

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *NEOPLASM OF BRAIN* DI RUANG H1 RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA TAHUN 2021



Oleh

SAFIRAH HASNAH, S.Kep
NIM.2130045

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA TAHUN AJARAN 2021-2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS *NEOPLASM OF BRAIN* DI RUANG H1 RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA TAHUN 2021

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh

SAFIRAH HASNAH, S.Kep
NIM.2130045

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA TAHUN AJARAN 2021-2022

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang tuaH Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang TuaH Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2022

Penulis

Safirah Hasnah, S.Kep
NIM. 2130045

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : SAFIRAH HASNAH

NIM : 21.30045

Program Studi : PROFESI NERS

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis
Tumor Otak Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

Ners (NS)

Pembimbing I

Pembimbing II

Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03017

Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep
NIP.197804132006042004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Safirah Hasnah, S.Kep

NIM : 2130045

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis
Neoplasm Of Brain Di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya Tahun 2021.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ns” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah
Surabaya.

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

Penguji II : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03017

Penguji III : Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
NIP.197804132006042004

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sa'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditemukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi menyelesaikan penulisannya, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J, Sp.PD., selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sa'diyah., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

4. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep., Ns., M.Tr.Kep. selaku pembimbing yang telah memberikan arahan, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku penguji yang telah memberikan arahan, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman – teman sealmamater Profesi Ners Angkatan tahun 2021 di STIKes Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan Allah Yang Maha Pemurah dan penulis berharap bahwa karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semuanya.

Surabaya, 04 Juli 2022

Daftar Isi

KARYA ILMIAH AKHIR	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB 1	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Dari Segi Akademis	5
1.4.2 Dari Segi Praktis.....	5
1.5 Metodologi	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik pengumpulan data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2	9
2.1 Konsep Penyakit Tumor Otak	9
2.1.1 Definisi Tumor Otak	9
2.1.2 Etiologi Tumor Otak	10
2.1.3 Anatomi Fisiologi Otak	11
2.1.5 Tanda dan Gejala	16
2.1.6 Klasifikasi Tumor Otak	17
2.1.7 Komplikasi Tumor Otak.....	21
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	22

2.1.9 Penatalaksanaan.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	29
2.3 Kerangka Keperawatan	32
BAB 3	33
3.1 Pengkajian	33
3.1.1 Identitas	33
3.1.2 Riwayat Keperawatan.....	33
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	37
3.1.3.1 Pengkajian persistem (<i>review of system</i>)	37
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	41
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	44
3.3 Intervensi Keperawatan	45
3. 4 Implementasi Keperawatan	46
BAB 4	50
4.1 Pengkajian	50
4.1.1 Identitas	50
4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan	51
4.1.3 Pengkajian persistem (<i>review of system</i>).....	53
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	58
4.3 Rencana Keperawatan.....	60
4.4 Implementasi	62
4.5 Evaluasi	65
BAB 5	68
5.1 Kesimpulan	68
5.2 Saran	69
5.2.1 Bagi Pasien	69
5.2.2 Bagi Perawat.....	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	74

Daftar Gambar

Gambar 2.1 Gambar Tumor Otak	10
Gambar 2.2 Gambar Anatomi Otak	12
Gambar 2.3 Kerangka Keperawatan Tumor Otak.....	32
Gambar 3.1 Pengkajian Nyeri	36

Daftar Tabel

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teori.....	29
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Lab Darah tgl 05 Januari 2022	40
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan CT-Scan tgl 31 Desember 2021	41
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan CT-Scan tgl 05 Januari 2022.....	42
Tabel 3.4 Pemberian Terapi Medis	43

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Curriculum Vitae	73
Lampiran 2. Motto dan Persembahan	74
Lampiran 3. SOP Pemasangan Infus.....	76
Lampiran 4. SOP Pemasangan Kateter	81
Lampiran 5. SOP Pemberian Obat Secara IV, IM, SC	86
Lampiran 6. SOP Pengambilan Darah Vena.....	90

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor otak merupakan salah satu tumor yang tumbuh dibagian otak manusia, tumor ini bisa menyerang pada siapapun individu dan dengan usia berapapun. Pada umumnya tumor dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu tumor jinak atau ganas, tumor adalah neoplasm atau lesi padat yang berasal dari adanya pertumbuhan suatu sel tubuh yang abnormal atau tidak semestinya dan mirip dengan simtoma bengkak, sedangkan otak adalah bagian penting dari tubuh manusia karena otak merupakan syaraf pusat yang mengkordinir serta mengatur seluruh tubuh dan juga pemikiran manusia, oleh sebab itu terjadinya trauma atau cidera sedikit apapun pada otak seseorang dapat menyebabkan hal fatal pada seseorang tersebut. Komplikasi tumor otak menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian kepala penderitanya hal ini disebabkan adanya tumor atau benjolan dan juga mengakibatkan adanya penekanan jaringan otak terhadap sirkulasi darah dan oksigen sehingga menyebabkan sirkulasi suplay oksigen menurun, kemudian penderita mengalami hipoksia serebral, tubuh melakukan kompensasi dengan mempercepat pernafasannya akhirnya penderita mengalami sesak nafas (Hadi Purwanto, 2016)

Secara umum berdasarkan data Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTRUS) tahun 2007-2011, meningioma merupakan tumor tersering, hingga lebih dari 35% dari seluruh tumor otak primer usia dewasa, diikuti glioblastoma (16%). Dari hasil laporan Kemenkes RI, di Amerika Serikat, tumor otak termasuk dalam 10 penyebab kematian tersering, yaitu 1,4% dari seluruh

keganasan dan 2,4% dari seluruh kematian akibat keganasan. data di Amerika menunjukkan insidensi tumor otak adalah 21,42 kasus per 100.000 penduduk pertahun dimana angka insidensi 7,25 per 100.000 penduduk untuk tumor otak ganas dan 14,17 per 100.000 penduduk untuk tumor otak jinak. Berdasarkan data dari Departemen Neurologi RSUPN Cipto Mangunkusumo, selama tahun 2011-2015 didapatkan rerata usia pasien 48 (18-74) tahun dengan proporsi perempuan sedikit lebih banyak dibandingkan laki-laki (55,6% vs 44,4%). Mayoritas tumor primer adalah astrositoma (47%) diikuti meningioma (26%). Anindita dan Malueka (2019) melaporkan data di RS Kanker Dharmais pada tahun 1993-2012 menunjukkan insidens tumor otak sebesar 1% dari seluruh keganasan, juga terutama golongan glioma (67,4%) dan meningioma (16,3%). Nillsson dkk (2018) melaporkan bahwa distribusi tumor otak primer berdasarkan jenis tumor yang terbanyak adalah meningioma (36%), glioma (25%) dan diikuti oleh tumor pituitary dan jenis lainnya. Dan dari data cancer registry dari RSK Dharmais, RSCM, RS Persahabatan angka insidens untuk kanker otak ganas diseluruh dunia adalah 3.4 per 100.000 penduduk, angka mortalitas adalah 4.25 per 100.000 penduduk per tahun, mortalitas lebih tinggi pada pria (Strong dkk, 2015). Berdasarkan dari hasil observasi di lapangan tepatnya di ruang H1 RSPAL DR. Ramelan Surabaya didapatkan data berdasarkan buku registrasi pasien dalam 7 bulan terakhir jumlah pasien penderita tumor otak tahun 2021 sebanyak sebanyak 46 pasien, pasien tumor otak tanpa operasi sebanyak 7 pasien, dan yang telah melakukan operasi *Craniotomy* pengangkatan tumor sebanyak 39 pasien, dan rata-rata pasien tumor otak mengeluhkan nyeri dibagian kepalanya.

Penyebab terjadinya tumor otak sampai saat belum diketahui secara pasti namun terdapat beberapa faktor yang mempunyai peran didalamnya seperti zat-zat karsinogenik paparan radiasi dan genetik yang dapat menyebabkan adanya pertumbuhan sel abnormal sehingga terjadilah tumor otak. Pertumbuhan tumor terus bertambah sehingga mendesak intrakranial dan menyebabkan adanya peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan beberapa masalah diantaranya adanya penekanan pembuluh darah diotak, yang menyebabkan penurunan sirkulasi serebral dan menimbulkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dan gangguan neuromuskuler yang menyebabkan penderitanya mengalami kelemahan dan timbul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola nafas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, selain itu peningkatan tekanan intrakranial juga menyebabkan adanya peregangan pada pembuluh darah yang menyebabkan penderitanya mengalami nyeri pada bagian kepalanya dan timbul masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial.

Peranan perawat disini dalam memberikan pelayanan dan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis tumor otak memberikan dampak yang positif. Perawat dapat melakukan observasi identifikasi nyeri, mengedukasi tindakan terapeutik nonfarmakologi (tarik nafas dalam) untuk mengurangi nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur serta berkolaborasi untuk pemberian obat analgesik. Semua itu harus dilakukan untuk mengatasi masalah dan komplikasi pada tumor otak. Serta perawat juga dapat melakukan edukasi perawatan luka post op bagi pasien tumor otak yang telah melakukan tindakan

operasi saat berada di rumah sehingga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan luka serta mencegah terjadinya infeksi luka pasca operasi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Neoplasm of Brain di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengkaji serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Melakukan dokumentasi pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat, antara lain :

1.4.1 Dari Segi Akademis

Dengan adanya karya ilmiah akhir mengenai asuhan keperawatan pada pasien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan atau studi kasus selanjutnya dan merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan pada klien dengan tumor otak (*Neoplasm of Brain*).

1.4.2 Dari Segi Praktis

Tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien tumor otak (*Neoplasm of Brain*) dengan baik.

2. Bagi penulis

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien tumor otak (*Neoplasm of Brain*).

3. Bagi profesi kesehatan

Hasil karya ilmiah ini diharapkan menjadi tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien tumor otak (*Neoplasm of Brain*).

1.5 Metodologi

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan malignant neoplasm of rectosigmoid yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan 6 proses pendekatan asuhan perawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan pasien, reaksi, respon, sikap pasien dan keluarga pasien.

2. Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan secara langsung untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku klien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Data yang diperoleh dalam pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan

laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan dignosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk memperoleh keterangan tentang kondisi pasien dalam penulisan karya ilmiah akhir ini meliputi:

1. Data Primer

Data primer diperoleh dari pasien, keluarga pasien dengan cara wawancara.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari catatan medis perawat, hasil – hasil pemeriksaan, dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber dari buku, jurnal dan karya tulis lainnya yang relevan dengan kasus penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, antara lain :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah

Akhir.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi mengenai konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus.

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Kesimpulan dan saran, berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoriis mengenai konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan tumor otak (Neoplasm of Brain). Konsep penyakit akan diuraikan pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, klasifikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, komplikasi dan kerangka masalah keperawatan. Sedangkan pada konsep asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit tumor otak (Neoplasm of Brain) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Tumor Otak

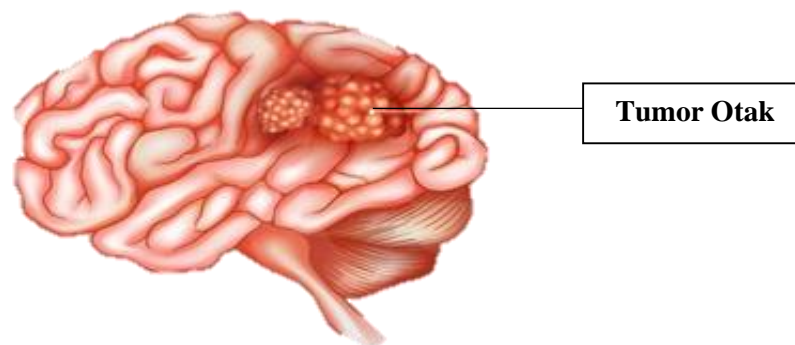
2.1.1 Definisi Tumor Otak

Tumor Cerebri adalah proliferasi dan pertumbuhan tak terkendali sel di dalam dan di sekitar jaringan otak. Tumor otak benigna adalah pertumbuhan jaringan abnormal di dalam otak, tetapi tidak ganas (Wartiningasih, 2017). Tumor otak maligna adalah kanker di dalam otak yang berpotensi menyusup dan menghancurkan jaringan di sekitarnya atau yang telah menyebar (metastase) ke otak dari bagian tubuh lainnya melalui aliran darah (Astuti 2016). Tumor intrakranial merupakan massa jaringan abnormal tempat sel tumbuh dan berlipat ganda tanpa terkendali yang terjadi di dalam tempurung kepala (Erick T 2020).

Tumor otak adalah massa intrakranial, baik primer maupun sekunder (metastasis) yang memberikan gambaran klinis proses desak ruang atau gejala fokal neurologi (Kurniawan dkk, 2016). Tumor otak primer adalah kelompok tumor yang

berasal dari sistem saraf pusat dengan prognosis dan manajemen yang berbeda-beda (Anindita dan Malueka, 2019). Tumor otak sekunder (metastasis) adalah tumor yang berasal dari organ tubuh lain yang menyebar ke otak melalui pembuluh darah (Kheirollahi dkk, 2015).

Tumor otak adalah suatu lesi ekspansif yang bersifat jinak (benigna) ataupun ganas (maligna), membentuk massa dalam ruang tengkorak kepala (intra cranial) atau di sumsum tulang belakang (medulla spinalis). Neoplasma pada jaringan otak dan selaputnya dapat berupa tumor primer maupun metastase. Apabila sel-sel tumor berasal dari jaringan otak itu sendiri, disebut tumor otak primer dan bila berasal dari organ-organ lain (metastase) seperti ; kanker paru, payudara, prostate, ginjal dan lain-lain, disebut tumor otak sekunder (Hadi Purwanto, 2016)



Gambar 2.1 Gambar Tumor Otak

2.1.2 Etiologi Tumor Otak

Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti walaupun telah banyak penyelidikan yang dilakukan. Namun terdapat beberapa faktor yang diduga mempunyai peran terjadinya tumor otak (Hadi Purwanto, 2016), antara lain

:

1. Herediter

Riwayat tumor otak dalam satu keluarga jarang ditemukan kecuali pada *meningioma*, *astricytoma* dan *neurofibroma* dapat dijumpai pada anggota sekeluarga. *Sklerosis tuberosa* atau penyakit *Sturge-Weber* yang dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru memperlihatkan faktor familial yang jelas.

