

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST
OPERASI EKSISI TUMOR OTAK DIRUANG H1
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh :

NOVITA ANGGRAINI, S.Kep

NIM. 2130083

PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA

2022

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST
OPERASI EKSISI TUMOR OTAK DIRUANG HI
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

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



Oleh :

NOVITA ANGGRAINI, S.Kep

NIM. 2130083

PROGRAM PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karyailmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, 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, 8 Juli 2022

Penulis

NOVITA ANGGRAINI,S.Kep

NIM. 21.30083

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Novita Anggraini, S.Kep.

NIM : 2130083

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Post Operasi Eksisi
Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapatmenyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 8 Juli 2022

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan

Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep

NIP. 03001

NIP. 198108062008121003

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 8 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Novita Anggraini

NIM : 2130083

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak
di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi
Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 03.021

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03001

Penguji 2 : Dul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep

NIP. 198108062008121003

**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 8 Juli 2022

KATA PENGANTAR

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

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

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Penguji Ketua yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moral dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

5. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji 1 terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Dul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep selaku Penguji 2 yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Kedua Orang tua saya yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar selama perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

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

Surabaya, 22 Juni 2022

Penulis

DAFTAR GAMBAR

2.1 Konsep Tumor Otak.....	7
2.1.2 Anatomi Tumor Otak.....	8

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Pemeriksaan Laboratorium pada pasien dengan post operasi eksisi tumor otak.....	53
Tabel 3.2	Terapi obat pada pasien dengan post operasi eksisi tumor otak.....	54
Tabel 3.3	Diagnosis Keperawatan pada pasien dengan post operasi eksisi tumor otak.....	55
Tabel 3.4	Prioritas masalah pada pasien dengan post operasi eksisi Tumor otak.....	56
Tabel 3.5	Intervensi Keperawatan pada pasien dengan Post Operasi eksisi tumor otak.....	57
Tabel 3.6	Implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post operasi eksisi tumor otak.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae.....	89
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	90
Lampiran 3 SOP Latih Gerak ROM.....	91

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATAPENGANTAR.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat	3
1.4.1 Bagi Penulis.....	3
1.4.2 Bagi Profesi Keperawatan.....	3
1.4.3 Bagi Institusi.....	4
1.5 Metode Penulisan	4
1.6 Sistematika Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Tumor Otak.....	7
2.1.1 Pengertian Tumor Otak.....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi	8
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Klasifikasi Tumor Otak.....	12
2.1.5 Manifestasi Klinis	14
2.1.6 Komplikasi	15
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Tumor Otak	16
2.1.8 Penatalaksanaan Tumor Otak.....	16
2.2 WOC	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Eksisi Tumor Otak.....	19
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	22

2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	22
2.3.3Intervensi Keperawatan	22
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	34
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	35
2.4 Teori Keperawatan Menurut Gordon.....	36
2.5 Keaslian Penelitian.....	41
BAB 3 TINJAUAN KASUS	46
3.1 Pengkajian Keperawatan	46
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	57
3.3 Prioritas Masalah.....	58
3.4 Intervensi Keperawatan.....	59
3.5 IMPLEMENTASI & EVALUASI.....	63
BAB 4 PEMBAHASAN.....	75
4.1Pengkajian.....	65
4.2DiagnosaKeperawatan.....	67
4.3IntervensKeperawatan.....	69
4.4 ImplementasKeperawatan.....	71
4.5 EvaluasKeperawatan.....	73
BAB 5 PENUTUP.....	75
5.1 Simpulan.....	75
5.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor adalah pertumbuhan massa (solid/padat) atau jaringan abnormal dalam tubuh yang meliputi tumor jinak (benigna tumor) dan tumor ganas (malignant tumor) (Kumar 2014). Kanker merupakan penyebab kematian yang sangat berarti di negara-negara industri (Baratawidjaja, 2017). Tumor otak adalah suatu lesi ekspansif yang bersifat ekspansif yang bersifat jinak (Benigna) ataupun ganas (Maligna) membentuk massa dalam ruang tengkorak kepala (Intra cranial) atau di sum-sum tulang belakang (Medulla Spinalis) Menurut Weng J (2017).

Badan International Penelitian Kanker dari WHO, memperkirakan bahwa pada tahun 2012, otak dan kanker sistem saraf terjadi pada 139.608 pria dan 116.605 wanita di seluruh dunia. Laki-laki secara umum menderita glioma, dan wanita secara umum meningioma. Di Amerika Serikat, otak dan penyakit saraf lainnya menyebabkan 15.320 kematian pada tahun 2015. Tumor otak adalah yang paling umum kedua pada anak-anak, yang terdiri dari 15-25% dari keganasan pada anak.

Permasalahan klinis pada tumor otak agak berbeda dengan tumor lain karena efek yang ditimbulkannya, dan keterbatasan terapi yang dapat dilakukan. Kerusakan pada jaringan otak secara langsung akan menyebabkan gangguan fungsional pada sistem saraf pusat, berupa gangguan motorik, sensorik, panca indera, bahkan kemampuan kognitif. Selain itu efek massa yang ditimbulkan tumor otak juga akan memberikan masalah serius mengingat tumor berada dalam

rongga tengkorak yang pada orang dewasa merupakan suatu ruang tertutup dengan ukuran tetap (Wahjoepramono, 2016).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 25 juni 2022 oleh penulis didapatkan data di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, bahwa pasien dengan kasus Post operasi tumor otak ada 15 orang. mengalami masalah seperti nyeri akut, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Akibat dari rasa nyeri tersebut membuat pasien mengalami intoleransi aktivitas seperti tirah baring, penurunan kesadaran. Berdasarkan data dan uraian di atas, serta masih banyaknya angka kejadian tumor otak dan komplikasi oleh tumor otak, maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan rencana keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

1.1.3 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis, menambah khasanah keilmuan agar perawat dan tenaga kesehatan lebih mengetahui dan meningkatkan Asuhan Keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

1.1.4 Manfaat Praktis

1. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit.

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosis Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

2. Bagi pengambil kebijakan

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan atau landasan dalam pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk tindakan pada pasien-pasien yang mengalami Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosis Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

4. Bagi Pasien

Hasil penulisan ini diharapkan dapat sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien yang mengalami Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

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

Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran sertadaftar singkatan.

Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, Konsep Asuhan Keperawatan pasien dengan Post Operasi Eksisi Tumor Otak, serta kerangka masalah pada Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran-lampiran.

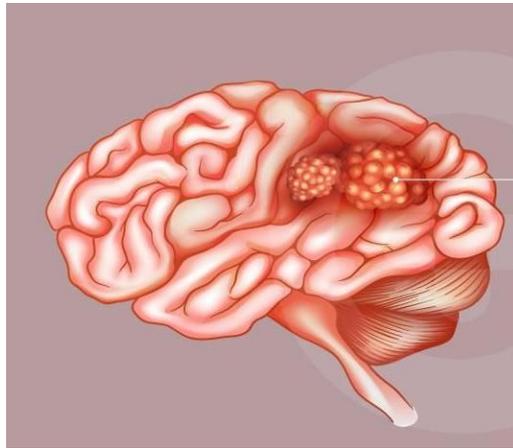
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi:

1) Konsep Tumor Otak, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Tumor Otak, 3) Konsep Masalah pada Tumor Otak.

2.1 Konsep Tumor Otak



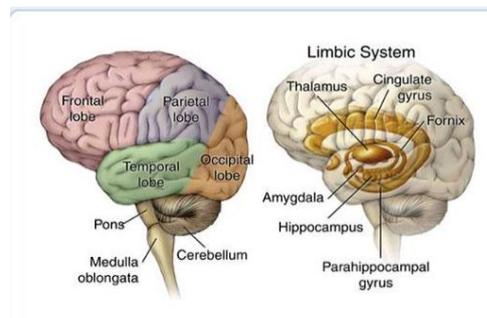
Gambar 2.1 Konsep tumor otak

2.1.1 Pengertian Tumor Otak

Tumor otak adalah proliferasi dan pertumbuhan tak terkendali sel-sel di dalam dan di sekitar jaringan otak (Laurent, 2017). Tumor otak adalah lesi intra kranial yang menempati ruang dalam tulang tengkorak (Astuti, 2016). Menurut Nurarif (2015), tumor otak adalah neoplasma yang timbul didalam rongga tengkorak. Neoplasma pada jaringan otak dan selaputnya dapat berupa tumor primer maupun metastase. Sel-sel tumor yang berasal dari jaringan otak disebut tumor otak primer, sedangkan sel-sel tumor yang berasal dari organ-organ lain, disebut tumor otak metastase.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

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 (Derrickson & Tortora, 2013). 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 bagianbagian yang rusak. Otak belajar kemampuan baru, dan ini merupakan mekanisme paling penting dalam pemulihan stroke (Feign, 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 Anatomi tumor 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

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

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

C. Lobus parietalis

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

D. 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 (White, 2008).

E. 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

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.

2.1.3 Etiologi

Penyebab dari tumor belum diketahui pasti, namun terdapat beberapa faktor risiko terjadinya tumor otak. Menurut Nurarif (2015), faktor-faktor yang berperan dalam timbulnya suatu tumor otak adalah:

A. Herediter

Riwayat tumor otak dalam satu anggota keluarga jarang ditemukan kecuali pada Meningioma, Astrocytoma dan Neurofibroma dapat dijumpai pada anggota-anggota sekeluarga.

B. Sisa-sisa Sel Embrional (Embryonic Cell Rest)

Bangunan-bangunan embrional berkembang menjadi bangunan-bangunan yang mempunyai morfologi dan fungsi yang terintegrasi dalam tubuh. Namun kemungkinan terdapat sebagian dari bangunan embrional tertinggal dalam tubuh sehingga menjadi ganas dan merusak bangunan di sekitarnya.

C. Radiasi

Jaringan dalam sistem saraf pusat peka terhadap radiasi dan dapat mengalami perubahan degenerasi. Pernah dilaporkan bahwa meningioma terjadi setelah timbulnya suatu radiasi. Radiasi ionisasi diduga dapat meningkatkan risiko pertumbuhan tumor. Radiasi ionisasi adalah energi radiasi tinggi yang menyebabkan kerusakan pada molekul DNA, sehingga menyebabkan mutasi yang menyebabkan kanker.

D. Substansi-substansi karsinogenik

Zat-zat karsinogen dapat meningkatkan risiko tumor. Karsinogen dapat bekerja dalam banyak cara yaitu langsung merusak DNA dalam sel sehingga menyebabkan kelainan pada sel normal. Cara lainnya yaitu dengan menyebabkan kerusakan sel seperti sel-sel membelah lebih cepat, yang pada akhirnya dapat mengakibatkan berkembangnya penyakit tumor dan kanker.

