminasi fekal kepada pasien Ny.T. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: kontrol pengeluaran fekal membaik, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejam saat defekasi menurun, peristaltik usus membaik. Dengan intervensi keperawatan Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume); Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impikasi; Berikan air hangat setelah makan; Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses; Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

4. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan

Penulis menggunakan intervensi utama pencegahan jatuh kepada pasien Ny.T agar pasien tidak jatuh saat melakukan aktivitas harian maupun terjatuh dari tempat tidur. Apabila pencegahan risiko jatuh ini tidak diterapkan kemungkinan besar pasien akan jatuh dikarenakan gangguan penglihatan yang dialami oleh pasien

Ny.T. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat di kamar mandi mendurun. Dengan intervensi keperawatan Identifikasi faktor risiko jatuh; Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh; Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci; Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan untuk berpindah. Penulis berharap setelah dilakukan intervensi keperawatan utama pencegahan risiko jatuh agar pasien mampu beradaptasi dengan keadaannya serta agar tidak jatuh. Apabila jatuh maka pasien akan mengalami gangguan lainnya seperti cedera pada tulang maupun pada otak.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu tindakan atau perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun penulis pada rencana keperawatan sebelumnya. Implementasi pada tinjauan pustaka tidak sepenuhnya digunakan karena penulis akan menyesuaikan kembali dengan keadaan pasien saat ini agar memberikan proses asuhan keperawatan yang lebih efektif dan maksimal. Dalam melaksanakan ini faktor lain perlu diperhatikan seperti faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan seperti halnya adanya kerja sama antar rekan perawat, dokter, ahli gizi, maupun apoteker, serta tenaga kesehatan lainnya sehingga asuhan keperawatan kepada pasien akan menjadi mudah terlaksana dan lebih efektif. Berikut beberapa tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis masing-masing:

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosis keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak) dimulai pada tanggal 23 Januari 2023 dengan beberapa tindakan seperti berikut: Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (fisura orbita kanan ukuran $\pm 3,87 \times 3,31 \times 3,99$ cm dengan vasogenik edema yang luas yang menyebabkan penekanan ventrikel lateris kanan dan *midline shift* sejauh $\pm 0,93$ cm ke sisi kiri); Memberikan injeksi antrain untuk meringankan sakit kepala pasien; Memonitor peningkatan TIK (TD: 169/111 mmHg, nadi 83x/menit); Memonitor MAP (MAP : $(169 + (2 \times 111)) / 3 = 130$ mmHg); Memonitor penurunan tingkat kesadaran (GCS: x56); Memberikan posisi elevasi kepada pasien dengan tujuan untuk meningkatkan aliran darah ke otak sehingga suplai O₂ ke otak menjadi meningkat (Arif & Atika, 2019); Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan (perawat menjelaskan tujuan dari pemantauan kepada px dan keluarga agar tidak terjadi komplikasi pada px seperti kejang). Penulis melakukan implementasi tersebut agar dapat memonitor tekanan intrakranial pada pasien Ny.T karena apabila tidak dikontrol untuk tekanan intrakranial maka dapat menyebabkan hal yang tidak diinginkan seperti gangguan perfusi serebral sehingga dapat mengakibatkan cedera pada otak bahkan sampai menjadi kematian.

2. Gangguan Persepsi Sensori

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dimulai tanggal 23 Januari 2023 dengan beberapa tindakan seperti berikut ini: Memeriksa status

mental, status sensoris, dan tingkat kelelahan (menanyakan kepada px apa yang dirasakan sekarang dan juga memeriksa 12 saraf kranial); Diskusi tingkat toleransi terhadap beban sensoris (memberikan edukasi kepada px untuk menanyakan situasi di sekitar serta edukasi kepada keluarga px untuk memberikan tanggapan kepada px); Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat (membuatkan jadwal kepada keluarga px, kapan px harus bangun, kapan px harus tidur, kapan px harus makan, dsbnya); Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mengatur keadaan sekitar px agar px tau keadaan sekitar walaupun keadaan px tidak bisa melihat); Meminimalkan prosedur/tindakan kepada pasien. Penulis melakukan beberapa implementasi di atas dengan tujuan untuk mengetahui keadaan 12 saraf kranial pada pasien Ny.T serta untuk mengontrol keadaan stimulus pada pasien agar tidak menimbulkan masalah lain pada pasien seperti gangguan rasa nyaman dan gangguan pola tidur.

3. Konstipasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosis keperawatan konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan dimulai tanggal 23 Januari 2023 dengan beberapa tindakan seperti berikut ini: Memonitor BAB (mis: warna, frekuensi, konsistensi, dan volume); Memonitor tanda dan gejala konstipasi (px tidak BAB selama 5 hari); Memberikan air hangat setelah makan (edukasi px agar setelah makan untuk minum air hangat); Menganjurkan px untuk mencatat frekuensi, konsistensi dan volume feses; Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (edukasi px agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari). Penulis melakukan implementasi di atas agar pasien mampu melakukan eliminasi fekal secara normal. Penulis juga menyarankan agar pasien meningkatkan volume

minum dengan tujuan untuk dapat melancarkan BABnya. Penulis juga menyarankan agar pasien atau keluarganya untuk mencatat frekuensi, konsistensi, dan volume feses agar penulis dapat memantau dan merencanakan tindakan selanjutnya.

4. Risiko Jatuh

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosis keperawatan risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan dimulai tanggal 23 Januari 2023 dengan beberapa tindakan seperti berikut ini: Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (px risiko jatuh karena gangguan penglihatan); Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mengamankan px dengan memastikan bahwa lantai tidak licin, pagar bed terkunci, dan membantu ADL px) dengan tujuan untuk dapat mengetahui apa saja faktor yang menyebabkan jatuh; Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci supaya tempat tidur dapat terjaga pada posisinya; Menganjurkan px untuk selalu memanggil perawat atau keluarga dalam ADL (seperti ke toilet, berpindah, dsbnya). Penulis melakukan implementasi tersebut supaya pasien tidak jatuh baik dari tempat tidur maupun saat melakukan aktivitas harian lainnya.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan belum dapat terlaksana karena merupakan kasus semu sedangkan dalam kasus penulis evaluasi dapat dilakukan karena ditemukan pada kasus sebenarnya yang dialami oleh pasien Ny.T secara langsung. Berikut hasil evaluasi keperawatan penulis kepada pasien Ny. T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak) (D.0066).

Pada masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial, kriteria hasil pada perencanaan adalah tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, serta tekanan darah membaik. Selama melakukan proses asuhan keperawatan penulis mendapatkan hasil SOAP pada hari ke-3 tanggal 25 Januari 2023 didapatkan pasien mengatakan masih pusing; GCS:X56; TD: 155/92 mmHg; N: 81x/menit; S: 36,4°C; RR: 20x/menit; SpO₂: 96%; MAP: 113 mmHg; pasien belum mampu berinteraksi dengan baik. Maka dapat disimpulkan masalah keperawatan pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya belum teratasi karena hasil SOAP masih belum sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan penulis.

2. Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0085).

Pada masalah keperawatan gangguan persepsi sensori, kriteria hasil berupa respon sesuai stimulus membaik; konsentrasi membaik; serta melamun menurun. Penulis mendapatkan hasil SOAP pada hari ke-3 tanggal 25 Januari 2023 didapatkan yaitu: pasien mengatakan masih belum bisa melihat; pasien belum dapat merespon stimulus cahaya pada saat dilakukan pemeriksaan cahaya pada mata; pasien nampak melamun; pasien belum dapat mengetahui waktu; TD: 155/92 mmHG; nadi: 81x/menit; RR: 20x/menit; S: 36,4°C. Maka dapat disimpulkan masalah keperawatan pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

belum teratasi karena hasil SOAP masih belum sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan penulis.

3. Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan (D.0049)

Pada masalah keperawatan konstipasi, kriteria hasil berupa kontrol pengeluaran fekal membaik; keluhan defekasi lama dan sulit menurun; mengejan saat defekasi menurun; serta peristaltik usus mebaik. Penulis mendapatkan hasil SOAP pada hari ke-3 tanggal 25 Januari 2023 didapatkan yaitu: pasien mengatakan sudah dapat BAB namun masih keras dan sulit; pasien sudah mulai dapat BAB dengan jumlah sedikit: konsistensi feses keras; peristaltik usus 6x/menit; serta masih teraba massa pada rektal. Maka dapat disimpulkan masalah keperawatan pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya belum teratasi karena hasil SOAP masih belum sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan penulis.