2. Sisa-sisa sel embrional (*Embryonic Cell Rest*)

Sebagian dari bangunan embrional tertinggal dalam tubuh menjadi ganas dan merusak bangunan di sekitarnya. Perkembangan abnormal dapat terjadi pada *kraniofaringioma*, *teratoma intrakranial* dan *kordoma*

3. Radiasi

Jaringan dalam sistem saraf pusat peka terhadap radiasi dan mengalami perubahan degenerasi namun belum ada bukti radiasi dapat memicu terjadi glioma

4. Virus

Banyak penelitian yang bertujuan 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

Ada substansi yang karsinogenik seperti *methylcholanthrone*, *nitroso-ethyl-urea*

6. Trauma kepala

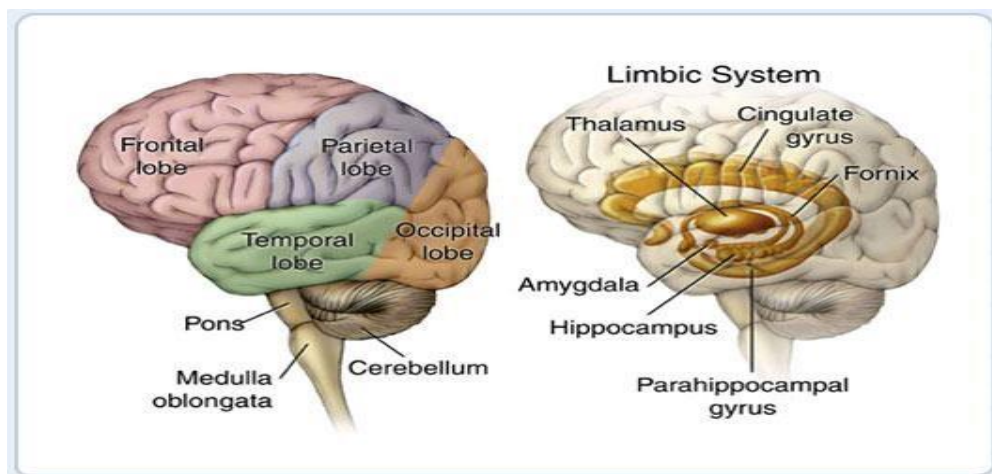
Trauma yang berulang menyebabkan terjadinya *meningioma* (neoplasma selaput otak).

2.1.3 Anatomi Fisiologi Otak

Definisi otak menurut Derrickson & Tortora (2013), Otak terletak dalam

rongga cranium , terdiri atas semua bagian system saraf pusat (SSP) diatas korda spinalis, secara anatomis terdiri dari cerebrum cerebellum, brainstem, dan limbic system. Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron telah di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak mengambil alih fungsi dari bagian- bagian yang rusak. Otak belajar kemampuan baru, dan ini merupakan mekanisme paling penting dalam pemulihan stroke (Freign, 2006).

Secara garis besar, sistem saraf dibagi menjadi 2, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf disisi luar SSP disebut sistem saraf tepi (SST). Fungsi dari SST adalah menghantarkan informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya (Noback dkk, 2005).



Gambar 2.2 Gambar Anatomi Otak

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah:

1) Cerebrum

Bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan

tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2003). Cerebrum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu:

a. Lobus Frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Purves dkk, 2004).

b. Lobus Temporalis

Lobus Temporalis mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-okspitalis. Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi (White, 2008).

c. Lobus parietalis

Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (White, 2008).

d. Lobus oksipitalis

Lobus Oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Ganong, 2003).

e. Lobus Limbik

Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (White, 2008).

2. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal (Purves, 2004).

3. Brainstem

Berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial (Purves, 2004).

2.1.4 Patofisiologi Tumor Otak

Patofisiologi Tumor otak menurut Hadi Purwanto, (2016) :

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologik progresif. Gangguan neurologik pada tumor otak biasanya dianggap disebabkan oleh dua faktor : gangguan fokal disebabkan oleh tumor dan kenaikan tekanan intracranial.

Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak, dan infiltrasi atau invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang

bertumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak. Gangguan suplai darah arteri pada umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskuler primer.

Serangan kejang sebagai gejala perunahan kepekaan neuron dihubungkan dengan kompresi invasi dan perubahan suplai darah ke jaringan otak. Beberapa tumor membentuk kista yang juga menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologist fokal.

Peningkatan tekanan intrakranial dapat diakibatkan oleh beberapa faktor : bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi cairan serebrospinal.

Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intracranial dan meningkatkan tekanan intracranial. Obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid menimbulkan hidrosefalus. Peningkatan tekanan intracranial akan membahayakan jiwa. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu lama untuk menjadi efektif dan oleh karena itu tak berguna apabila tekanan intrakranial timbul cepat.

Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intracranial, volume cairan serebrospinal, kandungan cairan intrasel dan mengurangi sel-sel parenkim, kenaikan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebelum yang timbul bilagirus medialis lobus temporalis bergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga. Kompresi medula oblogata dan henti pernafasan terjadi

dengan cepat.

Perubahan fisiologi lain terjadi akibat peningkatan intracranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi), dan gangguan pernafasan.

2.1.5 Tanda dan Gejala

Tumor otak merupakan penyakit yang sukar terdiagnosa secara dini, karena pada awalnya menunjukkan berbagai gejala yang menyesatkan dan meragukan, berikut merupakan tanda dan gejala tumor otak menurut Hadi Purwanto, (2016).

1. Menurut lokasi tumor :

- a) *Lobus frontalis* : Gangguan mental / gangguan kepribadian ringan : depresi, bingung, tingkah laku aneh, sulit memberi argumenatasi/menilai benar atau tidak, *hemiparesis*, *ataksia*, dan gangguan bicara.
- b) *Kortek presentalis posterior* : Kelemahan/kelumpuhan pada otot-otot wajah, lidah dan jari
- c) *Lobus parasentralis* : Kelemahan pada ekstremitas bawah
- d) *Lobus oksipitalis* : Kejang, gangguan penglihatan
- e) *Lobus temporalis* : *Tinitus*, halusinasi pendengaran, *afasia sensorik*, kelumpuhan otot wajah
- f) *Lobus parietalis* : Hilang fungsi sensorik, *kortikalis*, gangguan lokalisasi sensorik, gangguan penglihatan
- g) *Cerebulum* : *Papil oedema*, nyeri kepala, gangguan motorik, *hipotonia*, *hiperekstremitas sendi*

Tanda dan Gejala Umum :

1. Nyeri kepala berat pada pagi hari, main bertambah bila batuk, membungkuk

2. Kejang
3. Tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial : Pandangan kabur, mual, muntah, penurunan fungsi pendengaran, perubahan tanda-tanda vital, afasia.
4. Perubahan kepribadian
5. Gangguan memori
6. Gangguan alam perasaan

2.1.6 Klasifikasi Tumor Otak

Klasifikasi Tumor Otak, (Hadi Purwanto, 2016) :

1) Berdasarkan stadium

- a. WHO grade I : tumor dengan potensi proliferasi rendah, kurabilitas pasca reseksi cukup baik.
- b. WHO grade II : tumor bersifat infiltratif, aktivitas mitosis rendah, namun sering timbul rekurensi. Jenis tertentu tertentu bersifat progresif ke arah derajat keganasan yang lebih tinggi
- c. WHO grade III : gambaran aktivitas mitosis jelas, kemampuan infiltrasi tinggi, dan terdapat anaplasia.
- d. WHO grade IV : mitosis aktif, cenderung nekrosis, pada umumnya berhubungan dengan progresivitas penyakit yang cepat pada pre-post operasi

2) Berdasarkan jenis tumor

a. Jinak

1. Acoustic neuroma

Tumor jinak dan sebaiknya disebut sebagai *schwannoma*, tumbuh dari sel selubung saraf pada kompleks nervus VIII pada *region meatus auditorius internus*. Manifestasi awal yang khas adalah gangguan pendengaran sensori

neural unilateral yang disebabkan oleh kerusakan nervus delapan dalam meatus (lesi intrakanalikular).

2. *Meningioma*

Tumor ini memiliki banyak pembuluh darah sehingga mampu menyerap isotop radioaktif saat dilakukan pemeriksaan CT scan otak.

3. Pituitary adenoma

Manifestasi neurologis klasik yaitu *hemianopia bitemporal* yang disebabkan oleh kompresi kiasma optikum oleh ekstensi suprasela suatu adenoma. Keadaan patologis lainnya yang dapat menyebabkan kompresi kiasma, sehingga menyerupai *adenoma hipofisis* adalah *aneurisma karotis, meningioma suprasela, dan kraniofaringioma*

4. Astrocytoma (grade I)

b. *Malignant*

1. *Astrocytoma* (grade 2,3,4)

2. *Oligodendroglioma*

Tumor ini dapat timbul sebagai gangguan kejang parsial yang dapat muncul hingga 10 tahun. Secara klinis bersifat agresif dan menyebabkan simptomatologi bermakna akibat peningkatan tekanan intrakranial dan merupakan keganasan pada manusia yang paling bersifat kemosensitif.

3. *Apendymoma*

Tumor ganas yang berasal dari hubungan erat pada ependim yang menutup ventrikel. Pada fosa posterior paling sering terjadi tetapi dapat terjadi di setiap bagian *fosa ventrikularis*.

4. Metastase tumor otak

Tumor dengan lokasi utama di luar otak. Kanker paru, payudara dan ginjal, serta melanoma ganas adalah sumber utama kanker otak metastasis. Lokasi tumor dapat terletak di dalam otak itu sendiri atau di meningen yang melapisi otak itu sendiri

3) Berdasarkan lokasi

a. *Tumor supratentorial*

Hemisfer otak, terbagi lagi :

1. *Glioma* :

a) *Glioblastoma multiforme*

Tumor ini dapat timbul dimana saja tetapi paling sering terjadi di hemisfer otak dan sering menyebar ke sisi kontra lateral melalui *korpus kolosum*.

b) *Astrocytoma*

Neoplasma pada sistem saraf pusat dimana sel dominan diturunkan pada *astrocit (neuroglia)* bentuk seperti bintang). Pada orang dewasa tumbuh di *hemisfer serebri*. Pada anak-anak dan dewasa muda di *serebelum* dan pada umumnya berisi cairan atau kistik

c) *Oligodendroglioma*

Lesi yang tumbuh lambat menyerupai *astrocitoma* tetapi terdiri dari sel-sel *oligodendroglia*. Tumor relative avaskuler dan cenderung mengalami klasifikasi

2. *Meningioma*

Tumor ini berbentuk bulat atau oval dengan perlekatan duramater yang lebar (*broad base*) berbatas tegas karena adanya *psedokapsul* dari *membran araknoid*.

Pada kompartemen supratentorium tumbuh sekitar 90%, terletak dekat dengan tulang, kadang disertai reaksi tulang berupa *hiperostosis* karena merupakan massa

ekstraaksial lokasi *meningioma* disebut sesuai dengan tempat perlekatannya pada duramater, seperti *Falk* (25%), *Sphenoid ridge* (20%), *Konveksitas* (20%), *Olfactory groove* (10%), *Tuberculum sellae* (10%), *Konveksitas serebellum* (5%), dan *Cerebello-Pontineangle*.

Karena tumbuh lambat defisit neurologik yang terjadi juga berkembang lambat (disebabkan oleh pendesakan struktur otak di sekitar tumor atau letak timbulnya tumor). Pada *meningioma* konveksitas 70% ada di *regio frontalis* dan *asimptomatik* sampai berukuran besar sekali. Sedangkan di *basis krani* sekitar *sella turcica* (*tuberkulum sellae*, *planum sphenoidalis*, *sisi medial sphenoid ridge*) tumor akan segera mendesak saraf optik dan menyebabkan gangguan visus yang progresif.

3. *Tumor infratentorial*

a) *Schwanomaakustikus*

Biasanya lambat pertumbuhannya dan paling sering berkembang pada saraf akustikus sehingga muncul gejala gangguan pendengaran

b) Tumor metastasis

Lesi-lesi metastasis menyebabkan sekitar 5 % –10 % dari seluruh tumor otak dan dapat berasal dari setiap tempat primer. Tumor primer paling sering berasal dari paru-paru dan payudara. Namun neoplasma dari saluran kemih kelamin, saluran cerna, tulang dan tiroid dapat juga bermetastasis ke otak.

c) *Meningioma*

Tumor terpenting yang berasal dari meningen, sel-sel mesotel, dan sel-sel jaringan penyambung araknoid dan dura.

d) *Hemangioblastoma*

Neoplasma yang terdiri dari unsur-unsur vaskuler embriologis yang paling sering dijumpai dalam *serebellum*.

2.1.7 Komplikasi Tumor Otak

Komplikasi tumor otak yang dapat ditimbulkan menurut Astuti (2016), sebagai berikut:

a. Epilepsy/kejang

Epilepsi diakibatkan oleh adanya perangsangan atau gangguan di dalam selaput otak (serebral cortex) yang disebabkan oleh adanya massa tumor

b. Defisit neurologis

Gejala defisit neurologis karena hilangnya jaringan otak adalah khas bagi suatu tumor ganas. Penurunan fungsi neurologis ini tergantung pada bagian otak yang terkena pada bagian otak yang terkena tumor.

c. Peningkatan TIK

Peningkatan tekanan intracranial terjadi saat salah satu maupun semua factor yang terdiri dari massa otak, aliran darah ke otak serta jumlah cairan serebrospinal mengalami peningkatan. Peningkatan dari salah satu factor diatas akan memi factor diatas akan memicu :

- 1) Edema serebral Peningkatan cairan otak yang berlebihan terakumulasi disekitar lesi sehingga menambah efek massa yang mendesak.
- 2) Hidrosefalus Hidrosefalus terjadi akibat peningkatan produksi CSS ataupun karena adanya gangguan sirkulasi dan absorbs CSS. Pada tumor otak, massa tumor akan mengobstruksi aliran CSS sehingga memicu terjadinya hidrosefalus.
- 3) Herniasi otak Peningkatan tekanan intracranial dapat mengakibatkan herniasi

sentra, unkus, dan singuli. Herniasi serebellum akan menekan mesensefalon sehingga menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga (okulomotor).

- d. Perubahan fungsi pernafasan
- e. Perubahan dalam kesadaran

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Wartiningih, 2017), :

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

Angioserebral: Memberikan gambaran pembuluh darah serebral dan letak tumor serebral.