2.1.4 Klasifikasi Tumor Otak

Klasifikasi Tumor Intracranial Menurut American Association of Neurological (2020) dan Cancer Research UK (2020), tumor intracranial terbagi atas 2 jenis, yakni:

1) Tumor Primer

Tumor ini berasal dari otak itu sendiri atau jaringan yang berada di dekatnya, seperti di selaput otak (meningens), saraf kranial, kelenjar pituitary atau kelenjar pineal. Tumor otak primer dimulai ketika sel-sel normal mengalami kesalahan mutasi dalam DNA mereka. Mutasi ini kemungkinan sel untuk tumbuh dan membelah dengan laju yang meningkat sehingga sel yang sehat akan mati. Hasilnya, membentuk sel abnormal yang membentuk tumor. Ada beberapa jenis tumor primer, yaitu:

a) Meningioma

Meningioma adalah jenis tumor otak yang terjadi di meningens, yaitu lapisan jaringan yang mengelilingi bagian luar otak dan sumsum tulang belakang. Jenis tumor ini dapat bermula di bagian otak manapun, tetapi umumnya di otak besar dan otak kecil.

b) Adenoma pituitary

Adenoma pituitari atau tumor hipofisis adalah jenis tumor otak yang tumbuh pada kelenjar pituitari, yaitu kelenjar yang mengontrol berbagai fungsi tubuh serta melepaskan hormon ke dalam aliran darah. Jenis tumor ini biasanya ditemukan pada orang dewasa, dan umumnya memiliki tingkat keganasan yang rendah (jinak).

c) Neuroma akustik (Schwannoma)

Neuroma akustik atau schwannoma vestibular adalah jenis tumor otak jinak yang bermula di sel Schwann. Penyakit neuroma akustik umumnya terjadi di sel Schwann yang berada di bagian luar saraf vestibulocochlear, yaitu saraf yang menghubungkan otak ke telinga dan berfungsi mengontrol pendengaran dan keseimbangan.

Tumor neuroma akustik umumnya tumbuh secara lambat dan bersifat jinak. Oleh karena itu, penderitanya mungkin tidak memiliki gejala dalam beberapa waktu.

d) Medulloblastoma

Medulloblastoma adalah tumor otak kanker yang dimulai di bagian belakang otak atau otak kecil. Karena menyerang otak kecil, tumor ini dapat memengaruhi koordinasi, keseimbangan, dan pergerakan otot.

e) Craniopharyngioma

Craniopharyngioma atau kraniofaringioma adalah jenis tumor otak yang terjadi di area otak yang berdekatan dengan mata atau sekitar bagian bawah otak yang berdekatan dengan kelenjar pituitari. Jenis tumor ini bersifat jinak (non-kanker).

f) Tumor kelenjar pineal

Jenis tumor otak ini bermula di kelenjar pineal atau jaringan di sekitarnya. Kelenjar pineal berada di tengah otak, tepat di belakang batang otak, serta berfungsi memproduksi hormon melatonin yang mengontrol tidur.

2) Tumor Sekunder

Tumor yang berasal dari kanker di bagian lain tubuh dan kemudian menyebar (bermetastasis) ke otak. Setiap kanker dapat menyebar ke otak, tetapi jenis-jenis yang termasuk umum adalah kanker payudara, kanker usus besar, kanker ginjal, kanker paru-paru dan melanoma.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala tumor otak bervariasi dari satu penderita ke penderita lain tergantung pada ukuran dan bagian otak yang terkena. Tumor bisa membuat area otak yang terjangkiti tidak berfungsi dengan baik dan menekan jaringan otak sehingga menyebabkan sakit kepala serta kejang-kejang. Menurut Nurarif (2015), tanda dan gejala tumor otak meliputi:

a. Menurut lokasi tumor

- 1) Lobus frontalis: gangguan mental atau gangguan kepribadian ringan: depresi, bingung, tingkah laku aneh, sulit memberi argumentasi/menilai benar atau tidak, hemiparesis, ataksia dan gangguan bicara.
- 2) Lobus parasentralis: kelemahan pada ekstremitas bawah.
- 3) Lobus oksipital: kejang, gangguan penglihatan.
- 4) Lobus temporalis: tinnitus, halusinasi pendengaran, afasia sensorik, kelumpuhan otot wajah.
- 5) Lobus parietalis: hilang fungsi sensorik, gangguan lokalisasi sensorik, gangguan penglihatan.

- 6) Cereblum: papil oedema, nyeri kepala, gangguan motorik, hiperekstremitas sendi, hipotonia.
- b. Tanda dan gejala umum
 - 1) Nyeri kepala berat pada pagi hari, semakin nyeri apabila batuk dan membungkuk
 - 2) Kejang
 - 3) Tanda-tanda peningkatan intracranial yaitu pandangan kabur, mual, muntah, penurunan fungsi pendengaran, perubahan tanda-tanda vital dan afasia.
 - 4) Perubahan kepribadian
 - 5) Gangguan memori dan alam perasa
- c. Trias klasik
 - 1) Nyeri kepala
 - 2) Papil oedema
 - 3) Muntah

2.1.6 Komplikasi

- a. Edema serebral: penumpukan cairan di sekitar lesi sehingga menambah efek massa yang mendesak otak.
- b. Herniasi otak: kompensasi terakhir dari terus meningkatnya TIK
- c. Hidrosefalus: penumpukan cairan di ventrikel karena massa tumor yang menyumbat aliran LCS
- d. Epilepsi: terjadi karena kejang yang terus menerus
- e. Kerusakan nervus

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Tumor Otak

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan kanker kolon adalah sebagai berikut (Nurarif, 2015):

- a) Arteriografi atau Ventriculogram: untuk mendeteksi kondisi patologi pada sistem ventrikel dan cisterna.
- b) CT Scan: sebagai dasar dalam menentukan diagnosa
- c) Radiogram: memberikan informasi yang sangat berharga mengenai struktur, penebalan dan klasifikasi.
- d) Sidik otak radioaktif: memperlihatkan daerah-daerah akumulasi abnormal dari zat radioaktif. Tumor otak mengakibatkan kerusakan sawar darah otak yang menyebabkan akumulasi abnormal zat radioaktif.
- e) Elektroensefalogram (EEG): memberi informasi mengenai perubahan kepekaan neuron.
- f) Ekoensefalogram: memberi informasi mengenai pergeseran kandungan intraserebral.

2.1.8 Penatalaksanaan Tumor Otak

Penanganan yang dilakukan tergantung dari keadaan tumor tersebut, apakah masih bisa dioperasi ataupun tidak bisa dioperasi. Sebelum dilakukan pembedahan, persiapan preoperasi harus dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium lengkap, tes fungsi hati, ginjal, EKG dan lain-lain.

- a. Tindakan operatif dilakukan pada keadaan berikut, antara lain:
 - 1) Emergensi, misalnya pasien dengan penurunan kesadaran.

2) Elektif (direncanakan), misalnya pada penderita tumor otak stadium dini Tindakan operasi merupakan cara utama untuk mengobati tumor otak. Pada tindakan operasi akan dilakukan pengangkatan seluruh atau sebagian jaringan tumor yang mungkin bisa diangkat, tanpa merusak jaringan sehat di sekitarnya.

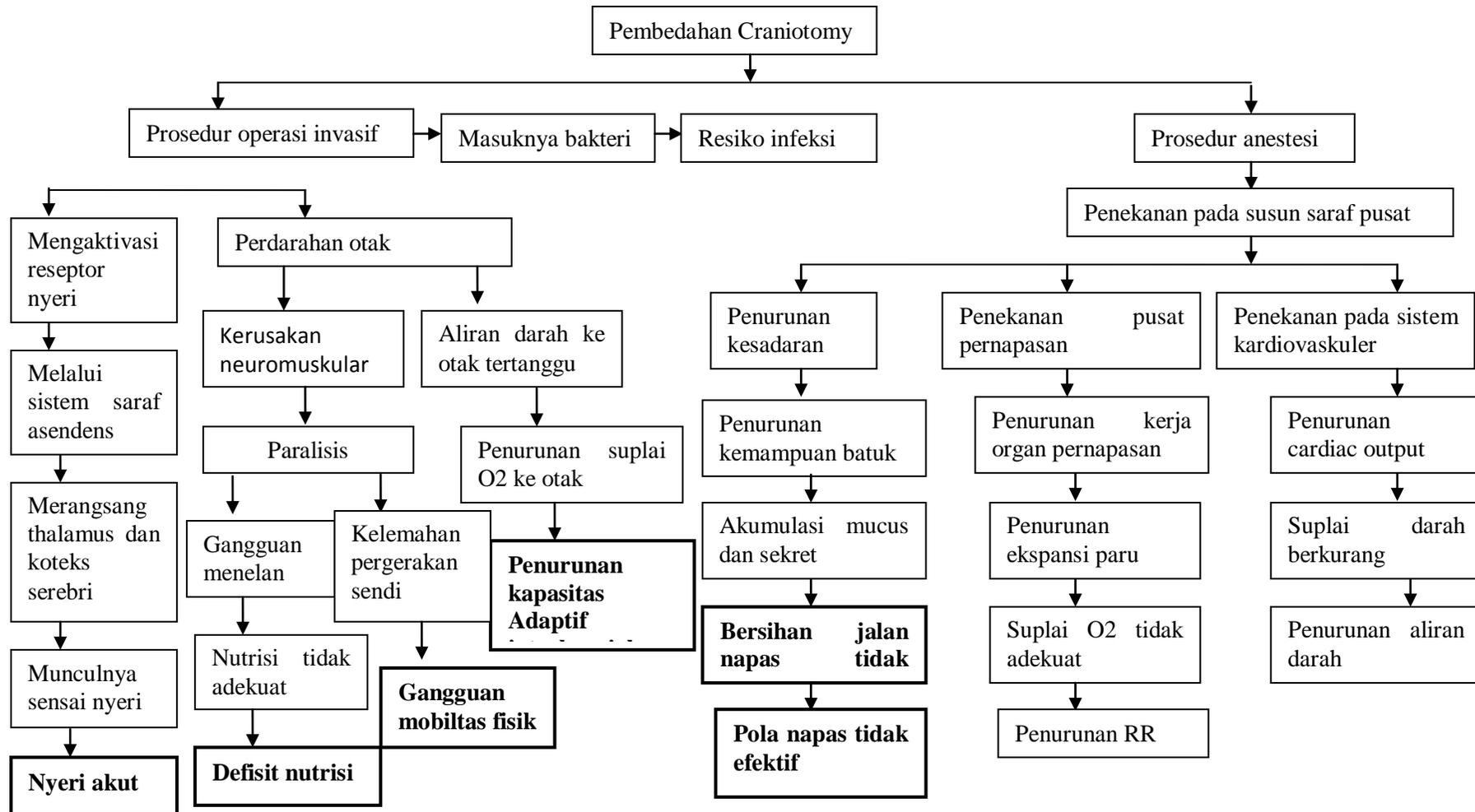
b. Radioterapi

Apabila seluruh jaringan tumor sulit diangkat atau pembedahan tidak mungkin dilakukan, cara lain untuk menyembuhkan tumor otak adalah dengan melakukan terapi radiasi. Terapi radiasi atau radioterapi dilakukan dengan memancarkan radiasi berkekuatan tinggi seperti sinar-X untuk membunuh sel tumor.

c. Kemoterapi

Kemoterapi juga umumnya dilakukan setelah operasi untuk membunuh sisa sel tumor yang tidak terangkat. Jenis tindakan ini dilakukan dengan pemberian obat-obatan anti tumor yang sudah menyebar dalam aliran darah, baik secara oral ataupun intravena.