4. Risiko Jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan (D.0143)

Pada masalah keperawatan risiko jatuh, kriteria hasil berupa: jatuh dari tempat tidur menurun; jatuh saat berdiri menurun; jatuh saat di kamar mandi menurun. Penulis mendapatkan hasil SOAP pada hari ke-3 tanggal 25 Januari 2023 didapatkan yaitu: pasien mengatakan saat ke toilet selalu didampingi dengan keluarga; pasien nampak memanggil orang lain saat melakukan ADL; bed selalu terkunci; skor *Morse Fall Scale*: 65. Maka dapat disimpulkan masalah keperawatan pada pasien Ny.T di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya belum teratasi karena hasil SOAP masih belum sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan penulis.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengambilan data sampai dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan diagnosis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 23 Januari 2023 sampai 25 Januari 2023. Maka penulis dapat membuat kesimpulan serta memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak.

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis menguraikan berbagai persamaan serta perbedaan antara teori dan kejadian langsung di lapangan. Maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien Ny.T dengan diagnosis Tumor Otak dilakukan dengan menggunakan sistem asuhan keperawatan KMB yaitu menggunakan pendekatan persistem mulai dari B1-B6 serta menggunakan berbagai data penunjang seperti hasil Lab, CT Scan, serta MRI untuk mendapatkan hasil yang akurat. Berdasarkan analisa data yang dirumuskan oleh penulis, penulis menemukan terdapat 4 masalah keperawatan saat melakukan pengkajian berupa penurunan kapasistas adaptif berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor otak), gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, konstipasi berhubungan dengan aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan, serta risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan.

2. Penulis dalam merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny.T dengan diagnosis medis menggunakan teori yang telah dipelajari dari berbagai literatur serta menggunakan buku ilmu keperawatan yaitu 3S (SDKI, SLKI, SIKI) sehingga penulis akan mendapatkan hasil yang akurat. Serta penulis merumuskan beberapa diagnosis keperawatan seperti: Penurunan kapasitas adaptif, gangguan persepsi sensori, konstipasi, dan risiko jatuh.
3. Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak penulis menyesuaikan dengan masalah keperawatan pada pasien serta menggunakan buku SIKI untuk merumuskan intervensi apa yang tepat digunakan pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak sehingga menghasilkan hasil yang maksimal.
4. Implementasi keperawatan, penulis melakukan tindakan keperawatan kepada pasien Ny.T dengan diagnosis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya menyesuaikan dengan kebutuhan dari pasien agar menghasilkan hasil yang maksimal.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan diagnosis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya belum berhasil karena hasil SOAP masih belum menunjukkan ke kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis. Serta minimnya waktu dan kondisi pasien yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan operasi *Craniotomy* agar tumor otak dapat segera diangkat dan masalah keperawatan akan dapat teratasi.

5.2 Saran

Penulis juga memberikan saran setelah melakukan proses asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan diagnosis Tumor Otak di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya sebagai berikut:

5.2.1 Akademisi

Karya Tulis Ilmiah ini akan menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk mengetahui dan memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak.

5.2.2 Praktisi

1. Bagi pasien dan keluarga

Pastisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus tumor otak, sangat dibutuhkan untuk memudahkan penulis serta tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan proses asuhan keperawatan kepada pasien dengan maksimal

2. Bagi perawat di ruangan

Perawat di ruangan hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis tumor otak. Misalkan dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis tumor otak.

3. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang tepat, cermat, dan cepat pada kasus Tumor Otak sangat dibutuhkan agar mencegah terjadinya penyebaran tumor otak ke daerah otak

lainnya serta untuk memberikan penanganan yang lebih baik lagi bagi pasien. Penanganan ini akan memberikan dampak yang sangat baik bagi pasien karena akan mencegah munculnya masalah lain yang lebih serius seperti kejang hingga kematian.