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Terapi radiasi stereotaktik

Terapi radiasi termasuk *Gamma Knife* atau terapi sinar proton, dilakukan pada kasus tumor yang tidak mungkin di operasi atau tidak mungkin direseksi atau jika tumor menunjukkan transformasi asinaligna. Fokus radiasi akan sangat membantu pada tumor kecil yang terdapat dasar tengkorak (Hadi Purwanto, 2016).

2. Surgery :

Presurgery : Shunt untuk mengalirkan cairan cerebrospinal

Operasi pengangkatan untuk menghancurkan tumor tanpa menimbulkan defisit neurologis : Operasi konvensional dengan craniotomy (Hadi Purwanto, 2016).

3. Terapi obat :

- a) Kortikosteroid : untuk menghilangkan swelling (dexametason)
- b) Antikonvulsan : mencegah dan mengontrol kejang (pheniton, carbamazepine)
- c) Antidiuretik : manitol
- d) Kemoterapi untuk membunuh sel tumor (Hadi Purwanto, 2016)

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

- a) Omega-3 yang dapat ditemukan pada ikan salmon, tuna dan tenggiri untuk mengurangi resistensi tumor pada terapi dan dapat membantu mempertahankan dan menaikkan daya tahan tubuh dalam menghadapi proses pengobatan tumor otak seperti kemoterapi

- b) Omega-9 yang ada di minyak zaitun dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan mengurangi pembengkakan serta mengurangi rasa sakit saat pengobatan tumor otak
- c) Serat dari roti gandum, sereal, buah segar, sayur, dan kacang-kacangan
- d) Folic Acid (vitamin B9 atau Bc) : bayam, asparagus, daun selada, kacang polong, kuning telur, dan biji bunga matahari
- e) Antioksidan : strawberry, raspberry, blueberry, anggur, tomat, brokoli, jeruk, persik, apricot, bawang putih, gandum, telur, ayam, kedelai, dan ikan.

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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

- 1) Data klien: data pasien antara lain: nama, umur (Tumor otak terjadi umumnya pada Dewasa bisa juga muncul pada usia anak-anak tetapi beda jenis tumornya), jenis kelamin (kasus tumor otak pada umumnya paling sering terjadi pada perempuan), agama, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, penghasilan, alamat, penanggung jawab, dll (Lotar, 2018).
- 2) Riwayat kesehatan :
 - a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri kepala yang hilang timbul dan durasinya makin meningkat (Hadi Purwanto, 2016).

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengeluh nyeri kepala saat perubahan posisi dan dapat meningkat dengan aktivitas, vertigo, muntah proyektil, perubahan mental seperti disorientasi, letargi, papiledema, papiledema, penurunan penurunan tingkat tingkat kesadaran, kesadaran, penurunan penurunan penglihatan penglihatan atau penglihatan penglihatan double, double, ketidakmampuan ketidakmampuan sensasi sensasi (parathesia (parathesia atau anasthesia), anasthesia), hilangnya ketajaman atau diplopia (Hadi Purwanto, 2016).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien pernah mengalami pembedahan kepala atau trauma kepala (Hadi Purwanto, 2016).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang mungkin ada hubungannya dengan penyakit klien sekarang, yaitu riwayat keluarga dengan tumor kepala (Hadi Purwanto, 2016).

3) Pemeriksaan Fisik

a. Pernafasan B1 (Breath)

Adanya peningkatan irama pernafasan (pola napas tidak teratur) dan sesak napas terjadi karena tumor mendesak otak sehingga hermiasi dan kompresi medulla oblongata. Bentuk dada dan suara napas klien normal, tidak menunjukkan batuk, adanya retraksi otot bantu napas, dan biasanya memerlukan alat bantu pernapasan dengan kadar oksigen 2 LPM (Hadi Purwanto, 2016).

b. Kardiovaskular B2 (Blood)

Desak ruang intracranial akan menyebabkan peningkatan tekanan intracranial sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu terjadi ketidakteraturan irama jantung (irreguler) dan bradikardi. Klien tidak mengeluhkan nyeri dada, bunyi jantung normal, akral hangat, nadi hangat, nadi bradikardi (Hadi Purwanto, 2016).

c. Persyarafan B3 (Brain)

1. Penglihatan (mata): Penurunan penglihatan, hilangnya ketajaman atau diplopia.
2. Pendengaran (telinga): Terganggu bila mengenai lobus temporal
3. Penciuman (hidung): Mengeluh bau yang tidak biasanya
4. Pengecapan Pengecapan (lidah): Ketidakmampuan sensasi sensasi (parathesia atau anasthesia) dan kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif atau kesulitan berkata-kata, reseotif atau berkata-kata komprehensif, maupun kombinasi dari keduanya (Afasia).
5. Ekstremitas: Kelemahan atau paraliysis genggaman tangan tidak seimbang, berkurangnya reflex tendon.
6. GCS: Skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan (Hadi Purwanto, 2016).

d. Perkemihan B4 (Bladder)

Gangguan control sfinter urine, kebersihan bersih, bentuk alat kelamin normal, uretra normal, produksi urin normal (Hadi Purwanto, 2016).

e. Pencernaan B5 (Bowel)

Mual dan muntah terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sehingga menekan pusat muntah pada otak. Gejala mual dan muntah ini biasanya akan diikuti dengan penurunan nafsu makan pada pasien. Kondisi mulut bersih dan mukosa lembab (Hadi Purwanto, 2016).

f. Muskuloskeletal/Integumen B6 (Bone)

Keterbatasan pergerakan anggota gerak karena kelemahan bahkan kelumpuhan. Kemampuan pergerakan sendi bebas, kondisi tubuh ubuh kelelahan (Hadi Purwanto, 2016).

- 4) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan, Seperti Riwayat keluarga tumor, Terpapar radiasi berlebih, Kecanduan Alkohol, Perokok berat, dan Gangguan kepribadian / halusinasi (Hadi Purwanto, 2016).
- 5) Pola Nutrisi dan Metabolik, Seperti Riwayat epilepsy, Nafsu makan hilang, Adanya mual, muntah selama fase akut, Kehilangan sensasi pada lidah, dan tenggorokan, dan Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan Faringeal) (Hadi Purwanto, 2016).
- 6) Pola Eliminasi, Seperti perubahan pola berkemih dan Inkontinensia, Bisung Usus Negative (Hadi Purwanto, 2016).
- 7) Pola Aktivitas dan Latihan, Seperti Gangguan tonus otot terjadinya kelemahan otot, Gangguan tingkat kesadaran, Resiko trauma karena epilepsy, Hamiparase, ataksia, Gangguan penglihatan, Merasa mudah lelah, kehilangan sensasi (Hemiplegia) (Hadi Purwanto, 2016).
- 8) Pola Tidur dan Istirahat, Seperti Susah untuk beristirahat dan atau mudah tertidur (Hadi Purwanto, 2016).
- 9) Pola Persepsi Kognitif dan Sensori, Seperti Pusing dan sakit kepala, Kelemahan

Tinitus, Afasia motorik, Gangguan rasa pengecapan, penciuman dan penglihatan, Penurunan memori, pemecahan masalah, kehilangan kemampuan masuknya rangsang visual, Penurunan kesadaran sampai dengan koma, Tidak mampu merekam gambar, dan Tidak mampu membedakan kanan/kiri (Hadi Purwanto, 2016).

- 10) Pola Persepsi dan Konsep Diri, Perasaan tidak berdaya dan putus asa dan emosi labil serta kesulitan untuk mengekspresikan (Hadi Purwanto, 2016).
- 11) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama, seperti masalah bicara, ketidakmampuan dalam berkomunikasi (bicara pelo) (Hadi Purwanto, 2016).
- 12) Reproduksi dan Seksualitas, seperti Gangguan seksualitas, penyimpangan seksual, serta pengaruh atau hubungan penyakit terhadap seksualitas (Hadi Purwanto, 2016).
- 13) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress (Hadi Purwanto, 2016).
- 14) Sistem Kepercayaan Agama yang dianut, Kegiatan Ibadah terganggu (Hadi Purwanto, 2016).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

berdasarkan SDKI (2016), Diagnosa menurut SDKI 2016:

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (Tumor otak)
- 2) Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan neurologis
- 3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan
- 4) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular
- 5) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Penurunan Sirkulasi Cerebral
- 6) Resiko Jatuh berhubungan dengan Gangguan penglihatan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

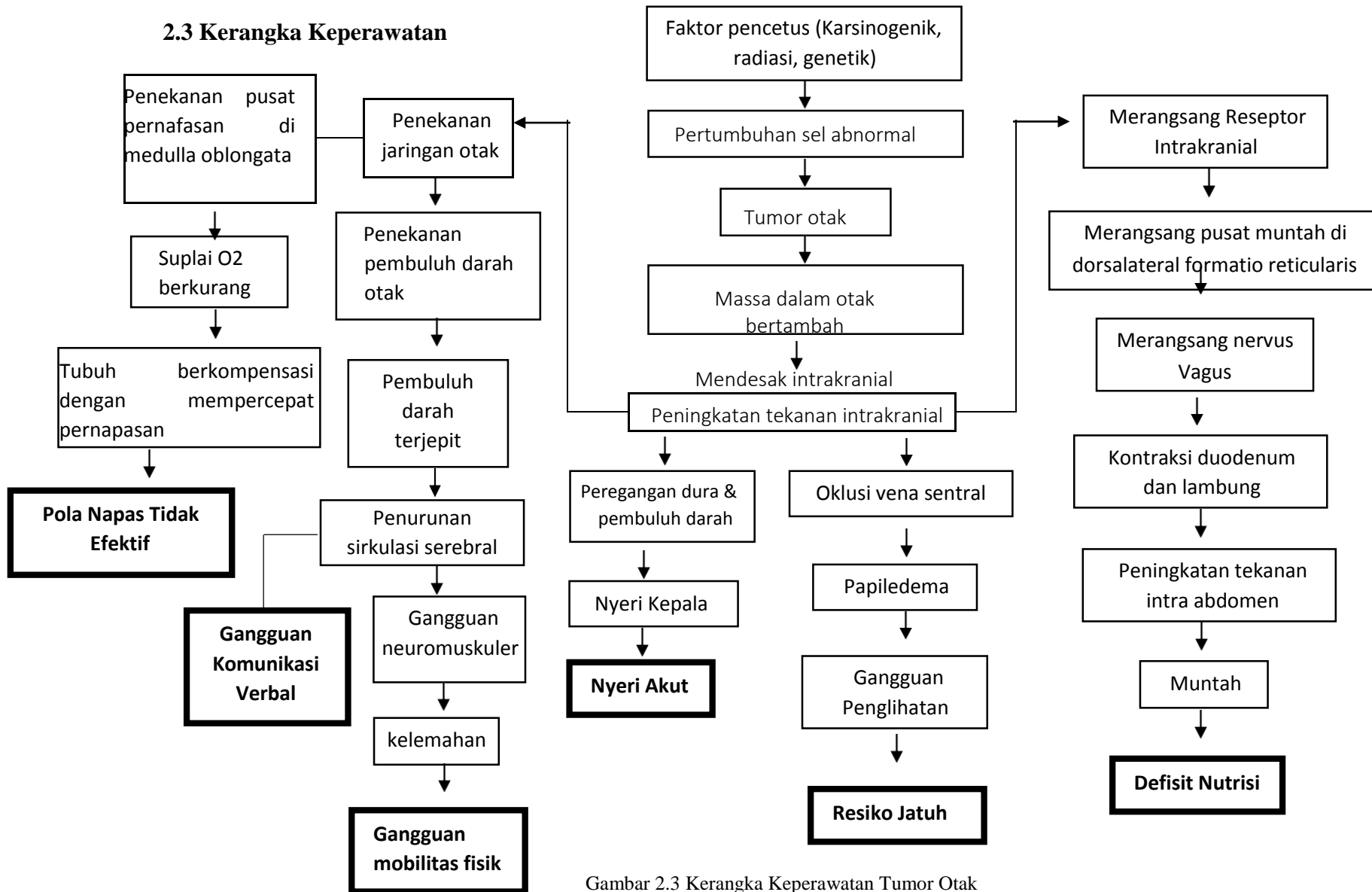
No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Akut b.d Agen pecedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Perasaan depresi menurun 3. Mual muntah menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor manajemen nyeri (PQRST) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaanya. 3. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan 6. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu
2.	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Gangguan neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka inspirasi dan ekspirasi membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Frekuensi nafas menurun 4. Kedalaman nafas menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor Pola nafas, monitor saturasi oksigen 2. Monitor Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 3. Atur interval pemantauan respirasi kondisi pasien 4. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 5. Informasikan hasil pemantauan 6. kolaborasi pemberian oksigen

3.	Defisit Nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka nafsu makan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keinginan makan meningkat 2. Asupan nutrisi meningkat 3. Stimulus untuk makan meningkat	1. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja. 2. Anjurkan makan porsi kecil tapi sering 3. Berikan makanan yang hangat 4. Kolaborasi pemberian analgesic yang adekuat sebelum makan 5. Kolaborasi pemberian makanan parenteral, jika perlu
4.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. ROM meningkat 3. Kekuatan otot meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 7. Ajarkan melakukan mobilisasi sederhana (duduk)
5.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi cerebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah meningkat.	1. Gunakan metode alternative seperti menulis 2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan 3. Anjurkan berbicara secara perlahan 4. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomi, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.

6.	Resiko Jatuh b/d gangguan penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keparahan dan cedera yang diamati menurun dengan kriteria hasil: 1. kejadian cedera menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 2. identifikasi kebutuhan keselamatan Monitor perubahan status keselamatan lingkungan 2. identifikasi kesesuaian alas kaki 3. sediakan pencahayaan yang memadai 4. sosialisasikan pasien dan keluarga lingkungan rawat inap 5. sediakan urinal didekat tempat tidur, jika perlu 6. tingkatkan observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan 7. gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping) 8. hilangkan bahaya keselamatan 9. modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko
----	---------------------------------------	---	--

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teori

2.3 Kerangka Keperawatan



Gambar 2.3 Kerangka Keperawatan Tumor Otak

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis Tumor Otak yang dilakukan pada tanggal 11 Januari 2022 pukul 08.00 WIB diruang H1 Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Tn. A (36 Tahun), beragama islam, berasal dari Surabaya, bekerja sebagai pegawai wiraswasta, sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak, keluarga pasien mengatakan pasien merupakan seorang perokok aktif. No register 00-00-68-43-xx. Pasien dirawat dengan diagnosa medis Tumor Otak.