2.2 WOC



2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Eksisi Tumor Otak

Asuhan keperawatan diawali dengan mencari data dasar yang akurat berupa hasil pengkajian. Setelah pengkajian maka ditegakkan diagnosa keperawatan lalu menyusun rencana tindakan (intervensi) sebagai panduan dalam melakukan tindakan keperawatan (implementasi). Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Menurut Sari (2014), penderita tumor otak paling banyak berusia 40-44 tahun. Hal ini didukung dengan semakin bertambah usia maka risiko terkena penyakit tumor juga semakin tinggi. Penderita tumor otak umumnya banyak ditemukan pada perempuan. Hal ini diduga karena faktor hormonal estrogen dan progesterone yang terkait pola menstruasi dan kehamilan.

2. Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan utama pasien mengeluh nyeri kepala (Wulandari, 2017).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pada pasien dengan post operasi tumor otak mengalami penurunan kesadaran (GCS < 15), lemah, terdapat luka di daerah kepala,

terdapat secret pada saluran pernafasan kadang juga kejang. (Wulandari, 2017).

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Umumnya pernah mengalami nyeri kepala sebelumnya, mengalami pembedahan kepala sebelumnya atau mengalami trauma kepala (Wulandari, 2017).

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Umumnya terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit tumor. Pengkajian juga dilakukan ada atau tidaknya riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, asma dan penyakit yang dapat memperburuk klien seperti penyakit jantung, jika klien menderita penyakit tersebut (Wulandari, 2017).

5. Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat (Wijaya, 2017).

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum dan Tanda – Tanda vital meliputi, suhu tubuh, nadi, tekanan darah, respirasi, Spo2 (Krisdiyana, 2019).

b. Sistem Tubuh

a) B1 (Breathing)

Umumnya pada kasus tumor otak yang ringan, tidak mengalami gangguan pernapasan. Namun apabila sudah terjadi kompensasi

maka akan menimbulkan peningkatan pada frekuensi pernapasan (Wulandari, 2017).

b) B2 (Blood)

Umumnya pasien mengalami peningkatan darah dengan tekanan nadi yang kuat karena adanya nyeri (Wulandari, 2017).

c) B3 (Brain)

Pada bagian penglihatan berisiko terjadinya penurunan penglihatan, hilangnya ketajaman atau diplopia. Pada bagian pendengaran berisiko terjadinya gangguan pendengaran apabila mengenai lobus temporalis. Selain itu, juga berisiko terjadinya kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan terjadi kesulitan berkata-kata, maupun kombinasi dari keduanya (Wulandari, 2017).

d) B4 (Bladder)

Pasien berisiko terjadi perubahan pola berkemih dan buang air besar (Inkontinensia) misalnya nyeri (Wulandari, 2017).

e) B5 (Bowel)

Umumnya pasien dengan tumor otak mengalami kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan Faringeal), nafsu makan hilang, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, kehilangan berat badan yang mendadak, kehausan, mual, muntah, kebiasaan diet buruk (misalnya rendah serat, tinggi lemak, adiktif, bahan pengawet rasa) (Wulandari, 2017).

f) B6 (Bone)

Pasien berisiko mengalami kelelahan atau kelemahan akibat adanya nyeri atau pembedahan (Wulandari, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Ekaputri and Fithriyani, 2021).

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah)
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan kejang)
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
5. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur infasif
6. Resiko perfusi serebral efektif dibuktikan dengan faktor risiko: tumor otak

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2016).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: pasca bedah
 1. Luaran(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) frekuensi nadi membaik.

2. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Nyeri

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri

Rasional : Identifikasi karakteristik nyeri merupakan suatu hal yang penting untuk memilih intervensi yang tepat dan untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan

- 2) Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional : Untuk mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien.

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : Untuk memodifikasi faktor yang memperberat nyeri supaya nyeri berkurang

- 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik

- 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien

- 6) Fasilitasi Istirahat dan tidur

Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami

- 7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri

8) Ajarkan teknik nonfarmakologis

Rasional: mengurangi rasa nyeri

9) Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: untuk pengobatan atasi nyeri

ii. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) (SDKI, D.0001, hal 18)

a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Jalan Napas

Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, hal 18): 1.

Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Dispnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik

b. Intervensi Latihan Batuk Efektif (SIKI, 1.01006 hal 142)

Manajemen Jalan Napas (SIKI, 1.01011, hal 187)

1. Identifikasi kemampuan batuk

Rasional : Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengeluarkan sputum secara mandiri

2. Monitor bunyi napas tambahan

Rasional : Pernapasan rochi, wheezing menunjukkan tertahannya secret sehingga membuat obstruksi jalan napas

3. Monitor sputum Terapeutik

Rasioanal : Agar mengetahui karakteristik sputum

4. Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional : Agar tidak terjadi obstruksi jalan napas

5. Atur posisi semi fowler atau fowler

Rasional : Untuk memudahkan pasien dalam bernapas

6. Berikan minum hangat

Rasional : Untuk membantu mengencerkan sekret

7. Lakukan fisioterapi dada

Rasional : Tindakan ini untuk membantu pasien mengeluarkan sputum

8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

Rasional : Cara pembersihan jalan napas secara mekanik untuk pasien yang tidak mampu batuk secara efektif

9. Berikan oksigenasi Edukasi

Rasional : Memaksimalkan pernapasan pasien dengan meningkatkan masukan oksigen

10. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional : Dapat membantu mengencerkan secret jika tidak ada kontraindikasi

11. Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali dan batuk dengan kuat setelah tarik napas dalam yang ke-3

Rasional : Agar pasien mampu melakukan batuk efektif secara mandiri

12. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

Rasional : Membantu mengencerkan sekret

iii. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis.

a. Luaran(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Pola Napas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : 1) Dispnea menurun 2) Penggunaan otot bantu napas menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Frekuensi napas membaik 5) Kedalaman napas membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Pemantauan Respirasi

1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas

Rasional : Kecepatan pernapasan menunjukkan adanya upaya tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen

2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi)

Rasional : Mengetahui permasalahan jalan napas yang dialami dan keefektifan pola napas klien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh

3. Monitor saturasi oksigen

Rasional : Untuk mencegah terjadinya kekurangan oksigen

4. Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional : Agar dalam bantuan oksigen dapat diberikan secara maksimal

5. Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional : Memudahkan pasien dalam bernapas

6. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan

Rasional : Memaksimalkan bernapas dengan meningkatkan masukan oksigen

7. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Rasional : Agar mengetahui perubahan kondisi pasien dan mencegah perburukan kondisi

8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional : Membantu pasien dengan cara mengencerkan dahak yang sulit keluar

- iv. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

- a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Mobilitas fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) pergerakan ekstermitas membaik. 2) kekuatan otot meningkat. 3) kelemahan fisik membaik.

- b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Dukungan Ambulasi Sumber Rasional
(Gunawan, 2016)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
Rasional: mengetahui keluhan fisik yang dialami
 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
Rasional: mengetahui batasan dalam melakukan latihan rom
 3. Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
 4. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi
Rasional: diharapkan keluarga dapat membantu dalam melakukan aktifitas
 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Rasional: memberikan infoemasi prosedur latihan
 7. Anjurkan melakukan ambulasi dini
Rasional: untuk meningkatkan kekuatan otot dan mencegah dekubitus
 8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
Rasional: memberikan kemudahan dalam latihan ambulasi
- v. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko:
tumor otak
- a. Luaran(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Perfusi Serebral

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Nilai rata-rata tekanan darah dan frekuensi nadi membaik 3) Tekanan intracranial menurun 4) Sakit kepala menurun 5) Reaksi pupil meningka

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Peningkatan TIK

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK

Rasional : Untuk mengetahui penyebab TIK dan segera melakukan tindakan yang tepat.

2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda TIK dan segera melakukan tindakan yang tepat.

3. Monitor status pernapasan

Rasional : Mengetahui adanya perubahan-perubahan pada status pernapasan.

4. Monitor intake dan output cairan

Rasional : Mengetahui status cairan klien.

5. Berikan posisi semi fowler

Rasional : Posisi elevasi kepala dapat mengurangi tekanan intracranial pada pasien dengan stroke hemoragik.

6. Cegah terjadinya valsava manuver
Rasional : Mengurangi tekanan intrathorakal dan intraabdominal sehingga menghindari peningkatan TIK.
 7. Cegah terjadinya kejang
Rasional : Agar tidak terjadi perburukan kondisi pasien
 8. Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi
Rasional : Untuk mencegah komplikasi yang lebih parah.
 9. Kolaborasi pemberian anti konvulsan jika perlu
Rasional : Pemberian anti konvulsan dapat membantu mengobati kejang.
 10. Kolaborasi diuretic osmosis, jika perlu
Rasional : Membantu menurunkan tekanan intracranial
- vi. Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
- a. Luaran Utama :
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil 1) Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti demam, kemerahan, nyeri, bengkak 2) Kerusakan jaringan dan lapisan kulit menurun 2) Perfusi jaringan meningkat.
 - b. Intervensi keperawatan (SIKI, hal 278):
 1. Monitor tanda dan gejala infeksi
Rasional : untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi dan segera memberikan tindakan yang tepat).
 2. Berikan perawatan kulit pada area luka

Rasional : untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka

3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : agar bakteri, kuman atau virus yang terdapat ditangan dapat hilang dan dapat mencegah terjadinya infeksi pada klien yang dilakukan perawatan)

4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi

5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional : supaya pasien mampu mencuci tangan yang benar sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi

6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional : untuk membantu proses penyembuhan luka

- vii. Penurunan Kapasitas Adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

- a. Luaran Utama : Setelah dilakukan Intervensi selama 3x24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat, 2) Sakit kepala menurun, 3) Gelisah menurun, 4) Muntah menurun, 5) Tekanan darah membaik, 6) Pola napas membaik, 7) Respon pupil membaik

- b. Intervensi Utama : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI 1.06194, hal 205):

1. Monitor TTV secara berkala

Rasional : Untuk mengetahui penyebab TIK dan segera melakukan tindakan yang tepat

2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional : Untuk mengetahui adanya peningkatan TIK.

3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)

Rasional : Untuk mengetahui tingkat keseimbangan cairan pada pasien.

4. Monitor status pernapasan Terapeutik

Rasional : Mengetahui adanya perubahan-perubahan pada status pernapasan.

5. Menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional : Meminimalkan adanya stimulus

6. Berikan posisi semi fowler

Rasional : Posisi elevasi kepala dapat mengurangi tekanan intracranial

7. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi

Rasional : Agar tidak terjadi perburukan kondisi pasien

8. Kolaborasi pemberian anti konvulsan

Rasional : Pemberian anti konvulsan dapat membantu mengobati kejang.

9. Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri

- viii. Defini nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan
- a. Luaran Utama : Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Status nutrisi membaik. Kriteria Hasil 1) Kekuatan otot penguyah membaik, 2) Kekuatan otot menelan membaik 3) nafsu makan membaik.
 - b. Intervensi Utama : Manajemen nutrisi (SIKI, 1.03119, hal 200):
 1. Identifikasi status nutrisi
Rasional : Untuk mengetahui status nutrisi atau keadaan nutrisi pasien
 2. Monitor tanda-tanda vital
Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien
 3. Monitor asupan makanan
Rasional : Untuk mengetahui porsi makanan pasien yang sudah dihabiskan
 4. Monitor berat badan
Rasional : Mengetahui ada atau tidaknya penurunan berat badan
 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
Rasional : Mengetahui hasil laboratorium pasien
 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
Rasional : Mulut bersih dapat meningkatkan nafsu makan
 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
Rasional : Agar pasien tertarik untuk makan
 8. Berikan makanan tinggi serat

Rasional : Untuk mencegah konstipasi

9. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : Untuk meningkatkan nutrisi pasien

10. Berikan suplemen makanan, jika perlu

Rasional : Untuk meningkatkan nafsu makan pasien

11. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional : Mencegah terjadinya refluks atau sebaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan.

12. Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : Agar pasien mengetahui diet yang sedang dijalani

13. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

Rasional : Membantu pasien untuk makan dengan nafsu makan yang baik

14. Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

Rasional : Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2016).

Pelaksanaan rencana keperawatan merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan, namun tidak menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien. Pedoman implementasi keperawatan

menurut (Ekaputri and Fithriyani, 2021) sebagai berikut: 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai. 3) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi. 4) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan sudah efektif atau belum dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan yang sudah ada (Gordon, 2015).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Pada evaluasi sumatif terdapat SOAP

(S: subjektif meliputi data dari wawancara. O: objektif meliputi data dari pemeriksaan langsung, A: assesment merupakan pemberitahuan masalah sudah terselesaikan atau belum, dan P: planning yaitu rencana tindak lanjut untuk tindakan selanjutnya (Setiadi, 2016)

2.4 Teori Keperawatan menurut Gordon :

2.4.1 Pola fungsional Gordon

Pola pengkajian fungsional menurut Gordon adalah bahwa pola fungsional Gordon ini mempunyai aplikasi luas untuk para perawat dengan latar belakang praktek yang beragam model pola fungsional kesehatan terbentuk dari hubungan antara klien dan lingkungan dan dapat digunakan untuk perseorangan, keluarga, dan komunitas. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data. (Potter, 1996 : 15).

1. Pola Manajemen Kesehatan dan Persepsi Kesehatan

Kaji pasien mengenai :

- a. Arti sehat dan sakit bagi pasien
- b. Pengetahuan status kesehatan pasien saat ini
- c. Perlindungan terhadap kesehatan : program skrining, kunjungan ke pusat pelayanan
- d. kesehatan, diet, latihan dan olahraga, manajemen stress, faktor ekonomi Pemeriksaan diri sendiri : pyudara, riwayat medis keluarga, pengobatan yang sudah dilakukan.
- e. Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan
- f. Data pemeriksaan fisik yang berkaitan.

2. Pola Metabolik dan Nutrisi

Kaji pasien mengenai :

- a. Kebiasaan jumlah makanan dan kudapan
 - b. Jenis dan jumlah (makanan dan minuman)
 - c. Pola makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir, porsi yang dihabiskan, nafsu makan
 - d. Kepuasan akan berat badan
 - e. Persepsi akan kebutuhan metabolik
 - f. Faktor pencernaan : nafsu makan, ketidaknyamanan, rasa dan bau, gigi, mukosa mulut, mual atau muntah, pembatasan makanan, alergi makanan
 - g. Data pemeriksaan fisik yng berkaitan (berat badan saat ini dan SMRS)
3. Pola Eliminasi
- Kaji pasien mengenai :
- Kebiasaan pola buang air kecil : frekuensi, jumlah (cc), warna, bau, nyeri, mokturia, kemampuan mengontrol BAK, adanya perubahan lain
- a. Kebiasaan pola buang air besar : frekuensi, jumlah (cc), warna, bau, nyeri, mokturia,
 - b. kemampuan mengontrol BAB, adanya perubahan lain Keyakinan budaya dan kesehatan
 - c. Kemampuan perawatan diri : ke kamar mandi, kebersihan diri
 - d. Penggunaan bantuan untuk ekskresi
 - e. Data pemeriksaan fisik yang berhubungan (abdomen, genitalia, rektum, prostat)
4. Pola Aktifitas -Latihan
- Kaji pasien mengenai :

- a. Aktivitas kehidupan sehari-hari
 - b. Olahraga : tipe, frekuensi, durasi dan intensitas
 - c. Aktivitas menyenangkan
 - d. Keyakinan tentang latihan dan olahraga
 - e. Kemampuan untuk merawat diri sendiri (berpakaian, mandi, makan, kamar mandi)
 - f. Mandiri, bergantung, atau perlu bantuan
 - g. Penggunaan alat bantu (kruk, kaki tiga)
 - h. Data pemeriksaan fisik (pernapasan, kardiovaskular, muskuloskeletal, neurologi)
5. Pola Istirahat - Tidur
- Kaji pasien mengenai :
- a. Kebiasaan tidur sehari-hari (jumlah waktu tidur, jam tidur dan bangun, ritual)
 - b. menjelang tidur, lingkungan tidur, tingkat kesegaran setelah tidur)
Penggunaan alat mempermudah tidur (obat-obatan, musik)
 - c. Jadwal istirahat dan relaksasi
 - d. Gejala gangguan pola tidur
 - e. Faktor yang berhubungan (nyeri, suhu, proses penuaan dll)
 - f. Data pemeriksaan fisik (lesu, kantung mata, keadaan umum, mengantuk)
6. Pola Persepsi – Kognitif
- Kaji pasien mengenai :

- a. Gambaran tentang indra khusus (penglihatan, penciuman, pendengar, perasa, peraba)
- b. Penggunaan alat bantu indra
- c. Persepsi ketidaknyamanan nyeri (pengkajian nyeri secara komprehensif)
- d. Keyakinan budaya terhadap nyeri
- e. Tingkat pengetahuan klien terhadap nyeri dan pengetahuan untuk mengontrol dan mengatasi nyeri
- f. Data pemeriksaan fisik yang berhubungan (neurologis, ketidaknyamanan)

7. Pola Konsep Diri – Persepsi Diri

Kaji pasien mengenai :

- a. Keadaan sosial : pekerjaan, situasi keluarga, kelompok sosial
 - b. Identitas personal : penjelasan tentang diri sendiri, kekuatan dan kelemahan yang dimiliki
 - c. Keadaan fisik, segala sesuatu yang berkaitan dengan tubuh (yang disukai dan tidak)
 - d. Harga diri : perasaan mengenai diri sendiri
 - e. Ancaman terhadap konsep diri (sakit, perubahan peran)
 - f. Riwayat berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologi
 - g. Data pemeriksaan fisik yang berkaitan (mengurung diri, murung, tidak mau berinteraksi).
8. Pola Hubungan - Peran

Kaji pasien mengenai :

- a. Gambaran tentang peran berkaitan dengan keluarga, teman, kerja
- b. Kepuasan/ketidakpuasaan menjalankan peran
- c. Efek terhadap status kesehatan
- d. Pentingnya keluarga
- e. Struktur dan dukungan keluarga
- f. Proses pengambilan keputusan keluarga
- g. Pola membersarkan anak
- h. Hubungan dengan orang lain
- i. Orang terdekat dengan klien
- j. Data pemeriksaan fisik yang berkaitan

9. Pola Reproduksi - Seksualitas

Kaji pasien mengenai :

- a. Masalah atau perhatian seksual
- b. Menstrusi, jumlah anak, jumlah suami/istri
- c. Gambaran perilaku seksual (perilaku seksual yang aman, pelukan, sentuhan dll)
- d. Pengetahuan yang berhubungan dengan seksualitas dan reproduksi
- e. Efek terhadap kesehatan
- f. Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologi
- g. Data pemeriksaan fisik yang berkaitan (KU, genetalia, payudara, rektum)

10. Pola Toleransi Terhadap Sress – Koping

Kaji pasien mengenai :

- a. Sifat pencetus stress yang dirasakan baru-baru ini
- b. Tingkat stress yang dirasakan
- c. Gambaran respons umum dan khusus terhadap stress
- d. Strategi mengatasi stress yang biasa digunakan dan keefektifannya
- e. Strategi koping yang biasa digunakan
- f. Pengetahuan dan penggunaan teknik manajemen stress
- g. Hubungan antara manajemen stress dengan keluarga

11. Pola Keyakinan – Nilai

Kaji pasien mengenai :

- a. Latar belakang budaya/etnik
- b. Status ekonomi, perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelompok budaya/etnik
- c. Tujuan kehidupan bagi pasien
- d. Pentingnya agama/spiritualitas
- e. Dampak masalah kesehatan terhadap spiritualitas
- f. Keyakinan dalam budaya (mitos, kepercayaan, larangan, adat) yang dapat mempengaruhi kesehatan

2.5 Keaslian Penelitian

1. Kadar Hemoglobin, Jumlah Perdarahan dan Transfusi pada Pasien yang Menjalani Operasi Tumor Otak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2015–2016.

Operasi bedah saraf umumnya berhubungan dengan kehilangan darah dalam jumlah besar dan cepat. Pasien dapat berada pada kondisi anemia intrabedah dan tidak stabil yang akhirnya dapat mengakibatkan morbiditas serius bahkan mortalitas. Transfusi sendiri telah dikaitkan dengan peningkatan kejadian infeksi, multiple organ failure (MOF) termasuk gagal napas, peningkatan kejadian tromboembolik dan kematian. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional yang dilakukan secara retrospektif mengenai gambaran kadar Hb dan Ht prabedah dan pascabedah, jumlah perdarahan dan pemberian tranfusi pada pasien yang menjalani operasi tumor otak di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin (RSHS) Bandung periode Juni 2015 sampai Juni 2016

Dari penelitian ini didapatkan pasien dengan anemia prabedah ringan sebanyak 25,3% dan anemia prabedah sedang sebanyak 0,7%. Tidak didapatkan pasien dengan anemia berat. Hal ini sedikit berbeda dengan hasil penelitian di Ohio yang menyebutkan bahwa pada 6576 pasien yang menjalani operasi bedah kepala elektif, didapatkan 2,7% pasien dengan anemia prabedah sedang-berat dan 28,4% dengan anemia prabedah ringan. Pada penelitian ini didapatkan jumlah perdarahan pada keseluruhan operasi berkisar antara 10– 8000cc.

Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara jumlah perdarahan dengan jenis tumor dan jenis operasi ($p < 0,05$). Diantara jenis tumor dan jenis operasi, yang paling berhubungan dengan perdarahan adalah jenis tumor otak terutama tumor ekstrinsik. Tumor ekstrinsik yang paling banyak ditemukan pada penelitian ini adalah meningioma yaitu 87 pasien (69%).