4. Bagi Penulis

Penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah pada kasus diagnosis Tumor Otak, kerja sama antar tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan agar lebih maksimal dan akurat, serta penulis juga memerlukan beragam referensi terbaru agar memberikan informasi yang lebih *update* karena penyakit saat ini lebih beragam dan tentunya memerlukan referensi terbaru juga.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiah, R. (2018). Anataomi Otak dan Fisiologi Otak. *Universitas Muhammadiyah Malang*, 9, 6–47.
- Aninditha, T., Nevada, V., Sofyan, H. R., Odilo, J., & Andriani, R. (2020). *Karakteristik Klinis Tumor Intrakranial pada Dua Rumah Sakit Rujukan Nasioanal Tahun 2018*.
- Arif, H. K., & Atika, D. A. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417–422.
- Fabiana Meijon, F. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.L dengan Diagnosa Medis Tumor Cerebri di Ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya*.
- Ghozali, M., & Sumarti, H. (2021). Pengobatan Klinis Tumor Otak pada Orang Dewasa. *Jurnal Phi*, 2(1), 1–14.
- Mufida, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Nn. L. dengan diagnosa medis Malignant Neoplasma Brain (Tumor Otak) di Ruang ICU Central RSPAL dr. Ramelan Surabaya*.
- Nabilah, N. (2022). Asuhan Keperawatan Kegawatandaruratan Pada Ny.T dengan Tumor di Instalasi Gawat Darurat RSUD Universitas Muhammadiyah Malang. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- PPNI, T. P. S. D. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi pert). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indoneisa.
- PPNI, T. P. S. D. (2017b). *Standar Intervensi Keperawawtan Indonesia* (Edisi pert).

Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T. P. S. D. (2017c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi pert).

Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Ramadhani, R. A., Wahyu, B., & Purbaningtyas, R. (2021). Klasifikasi Tumor Otak Menggunakan Convolutional Neural Network Dengan Arsitektur EfficientNet-B3. *JUST IT : Jurnal Sistem Informasi, Teknologi Informasi, Dan Komputer*, 11(3), 55–59.

Widodo, E. (2017). *Pola Fungsional Menurut Gordon*.

<https://endripku.wordpress.com/2017/10/15/teori-menurut-gordon/>

Yueniwati, Y. (2017). *Pencitraan Pada Tumor Otak Modalitas dan Inerpretasinya*.

UB Press.

[https://www.google.co.id/books/edition/Pencitraan_pada_Tumor_Otak/wlpV](https://www.google.co.id/books/edition/Pencitraan_pada_Tumor_Otak/wlpVDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=pencitraan+pada+tumor+otak&pg=PT44)

[DwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=pencitraan+pada+tumor+otak&pg=PT44](https://www.google.co.id/books/edition/Pencitraan_pada_Tumor_Otak/wlpVDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=pencitraan+pada+tumor+otak&pg=PT44)

[&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Pencitraan_pada_Tumor_Otak/wlpVDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=pencitraan+pada+tumor+otak&pg=PT44)

Lampiran 1

SOP Pemberian Obat Oral

Pengertian	Suatu tindakan dalam memberikan obat dengan cara di minumkan ke pasien
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaksanakan pemberian obat kepada pasien dengan cara diminumkan ke pasien
Kebijakan	<p>Alat dan bahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obat tablet, kapsul atau cair • Air susu jus (bila tidak ada kontra indikasi) dalam gelas • Sendok k/p • Penumbuk obat k/p • Gelas pengukur obat k/p • DO (daftar obat) <p>Persiapan Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien setengah duduk atau duduk di tempat tidur bila memungkinkan • Pasien yang tidak bisa mobilisasi, posisikan kepala pasien untuk miring ke salah satu bagian tubuh <p>Persiapan petugas</p> <ul style="list-style-type: none"> • APD kalau diperlukan
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur 2. Perawat menyiapkan obat oral sesuai dosis untuk pasien 3. Perawat membawa obat oral yang telah disiapkan 4. Perawat melakukan dobel cek dengan perawat lain 5. Perawat memberikan tanda tangan pada kolom yang disediakan sebagai bukti dobel cek telah dilakukan 6. Perawat melakukan identifikasi sesuai prosedur 7. Perawat menjelaskan kepada pasien/keluarga tentang obat yang akan diminum, bila tidak ada pertanyaan obat baru dibuka dari bungkus dan diberikan kepada pasien 8. Perawat mengatur posisi pasien dengan nyaman untuk mempermudah pasien menelan obat yang akan diberikan 9. Perawat meminumkan obat oral ke pasien dengan menawarkan kepada pasien dengan apa pasien harus minum obat 10. Perawat meminumkan obat dengan memperhatikan