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dialami Tn. A adalah pasien merasakan nyeri di daerah kepala bagian kanan.

2. Riwayat Sakit Sekarang

Dari data rekam medis dan hasil wawancara keluarga pasien, pasien masuk RSPAL Dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 31 Desember 2022 pada pukul 01.00 WIB, dengan keluhan pasien merasakan nyeri di bagian daerah kepalanya bagian kanan seperti dicekot-cekot dan berlangsung secara hilang timbul selama ≥ 1 bulan yang lalu, disertai dengan kelemahan pada separuh badannya mulai dari ekstermitas kanan atas sampai ekstermitas kanan bawah, dan mengalami kelemahan dalam berbicara (berbicara pelo), dan pandangan yang kurang baik

(kabur). Keluarga mengatakan sebelumnya pasien mengobati nyeri kepalanya menggunakan obat penghilang nyeri paracetamol dan dengan istirahat yang cukup, akan tetapi nyeri tidak kunjung sembuh dan semakin sering dirasakan. Akhirnya keluarga membawa pasien untuk berobat ke RSPAL Dr. Ramelan, kemudian pasien diterima di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada pukul 01.00 WIB, dari laporan IGD pasien mengalami kelemahan pada tubuhnya, GCS E4 M5 V6. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3 mm/3mm, dan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil sebagai berikut TD: D = 129/82 N = 107 S = 36,3 SpO2 = 99 GCS = 456 RR = 20x/mnt, pasien juga dilakukan pemeriksaan swab antigen dengan hasil negatif dan pasien pemeriksaan CT Scan dengan hasil sebagai berikut Tampak lesi hypodens yang luas, berbatas tidak tegas, tepi tidak rata dan berbatas tegas tepi rata di corona radiatas dan centrum semiovale kiri dan menyebabkan deviasi midlien shift ke sisi kanan, System ventrikel tampak melebar ringan, Deviasi midline structure (+) ke kanan, Cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik, Sulci dan gyri tampak merapat, Klasifikasi abnormal (-), Orbita dan nervus optikus kanan kiri normal, Sinusitis maxilliaris kanan. Setelah dilakukan assesment awal di IGD kemudian pasien dipindahkan ke ruang rawat inap H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 31 Desember 2022 pukul 12.00. untuk diberikan asuhan keperawatan lebih lanjut.

Kemudian pada tgl 11 Januari 2022 penulis melakukan pengkajian ulang di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan didapatkan hasil sebagai berikut : pasien masih mengeluh nyeri dibagian kepalanya, nyeri dirasa seperti cekot-cekot dengan skala 4 (1-10) dan berlangsung secara hilang timbul, mobilitas fisik pasien dibantu oleh keluarganya, pasien mengalami gangguan komunikasi verbal (berbicara pelo)

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pada bulan Mei 2021, pasien mengeluhkan sariawan dan tidak bisa makan/minum karena kesulitan menelan. Kemudian MRS di RSI A Yani, dengan diagnosa hepatitis + TBC Paru. Kemudian pasien melakukan 6 bulan pengobatan di RSI terpasang sonde (NGT). Awal Desember 2021 selesai pengobatan TBC pasien mengeluh lemas tidak bisa menelan sehingga makin kurus. Dan ditambah Pasien mengalami tidak bisa melihat, disertai nyeri dan kelemahan separo badan kanan dan tidak bisa berjalan mendadak.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

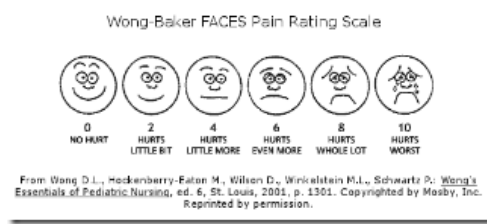
Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita oleh pasien.

5. Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat alergi makanan, minuman ataupun obat-obatan.

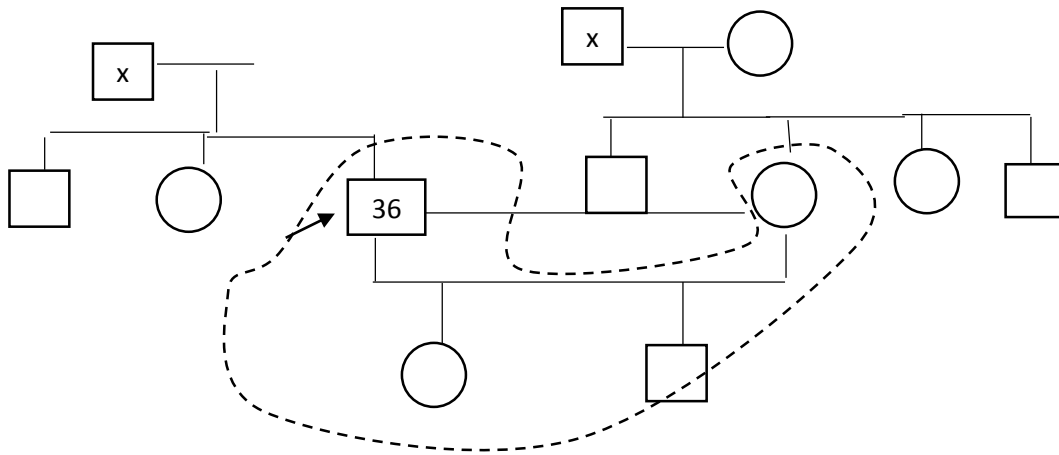
6. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien saat datang ke IGD pasien mengalami lemah pada sebagian tubuhnya, kesulitan dalam berbicara pelu serta pandangan kabur, dengan kesadaran compos mentis, pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD: 128/85mmHg, N: 87 x/menit, S: 36.4°C, RR: 20 x/menit, SpO₂: 99%. Pengkajian nyeri didapatkan hasil sebagai berikut : Nyeri: Keluarga pasien mengatakan nyeri pada kepala, P : Peningkatan Tekanan Intrakranial (Tumor Otak), Q : Nyeri terasa cekot – cekot, R : Cerebri dekstra, S : 4, T : Hilang timbul.



Gambar 3.1 Pengkajian Nyeri

7. Genogram



Keterangan :



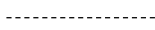
= Laki Laki



= Berhubungan



= Perempuan



= Tinggal Serumah

X

= Meninggal



= Pasien

Pasien berusia 36 tahun berjenis kelamin laki-laki, pasien sudah menikah dan mempunyai istri dan anak, pasien tinggal bersama keluarga kecilnya (istri dan kedua anaknya yang pertama perempuan dan yang kedua laki-laki), keluarga pasien mengatakan pasien anak ketiga dari 3 bersaudara (laki-laki, perempuan, pasien) dan istri pasien merupakan anak kedua dari 4 bersaudara (laki-laki, perempuan, perempuan, laki-laki).

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

3.1.3.1 Pengkajian persistem (*review of system*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang didiuraikan sebagai berikut :

1. B1 : Sistem pernafasan (*Breathing*)

Pada saat pengkajian pada Tn. A, saat diwawancarai Tn A mengatakan tidak mengalami batuk dan sesak. Bentuk dada normoches, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak ada pernapasan cuping hidung, RR: 20 x/mnt, SpO2: 99%, pergerakan dada simetris, irama reguler. Suara sonor terdengar disemua lapang paru, tidak ada bunyi suara nafas tambahan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 : Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pemeriksaan B2 yaitu sistem Kardiovaskuler didapatkan data hasil Konjungtiva tidak anemis, sklera normal, warna kulit tidak pucat, Akral teraba

hangat, CRT <2dtk, N: 87 x/mnt, ictus cordis teraba di ICS V, tidak ada nyeri tekan.

Irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. B3 : Sistem Persyarafan (*Brain*)

Pada pemeriksaan inspeksi paa Tn. A didapatkan hasil GCS E4 V5 M6, kesadaran Composmentis, terdapat benjolan di area kepala pasien, keadaan umum lemah, mata pasien simetris, pupil pasien isokor. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan berbicara (pelo). Dan pada pemeriksaan palpasi dan perkusi didapatkan hasil adanya nyeri kepala pada serebral dextra dengan skala 4 (1-10) nyeri hilang timbul, dan pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius): Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Nervus II (Optikus): Pasien mampu membedakan warna dengan baik, tetapi lapang pandang penglihatan pasien kurang baik (kabur). Nervus III (Okulomotorius): Pasien mampu menggerakkan bola mata, repon pupil terhadap cahaya +/+. Nervus IV (Trochler): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah, atas, kanan, dan kiri. Nervus V (Trigeminus): Ada rasa kebal diwajah, mampu menggerakkan rahang bawah dan atas, mampu membuka mulut. Nervus VI (Abdusen): Pasien mampu menggerakkan bola mata kearah lateral dan memutar. Nervus VII (Fasial): Pasien mampu mengerutkan dahi dan alis, akan tetapi senyum pasien tidak simetris, pasien kesulitan dalam mengembungkan pipi kanan dengan baik. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis): Pasien mampu mendengar dengan baik. Nervus IX (Glosopharyngeal): Pasien tidak mengalami gangguan menelan. Nervus X (Vagus): Pasien mampu membuka mulut dan dapat menelan dengan baik. Nervus XI (Asesoris): Pasien tidak mampu untuk mengangkat bahu kanan.

**Masalah Keperawatan : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial,
Gangguan Komunikasi Verbal**

4. B4 : Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Pada pengkajian wawancara didapatkan data pasien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih 1500ml/hari, jumlah urin 1000 cc/24jam warna urin kuning jernih. Eliminasi urin SMRS frekuensi Eliminasi $\pm 3x$ /sehari, jumlah 1000cc. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan data pasien tidak terpasang urin kateter. Pemeriksaan palpasi didapatkan data tidak terapat nyeri tekan abdomen, turgor kulit menurun. Dan pada pemeriksaan perkusi didapatkan data kandung kemih kosong.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 : Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Dari hasil wawancara kepada pasien didapatkan hasil pasien mengatakan tidak ada nyeri pada bagian perut dan Tidak mual muntah dan nafsu makan baik. 1/8 porsi makan habis. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil bentuk abdomen flat (datar), abdomen simetris kiri dan kanan. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, abdomen tidak teraba keras. Paa pemeriksaan auskultasi terdapat suara bising usus 15x/mnt. Pasien memperoleh diet MLP 6X200 + BH. Asupan makan pasien sebesar 1221 kal (61% dari kebutuhan) kebutuhan E 2002 Kkal. BB sebelum sakit: 77kg, BB setelah sakit:75kg, TB: 170cm, IMT : 25,95 (*Overweight*).

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 : Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan hasil pemeriksaan inspeksi sebagai berikut; Rambut: hitam/bersih, Kuku: Bersih, Kulit Kepala: Terdapat benjola/tumor cerebri dekstra, Kelainan jaringan/trauma: Tidak ada kelainan jaringan/trauma, Warna luka: Tidak ada luka, Massa otot: Lemah separo badan di bagian kanan, ROM : Dibantu oleh kakak nya, Tulang: Tidak ada kelainan

Kekuatan otot : 3333 5555

 3333 5555

Dan pada pemeriksaan palpasi ditemukan data hasil turgot kulit kuat.

Masalah Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal: 31 Desember 2021			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Darah Lengkap			
Leukosit	12,82	10³/μL	4.00 - 10.00
• Eosinofil%	0.03	%	0.5 - 5.0
• Neutrofil#	H 10.47	10³/μL	2.00 - 7.00
• Neutrofil%	H 81.70	%	50.0 - 70.0
• Limfosit%	L 10.00	%	20.0 - 40.0
• Monosit#	1.00	10 ³ /μL	0.12 – 1.20
Hemoglobin	15.00	g/dL	13 - 17
Hematokrit	42.30	%	40.0 - 54.0
Eritrosit	4.95	10⁶/μL	4.00-5.00
• MCV	85.4	mol/cell	80-100
• MCH	30.3	pg	26-34
Trombosit	250.00	10³/μL	150 - 450
• PCT	L 0.211	10³/μL	1.08 - 2.82
KIMIA KLINIK			
<i>ELEKTROLIT GAS DARAH</i>			
Natrium (Na)	136.9	mEq/L	136-147
Kalium (K)	4.37	mEq/L	3.0-5.0
Clorida (Cl)	103.3	mEq/L	95-105
RT-PCR SARS-Cov-2	Negatif	Ct	Negatif

Tabel 3.1 hasil peeriksaan lab tgl 5 Januari 2022

Hasil pemeriksaan radiologi**31 Desember 2021****Hasil CT scan kepala non kontras :**

- Tampak lesi hypodens yang luas, berbatas tidak tegas, tepi tidak rata dan berbatas tegas tepi rata di corona radiatas dan centrum semiovale kiri dan menyebabkan deviasi midlien shift ke sisi kanan
- System ventrikel tampak melebar ringan
- Deviasi midline structure (+) ke kanan
- Cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik
- Sulci dan gyri tampak merapat
- Klasifikasi abnormal (-)
- Orbita dan nervus optikus kanan kiri normal
- Sinusitis maxillaris kanan

Kesimpulan :

- Subacut dan chronic cerebral infarction di corona radiata dan centrum semiovale kiri dan menyebabkan deviasi midline shift ke sisi kanan
- Hydrocephalus ringan
- Brain oedema
- Sinusitis maxillaris kanan

Tabel 3.2 hasil pemeriksaan CT-Scan 31 desember 2021

Data Penunjang / Hasil pemeriksaan diagnostic

Tanggal: 5 Januari 021

MRI kepala irisan axial T1W, T2W, FLAIR, DWI . Coronal dan Sagital T2W tanpa dan dengan kontras :

- Tampak lesi / massa di hemisphere kiri berbatas tidak tegas tepi tidak rata dengan komponen inhomogen (solid kistik) , lesi / massa iso/hypointens di T1 menjadi iso/hyperintens di T2 dan slight hypo/hyperintens di Flair. Lesi / massa menekan
- Ventrikel III dan Ventrikel lateralis kiri dan menyebabkan dilatasi ventrikel lateralis kanan dan deviasi midline shift ke sisi kanan sebesar 1,68 cm. Ukuran lesi / massa +/- 7,53 cm x 7,96 cm x 7,23 cm. dan pada pemberian kontras tampak inhomogenous contrast enhancement Pada DWI tak tampak restricted lesion area.
- Sistem Ventrikel tampak menekan Ventrikel III dan Ventrikel lateralis kiri dan menyebabkan dilatasi ventrikel lateralis kanan, ventrikel IV diameter kesan normal.
- Sulci-gyri & subarachnoid space tampak merapat
- Tampak deviasi midline structure ke sisi kanan sebesar 1,68 cm.
- N. Acusticus & daerah cerebellopontine angle kanan-kiri kesan normal
- Orbita kanan-kiri normal
- Sinus paranasalis normal.
- **Spectroscopy** : Tampak Peningkatan ratio Choline terhadap NAA --> Menyokong Malignancy

KESIMPULAN :

- Lesi / massa inhomogenous kontras enhancement di hemisphere kiri dengan komponen inhomogen (solid kistik) ,yang menekan Ventrikel III dan Ventrikel lateralis kiri dan menyebabkan dilatasi ventrikel lateralis kanan dan deviasi midline shift ke sisi kanan sebesar 1,68 cm. Ukuran lesi / massa +/- 7,53 cm x 7,96 cm x 7,23 cm.
- Noncommunicating Hydrocephalus
- Brain Oedema
- Spectroscopy : Peningkatan ratio Choline terhadap NAA --> Menyokong Malignancy.