Permasalahan utama saat eksisi meningioma intrakranial adalah perdarahan dan prosedur operasi yang dapat memanjang karena meningioma mempunyai vaskularisasi yang tinggi dan ditambah dengan penanganan hemostasis yang terkadang sangat sulit. Prosedur operasi yang paling mempengaruhi perdarahan adalah craniotomy tumor removal.

Banyaknya kebutuhan transfusi tergantung pada usia, jenis tumor dan teknik pembedahan. Low grade glioma, reseksi transsphenoidal tumor hipofisis atau astrocytoma biasanya tidak memerlukan transfusi darah. Kebutuhan transfusi dapat meningkat pada bayi dan tumor dengan vaskularisasi yang tinggi seperti pada meningioma dan tumor cerebellopontine. Beberapa literatur memberikan saran kapan kita harus melakukan transfusi. Transfusi dapat dilakukan pada pasien dengan Ht normal bila kehilangan darah telah mencapai 10–20% dari estimated blood volume (EBV) atau transfusi saat Ht 24%. Literatur lain menyebutkan bahwa transfusi diberikaan saat perdarahan telah mencapai dua liter dan perdarahan masih berlangsung.¹⁵ Penelitian lain di Spanyol menyarankan agar dilakukan transfusi pada kadar Hb $< 55\%$).

2. GAMBARAN GANGGUAN FUNGSI KOGNITIF PADA TUMOR OTAK PRIMER DAN METASTASIS.

Secara umum tumor otak terbagi menjadi dua jenis, yaitu primer dan metastasis. Secara keseluruhan metastasis otak merupakan neoplasma intrakranial tersering terjadi pada dewasa. Distribusi usia terkait tumor otak dan tumor sistem saraf pusat primer mengalami peningkatan di usia muda (0-4 tahun), kemudian menurun di usia remaja, dan meningkat drastis setelah usia 40 tahun. Puncak usia untuk tumor otak primer paling tinggi pada usia sekitar 59 tahun. Berbeda dengan primer lain, insidens terdiagnosisnya meningioma dan glioblastoma paling tinggi terutama di usia lansia, yaitu 79 tahun.

Fungsi kognitif adalah suatu proses input sensorik yang mengalami elaborasi, transformasi, pemadatan, penyimpanan, pengingatan dan penggunaannya kembali. Beberapa kemampuan dapat mengalami perkembangan seiring pertambahan usia.³⁸ Beberapa kemampuan lain sebaliknya mengalami penurunan, seperti contohnya, kemampuan pemahaman konseptual, memori, kecepatan pengolahan informasi.

Adanya gangguan fungsi kognitif dapat disebabkan oleh berbagai hal, salah satunya tumor otak. Gangguan fungsi kognitif pada tumor otak dapat terjadi pada domain kognitif apapun tergantung lokasi tumor. Instrumen untuk penilaian fungsi kognitif dapat bermacam-macam, namun hingga saat ini belum ada instrumen baku yang biasa digunakan untuk menilai fungsi kognitif pada pasien dengan tumor otak.

Kejang merupakan salah satu faktor yang dapat berhubungan dengan gangguan kognitif pada tumor otak. Pada penelitian ini didapatkan 24,7% subjek yang disertai kejang, terutama pada tumor otak primer (68,4%). Data ini hampir sama dengan kepustakaan yang menyebutkan bahwa kejang terjadi pada 35-70% seluruh kasus tumor otak. Insidens tertinggi terjadi pada glioma derajat rendah dan meningioma (65-95%).⁵³ Lebih lanjut dalam penelitian ini, meningioma merupakan jenis tumor yang paling banyak mengalami kejang. Seperti diketahui, fokus epileptogenik terutama bermula dari daerah korteks otak, sedangkan meningioma merupakan tumor yang berasal dari lapisan meningen serta paling mudah bersinggungan dengan lapisan korteks otak

Berkaitan dengan lokasi lesi, tampak bahwa jumlah subjek yang mengalami gangguan kognitif dengan lesi terletak di sisi kiri hampir dua kali lipat lebih banyak dibandingkan kanan. Data ini serupa dengan studi terdahulu dari Maharani dkk, gangguan fungsi kognitif pada tumor otak dalam penelitian ini paling sering terjadi pada sisi hemisfer kiri.⁷⁰ Sebuah kepustakaan menyebutkan bahwa proporsi keterlibatan hemisfer unilateral cenderung lebih tinggi dan terutama mengenai sebelah kiri (50%). Disebutkan pula bahwa grup lesi pada hemisfer kiri didapatkan memiliki reaksi yang lebih lambat dibandingkan sisi kanan dikarenakan adanya gangguan pada rekonstruksi memori. Bagaimanapun juga, dalam kepustakaan tersebut menyatakan lateralisasi tidak berpengaruh terhadap ketepatan dalam rekognisi.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi *Tumor Otak* meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny. S, dengan rekam medis xxx.xxx, berjenis kelamin perempuan, berusia 51 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga dan sudah menikah. Pasien masuk ke Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya tanggal 09 Oktober 2021 jam 13.00 WIB dengan diagnosis medis Tumor Otak.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

12. Keluhan utama

pasien tidak mampu untuk berbicara dan pasien mengalami penurunan kesadaran. GCS 4X5

13. Riwayat penyakit sekarang

Pasien pada tanggal 09 Oktober jam 10.00 WIB pasien datang bersama pengantar dari lokasi ke IGD RSPAL Dr Ramelan Surabaya dengan menggunakan mobil pribadi. Keluarga Ny. S mengatakan bahwa sudah 2-3 hari tidak bisa bicara, lemah anggota tubuhnya sebelah kanan sejak 4-5 hari. Pada saat di ruang IGD, pasien mendapatkan tindakan pemasangan infus menggunakan cairan NaCl 14 tpm serta, dilakukan pengambilan darah untuk pemeriksaan lab serta dilakukan Tes Swab Antigen Covid-19 dan hasilnya Negatif. Pada Tanggal 09 Oktober 2021

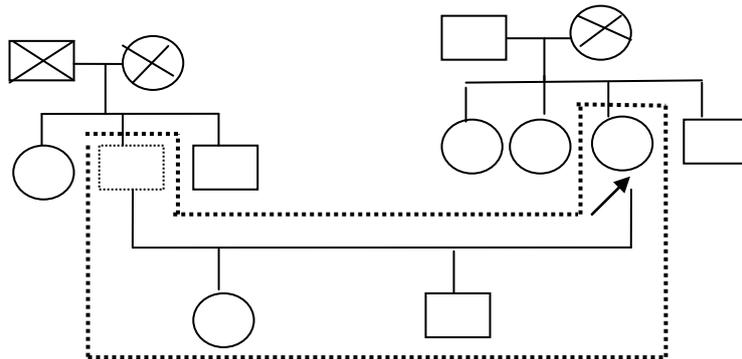
pasien dipindahkan ke Ruang perawatan Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya jam 13.00 WIB.

Saat di H1 pasien dilakukan persiapan operasi konsul jantung, konsul anestesi, konsul klinik faal hemostasis, foto thorax, MRI, pengambilan darah lengkap. didapatkan kesadaran samnolen, GCS 4x5, tampak lemah dan akral teraba hangat, kering, merah, TD: 140/ 88 mmHg, N: 88 x/menit, S:36,8°C, RR: 20 x/menit, CRT < 2 detik, tidak terdapat wheezing maupun ronki, BB 50 kg dan TB 160. Pada saat tgl 11 oktober dilakukan eksisi tumor, setelah operasi pasien diberikan terapi injeksi cinam 3x1gram, ranitidin 2x1ampul, ranitidin 2x1 ampul. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 oktober pasien mengeluh penurunan keasadaran GCS 4x5, terdapat luka post operasi di kepala sebelah kiri, dengan dilakukan tanda tanda vital suhu : 36,5 °C, tekanan darah : 126/80mmHg, Nadi : 85x/menit, Spo2 : 98%.

14. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga pasien mengatakan belum pernah mengalami tumor otak sebelumnya serta keluarga pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM dan Hipertensi. Riwayat kesehatan keluarga, pasien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien seperti DM dan Hipertensi dan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dll. Riwayat alergi, keluarga pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat, makanan, dan minuman.

15. Genogram Keluarga Ny. S

**Keterangan:**Laki – laki : Perempuan : Pasien : Tinggal serumah : Meninggal : **3.1.3 Pemeriksaan Fisik**

16. Pemeriksaan Umum :

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 36,5°C, nadi: 85x/menit, tekanan darah: 127/80 mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit, tinggi badan: 160 cm, berat badan: 50 kg.

17. Pemeriksaan Fisik B1 – B6

Pemeriksaan fisik B1 (*Breath/ Pernapasan*) didapatkan hasil pemeriksaan napas spontan, bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas reguler, suara napas vasikuler, tidak terdapat sesak napas, tidak terdapat batuk dan sputum, tidak terdapat suara napas tambahan, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan

Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/ Sirkulasi*) didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, akral teraba Hangat, Kering, Merah, bunyi jantung S1/S2 tunggal, tidak terdapat odema, CRT < 2 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat nyeri dada, tekanan darah 127/ 80 mmHg, nadi: 85x/ menit, S: 36,5 °C.

Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/ Persarafan*) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 9 (Eye: 4, Verbal: 0, Motorik: 5), Kesadaran samnolen, ada kelemahan pada anggota tubuh,. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien tidak mampu mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, pasien tidak mampu membedakan warna dengan baik, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien mampu membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) pasien mampu merasakan sentuhan tangan, pasien mampu menggertakan gigi tetapi lemah, Nervus VII (Fasialis) pasien tidak mampu merasakan rasa susu, pasien tidak mampu tersenyum, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) mampu mendengarkan dengan baik pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) pasien tidak mampu menelan, Nervus XI (Aksesorius) Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik, Nervus XII (Hipoglosus) pasien tidak mampu menjulurkan lidah, tidak mampu menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

Pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/ Perkemihan*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, BAK dengan jumlah ±200cc dengan warna kuning jernih.

Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/Pencernaan*) didapatkan hasil pemeriksaan keluarga pasien mengatakan diberikan diet mlp 6x200cc dari RS, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir lembab, terdapat gangguan makan, pasien terpasang NGT, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar.

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/Muskuloskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien kelemahan pada otot, pasien tidak mampu menggerakkan persendiannya dan sendi kaku, aktivitas yang dilakukan dibantu oleh keluarga. skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 4444, ekstremitas atas sinistra 4444, ekstremitas bawah dextra 4444, ekstremitas bawah sinistra 4444. Gerakan terbatas.

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna kuning langsung, ada luka post operasi tumor otak, turgor kulit elastis, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, kering dan merah..

Pemeriksaan sistem penginderaan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan Sistem penglihatan pasien tidak mampu pemeriksaan Lapang pandang, pasien tidak mampu pemeriksaan buta warna, pasien tidak mampu pemeriksaan membaca dengan jarak 30cm, Sistem pendengaran tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, pasien tidak mampu mendengar dengan baik, Sistem penciuman tidak ada polip, mukosa lembab.