	<p>kondisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none">11. Perawat melakukan obserbasi kepada pasien waktu minum obat, apakah benar-benar diminumkan atau tidak, bila pasien kesulitan menelan, masukkan jari dengan sarung tangan untuk memasukkan obat jauh ke belakang baru diberikan minum12. Perawat melakukan kebersihan tangan sesuai prosedur13. Perawat melakukan cek kembali setelah 30 menit untuk melihat respon klien terhadap obat oral14. Perawat melaukan dokumentasi tindakan pemberian obat oral dengan melingkari pada jam program pemberian obat oral yang telah ditentukan dan mendokumentasikan respon pasien ke dalam catatan terintegrasi
--	---

Lampiran 2

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	Pemeriksaan Fisik + GCS + 12 Nervus Kranial
Pengertian	Melakukan pemeriksaan pada klien dengan teknik <i>cephalocaudal</i> melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi
Tujuan	Untuk menilai status kesehatan klien, mengidentifikasi faktor resiko kesehatan dan tindakan pencegahan, mengidentifikasi pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan, mengevaluasi terhadap perawatan dan pengobatan pada klien
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asma Bronchial 2. Bronkhopneumonia 3. Bronkitis 4. Bronkiolitis
Persiapan Alat	<p>Alat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status klien ▪ Dracing car beralas/baki beralas yang berisi alat2: tensimeter, termometer, stetoskop, jam tangan, Botol 3 buah berisi cairan (air bersih, desinfektant, air sabun), kertas tissue, lampu senter, otoskop, ophthalmoskop (kalau perlu), meteran, refleks hammer, garputala (kalau perlu), spekulum hidung, spatel lidah, kaca laring, sarung tangan, bengkok, kassa steril, timbangan berat badan, bahan aromatik, alat tulis <p>Klien dan lingkungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posisi ▪ Sampiran ▪ Pengosongan rektum dan kandung kemih (kalau perlu)
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan pemeriksaan pada klien 2. Catat nama klien dan tanggal pemeriksaan 3. Cuci tangan 4. Lakukan pemeriksaan keadaan umum / penampilan umum klien 5. Lakukan pemeriksaan tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. Suhu tubuh b. Denyut nadi c. Pernafasan d. Tekanan darah 6. Lakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan 7. Lakukan pemeriksaan kepala dan leher: <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala <ul style="list-style-type: none"> - Amati bentuk kepala, keadaan kulit kepala, keadaan rambut dan wajah - Rada ubun – ubun (bila umur <2 tahun) dan adanya benjolan b. Mata <ul style="list-style-type: none"> - Amati kelengkapan dan kesimetrisan mata, pupil (ukuran, bentuk, respon terhadap cahaya), kornea, konjungtiva, dan warna sklera - Amati dan palpasi kelopak mata/palpebra