Terapi medis

No	Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Ns 500 ml	15 tpm	IV	Mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit dan menjaga tubuh agar terhidrasi dengan baik
2	Methyl prednisolon 125 mg/5ml	2x1	IV	Obat untuk meredakan peradangan, nyeri, dan pembengkakan
3	Ceftriaxone 1g	2x1	IV	Obat untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri yang terjadi pada tubuh
4	Sucralfate	100 ml 3x1	Oral	Obat untuk mengatasi tukak lambung ulkus duodenum atau gastritis kronis.

Tabel 3.3 hasil peeriksaan CT-Scan 05 Januari 2022

3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian terhaap Tn. A didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Lesi menempati ruang: Tumor otak dengan ditandai adanya adanya massa pada otak pada pemeriksaan CT-Scan pasien, nyeri dirasa skala 4 (1-10) seperti dicekot-cekot dan berlangsung secara hilang timbul.

Rasional: masalah keperawatan ini ditegakkan karena hasil pemeriksaan fisik pada Tn. A Mengeluhkan nyeri pada daerah kepala sebelah kanan disertai dengan adanya massa pada bagian otak dan dan nyeri sudah berlangsung selama ≥ 1 bulan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan massa otot : lemah separo badan (bagian kanan), pengkajian otot :

3333/5555

3333/5555 , pasien tidak mampu mengangkat bahu kanannya

Rasional: masalah keperawatan ini ditegakkan karena pada Tn. A mengeluhkan mengalami kelemahan pada setengah badannya mulai dari ekstermitas kanan atas sampai ekstermitas kanan bawah sehingga kebutuhan, berjalan, dan mobilisasi membutuhkan bantuan keluarga, gangguan pada nervus XI (Asesoris) : pasien tidak mampu mengangkat bahu kanannya.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan senyum pasien tidak simetris, pasien kesulitan dalam mengembungkan pipi kanan dengan baik, pasien berbicara pelo.

Rasional: masalah keperawatan ini ditegakkan karena pada Tn. A mengalami ketidakmampuan untuk berbicara (berbicara pelo) disertai gangguan pada nervus VII (Fasialis) : senyum pasien tidak simetri, pasien kesulitan dalam mengembungkan pipi kanan dengan baik.

3.3 Intervensi Keperawatan

Dari hasil analisa data penulis mengambil 3 prioritas masalah yang kemudian menyusun rencana keperawatan sebagai berikut:

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Lesi menempati ruang (tumor otak). Tujuan yang diharapkan tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, papiledema menurun, reflek neurologis membaik, tekanan intrakranial membaik. Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Identifikasi penyebab peningkatan TIK, 2). Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK, 3). Monitor MAP, 4). Berikan posisi semifowler, 5). Hindari pemberian cairan IV hipotonik, 6). Cegah terjadinya kejang, 7). Kolaborasi dalam pemberian sedasi

dan anti konvulsan, jika perlu, 8). Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular, tujuan yang diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Kelemahan fisik menurun. Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 2). Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), 3). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 4). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

3. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral, tujuan yang diharapkan komunikasi verbal pasien meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: Kemampuan berbicara meningkat, Pemahaman komunikasi membaik, Afasia menurun. Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, 2). Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (berdiri di samping bed pasien, bicara dengan perlahan, meminta bantuan keluarga pasien untuk memahami ucapan pasien, 3). Berikan dukungan psikologis, 4). Anjurkan berbicara secara perlahan.

3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Penuruna Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Lesi menempati ruang (tumor otak)
Pelaksanaan rancana asuhan yang telah dibuat diimplemetasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 10-12 Januari 2022.

Implementasi pada untuk merubah koping mekanisme regulator adalah:

- 1).melakukan BHSP pada pasien, evaluasi: Pasien menerima kehadiran perawat
- 2).mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK: penyebab peningkatan TIK adanya massa di otak
- 3).monitor tanda atau gejala peningkatan TIK: pasien mengalami papiledema atau pasien mengalami gangguan penglihatan (kabur)
- 4).memberikan posisi semifowler: pasien mampu melakukan duduk semifowler
- 5).memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kepala: pasien mampu melakukan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam untuk meringankan nyerinya
- 6).berkolaborasi pemberian obat: pasien mendapatkan terapi obat methylprednison 5ml 2x1, ceftriaxone 1g 2x1, dan sucralfate 100ml 3x1.

Evaluasi hari ketiga pasien mampu mengontrol nyerinya dengan teknik tarik nafas dalam, skala nyeri 3 (1-10), nyeri dirasa seperti cekot-cekot, nyeri berlangsung secara hilang timbul, TD : 125/75 mmHg, S : 36,5 C, N : 102x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 99%. Pasien masih tampak meringis ketika nyerinya timbul, pandangan pasien masih kabur.

2. Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Neuromuskular.

- 1).melakukan BHSP pada pasien, evaluasi: Pasien menerima kehadiran perawat
- 2).mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, evaluasi: keluarga pasien mengatakan selain nyeri dikepala nyeri juga dirasakan dibahu sebelah kanannya ketika bergerak
- 3).mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, evaluasi: keluarga pasien mengatakan pasien mamou menggerakkan tangan dan kaki kirinya

4).memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, evaluasi: perawat membantu mengubah posisi tidur pasien semifowler, miring kanan, miring kiri

5).melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, evaluasi: keluarga pasien membantu memenuhi kebutuhan harian pasien (mis. Makan, minum, bak, bab)

6).menganjurkan melakukan mobilisasi dini. evaluasi: keluarga pasien membantu pasien melakukan mobilisasi dini (mis. Miring kanan, miring kiri)

Evaluasi hari ketiga keluarga pasien mengatakan saat ini kebutuhan pasien dan mobilisasi nya masih terbatas dan dibantu karena badan lemah separo dibagian kanan, ROM terbatas di badan sebelah kanan, fisik lemah.

3. Gangguan Komunikasi Verbal b/d Penurunan Sirkulasi Serebral.

1).melakukan BHSP pada pasien, evaluasi: pasien dan keluarga pasien mampu menerima kehairan perawat dengan baik

2).menganjurkan menggunakan metode alternative seperti menulis untuk membantu pasien berkomunikasi, evaluasi: pasien dan keluarga mengerti dan menerapkannya ketika pasien kesulitan untuk berbicara

3).menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan, evaluasi: perawat dan keluarga melakukan komunikasi secara perlahan ketika berkomunikasi dengan pasien

4).menganjurkan berbicara secara perlahan, evaluasi: pasien berbicara secara perlahan kepada perawat ataupun

5).memberikan dukungan psikologis, evaluasi: pasien merasa senang dan kembali tersenyum

Evaluasi hari ketiga keluarga pasien mengatakan pasien sudah sedikit mampu berbicara sekata secara perlahan-lahan, senyum masih tidak simetris.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai tindakan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis Tumor Otak (Neoplasm of Brain) di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 10 Januari 2022 sampai dengan 13 Januari 2022. Pendekatan studi ilmiah untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhaap pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawata, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Lyer et al (1996) dalam Setiadi (2012), penkajian adalah awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis alam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Penulis melakukan pengkajian pada Tn. A dengan melakukan anamnesa pada keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan menapatkan data dari pemeriksaan penunjang meis an rekam medis. Pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. A usia 36 tahun, pasien beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pasien berasal dari suku Jawa, penanggung jawab pasien BPJS, status perkawinan pasien menikah, alamat pasien Surabaya. Pasien merupakan seorang perokok aktif, pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti dirinya.

Berdasarkan hasil laporan Kemenkes RI dalam buku “Panduan Penatalaksanaan Tumor Otak”, pria memiliki mortalitas lebih tinggi dibandingkan wanita untuk terkena tumor otak (neoplasm of brain). Hal ini disebabkan karena pada otak perempuan ternyata terdapat protein retinoblastoma yang secara aktif memerangi tumor ganas. Sedangkan pada laki-laki protein itu tidak terlalu aktif. Para peneliti juga menemukan bahwa protein retinoblastoma pada pria jauh lebih mudah untuk diserang dan dinonaktifkan oleh gen lain. Teori Hadi Purwanto, (2016) salah satu faktor penyebab yang diduga mempunyai peran terhadap tumbuhnya tumor/kanker adalah substansi-substansi karsinogenik seperti kebiasaan merokok.

Dari data pengkajian yang ada di hubungkan dengan faktor-faktor resiko tumor otak, pada pasien Tn. A mempunyai resiko aktual untuk menderita penyakit tumor otak, kejadian terjadi setelah usia 36 tahun dan juga dipengaruhi oleh kebiasaan pola hidup yang kurang sehat (pasien perokok aktif). Kondisi ini bila tidak didukung dengan pola hidup sehat dan kepatuhan dalam pengobatan serta anjuran-anjuran yang harus dilaksanakan dengan benar akan beresiko menjadi kanker yang lebih ganas lagi.

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama pasien saat ini adalah pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan dan badan lemas, nyeri dirasa seperti cekot-cekot, skala nyeri 4 (1-10) dan nyeri berangsur hilang timbul. Sebelum dibawa ke rumah sakit saat pasien mengalami nyeri kepala pasien hanya mengobatinya dengan minum obat paracetamol dan istirahat tidur tetapi tidak kunjung sembuh.

Sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Muttain (2011) karakteristik nyeri antara lain : bersifat dalam, terus menerus, tumpul, kadang-kadang hebat sekali. Dan Malueka (2019), timbulnya nyeri dibagian kepala merupakan salah satu tanda dan gejala dari tumor otak, nyeri kepala hebat disertai penurunan kesadaran merupakan tanda-tanda terjadinya herniasi serebri. Fry dkk (2014), dari 56 % pasien tumor otak mengelukan tanda dan gejala nyeri pada kepalanya.

Berdasarkan hasil analisis penulis menyebutkan bahwa tumbuhnya massa dalam otak yang mendesak intrakranial menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial sehingga terjadinya peregangan dura dan pembuluh darah yang menyebabkan penderitanya mengalami timbulnya nyeri dibagian kepalanya.

Riwayat penyakit dahulu keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hepatitis dan tbc paru < 1 tahun yang lalu, pada bulan mei 2021, pasien mengeluhkan sariawan dan tidak bisa makan/minum karena kesulitan menelan. Kemudian MRS di RSI A Yani, dengan diagnosa medis hepatitis + TBC Paru. Kemudian pasien melakukan pengobatan selama 6 bulan di RSI terpasang sonde (NGT). Awal desember 2021 selesai pengobatan TBC pasien mengeluh lemas tidak bisa menelan sehingga makin kurus. Pasien juga dikeluhkan tidak bisa melihat, nyeri dan kelemahan setengah badan kanan dan tidak bisa berjalan mendadak.

Rigi dkk (2015), tumbuhnya massa pada otak memberikan efek terjadinya peningkatan tekanan intrakranial yang akan meningkatkan tekanan disekitar nervus optikus sehingga menyebabkan gangguan tekanan intraokular dan gangguan aliran aksoplasma, hal ini menyebabkan pembengkakan pada nervus optikus dan akumulasi cairan sehingga mengganggu jaras visual.

Maka dari itu penulis berasumsi adanya peningkatan intrakranial yang menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif sehingga adanya penekanan jaringan pada otak yang menekan pembuluh darah dan menyebabkan pembuluh darah di otak terjepit sehingga suplai oksigen ke otak menurun dan penderitanya mengalami kelemahan otot tubuhnya. Selain itu peningkatan tekanan intrakranial juga menyebabkan terjadinya oklusi vena sentral sehingga terjadinya papileema an menyebabkan penderitanya mengalami gangguan penglihatan. Pasien juga tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan sehingga pasien tidak mengontrol pola hidup yang dijalani sehari-hari yang menyebabkan kondisi tubuhnya rentan terkena penyakit.

4.1.3 Pengkajian persistem (*review of system*)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang didiuraikan sebagai berikut :

1. B1 : Sistem pernafasan (*Breathing*)

Pada saat pengkajian pada Tn. A, saat diwawancarai Tn A mengatakan tidak mengalami batuk dan sesak. Bentuk dada normoches, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak ada pernapasan cuping hidung, RR: 20 x/mnt, SpO₂: 99%, pergerakan dada simetris, irama reguler. Suara sonor terdengar disemua lapang paru, tidak ada bunyi suara nafas tambahan.

Malueka (2019) Berdasarkan teori terjadinya herniasi serebri akibat adanya tumor yang mendesak otak sehingga bisa menyebabkan peningkatan irama pernafasan (pola napas tidak teratur) dan sesak napas. Dan disertai adanya retraksi

otot bantu napas, dan biasanya memerlukan alat bantu pernapasan dengan kadar oksigen 2 LPM.

Penulis berpendapat bahwa keadaan tidak terdapat suara nafas tambahan, dan tidak dijumpai adanya permasalahan pada sistem pernafasan dikarenakan pasien tidak menunjukkan adanya sesak.

2. B2 : Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pemeriksaan B2 yaitu sistem Kardiovaskuler didapatkan data hasil Konjungtiva tidak anemis, sklera normal, warna kulit tidak pucat, Akral teraba hangat, CRT <2dtk, N: 87 x/mnt, ictus cordis teraba di ICS V, tidak ada nyeri tekan. Irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Berdasarkan teori Hadi Purwanto (2016), Perubahan fisiologi lain terjadi akibat peningkatan intracranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi).