Pemeriksaan sistem perabaan pasien tidak mampu membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai, Sistem perasa pasien tidak mampu membedakan rasa makanan yang di coba oleh pasien.

Pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit DM.

3.1.4 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang ibunya.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 2x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pola makan pasien tidak mau makan dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien tidak mau dan tidak memiliki alergi makanan

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 8x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 6x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1200 cc

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien belum BAB.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 5x/hari dengan jumlah \pm 1500 cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK dengan jumlah \pm 200cc dengan warna kuning jernih.

4. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 2x/ minggu, ganti pakaian 2 – 3 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotongkuku 1x seminggu. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, belum sikat gigi.

c. Aktifitas sehari-hari

Aktifitas sehari-hari Pasien sebagai ibu rumah tangga.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya pergi jalan jalan bersama anaknya.

e. Olahraga

Pasien olahragajalan jalan dipagi hari.

5. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit biasanya pasien tidur malam \pm dari jam 21.00 – jam 04.00 WIB dan tidur siang \pm 13.00, sesudah masuk rumah sakit keluarga pasien mengatakan pada pukul 22.00 – 05.00.

6. Pola kognitif perseptual

Keluarga pasien mengatakan belum pernah mengalami tumor otak sebelumnya. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Keluarga Pasien mengatakan ibunya tidak mau makan, fungsi penglihatan mampu pemeriksaan lapang pandang, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengaran mampu untuk mendengarkan.

7. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Keluarga pasien mengatakan bahwa ibunya pasti sembuh.

b. Identitas diri

Keluarga pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan berusia 51 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Keluarga pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 3 dari 4 bersaudara, keluarga pasien mengatakan ibunya seorang ibu rumah tangga dan sudah menikah serta memiliki 2 orang anak. Pasien berperan sebagai Ibu.

d. Ideal diri

Keluarga pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

e. Harga diri

Keluarga pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

8. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat dirumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS).

9. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang perempuan dan tidak ada masalah pada area genitalia, genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, Pasien memiliki 2 orang anak .

10. Pola coping dan toleransi stress

Keluarga pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM dan Hipertensi. Keluarga pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.5 Data Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. S dengan diagnosa post operasi eksisi tumor otak

Tanggal 19 oktober 2021			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Kreatinin	0,50	mg/dL	0,6 – 1,5
BUN	8	mg/dL	10 – 24
Hematokrit	35,00	%	37,0 – 47,0
PCT	0,239	10 ³ /μl	1,08 – 2,82

2. Hasil pemeriksaan Radiologi

Tampak lesi hiperdense berdensitas darah di lobus parietalis kiri ukuran +/-1,4 x 2,2 x 1cm Tampak lesi intraaxial dengan densitas heterogen, batas tegas, tepi irreguler dengan vasogenic edema di sekitarnya di corona radiata kiri ukuran +/- 7,26x3,85x4,95cm yang menyebabkan pendesakan ventrikel lateralis kiri dan midline shift sejauh +/-2cm ke sisi kanan Tampak lesi hipodense dengan densitas CSF dilobus temporal kiri.

Tampak lesi dengan densitas udara dilobus temporal kiri.

3.1.6 Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi Medis Ny. S dengan diagnosa post operasi eksisi tumor otak.

NO	Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Kontraindikasi
1	Cinam	4x1,5 gr	Iv	Untuk mengobati infeksi kulit dan struktur kulit	Hipersensitif terhadap golongan obat penisilin dan sulbaktam
2	Phenitoin	3x1	Iv	Untuk mencegah dan meredakan kejang pada penderita epilepsi	Penggunaan pada kondisi khusus seperti penyakit kardiovaskuler
3	Ranitidin	2x1	Iv	Untuk mengobati gejala yang berkaitan dengan asam lambung	Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis
4	Dexametason	4x1	Iv	Sebagai anti inflamasi dan immunosupresan	Hipersensitivitas, infeksi akut yang tidak diobati dan adanya infeksi jamur
5	Antrain	3x1	Iv	Untuk pereda nyeri	Hipersensitivitas terhadap penderita asma
6	Cetirizin	2x1	Oral	Untuk mengatasi reaksi alergi	Hipersensitif, gangguan ginjal berat

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosis medis Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
DS : - DO : - Pasien tampak lemah - Tingkat kesadaran menurun - Tekanan Darah : 140/80 mmhg - Nadi : 88 x/menit - GCS 4x5	Edema Serebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (SDKI, NO D.0066)
DS : keluarga pasien mengatakan ibunya tidak mau makan DO : - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Pasien terpasang NGT	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi (SDKI, NO. D.0019)
DS :- DO : - Kekuatan otot menurun - ROM $\frac{4444}{4444}$ $\frac{4444}{4444}$ - Sendi kaku - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
DS : - DO : -	Faktor resiko : Penurunan tingkat kesadaran	Resiko Jatuh (SDKI, NO D.0055)
DS :- DO :-	Faktor Resiko : Prosedur invasif	Resiko Infeksi

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas masalah pada Ny.S dengan diagnose Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		Ditemukan	Teratasi	
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	19 Oktober		NA
2	Defisit Nutrisi Resiko Jatuh	19 Oktober		NA
3	Gangguan mobitas fisik	19 Oktober		NA
4	Resiko Infeksi	19 Oktober		NA

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral	Setelah dilakukan Intervensi selama 3x24 jam, maka Kapasitas adaptif Intrakranial meningkat	Kriteria hasil (SLKI, L.06049, hal 35): 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Respon pupil membaik	Observasi 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 2. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 3. Menyediakan lingkungan yang tenang 4. Berikan posisi semi fowler 5. Cegah terjadinya kejang 6. Kolaborasi pemberian anti konvulsan: phenytoin 3x1 7. Kolaborasi pemberian analgesic: antrain 3x1	1. Untuk mengetahui adanya peningkatan TIK. 2. Untuk mengetahui tingkat keseimbangan cairan pada pasien. 3. Mengetahui adanya perubahan-perubahan pada status pernapasan. 4. Meminimalkan adanya stimulus 5. Posisi elevasi kepala dapat mengurangi tekanan intracranial. 6. Agar tidak terjadi perburukan kondisi pasien 7. Pemberian anti konvulsan dapat membantu mengobati kejang. 8. Untuk mengurangi

					rasa nyeri
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan	Setelah dilakukan Intervensi selama 3x24 jam, maka Status nutrisi membaik	Kriteria hasil (SLKI, L.03030, hal 121): <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot penguyah membaik 2. Kekuatan otot menelan membaik 3. Nafsu makan membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peningkatan status nutrisi 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 4. Berikan nutrisi sedikit tapi sering 5. Berikan makanan tinggiserat 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 8. Ajarkan diet yang diprogramkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status nutrisi atau keadaan nutrisi pasien 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Mengetahui hasil laboratorium pasien 4. Agar pasien perlahan untuk makan 5. Untuk mencegah konstipasi 6. Untuk meningkatkan nutrisi pasien 7. Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan 8. Untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan gangguan	Setelah dilakukan tindakan	Kriteria hasil (SLKI, L.05042,	Dukungan Mobilisasi (SIKI, Hal 30)	Dukungan Mobilisasi (SIKI, Hal 30)

	neuromuskular	keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat	hal 65): 1. Kekuatan otot meningkat 2. Gerakan terbatas menurun 3. ROM meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	1. Monitor mobilitas fisik 2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 4. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 5. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	1. Untuk mengkaji nyeri secara komprehensif 2. Untuk mencegah komplikasi pada luka 3. Mengetahui adanya hipotensi dan hipotermi serta adanya kontraindikasi melakukan aktivitas 4. Untuk mengetahui catatan perkembangan ROM pada pasien 5. Membantu pasien jika ada keterbatasan dalam gerak 6. Mencegah resiko jatuh 7. Agar klien bisa melatih kekuatan otot dan mencegah dekubitus
4	Resiko Infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive : tindakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan	Pencegahan infeksi (siki, hal 270) Observasi :	1. Mengenali tanda dan gejala infeksi

	post operasi (SDKI, D.0142)	infeksi terjadi	tidak nyeri, panas 2. Tidak ada tanda – tanda infeksi 3. Tidak ada 4. (color, dolor, rubor, tumor, fungsio lesa)	<p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Rawat luka pada area luka dengan mempetahankan kondisi aseptik pada luka</p> <p>Edukasi :</p> <p>3. Jelaskan tanda gejala infeksi</p> <p>4. Anjurkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Berikan hasil kolaborasi antibiotik (cinam 4x1,5 gr)</p>	<p>2. Mempercepat pemulihan luka dan mencegah infeksi</p> <p>3. Pasien mampu mengenali tanda infeksi</p> <p>4. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>5. Mendukung penyembuhan luka</p>
--	-------------------------------	-----------------	--	---	---

3.5 IMPLEMENTASI & EVALUASI

Tabel 3.6 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa Post Operasi Eksisi Tumor Otak.

No Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
4	Senin, 20/10/2021 07.50	Melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan	NA	Senin, 20 Oktober 2021 13.15	1	S: keluarga pasien mengatakan pasien sering tidur. O: - Tekanan darah : 130/8 mmhg - Nadi : 86 x/ menit - Suhu :36,2°C - RR: 19 x/menit A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	08.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak lemah	NA		2	S : keluarga pasien mengatakan belum paham tentang pemberian nutrisi melalui ngt O : - Otot menelan lemah - Otot penguyah lemah A : Masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
4	08.10	Melakukan tindakan perawatan luka: Kompres nacl, betadine, supratul	NA				
1	09.00	Mengobservasi peningkatan TIK Tekanan darah : 140/88mmhg, kesadaran menurun	NA				
3	09.10	Melatih ROM pasif dan mengedukasi keluarga mengenai ROM : Keluarga antusias mendengarkan dengan baik	NA				
1,2,3,4	09.30	Memberikan infus cairan NS			3	S : Keluarga pasien mengatakan belum paham tentang menggerakkan anggota tubuh O :	
1,2,3,4	10.30	Mengobservasi tanda tanda vital :					

1	10.45	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 130/80 mmhg - Nadi : 86 x/ menit - Suhu :36,2°C - RR: 19 x/menit 				<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot lemah - Sendi kaku <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
1,2,3,4	10.50	Memberikan terapi obat Cinam 1,5gr			4	S : pasien terdapat luka post operasi di kepala
2	12.00	Memberikan posisi semi fowler				O : - Perawatan luka 3 hari sekali
2	12.15	Mengobservasi asupan makanan : Diet mlp 6x20cc				A : masalah belum teratasi P : intervensi di lanjutkan
1,2,3,4	13.00	Menganjurkan pasien untuk tidur siang	21.00		1	S: keluarga pasien mengatakan ibunya masih lemah
1	14.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak lemah				O : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 137/76mmhg - Nadi : 80 x/ menit - Suhu :36,2°C - RR: 17 x/menit - Spo2 : 98%
1	14.15	Mengobservasi peningkatan TIK Tekanan darah : 142/77mmhg,				A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	15.00	Mengobservasi tanda tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 135/76 mmhg - Nadi : 80 x/ menit 			2	S : keluarga pasien mengatakan perlahan sudah paham tentang pemberian nutrisi melalui ngt