	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan test ketajaman penglihatan dengan kartu snellen (kp) - Ukur tekanan bola mata dengan tonometer (kp) - Lakukan test luas lapangan pandang (kp) c. Hidung <ul style="list-style-type: none"> - Amati posisi septum nasi - Amati lubang hidung seperti kelembaban, mukosa, sekret dan adanya polip, apabila perlu gunakan spekulum - Amati adanya pernafasan cuping hidung d. Telinga <ul style="list-style-type: none"> - Amati dan raba bentuk telinga, ukuran telinga dan ketegangan daun telinga - Amati lubang telinga: adanya serumen, benda asing, membran tipani - Raba pembesaran kelenjar limfe di depan telinga dan belakang telinga - Apabila perlu lakukan test pendengaran dengan memakai garpu tala e. Mulut dan faring <ul style="list-style-type: none"> - Amati keadaan bibir - Amati warna bibir - Amati keadaan gusi dan gigi - Amati keadaan lidah - Lakukan pemeriksaan rongga mulut f. Leher <ul style="list-style-type: none"> - Amati dan raba posisi trakea - Amati dan raba pembesaran kelenjar tiroid - Amati dan raba bendungan vena jugularis - Raba nadi karotis - Raba pembesaran kelenjar limfe di leher, supra klavikula <p>8. Lakukan pemeriksaan kulit/integumen dan kuku</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Amati kebersihann kulit dan adanya kelainan b. Amati warna kulit c. Raba kehangatan kulit, kelembaan, tekstur dan turgor d. Amati bentuk dan warna kuku e. Amati warna telapak tangan f. Cek CRT (<i>2apillary refill time</i>) <p>9. Lakukan pemeriksaan ketiak dan payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Amati ukuran, bentuk, dan posisi, adanya perubahan warna, pembengkakan dan luka b. Raba adanya benjolan, nyeri tekan dan sekret c. Raba pembesaran kelenjar limfe di ketiak <p>10. Lakukan pemeriksaan thorak bagian depan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, adanya retraksi interkosta b. Palpasi kesimetrisan pergerakan dada c. Palpasi taktil fremitus d. Palpasi ictus cordis pada area intercosta ke 5 mid klavikula kiri e. Lakukan perkusi dada f. Auskultasi suara nafas: trakeal, brinkhial, bronkovesikuler dan vesikuler g. Auskultasi suara nafas tambahan: ronkhi, wheezing,rales, pleural friction rub
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> h. Auskultasi bunyi jantung I dan II serta bunyi jantung tambahan (kalau ada) i. Auskultasi bising jantung/murmur <p>11. Lakukan pemeriksaan thorak bagian belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi bentuk dada, kesimetrisan pergerakan dada, adanya retraksi interkosta b. Palpasi kesimetrisan pergerakan dada c. Palpasi taktil fremitus d. Lakukan perkusi dada e. Auskultasi suara nafas: trakeal, brinkhial, bronkovesikuler dan vesikuler f. Auskultasi suara nafas tambahan: ronkhi, wheezing,rales, pleural friction rub <p>12. Lakukan pemeriksaan abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi bentuk, adanya massa dan pelebaran pembuluh darah pada abdpmen b. Auskultasi bising usus c. Perkusi bunyi abdomen, cek adanya ascites d. Palpasi nyeri, adanya benjolan, turgor e. Palpasi hepar f. Palpasi lien g. Palpasi titik Mc., Burney h. Palpasi adanya retensio urine i. Palpasi massa feses <p>13. Lakukan pemeriksaan genetalia dan daerah sekitarnya (bila perlu) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Genetalia pria <ul style="list-style-type: none"> - Amati kebersihan rambut pubis, kulit sekitar pubis, kelainan kulit penis dan skrotum, lubang uretra - Raba adanya benjolan atau kelainan pada penis, skrotum dan testis b. Genetalia wanita <ul style="list-style-type: none"> - Amati rambut pubis, kulit sekitar pubis, bagian dalam labio mayora dan labio minora, klitoris, lubang uretra dan perdarahan - Raba daerah inguinal c. Anus <ul style="list-style-type: none"> - Amati adanya lubang anus (pada bayi baru lahir), kelainan pada anus, perineum, benjolan, pembengkakan - Raba adanya nyeri <p>14. Lakukan pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi kesimetrisan otot b. Inspeksi struktur dan bentuk tulang leher, tulang belakang, ekstremitas atas dan bawah untuk mengetahui adanya lordosis, khyposis dan skoliosis c. Amati ROM dan gaya berjalan d. Palpasi adanya oedem e. Uji kekuatan otot f. Amati adanya kelainan pada ekstremitas <p>15. Lakukan pemeriksaan neurologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pemeriksaan tingkat kesadaran dengan GCS (<i>Glasgow Coma Scale</i>)
--	---