Dan berdasarkan analisis penulis bradikardia bisa saja terjadi pada pasien tumor otak, hal ini disebabkan karena adanya peningkatan tekanan intrakranial yang menekan pernafasan pusat di medula oblongata.

3. B3 : Sistem Persyarafan (*Brain*)

Pada pemeriksaan inspeksi paa Tn. A didapatkan hasil GCS E4 V5 M6, kesadaran Composmentis, terdapat benjolan di area kepala pasien, keadaan umum lemah, mata pasien simetris, pupil pasien isokor. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan berbicara. Dan Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi didapatkan hasil pada adanya nyeri kepala pada serebral dextra dengan skala 4 (1-10) nyeri hilang timbul, dan pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius): Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Nervus II (Optikus): Pasien mampu membedakan warna dengan

baik, tetapi lapang pandang (penglihatan pasien kurang) baik. Nervus III (Okulomotorius): Pasien mampu menggerakkan bola mata, repon pupil terhadap cahaya +/+. Nervus IV (Trochler): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah, atas, kanan, dan kiri. Nervus V (Trigeminus): Ada rasa kebal diwajah, mampu menggerakkan rahang bawah dan atas, mampu membuka mulut. Nervus VI (Abdusen): Pasien mampu menggerakkan bola mata kearah lateral dan memutar. Nervus VII (Fasial): Pasien mampu mengerutkan dahi dan alis, senyum pasien tidak simetris, pasien kesulitan dalam mengembungkan pipi kanan dengan baik. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis): Pasien mampu mendengar dengan baik. Nervus IX (Glosopharyngeal): Pasien tidak mengalami gangguan menelan. Nervus X (Vagus): Pasien mampu membuka mulut dan dapat menelan dengan baik. Nervus XI (Asesoris): Pasien tidak mampu untuk mengangkat bahu kanan.

Berdasarkan teori Tagoe dkk (2015), menyebutkan bahwa nyeri kepala adalah salah satu gejala klinis yang paling awal dan umum dikeluhkan oleh pasien-pasien engan iagnosa medis tumor otak, sedangkan gejala neufrootik yang paling umum dikeluhkan adalh penglihatan kabur diikuti fotofobia dan nyeri pada mata. Hadi Purwanto (2016), pasien dengan tumor otak biasanya akan mengalami penurunan penglihatan serta hilangnya ketajaman atau diplopia. Citra Mega Kharisma (2021) dalam penelitiannya tumor otak primer menimbulkan morbiitas dan mortalitas yang sering menyebabkan penderitanya mengalami penurunan kemampuan pergerakan dan komunikasi (bicara).

Sehingga peneliti beranalisis terjadinya nyeri kepala dan gangguan penglihatan ini terjadi akibat dari penyebab utama dari penyakit tumor otak yaitu terjadinya peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan peregangan pada

pembuluh darah dan oklusi paa vena sentral.

4. B4 : Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Pada pengkajian wawancara didapatkan data pasien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih 1500ml/hari, jumlah urin 1000 cc/24jam warna urin kuning jernih. Eliminasi urin SMRS frekuensi Eliminasi $\pm 3x$ /sehari, jumlah 1000cc. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan data pasien tidak terpasang urin kateter. Pemeriksaan palpasi didapatkan data tidak terapat nyeri tekan abdomen, turgor kulit menurun. Dan pada pemeriksaan perkusi didapatkan data kandung kemih kosong.

Hadi Purwanto (2016), pada penderita tumor otak saraf kandung kemih tidak mengalami gangguan.

Sehingga penulis menyimpulkan setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah keperawatan pada sistem perkemihan.

5. B5 : Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Dari hasil wawancara kepada pasien didapatkan hasil pasien mengatakan tidak ada nyeri pada bagian perut dan Tidak mual muntah dan nafsu makan baik. 1/8 porsi makan habis. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil bentuk abdomen flat (datar), abdomen simetris kiri dan kanan. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, abdomen tidak teraba keras. Paa pemeriksaan auskultasi terdapat suara bising usus 15x/mnt. Pasien memperoleh diet MLP 6X200 + BH. Asupan makan pasien sebesar 1221 kal (61% dari kebutuhan) kebutuhan E 2002 Kkal. BB sebelum sakit: 77kg, BB setelah sakit:75kg, TB: 170cm, IMT : 25,95 (*Overweight*).

Hadi Purwanto (2016), pasien penderita tumor otak biasanya mengalami gangguan menelan disertai nafsu makan menurun. Selain itu Tagoe dkk (2015), menyimpulkan bahwa 13,9% dari pasien-pasien tumor otak mengeluhkan muntah.

Berdasarkan hasil analisis penulis menyimpulkan bahwa mual muntah bisa saja terjadi pada pasien penderita tumor otak, hal ini disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial yang merangsang reseptor intrakranial dan merangsang pusat muntah di dorsolateral formatio reticularis kemudian merangsang nervus vagus sehingga terjadinya kontraksi duodenum dan lambung yang meningkatkan tekanan intra abdomen, kemudian berlanjut ke proses muntah.

6. B6 : Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Pada pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan hasil pemeriksaan inspeksi sebagai berikut; Rambut: hitam/bersih, Kuku: Bersih, Kulit Kepala: Terdapat benjola/tumor cerebri dekstra, Kelainan jaringan/trauma: Tidak ada kelainan jaringan/trauma, Warna luka: Tidak ada luka, Massa otot: Lemah separo badan di bagian kanan, ROM : Dibantu oleh kakak nya, Tulang: Tidak ada kelainan

Kekuatan otot : 3333 5555

3333 5555

Dan pada pemeriksaan palpasi ditemukan data hasil turgot kulit kuat.

Hadi Purwanto (2016), pada pemeriksaan B6 pada pasien tumor otak didapatkan hasil kondisi tubuh yang mudah kelelahan. Sedangkan menurut laporan Komite Penanggulangan Kanker Nasional (2017), pada pasien tumor otak biasanya akan mengalami gangguan keseimbangan dan kelumpuhan.

Berdasarkan asumsi penulis faktor pencetus terjadinya kelemahan otot pada penderita tumor otak disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan suplai oksigen berkurang, dan disertai dengan gangguan penglihatan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian terhaap Tn. A didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut :

1. Masalah keperawatan : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial sebagai diagnosa pertama muncul pada saat pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022, muncul data-data yang mendukung yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang dengan ditandai adanya massa pada otak pasien, nyeri dirasa skala 4 (1-10) seperti dicekot-cekot dan berlangsung secara hilang timbul disertai dengan penglihatan yang kabur.

Berdasarkan penjelasan dari Yuanita (2019), nyeri merupakan reflek sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul sebagai akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan. Sedangkan Tumor Otak menurut Kurniawan dkk (2016), adalah massa intrakranial baik primer ataupun sekunder yang memberikan gambaran secara klinis pendesakan ruang atau gejala fokal neurologis yang dapat menimbulkan nyeri pada penderitanya.

Pada Tn. A mengeluhkan nyeri pada area kepala sebelah kanannya, nyeri seperti dicekot-cekot dengan skala 4 (1-10) dan berlangsung secara hilang timbul dan berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang terdapat massa di area otak pasien dan disertai dengan gangguan penglihatan atau penglihatan yang kabur pada Tn. A.

2. Masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa kedua yang muncul saat pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022, muncul data-data yang

mendukung yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan kebutuhan pasien beserta mobilisasinya membutuhkan bantuan karena setengah badannya lemah dibagian kanan.

Laporan Komite Penanggulangan Kanker Nasional (2017), pada pasien tumor otak biasanya akan mengalami gangguan keseimbangan dan kelumpuhan, hal ini bisa disebabkan oleh penurunan suplai oksigen. Hadi Purwanto (2016), pada pemeriksaan B6 pada pasien tumor otak didapatkan hasil kondisi tubuh yang mudah kelelahan.

Pada Tn. A mengeluhkan mengalami kelemahan pada setengah badannya dibagian ekstermitas kanan atas sampai ekstermitas kanan bawah sehingga kebutuhan, berjalan, dan mobilisasi membutuhkan bantuan keluarga.

3. Masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal sebagai diagnosa ketiga yang muncul saat pengkajian pada tanggal 10 Januari 2022, muncul ata-data yang mendukung yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan bibir atas dan bawah pasien mengelupas, pasien kesulitan dalam berbicara.

Hadi purwanto (2016), pada pasien tumor otak biasanya akan mengalami afasia yaitu kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif atau kesulitan berkata-kata, reseotif atau berkata-kata kompherensif ataupun kombinasi dari keduanya.

Pada Tn. A mengalami gangguan pada nervus VII (fasialis) ketidakmampuan untuk berbicara dan senyum yang tidak simetris, berbicara pelo.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada tinjauan pustaka menurut Wilkinson (2016) dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Tn. A menggunakan kriteria hasil yang mencapai pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah (psikomotor) dan perubahan tingkah laku (afektif).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosis keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d lesi menempati ruang: tumor otak (SDKI, 2016), tujuan yang diharapkan tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, papiledema menurun, reflek neurologis membaik, tekanan intrakranial membaik (SLKI, 2016). Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Identifikasi penyebab peningkatan TIK, 2). Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK, 3). Monitor MAP, 4). Berikan posisi semifowler, 5). Hindari pemberian cairan IV hipotonik, 6). Cegah terjadinya kejang, 7). Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu, 8). Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu (SIKI, 2016).

Asumsi penulis dalam pemberian asuhan keperawatan yang meliputi penegakan diagnosa, perencanaan dan pengimplentasian keperawatan harus

berdasarkan buku yang telah ditetapkan oleh PPNI yang terdiri dari SDKI, SLKI, dan SIKI

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular (SDKI, 2016), tujuan yang diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Kelemahan fisik menurun (SIKI, 2016). Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 2). Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), 3). Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 4). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI, 2016).

Asumsi penulis dalam pemberian asuhan keperawatan yang meliputi penegakan diagnosa, perencanaan dan pengimplentasian keperawatan harus berdasarkan buku yang telah ditetapkan oleh PPNI yang terdiri dari SDKI, SLKI, dan SIKI

3. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral (SDKI, 2016), tujuan yang diharapkan komunikasi verbal pasien meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: Kemampuan berbicara meningkat, Pemahaman komunikasi membaik, Afasia menurun (SLKI, 2016). Dan intervensi yang didapat pasien antara lain: 1). Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, 2). Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (berdiri di samping bed pasien, bicara dengan perlahan, meminta bantuan keluarga pasien untuk memahami ucapan pasien, 3). Berikan dukungan psikologis, 4). Anjurkan berbicara secara perlahan (SIKI, 2016).

Asumsi penulis dalam pemberian asuhan keperawatan yang meliputi penegakan diagnosa, perencanaan dan pengimplentasian keperawatan harus berdasarkan buku yang telah ditetapkan oleh PPNI yang terdiri dari SDKI, SLKI,dan SIKI

4.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn. A yang sebenarnya.

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d lesi menempati ruang: tumor otak. Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien. Implementasi dimulai sejak tanggal 10 sampai 12 Januari 2022. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 sebagai berikut: melakukan BHSP pada pasien, mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK, memberikan posisi semifowler, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kepala skala 4, berkolaborasi pemberian obat: pasien mendapatkan terapi obat methylprednison 5ml 2x1, ceftriaxone 1g 2x1, dan sucralfate 100ml 3x1. Pada tanggal 11 Januari 2022 implementasi yang dilakukan sebagai berikut: memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK, memberikan posisi semifowler, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kepala skala 4, berkolaborasi pemberian obat: pasien mendapatkan terapi obat methylprednison 5ml 2x1, ceftriaxone 1g 2x1, dan sucralfate 100ml 3x1. Pada tanggal 12 Januari 2022 implementasi yang

dilakukan sebagai berikut: memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK, memberikan posisi semifowler, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri kepala skala 4, berkolaborasi pemberian obat: pasien mendapatkan terapi obat methylprednison 5ml 2x1, ceftriaxone 1g 2x1, dan sucralfate 100ml 3x1.

Dalam jurnal Nur Indah dkk, (2020) teknik relaksasi nafas dalam mampu mengurangi rasa nyeri, Nur Annisa dkk, (2021) teknik relaksasi pemberian aroma terapi mampu mengurangi rasa nyeri.

Sehingga penulis berasumsi untuk memberikan intervensi keperawatan berupa mengajarkan pasien pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan minyak aroma terapi untuk mengurangi rasa nyeri.

2. Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Neuromuskular. Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien. Implementasi dimulai sejak tanggal 10 – 12 Januari 2022. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 sebagai berikut: melakukan BHSP pada pasien, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Pada tanggal 11 Januari 2022 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, menganjurkan

melakukan mobilisasi dini. Pada tanggal 12 Januari 2022 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini.

TR Simanjuntak (2020), mobilisasi miring kanan miring kiri mempunyai efektivitas dalam upaya pencegahan pressure injury. Hasraf Novalarik dkk (2021), posisi miring kanan miring kiri mempunyai pengaruh untuk mencegah resiko dekubitus pada pasien stroke.

Sehingga penulis berasumsi untuk memberikan intervensi keperawatan berupa melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini.

3. Gangguan Komunikasi Verbal b/d Penurunan Sirkulasi Serebral. Rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien. Implementasi dimulai sejak tanggal 10 – 12 Januari 2022. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 sebagai berikut: melakukan BHSP pada pasien, menganjurkan menggunakan metode alternative seperti menulis untuk membantu pasien berkomunikasi, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan, menganjurkan berbicara secara perlahan, memberikan dukungan psikologis. Pada tanggal 11 Januari 2022 sebagai berikut: menganjurkan menggunakan metode alternative seperti menulis untuk membantu pasien berkomunikasi, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan, menganjurkan berbicara secara perlahan. Pada tanggal 12

Januari 2022 sebagai berikut: menganjurkan menggunakan metode alternative seperti menulis untuk membantu pasien berkomunikasi, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan, menganjurkan berbicara secara perlahan.

Isalufi (2017) teknik komunikasi menggunakan tulisan merupakan salah satu cara untuk membantu seseorang dengan afasia dalam melakukan komunikasi.

Sehingga penulis berasumsi untuk memberikan intervensi keperawatan berupa menggunakan metode alternative seperti menulis untuk membantu pasien berkomunikasi, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti bicara dengan perlahan, menganjurkan berbicara secara perlahan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil:

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b/d Lesi Menempati Ruang (Tumor Otak).