	<p>Tata Cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mencuci tangan 2. Petugas membawa pasien ke tempat yang aman 3. Petugas mengkaji respon pasien meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Eye (respon membuka mata) <ol style="list-style-type: none"> (4) spontan (3) dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata) (2) dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari) (1) tidak ada respon b. Verbal (respon verbal) <ol style="list-style-type: none"> (5): orientasi baik (4): bingung; berbicara mengacau (sering bertanya berulang ulang)disorientasi tempat dan waktu (3): kata kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata kata masih jelas,namun tidak dalam satu kalimat, misalnya (aduh bapak) (2): suara tanpa arti (mengerang) (1): tidak ada respon c. Motor (Respon Motorik) <ol style="list-style-type: none"> (6): mengikuti perintah (5): melokalisir nyeri (menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri) (4): withdraws (menghindar/menarik ekstrimitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri) (3): fleksi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri. (2): ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengempal dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri) (1): tidak ada respon 4. hasil pemeriksaan tingkat kesadaran dengan pemeriksaan GCS disajikandengan simbol E.... V..... M 5. petugas mencuci tangan 6. petugas mencatat hasil pemeriksaan <p>Dengan kriteria GCS:</p> <p>14-15: CKR (Cedera kepala ringan)</p> <p>9-13: CKS (Cedera Kepala Sedang)</p> <p>3-8 : CKB (Cedera Kepala Berat)</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Periksa tanda rangsangan menineal/otak: adanya sakit kepala, kaku kuduk, muntah, kejang, penurunan kesadaran dan febris c. Periksa fungsi motorik: ukuran otot, gerakan yang tidak disadari
--	--

	<p>d. Periksa fungsi sensorik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien menutup mata usapkan kapas pada wajah, lengan dan tungkai. Tanyakan respon klien - Anjurkan klien menutup mata, sentuhkan peniti atau benda tajam yang lain pada kulit. Anjurkan klien mengatakan tajam, tumpul atau tidak tahu - Anjurkan klien menutup mata, sentuhkan tabung berisi air hangat dan dingin. Anjurkan klien mengatakan panas, dingin atau tidak tahu <p>e. Periksa saraf kranialis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nervus Olfaktorius: Anjurkan klien menutup mata dan anjurkan klien mengidentifikasi bau yang diberikan - Nervus Optikus: Gunakan Snellen chart pada jarak 5 meter dan periksa lapang pandang klien dengan menyalakan sebuah benda yang bersinar dari samping belakang ke depan - Nervus Oculomotorius: Tatap mata klien dan anjurkan klien untuk menggerakkan mata dari dalam ke luar dan dengan menggunakan lampu senter uji reaksi pupil dengan memberi rangsangan sinar ke dalamnya. - Nervus Trochlearis: Anjurkan klien melihat ke bawah dan kesamping dengan menggerakkan tangan pemeriksa. - Nervus Trigemini: <p>b. Cabang dari optalmikus: Anjurkan klien melihat ke atas, dengan menggunakan kapas sentuhkan pada kornea samping untun melihat refleks kornea. Untuk sensasi kulit wajah, usapkan kapas pada dahi dan paranasalis klien</p> <p>c. Cabang dari maksilaris: Sentuhkan kapas pada wajah klien dan uji kepekaan lidah dan gusi</p> <p>d. Cabang dari mandibularis: Anjurkan klien untuk menggerakkan atau mengatupkan rahangnya dan memegang giginya. Untuk sensasi kulit wajah, sentuhkan kapas pada kulit wajah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nervus Abdusen: Anjurkan klien melirik ke samping kiri kanan dengan bantuan tangan pemeriksa - Nervus Facialis: Anjurkan klien tersenyum, mengangkat alis, mengerutkan dahi. Dengan menggunakan garam dan gula, uji rasa 2/3 lidah depan klien. - Nervus Auditori: Gunakan garputala untuk menguji pendengaran klien - Nervus Glossopharingeal: Anjurkan klien berkata "ah" untuk melihat refleks, anjurkan klien untuk menggerakkan lidah dari sisi ke sisi, atas ke bawah secara berulang-ulang - Nervus Vagus: Anjurkan klien berkata "ah", observasi gerakan palatum dan faring, perhatikan kerasnya suara - Nervus Ascesorius: Anjurkan klien untuk menggeleng dan menoleh ke kiri, kanan dan anjurkan klien mengangkat salah satu bahunya keatas dengan memberi tekanan pada bahu tersebut, Amati kekuatannya - Nervus Hipoglosal: Anjurkan klien untuk menjulurkan dan menonjolkan lidah pada garis tengah kemudian dari sisi ke sisi <p>16. Lakukan pemeriksaan refles fisiologis:</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> a. Reflek Biseps: Posisikan lengan klien dalam fleksi pronasi pegang siku dan lakukan perkusi pada insertio musculus biseps brachi. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. b. Reflek Triseps: Fleksikan lengan klien pada siku dan letakkan tangan klien pada lengan bawah pemeriksa. Lakukan perkusi pada insertio musculus triseps brachi. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. c. Reflek Patella: Atur tungkai klien semifleksi dan terayun. Lakukan perkusi pada tendo patella. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. d. Reflek Brachiradialis: Letakkan lengan bawah klien pada abdomen atau samping lengan kliendengan rileks. Lakukan perkusi pada radius 2-5 cm dari pergelangan. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. e. Reflek Pektoralis: Atur lengan klien semi abduksi. Lakukan perkusi pada lipatan tendon anterior aksila. f. Reflek fleksor jari-jari: Pegang pergelangan tangan klien, ajurkan rileks. Letakkan jari pemeriksa di atas jari klien. Lakukan perkusi di atas jari pemeriksa. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. g. Reflek Achilles: Tumit dalam keadaan rileks dan kaki lurus. Lakukan perkusi pada tendon achiles. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. <p>17. Lakukan pemeriksaan refleks patologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Reflek Babinski: Lakukan penggoresan pada telapak kaki dengan menggunakan benda tumpul. Dari belakang menyusuri bagian lateral dan menyeberang ke medial menuju ibu jari kaki. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. b. Reflek Chaddock: Lakukan penggoresan dengan menggunakan benda tumpul pada tepi kaki mulai dari maleolus lateralis menuju kelingking. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. c. Reflek Schaeffer: Lakukan penekanan pada tendon achiles. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. d. Reflek Gordon: Lakukan penekanan pada musculus gastrocnemius. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. e. Reflek Bing: Lakukan penggoresan secara berulang-ulang pada bagian lateral/sisi luar kaki. Perhatikan reaksi/gerakan yang terjadi. f. Reflek Gonda: Tariklah jari-jari kaki dengan cepat dan hati-hati mulai dari kelingking. Perhatikan reaksi yang terjadi pada ibu jari kaki.
--	--

Lampiran 3

SOP Pemberian Obat Melalui Injeksi Intravena

Pengertian	Pemberian obat intravena adalah cara menyuntikkan obat yang dilakukan pada pembuluh Darah vena.
Tujuan	Memberikan obat kepada klien melalui pembuluh darah vena
Prosedur	<p>A. Persiapan Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan kebutuhan klien akan pemberian obat intravena (IV) 2) Sampaikan salam 3) Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan <p>B. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Baki/meja obat 2) Jarum dan spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat. 3) Kapas alkohol/alkohol swab 4) Bak spuit 5) Torniket 6) Buku obat/catatan 7) Bengkok obat 8) Sarung tangan 9) Tempat sampah medis khusus 10) Perlak/pengalas. <p>C. Persiapan Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cek 7 benar pemberian obat 2) Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien <p>D. Persiapan lingkungan</p> <p>Jaga privasi pasien dengan menutup tirai pada tempat tidur pasien</p> <p>E. Langkah Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuci tangan 2) Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan 3) Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien 4) Dekatkan alat-alat ke klien 5) Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.

	<ol style="list-style-type: none">6) Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan7) Pasang sarung tangan <p>F. Jika Terpasang Infus</p> <ol style="list-style-type: none">1) Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)2) Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)3) Matikan aliran cairan infus ke vena klien.4) Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.5) Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan6) Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.7) Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.8) Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.9) Amati kelancaran tetesan infus.10) Lepaskan sarung tangan11) Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.12) Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut13) Sampaikan salam terminasi14) Cuci tangan15) Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV
--	---