Hasil evaluasi hari pertama pada tanggal 10 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluhkan nyeri pada bagian kepalanya belum menurun, skala nyeri 4 (1-10), nyeri dirasa seperti cekot-cekot dan berlangsung secara hilang timbul, TD : 123/85 mmHg, S : 36.4 C, N : 104x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 98%, pasien masih tampak meringis kesakitan, penglihatan

masih kabur. Hasil evaluasi hari kedua pemberian asuhan keperawatan pada tanggal 11 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: pasien mampu mengontrol nyerinya dengan teknik tarik nafas dalam, skala nyeri 3 (1-10), nyeri dirasa seperti cekot-cekot, nyeri berlangsung secara hilang timbul, TD : 120/75 mmHg, S : 36,2C, N : 102x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 99%. Pasien masih tampak meringis ketika nyerinya timbul dan penglihatan masih kabur. Hasil evaluasi hari ketiga pemberian asuhan keperawatan pada tanggal 12 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: pasien mampu mengontrol nyerinya dengan teknik tarik nafas dalam, skala nyeri 3 (1-10), nyeri dirasa seperti cekot-cekot, nyeri berlangsung secara hilang timbul, TD : 125/75 mmHg, S : 36,5 C, N : 102x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 99%, dan penglihatan masih kabur

2. Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan Neuromuskular.

Hasil evaluasi hari pertama pada tanggal 10 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan saat ini kebutuhan pasien dan mobilisasi nya masih terbatas dan dibantu karena badan lemah separo dibagian kanan, ROM terbatas di badan sebelah kanan, fisik lemah. Hasil evaluasi hari kedua pada tanggal 11 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan saat ini kebutuhan pasien dan mobilisasi nya masih terbatas dan dibantu karena badan lemah separo dibagian kanan, ROM terbatas di badan sebelah kanan, fisik lemah. Hasil evaluasi hari ketiga pada tanggal 13 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan saat ini kebutuhan pasien dan mobilisasi nya masih terbatas dan dibantu karena badan lemah separo dibagian kanan, ROM terbatas di badan sebelah kanan, fisik lemah.

3. Gangguan Komunikasi Verbal b/d Penurunan Sirkulasi Serebral.

Hasil evaluasi hari pertama pada tanggal 10 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan pasien masih belum mampu berbicara, bibir atas dan bawah masih mengelupas. Hasil evaluasi hari kedua pada tanggal 11 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan pasien masih belum mampu berbicara, bibir atas dan bawah masih mengelupas. Hasil evaluasi hari ketiga pada tanggal 12 Januari 2022 didapatkan hasil sebagai berikut: keluarga pasien mengatakan pasien sudah sedikit mampu berbicara sekata secara perlahan-lahan, bibir atas dan bawah masih mengelupas.

Dari data evaluasi 3 diagnosa keperawatan diatas dapat disimpulkan bahwa masalah Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, dan Gangguan komunikasi verbal tidak dapat diselsaikan dalam waktu singkat karena faktor peningkatan tekanan intrakranial yang masih belum teratasi karena masih adanya massa dalam otak pasien.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhankeperawatan pada pasien Tumor otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, didapatkan data pasien sering mengeluh nyeri di kepala bagian kanan skala 4 seperti cekot-cekot nyeri hilang timbul disertai badan lemas.
2. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yaitu : 1) Nyeri Akut, 2) Gangguan mobilitas fisik, dan 3) Gangguan komunikasi verbal.
3. Perencanaan pada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan, yang merujuk pada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI, 2016).
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*) di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan pada tanggal 12 Januari 2022, pada masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial didapatkan hasil nyeri berkurang dengan skala 3 (1-10), dan hasil observasi TTV dalam batas normal TD : 123/85, S : 36.4, N : 104/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 98%, akan tetapi pasien masih tampak sedikit meringis, penglihatan masih kabur, mobilisasi pasien masih dibantu oleh keluarganya dan pasien masih berbicara dengan pelo.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi keluarga pasien tentang penyakit Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*) sehingga rasa cemas yang muncul akibat penyakit yang diderita terhadap pasien dapat teratasi.

5.2.2 Bagi Perawat

1. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Tumor Otak (*Neoplasm of Brain*).
2. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.

4. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. I. Y. (2016) 'Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Tumor Otak (Astrocytoma) di Ruang Angsoka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689– 1699.
- Batticaca Fransisca. B. 2008. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Ganggana Sistem Pernafasan. Jakarta: Salemba Medika.
- Mega Citra K, (2021). Tesis Magister Hubungan antara lokasi tumor otak dengan onset gejala neurooftalmik pada pasien tumor otak di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Medan: Departemen Neurologi Univ Sumatera Utara
- Derrickson, B. H., & Tortora, G. J. (2013). *Principle of anatomy and physiology, 14 edition*. Hoboken: Wiley, p 650-655
- Erick T, DKK (2020) *Athophysiology Review Of Metastatic Brain Tumor From Parotis Glands Cancer - Case Report*, 18-31.
- Feign, V. 2006. Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Fry dkk, (2014). *Brain Tumours in Children: Importance of Early Identification*. *British Journal of Nursing*. 23(22): 1202-07
- Ganong, William F, 2003. Fisiologi Saraf & Sel Otot. Dalam H. M. Djauhari Widjajakusumah: Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 20. Jakarta: EGC. Hal.49
- Ginsberg, Lionel. 2008. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta : Erlangga
- Hadi Purwanto, (2016). KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II. Jakarta: Bangun Asmo Darmanto
- Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN). 2017. Tumor Otak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta

- Kurniawan dkk, (2016). Panduan Praktik Klinis Neurologi. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. Jakarta
- Malueka, (2019). *Clinicopathologic and molecular profiles of Duchenne and Becker muscular dystrophy*. Indonesian Pediatric Society
- Muttain dkk, (2011). Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika
- Noback, R. Charles. *The Human Nervous System – Structure and function*. 6th ed. Humana Press; 2005
- Purves. 2004. *Neuroscience: Third Edition*. Massachusetts, Sinauer Associates, inc.
- Rigi dkk, (2015). *Papiledema: Epidemiology, Etiology and Clinical Management*. Dove Meical Press Journal. 7: 47-57
- Setiadi, (2012). Konsep & Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Tagoe dkk, (2015). Neuro-ophthalmic and Clinical Characteristics of Brain Tumours in A Tertiary Hospital in Ghana. Ghana Medical Journal. 49 (3): 181-6
- TIM PPNI, DKK (2017) STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA, EDISI I CETAKAN III, TIM POKJA SDKI DPP PPNI,JI Raya Lenteng Agung No 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610
- TIM PPNI, DKK (2017) STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA, EDISI I CETAKAN II, TIM POKJA SDKI DPP PPNI,JI Raya Lenteng Agung No 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610
- TIM PPNI, DKK (2017) STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA, EDISI I CETAKAN II, TIM POKJA SDKI DPP PPNI,JI Raya Lenteng Agung No 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan 1261
- Wartiningsih, N. Y. and Kep, S. (2017) ‘*Brain Tumor Management: One Day Symposium*

and Workshop Brain Tumor Management: One Day Symposium and Workshop,
(December), pp. 1–10.

White S. (2008). *Assessing the Nation's Health Literacy*. American Medical Association
Foundation, Amerika Serikat.

Yuanita, (2019). *Asuhan Keperawatan Kehamilan*. Surabaya: Jakad Publishing

Lampiran 1.

CURRICULUM VITAE

Nama : Safirah Hasnah
NIM : 171. 0097
Prodi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Sumenep, 25 April 1998
Alamat : jl. Abu Bakar Sidiq no.35 Pasongsongan Sumenep
Madura.
Agama : Islam
Email : safirah1710097@stikeshangtuah-sby.ac.id

Riwayat Pendidikan :

1. TK Aisyah Pasongsongan Sumenep : Lulus Tahun 2004
2. SDN Pasongsongan I : Lulus Tahun 2010
3. Mts Al-Amien Prenduan Sumenep : Lulus Tahun 2013
4. MA Al-Amien Prenduan Sumenep : Lulus Tahun 2016
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : Lulus Tahun 2021

Riwayat Organisasi :

1. Bagian Kesehatan Organisasi ISTAMA Ponpes TMI Al-Amien Prenduan
2. UKM Jurnalistik Stikes Hang Tuah Surabaya

Lampiran 2.

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Sambutlah mentari pagi dengan senyuman, dan kerja keras...

Jangan menyerah dikala rasa sakit terus memenuhi ruang hatimu...

Jangan jatuh disaat hidup tetap mengecewakanmu...

Dan harus ingat bahwa Tuhan selalu mengawasi dan mencintai setiap insanNya....

Jangan menyerah dalam hidup, jalani hari dengan cinta...


Persembahan :

1. Almarhum Bapak H. Ach Dahlan yang selalu menjadi motivasi saya untuk selalu tegar dalam menjalani hidup, semoga Allah memberikan tempat terbaik untukmu Bapak,.
2. Ibunda Lilik Chosimah yang telah menjadi seorang ibu *“the best woman in the world who is always in my life”*, Ibu terbaik, terkuat, terhebat, yang selalu memberikan yang terbaik untuk anak-anaknya, terima kasih ibutelah mendoakanku dalam setiap doamu dan selalu ada untukku.
3. Abi Kurdi yang telah berusaha menjadi orang tua yang baik buat saya, terima kasih telah senantiasa menjaga dan mendokan kita sekeluarga.

4. Uwing kakakku yang selalu ada membantu saya disetiap saya membutuhkan bantuan.
5. Adikku Apang yang sudah menemani dan mengisi hari-hariku dengan warna-warna indah seperti pelangi ketika aku pulang ke rumah Pasongsongan.
6. Sahabatku Lidya Novita Sari yang selalu ada membantu saya dalam kegiatan kampus baik dalam hal akademik maupun non akademik.
7. Sahabatku Solehuddin mahmudin alias (Nurul Ummatus Sholeha) yang selalu menemani hari-hariku selama berada di Surabaya
8. Dan untuk semua orang yang telah membantu saya dalam penyusunan skripsi saya, terima kasih semuanya.,

LAMPIRAN

Lampiran 3.

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p align="center">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PEMASANGAN INFUS</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC- HAL</p>	<p align="center">Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah Profesi Ners Safirah Hasnah (2130045)</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Pemberian cairan atau obat yang langsung masuk kedalam pembuluh darah vena dalam jumlah dan waktu tertentu dengan menggunakan infuse set</p>		
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh agar adekuat 2. Mempermudah pemberian terapi obat berupa injeksi atau memalui infuse 		
<p>INDIKASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan dehidrasi. 2. Pasien sebelum transfusi darah. 3. Pasien pra dan pasca bedah, sesuai dengan program pengobatan. 4. Pasien yang tidak bisa makan dan minum melalui mulut. 		


	5. Pasien yang memerlukan pengobatan yang pemberiannya harus dengan cairan infus.
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Seperangkat infus steril. b) Cairan infus yang diperlukan (Asering, RL, Dektrose 5%, Nacl 0,9%) c) Jarum infus steril sesuai ukuran dalam bak injeksi. d) Kaps alkohol dalam tempatnya. e) Tourniquet. f) Pengalas/perlak. g) bengkok. h) Standar infus. i) Handscoon. j) Plester dan gunting perban. k) Alat tulis <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Manajemen penampilan b) Mencuci tangan 6 langkah c) Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pastikan identitas dan kondisi klien b) Posisikan pasien yang nyaman : supinasi c) Jaga privasi klien <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menutup Tirai

	<p>b) Keluarga</p>
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <p>a) Komunikasi Terapeutik (memberi salam)</p> <p>b) Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien</p> <p>c) Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali</p> <p>d) Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga</p> <p>e) Menanyakan persetujuan</p> <p>f) Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....?</p> <p>g) Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi</p>
	<p>TAHAP KERJA</p> <p>1. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan</p> <p>2. Membuka bak instrumen dan membuka infus set kemudian atur klem infus</p> <p>3. Menyambungkan infus set ke dalam cairan botol infus</p> <p>4. Gantungkan cairan botol infuse pada standar infus/ tiang penyangga</p> <p>5. Alirkan cairan infus hingga mengisi ½ bagian tabung pengatur tetesan. Kemudian buka klem infus dan alirkan cairan ke dalam selang hingga tidak ada udara dalam</p>

	<p>selang. Buang cairan ke dalam bengkok lalu klem kembali</p> <ol style="list-style-type: none">6. Pasangkan perlak dibawah daerah yang akan dilakukan penusukkan dan dekatkan bengkok serta bak instrumen7. Siapkan jarum suntik, alkohol swab dan plaster8. Pasangkan tourniquet (\pm 10 cm diatas lokasi penusukan)9. Anjurkan pasien menggenggam telapak tangan dan pilih area penusukan (vena relatif lurus, tidak bercabang dan jauh dari area persendian) bisa dibantu menggunakan alkohol swab10. Lakukan desinfeksi pada area penusukan sekali swab.11. Lakukan penusukan dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas (tangan kiri perawat memegang ujung vena agar stabil). Penusukan membentuk sudut 30-45 derajat IV12. Perhatikan darah yang keluar di ujung IV Cath, keluarkan jarum sambil memasukan kembali selang IV cath secara perlahan13. Tekan area penusukan saat menarik jarum keluar agar darah tidak mengalir segera sambungkan IV cath dengan selang infus14. Lepas tourniquet dan atur tetesan infuse sesuai dosis15. Fiksasi menggunakan pelester area abocath dan beri tanggal pemasangan infus16. Evaluasi kembali tetesan infus
--	--

	<p>17. Rapikan alat yang sudah digunakan dan melepaskan handscoon serta cuci tangan 6 langkah</p> <p>18. Pasang kembali pembatas tempat tidur pasien</p>
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <p>19. Akhiri kegiatan</p> <p>20. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencet tombol yang sudah disediakan</p> <p>21. Mengucapkan salam terapeutik</p> <p>22. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien</p> <p>Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien : Safirah Hasnah (2130045)</p>

Lampiran 4

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p align="center">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PEMASANGAN KATETER</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC- HAL</p>	<p align="center">Praktek Profesi Keperawatan Medikal Bedah Profesi Ners Safirah Hasnah (2130045)</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Mengeluarkan air kemih dari kandung kemih dengan memasukan kateter steril melalui uretra</p>		
<p>TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. membantu memenuhi kebutuhan pasien untuk mengosongkan kandung kemih 2. menjaga kandung kemih tetap kosong, penyembuhan luka , pengobatan beberapa infeksi dan operasi suatu organ dari system urin 3. melatih kembali atau memulihkan pengendalian kandung kemih secara normal 		
<p>INDIKASI</p>	<p>Pasien yang mengalami retensi urine, obstruksi kronik, inkontesia urine, dekompresi intermiten, post operasi.</p>		
<p>KONTRAINDIKASI</p>	<p>Pasien dengan Infeksi kandung kemih dan Hematuria</p>		
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI 1. PERSIAPAN ALAT</p>		


	<ul style="list-style-type: none">a) Selang kateterb) Jellyc) Aquadestd) Spuit 5 cce) Handscoonf) Plasterg) Kassah) Betadinei) Bengkokj) Urine bagk) Perlakl) Guntingm) Selimut
	<p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ul style="list-style-type: none">a) Manajemen penampilanb) Mencuci tangan 6 langkahc) Memakai APD
	<p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ul style="list-style-type: none">a) Pastikan identitas dan kondisi klienb) Posisikan pasien yang nyaman : supinasic) Jaga privasi klien
	<p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ul style="list-style-type: none">a) Menutup Tiraib) Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ul style="list-style-type: none">a) Komunikasi Terapeutik (memberi salam)

	<p>b) Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien</p> <p>c) Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali</p> <p>d) Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga</p> <p>e) Menanyakan persetujuan</p> <p>Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....?</p> <p>f) Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi</p>
	<p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan 2. Gantungkan urine bag pada sandaran tempat tidur px 3. Persiapan pasien dengan membantu membuka pakaian dan posisikan dorsal rekumben, serta beri selimut/handuk 4. Pasang perlak pengalas antara kedua paha 5. Dekatkan bengkok diantara kedua paha pasien 6. Pakai hands scoon bersih untuk vulva hygiene <p>Pada wanita : Bersihkan area vagina menggunakan kapas (luar ke dalam labia mayorake labia minora sekali usap)</p> <p>Pada laki-laki: Bersihkan area gland penis secara sirkuler dengan sekali usap menggunakan kapas</p>

	<p>7. Ganti handscoon bersi dengan hanscoon steril untuk pemasangan kateter</p> <p>8. Pasangkan duk bolong steril</p> <p>(Pada wanita : area berlubang menghadap vagina. Pada laki-laki : melewati penis)</p> <p>9. Ambil selang kateter dan berikan gel pelumas $\pm 3-5$ cm</p> <p>10. Masukkan selang kateter kedalam lubang uretra secara perlahan hingga urine keluar kemudian klem (Anjurkan pasien untuk menarik napas dalam)</p> <p>Pada wanita : tangan kiri membuka lamia mayora, tangan kanan memasukan selang kateter (posisi uretra berada paling atas) $\pm 3-5$ cm/ hingga urine keluar</p> <p>Pada laki-laki : tangan kiri memegang penis sampai tegak $\pm 60^\circ$, tangan kanan memasukan kateter $\pm 7-9$ cm</p> <p>11. Masukkan air sebagai balon $\pm 10-15$ cc kemudian tarik perlahan hingga ada tahanan. Tetap klem kateter</p> <p>12. Lepaskan duk bolong kemudian sambungkan selang kateter dengan urine bag</p> <p>13. Lakukan fiksasi pada selang kateter dengan plaster di bagian paha arah urine bag digantung</p> <p>14. Bantu pasien memakai pakaian atau selimut</p> <p>15. Rapiakan alat-alat yang sudah digunakan</p> <p>16. Buka handscon dan cuci tangan 6 langkah</p> <p>TAHAP TERMINASI</p> <p>a) Akhiri kegiatan</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none">b) Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencent tombol yang sudah disediakanc) Mengucapkan salam terapeutikd) Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan kliene) perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien : Safirah Hasnah (2130045)
--	---

Lampiran 5

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	<p>SOP</p> <p>(STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)</p> <p>PEMBERIAN OBAT SECARA IV,SC,IM</p>		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC- HAL</p>	<p>Praktek Profesi Keperawatan Medikal</p> <p>Bedah</p> <p>Profesi Ners</p> <p>Safirah Hasnah</p> <p>(2130045)</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Salah satu tindakan yang dilakukan untuk memasukkan obat kedalam tubuh pasien.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Injeksi iv untuk memasukkan obat melalui vena, injeksi sc untuk pemberian obat melalui lapisan bawah kulit biasanya dilakukan untuk skintest,</p> <p>Injeksi im adalah tindakan untuk memasukkan obat melalu muskulusskeletal</p>		
<p>INDIKASI</p>	<p>Klien membutuhkan pengobatan tertentu melalui intramuskular yang tidak dapat diberikan obat melalui oral.</p>		
<p>KONTRAINDIKASI</p>	<p>Terapi yang mendapatkan terapi injeksi IM,IV,IC</p>		

<p style="text-align: center;">PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat steril dalam ampul atau vial 2. S spuit dan jarum steril (ukuran sesuai dengan kebutuhan) 3. Alkohol swab <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Manajemen penampilan 5. Mencuci tangan 6 langkah 6. Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pastikan identitas dan kondisi klien 8. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi 9. Jaga privasi klien <p>4. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Menutup Tirai 11. Keluarga
	<p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 13. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 14. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali

	<p>15. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga</p> <p>16. Menanyakan persetujuan</p> <p>Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....?</p> <p>17. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi</p>
	<p>TAHAP KERJA</p> <p>18. Petugas menyiapkan peralatan yang akan dilakukan</p> <p>19. Cuci tangan</p> <p>20. Siapkan obat dengan benar</p> <p>21. Berikan salam dan identifikasi pasien</p> <p>22. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan diberikan kepada keluarga atau pasien</p> <p>23. Atur posisi pasien sesuai tempat penyuntikan</p> <p>24. Bebaskan daerah yang akan diinjeksi</p> <p>25. Letakkan pembendung</p> <p>26. Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekauan, peradangan, atau rasa gatal</p> <p>27. Pakai sarung tangan</p> <p>28. Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol</p> <p>29. Tarik spuit dan tidak boleh dilakukan masase</p>

	<p>30. Buka sarung tangan dan cuci tangan</p> <p>31. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan</p>
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <p>32. Akhiri kegiatan</p> <p>33. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencet tombol yang sudah disediakan</p> <p>34. Mengucapkan salam terapeutik</p> <p>35. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien</p> <p>36. Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama</p> <p>37. perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien : Safirah Hasnah (2130045)</p>

Lampiran 6

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PENGAMBILAN DARAH VENA		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC- HAL</p>	<p>Praktek Profesi Keperawatan Medikal</p> <p>Bedah</p> <p>Profesi Ners</p> <p>Safirah Hasnah</p> <p>(2130045)</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Pengambilan arah vena adalah tinakan pengambilan darah dengan melakukan penusukan langsung jarum suntik pada pembuluh darah vena.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Untuk mendapatkan sampel darah yang diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium.</p>		
<p>INDIKASI</p>	<p>a. pemeriksaan komponen darah</p> <p>b. pemeriksaan glukosa darah</p>		
<p>KONTRAINDIKASI</p>	<p>a. lengan pada sisi mastectomy</p> <p>b. daerah oedema</p> <p>c. daerah dimana darah sering ditransfusikan</p> <p>d. daerah bekas luka</p>		

	<p>e. daerah dengan cannula, fistula atau cangkakan vaskular</p> <p>f. daerah intra vena lines</p>
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <p>1. PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit 3cc atau 5cc 2. kapas alkohol atau alkohol swab 3. torniquet 4. plester atau hepavik 5. tabung vacuntainer 6. pengalas atau bengkok 7. handscoon <p>2. PERSIAPAN PERAWAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen penampilan 2. Mencuci tangan 6 langkah 3. Memakai APD <p>3. PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan identitas dan kondisi klien 2. Posisikan pasien yang nyaman : supinasi 3. Jaga privasi klien <p>4. PERSIAAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup Tirai 2. Keluarga <p>TAHAP ORIENTASI</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi Terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan Ex: apakah ibu/bpk berkenan kami lakukan prosedur tindakan....? 6. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi <p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri perawat dan memastikan identitas pasien benar 2. menjelaskan maksud dan tujuan tindakan menanyakan informed consent pada pasien 3. mengatur posisi yang nyaman 4. pasang pengalas dekatkan bengkok 5. buka lengan baju pasien 6. minta pasien meluruskan lengannya dengan posisi telapak tangan menghadap keatas. Minta pasien mengepalkan tangannya
--	---

	<p>7. pasang tali pembendung (tourniquet) kira-kira 10 cm diatas lipat siku pada bagian atas dari vena yang akan diambil</p> <p>8. Bersihkan kulit atau lakukan desinfektan pada daerah yang akan ditusuk dengan kapas alkohol atau alkohol swab</p> <p>9. cari vena yang akan ditusuk. Lakukan palpasi untuk memastikan lokasi vena pilih bagian vena median cubital</p> <p>10. tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap keatas dengan sudut 15-30'</p> <p>11. segera lepas tourniquet setelah darah mengalir, kecuali vena kollaps</p> <p>12. tarik perlahan-lahan biarkan spuit terisi darah sebanyak yang dibutuhkan</p> <p>13. letakkan kapas ditempat suntikan lalu segera tarik jarum suntik</p> <p>14. tekan kapas beberapa saat lalu plester menggunakan hepavik atau pester</p> <p>15. masukkan sampel darah kedalam tabung vacuntainer dan beri kode.</p>
	<p>TAHAP TERMINASI</p> <p>1. Akhiri kegiatan</p>

	<ol style="list-style-type: none">2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau mencet tombol yang sudah disediakan3. Mengucapkan salam terapeutik4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien5. Catat tanggal dan jam melakukan tindakan dan nama6. perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien : Safirah Hasnah (2130045)
--	---

 <p>STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>	SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) RANGE OF ACTION (ROM)		
<p>PROSEDUR TETAP</p>	<p>TGL.TERBIT</p>	<p>NO.DOC- HAL</p>	<p>Praktek Profesi Keperawatan Medikal</p> <p>Bedah</p> <p>Profesi Ners</p> <p>Safirah Hasnah</p> <p>(2130045)</p>
<p>PENGERTIAN</p>	<p>ROM merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien.</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstermitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstermitas, menurunkan komplikasi vaskular imobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien.</p>		
<p>INDIKASI</p>	<p>Pasien yang bedrest lama dan beresiko untuk terjadi kontraktur persendian.</p>		
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>TAHAP PRA-INTERAKSI</p> <p>1. PERSIAPAN PASIEN</p> <p>1. menjelaskan tujuan pelaksanaan</p>		

	<p>2. mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa)</p> <p>4. PERSIAAPAN LINGKUNGAN</p> <p>1. Menutup Tirai dan jendela</p> <hr/> <p>PELAKSANAAN ROM AKTIF DAN PASIF</p> <p>1. Leher</p> <p>-Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien.</p> <p>-Lakukan gerakan:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan.<input type="checkbox"/> Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkkan.<input type="checkbox"/> Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan. <p>-Observasi perubahan yang terjadi.</p> <p>2. Bahu</p> <p>-Fleksi/Ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.<input type="checkbox"/> Angkat lengan pasien pada posisi awal.<input type="checkbox"/> Lakukan gerakan mendekati tubuh.<input type="checkbox"/> Lakukan observasi perubahan yang terjadi. <p>Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan.</p>
--	--

	<p>-Abduksi dan Adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.<input type="checkbox"/> Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping).<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi semula.<input type="checkbox"/> Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri. <p>-Rotasi Bahu</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk.<input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.<input type="checkbox"/> Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.<input type="checkbox"/> Kembalikan lengan ke posisi awal.<input type="checkbox"/> Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal.<input type="checkbox"/> Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.
--	--

	<p>3. Siku</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.<input type="checkbox"/> Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya<input type="checkbox"/> Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekat ke bahu.<input type="checkbox"/> Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.<input type="checkbox"/> Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri. <p>4. Lengan bawah</p> <p>-Pronasi dan Supinasi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.<input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.<input type="checkbox"/> Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan. <p>5. Pergelangan tangan</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk<input type="checkbox"/> Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.<input type="checkbox"/> Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin<input type="checkbox"/> Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi <p>6. Jari-jari</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan<input type="checkbox"/> Bengkokan jar-jari kebawah<input type="checkbox"/> Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang<input type="checkbox"/> Gerakkan kesamping kiri dan kanan<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal<input type="checkbox"/> Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi
--	--

	<p>siku menekuk.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.<input type="checkbox"/> Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.<input type="checkbox"/> Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. <p>Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi.</p> <p>7. Paha</p> <p>-Rotasi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.<input type="checkbox"/> Putar kaki ke arah pasien.<input type="checkbox"/> Putar kaki ke arah pelaksana.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi semula.<input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. <p>-Abduksi dan Adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.<input type="checkbox"/> Angkat kaki pasien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi
--	--

	<p>badan pasien atau ke samping ke arah perawat.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi semula.<input type="checkbox"/> Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.<input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan <p>8. Lutut</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.<input type="checkbox"/> Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.<input type="checkbox"/> Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.<input type="checkbox"/> Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi semula.<input type="checkbox"/> Cuci tangan setelah prosedur dilakukan<input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. Missal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi. <p>9. Pergelangan kaki</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.<input type="checkbox"/> Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal.<input type="checkbox"/> Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.<input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan. <p>-Inferensi dan Efensi</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.<input type="checkbox"/> Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi semula.<input type="checkbox"/> Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.<input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal<input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <p>10. Jari-jari</p> <p>-Fleksi dan Ekstensi Jari-jari</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki. <input type="checkbox"/> Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah. <input type="checkbox"/> Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang. <input type="checkbox"/> Gerakan ke samping kiri kanan (Abduksi-adduksikan). <input type="checkbox"/> Kembalikan ke posisi awal. <input type="checkbox"/> Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi. <input type="checkbox"/> Cuci tangan setelah prosedur dilakukan. <input type="checkbox"/> Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.
	<p>Sikap Selama Pelaksanaan ROM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah 2. Menjamin Privacy pasien 3. Bekerja dengan teliti 4. Memperhatikan body mechanism.
	<p>Evaluasi ROM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi cedera 2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan 3. Peningkatan rentang gerak sendi. <p>Safirah Hasnah (2130045)</p>