		<ul style="list-style-type: none"> - Suhu :36,2°C - RR: 17 x/menit 					
1,4	16.30	Memberikan terapi obat Cinam 1,5gr, Phenitoin 1amp, Dexametason 1amp,					O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang ngt - Diet mlp 20cc A : Masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2	17.00	Mengobservasi asupan makanan : Memberikan Diet mlp 6x20cc			3		S : keluarga pasien mengatakan sedikit sudah mulai paham tentang ROM O : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot lemah - Kaku sendi A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	17.30	Memberikan cairan infus NS					
1,2,3,4	18.30	Menganjurkan pasien beristirahat :					
3	18.45	Melakukan mobilisasi pada pasien					
4	21.00	Melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan			4		S : pasien terdapat luka post operasi di kepala O : <ul style="list-style-type: none"> - Sudah melakukan perawatan luka tadi pagi A : masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
1	21.10	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak tidur					
2	21.30	Pasien terpasang Ngt dan pasien terpasang cateter					
1,2,3,4	21.40	Melakukan observasi TTV <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 125/70mmhg - Nadi : 76x/ menit 		07.00	1		S : keluarga pasien mengatakan ibunya masih lemah O : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 125/70 mmhg - Nadi : 76 x/ menit - Suhu :36,8°C

	Selasa 21/10/21			13.15		
1,2,3,4	07.30	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak berkurang lemah			1	S: keluarga pasien mengatakan pasien Sedikit berkurang lemahnya O: - Tekanan darah : 130/80mmhg - RR : 19x/menit - Nadi : 80x/menit - Spo2 : 99% - Suhu : 36,3 A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
1,3	07.45	Mengobservasi tanda tanda vital : Tekanan darah : 130/80mmhg RR : 19x/menit Nadi : 80x/menit Spo2 : 99% Suhu : 36,3				
3	08.00	Melakukan mobilisasi pada pasien			2	S : keluarga pasien mengatakan makanan yang dari RS di berikan ke pasien O : - Pasien terpasang NGT - Diet mlp 20cc A : Masalah keperawatan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	08.10	Memberikan infus cairan NS				
1,2,3	10.30	Mengobservasi tanda tanda vital : - Tekanan darah : 130/80 mmhg - Nadi : 86 x/ menit - Suhu :36,2°C - RR: 19 x/menit			3	S : keluarga pasien mengatakan menggerakkan secara perlahan ekstermitasnya O : - Pasien sedikit berkurang lemahnya A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1,4	12.00	Memberikan terapi obat Cinam 1,5gr				
3	12.30	Mengobservasi asupan makanan : Diet mlp 6x20cc				

1,2,3,4	13.00	Menganjurkan pasien untuk tidur siang			4	S : keluarga pasien mengatakan melakukan cuci tangan O :
1,2,3	14.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak berkurang lemahnya				- Pasien sedikit berkurang lemahnya - Keluarga pasien menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah memegang pasien
1	14.10	Mengobservasi peningkatan TIK Tekanan darah : 132/77mmhg, kesadaran menurun				A : masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan
1,2,3	15.00	Mengobservasi tanda tanda vital : - Tekanan darah : 138/80 mmhg - Nadi : 78 x/ menit - Suhu :36,4°C - RR: 20 x/menit	21.15		1	S: keluarga pasien mengatakan pasien sedang tidur O: - Tekanan darah : 132/77mmhg - Nadi : 78x/ menit - Suhu :36,4°C - RR: 20 x/menit A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
1,2	16.30	Memberikan terapi obatPhenitoin 1amp, Dexametason 1amp,				
2	17.30	Mengobservasi asupan makanan : Memberikan Diet mlp 6x20cc				
1,2,3,4	17.40	Memberikan cairan infus NS			2	S : keluarga mengatakan pasien habis 1 porsi untuk makannya O :
3	18.00	Melakukan mobilisai pada pasien				- Pasien terpasang NGT - Diet mlp 20cc
1,2,3,4	21.00	Menganjurkan pasien beristirahat :				A : Masalah keperawatan teratasi P : intervensi dipertahankan

1,2,3,4	22.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak tidur			3	S : keluarga pasien mampu melakukan kepada pasien mobilisasi 2 jam O :
1,2,3	22.15	Melakukan observasi TTV - Tekanan darah : 129/75mmhg - Nadi : 80 x/ menit - Suhu :36,1°C - RR:20 x/menit			4	- Kekuatan otot pada pasien tampak sudah berkurang A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	22.35	Memberikan lingkungan yang nyaman				S : keluarga pasien mampu melakukan cuci tangan dengan benar O :
1,2,3	04.30	Melakukan observasi TTV : - Tekanan darah : 130/56 mmhg - Nadi : 75 x/ menit - Suhu :36,5°C - RR:20 x/menit				- Pasien sedikit berkurang lemahnya A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi di pertahankan
2	05.00	Memberikan diet Rs Mlp 20cc	07.00		1	S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah ada respon sedikit O:
1,2,3,4	06.30	Cinam 1,5gr, ranitidin 1amp, inj. Phenitoin 1amp drip Ns , inj. Dexamenthason 1amp, cetirizin 1 tab/ per oral			2	- Pasien tampak lemah sedikit A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
						S : keluarga pasien mengatakan 1 porsi habis

					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terpasang NGT - diet mlp 20cc <p>A : Masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>	
				3	<p>S : keluarga pasien melakukan mobilisasi perlahan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien lemah berkurang <p>A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	
				4	<p>S : keluarga pasien mengatakan ibunya sudah di rawat luka pada hari senin</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya bekas luka di kepala - Keluarga pasien sudah mampu melakukan cuci tangan <p>A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi di lanjutkan</p>	

	Rabu, 23/10/2021			13.15	1	S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah ada respon sedikit O: - Pasien tampak lemah sedikit - Tekanan darah : 127/80mmhg - RR : 20x/menit - Nadi : 80x/menit - Spo2 : 99% - Suhu : 36,1 A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	08.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak berkurang lemah				
1,2,3	08.15	Mengobservasi tanda tanda vital : Tekanan darah : 127/80mmhg RR : 20x/menit Nadi : 80x/menit Spo2 : 99% Suhu : 36,1				
3	08.25	Melakukan mobilisasi pada pasien			2	S : keluarga pasien mengatakan 1 porsi habis O : - pasien terpasang NGT - diet mlp 20cc A : Masalah keperawatan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
1,2,3	11.00	Mengobservasi tanda tanda vital : - Tekanan darah : 130/80 mmhg - Nadi : 86 x/ menit - Suhu :36,2°C - RR: 19 x/menit				
2	12.00	Mengobservasi asupan makanan : Diet mlp 20cc			3	S : keluarga pasien melakukan mobilisasi perlahan 2 jam sekali O : - Pasien lemah berkurang A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1,2,3,4	13.00	Menganjurkan pasien untuk tidur siang				
1,2,3,4	14.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak				

		berkurang lemahnya			4	S : Keluarga pasien sudah mampu melakukan cuci tangan O : - Lingkungan bersih dan nyaman A : masalah keperawatan teratasi P : intervensi di pertahankan
1	14.15	Mengobservasi peningkatan TIK Tekanan darah : 123/70mmhg,				
1,2,3	15.00	Mengobservasi tanda tanda vital : - Tekanan darah : 126/80 mmhg - Nadi : 78 x/ menit - Suhu :36,4°C - RR: 20 x/menit		21.00	1	S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah ada respon O: - Pasien mulai ada respon - Tekanan darah : 126/80mmhg - RR : 20x/menit - Nadi : 78x/menit - Spo2 : 99% - Suhu : 36,4 A : Masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
1,2	16.30	Memberikan terapi obatPhenitoin 1amp, Dexametason 1amp,				
2	17.00	Mengobservasi asupan makanan : Memberikan Diet mlp 20cc				
1,2,3,4	17.30	Memberikan cairan infus NS				
3	18.30	Melakukan mobilisai pada pasien				S : keluarga pasien mengatakan 1 porsi habis O : - pasien terpasang NGT - diet mlp 20cc A : Masalah keperawatan teratasi P : intervensi dipertahankan
1,2,3	21.00	Mengobservasi keadaan umum dan keluhan pada Ny.S : pasien tampak tidur				
1,2,3	21.10	Melakukan observasi TTV - Tekanan darah : 129/75mmhg				

1,2,3,4	21.30	<ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 80 x/ menit - Suhu :36,1°C - RR:20 x/menit <p>Memberikan lingkungan yang nyaman</p>			<p>S : keluarga pasien melakukan mobilisasi perlahan 2 jam sekali</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien lemah berkurang <p>A : Masalah keperawatan teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
1,2,3,4	21.35	Melakukan posisi semi fowler			
1,2,3,4	23.30	<p>Melakukan observasi TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 130/56 mmhg - Nadi : 75 x/ menit - Suhu :36,5°C - RR:20 x/menit 			<p>S : Keluarga pasien sudah mampu melakukan cuci tangan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan bersih dan nyaman <p>A : masalah keperawatan teratasi</p> <p>P : intervensi di pertahankan</p>
1,2,3	23.35	Menganjurkan pasien untuk beristirahat			
2	05.00	Memberikan diet Rs Mlp 20cc			
1,2,4	06.00	Cinam 1,5gr, ranitidin 1amp, inj. Phenitoin 1amp drip Ns , inj. Dexamethasone 1amp, cetirizin 1 tab/ per oral			
1,2,3	06.20	<p>Melakukan observasi TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 125/60 mmhg - Nadi : 70 x/ menit 			

		<ul style="list-style-type: none">- Suhu :36,2°C- RR:20 x/menit						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis Post Operasi Eksisi Tumor Otak di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan. Sesuai dengan pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Data didapatkan, pasien bernama Ny. S, berjenis kelamin perempuan, berusia 52 tahun. Data tersebut sejalan dengan (Gading Aurora, 2019) bahwa usia 40-50 tahun merupakan kelompok umur penderita tumor otak terbanyak, jenis kelamin penderita tumor otak. penderita tumor otak didominasi oleh wanita.

Keluhan utama pasien mengalami penurunan kesadaran. Pendapat menurut (Setiawan, 2010). ada banyak hal yang mempengaruhi tingkat kesadaran setelah operasi, apalagi dengan adanya faktor anestesi yang tentu saja mempengaruhi kesadaran pasien.

Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan) didapatkan hasil pemeriksaan GCS total 9 (Eye: 4, Verbal: 0, Motorik: 5), Kesadaran samnolen, ada kelemahan pada anggota tubuh. Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). pada diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intracranial

yaitu mengalami penurunan kesadaran, pasien tampak lemah,. Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti pasien penurunan kesadaran dapat mengakibatkan penurunan kesadaran karena adanya edema pada serebral. Edema pada serebral tersebut mengakibatkan adanya penurunan kesadaran hingga pasien mempunyai gangguan menelan.

Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/Pencernaan*) didapatkan hasil pemeriksaan keluarga pasien mengatakan diberikan susu dari RS, mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir lembab, terdapat gangguan makan, pasien terpasang NGT, nafsu makan Ny S menurun, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen baik hepar. Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi yaitu mengeluh nafsu makan menurun, gangguan menelan. Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti nafsu makan menurun dapat mengakibatkan berat badan menurun.

Pemeriksaan fisik B6 (*Bone/Muskuloskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan pasien kelemahan pada otot, pasien tidak mampu menggerakkan persendiannya dan sendi kaku, aktivitas yang dilakukan dibantu oleh keluarga. skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 4444, ekstremitas atas sinistra 4444, ekstremitas bawah dextra 4444, ekstremitas bawah sinistra 4444. Gerakan terbatas. Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu kelemahan pada otot, pasien tidak mampu menggerakkan persendiannya dan

sendi kaki. Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti pasien penurunan kesadaran dan adanya kelemahan pada otot dapat mengakibatkan resiko dekubitus pada pasien.

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna kuning langsung, ada luka post operasi tumor otak, turgor kulit elastis, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, kering dan merah. pada diagnosa keperawatan resiko infeksi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti adanya luka post operasi eksisi tumor otak. .

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis Post Operasi Eksisi Tumor Otak disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan edema serebral

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Pasien mengalami penurunan kesadaran , pasien tampak lemah. Penurunan kapasitas adaptif intracranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis memiliki masalah utama yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial karena adanya penurunan kesadaran pada pasien, pasien tampak lemah Oleh sebab itu penulis mengangkat masalah keperawatan penurunan kesadaran adaptif intrakranial sebagai masalah keperawatan utama.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengalami gangguan makan, pasien terpasang NGT, nafsu makan Ny S menurun. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah kedua karena diagnosa ini bukan masalah utama. seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran, terpasang NGT, Nafsu makan menurun. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa tersebut.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Data pengkajian didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengalami penurunan kesadaran, kelemahan pada otot, pasien tidak mampu menggerakkan persendiannya dan sendi kaku. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah ketiga karena diagnosa ini bukan masalah utama. seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan kesadaran, kelemahan pada otot, pasien tidak mampu menggerakkan persendiannya dan sendi kaku. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa tersebut.

4. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive : tindakan post operasi.

Data pengkajian didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengalami pada kulit berwarna kuning langsung, ada luka post operasi tumor otak

di kepala. Resiko infeksi merupakan beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017)

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah keempat karena diagnosa ini bukan masalah utama. seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien terdapat luka post operasi eksisi tumor otak. Oleh sebab itu penulis mengangakat diagnosa tersebut.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis Post Operasi Eksisi Tumor Otak disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019):

1. Penurunan kapasitas adapti intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam pasien kapasitas adaptif intrakranial meningkat. Kriteria hasil yang diharapkan tingkat kesadaran pasien meningkat, tekanan darah membaik, respon pupil membaik.

Rencana keperawatan intervensi utama, manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan memonitor peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang. berikan terapi sesuai program dokter: Inj. Phenitoin 3x1. Terapi pemberian fenitoin adalah kemampuannya menembus sistem saraf pusat dan biasanya berkaitan dengan dosis. seperti nistagmus, ataksia, bicara kacau, penurunan koordinasi, gangguan mental, pusing, insomnia, ketakutan, kejang, dan nyeri kepala (Kristanto, 2017).

Menurut asumsi penulis pemberian Phenytoin memang diperlukan untuk mencegah terjadinya kejang pada pasien namun dalam pemberiannya juga untuk memonitoring dari efek samping penggunaan.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam status nutrisi pada pasien membaik. Kriteria hasil yang diharapkan kekuatan otot menelan membaik, kekuatan penguyah membaik, nafsu makan membaik pada pasien.

Rencana keperawatan intervensi utama, manajemen nutrisi dengan memonitor peningkatan status nutrisi, memonitor tanda – tanda vital, memonitor dari hasil pemeriksaan laboratorium terutama pada albumin, berikan nutrisi sedikit tapi sering, jika jumlah albumin dalam tubuh kurang maka akan terjadi penimbunan cairan dalam jaringan (edema) misalnya bengkak di kedua kaki. Atau bisa terjadi penimbunan cairan dalam rongga tubuh misalnya di perut yang disebut ascites (Dinkes 2016).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil yang diharapkan Kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas menurun , ROM meningkat , kelemahan fisik menurun.

Rencana keperawatan intervensi utama dukungan mobilisasi dengan memonitor mobilitas fisik, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan

dan prosedur mobilisasi, memonitor kondisi pasien selama melakukan mobilisasi. Dengan melakukan mobilisasi agar tidak beresiko terjadinya dekubitus pada pasien.

4. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive : tindakan post operasi.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam infeksi infeksi tidak terjadi. Kriteria hasil Pasien mengatakan tidak nyeri, panas tidak ada tanda – tanda infeksi, tidak ada (color, dolor, rubor, tumor, fungio lesa)

Rencana keperawatan intervensi utama Pencegahan infeksi Monitor tanda dan gejala infeksi, Rawat luka pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, jelaskan tanda gejala infeksi, anjurkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, berikan hasil kolaborasi antibiotik (cinam 4x1,5 gr)

4.4 Implementasi Keperawatan

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 intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji tanda tanda

gejala peningkatan TIK, mengatur posisi semi fowler kepada pasien, memberikan obat anti kejang sesuai program (injeksi phneytoin).

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien mengalami penurunan kesadaran dan mau melakukan keluhan pasien saat ini serta mau di suntik obat anti kejang (phnyetoin). Kelemahannya adalah pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengobservasi tanda tanda peningkatan TIK.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji asupan nutrisi pasien, pemasangan NGT pada pasien.

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien mengalami penurunan kesadaran dan mau melakukan keluhan pasien saat ini serta mau memberikan asupan nutrisi melalui NGT. Kelemahannya adalah pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengobservasi asupan nutrisi klien, memonitor hasil laboratorium.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji derajat mobilitas, dan menganjurkan pasien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam..

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien mengalami penurunan kesadaran dan mau melakukan keluhan pasien saat ini serta mengkaji derajat mobilisasi. Kelemahannya adalah pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memonitor posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam.

4. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive : tindakan post operasi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah Rawat luka pada area luka dengan mempetahankan kondisi aseptik pada luka, anjurkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien terdapat luka post operasi eksisi tumor otak. Kelemahannya adalah pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah merawat luka post operasi 3 hari sekali.

4.5 Evaluasi Keperawatan

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 tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: pasien masih penurunan kesadaran, pasien tampak lemah dan lanjutkan intervensi: memonitor pernapasan klien, kolaborasi pemberian obat anti kejang.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: pasien masih penurunan kesadaran, pasien terpasang NGT, pasien masih lemah, dan lanjutkan intervensi: memonitor hasil laboratorium, dan memonitor status nutrisi.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: keluarga pasien sudah mampu untuk melakukan mobilisasi setiap 2 jam. lanjutkan intervensi : secara bertahap untuk melatih mobilisasi pada pasien.

4. Resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive :
tindakan post operasi

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: melakukan perawatan luka pada post operasi eksisi tumor otak setiap 3 hari sekali. Lanjutkan intervensi : secara bertahap perawatan luka dilakukan selama 3hari sekali agar tidak terjadi infeksi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis post operasi eksisi tumor otak di Ruang h1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis post operasi eksisi tumor otak.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien dengan diagnosis medis post operasi tumor otak, dengan keluhan utama pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tampak lemah, pasien terpasang NGT, pasien terpasang catheter, kelemahan pada otot, sendi kaku. Pada pasien menimbulkan masalah keperawatan seperti : penurunan kapasitas adaptif intrakranial, defisit nutrisi, gangguan hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi.
2. Diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi eksisi tumor otak dan telah diprioritaskan menjadi: penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, resiko infeksi.
3. Intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi eksisi tumor otak disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan kriteria hasil untuk : penurunan kapasitas adaptif intrakranial tingkat kesadaran meningkat, defisit nutrisi kekuatan otot penguyah membaik,

Kekuatan otot menelan membaik, Nafsu makan membaik., gangguan mobilitas fisik adekuat, resiko infeksi tidak akan terjadi .

4. Implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis post operasi eksisi tumor otak disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; penurunan kapasitas adaptif intrakranial dengan memonitor hasil tanda-tanda vital dan pemberian obat analgesik, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dengan mengobservasi status nutrisi dan memberikan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan dukungan ambulasi, resiko infeksi dengan Rawat luka pada area luka dengan mempetahankan kondisi aseptik pada luka .
5. Hasil evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi eksisi tumor otak disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive : tindakan post operasi dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan dua diagnosa yang berhasil diatasi yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan, resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko efek prosedur invasive. Dan dua diagnosa yang tidak teratasi yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

Bagi Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan tetap mencegah terjadinya jatuh pada pasien, ajarkan secara perlahan dengan cara mobilisasi, tetap memberikan asupan nutrisi yang baik untuk pasien .

Bagi Perawat di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis tumor otak misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis tumor otak pada umumnya.

Bagi manajemen Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga perlunya peningkatan kerjasama antar petugas dengan pasien dan keluarga pasien dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga dalam tindakan keperawatan yang memang dapat melibatkan pasien dan keluarga serta menumbuhkan sikap simpati dan murah dari petugas kesehatan dalam rangka peningkatan mutu dan kualitas pelayanan.

Bagi Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti D I Y. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Ibu S yang Mengalami Tumor Otak Di Ruang Angsoka Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Stikes
- Bisri YB, Bisri T. Anestesi untuk operasi tumor otak supratentorial infratentorial. Edisi Pertama. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran; 2016.
- Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD. Fluid management and blood component therapy. Dalam: Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology. Edisi ke-5. United state: McGraw-Hill; 2013, 1161–81.
- Dinarti & Mulyanti, Y. (2017) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ekaputri, M. and Fithriyani (2021) 'Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi', *Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi*, 10(1), pp. 196–200. doi: 10.36565/jab.v10i1.321.
- Gordon (2015) *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kristanto, A. 2017. Epilepsi Bangkitan Umum Tonik Klonik di UGD RSUP
- Lelubre C, Bouzat P, Crippa IA, Taccone FS. Anemia management after acute brain injury. *Crit Care*.2016;20(152):1–11.
- Sanglah. Bali : Intisari Sains Medis. 8 (1):69-73.
- Muttaqin, A. (2013) *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktek Klinik Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Muhammadiyah Samarinda: Karya Tulis Ilmiah
- Laurent N.E. 2017. *Askep Pasien dengan Tumor Otak*. Brain Tumor Management: One Day Symposium and Workshop
- Nurarif, A. H. and Kusuma, H. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 2nd edn. Jogjakarta: Medi Action.
- Nurhalimah (2017) *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh Dan Kehilangan*. Edited by

- Tjahyanti. Surabaya: AIPVIKI.
- Prawirohardjo, Sarwono, (2008), Buku Onkologi Ginekologi, Jakarta
- Rasjidi, Imam 2010. Buku Epidemiologi Kanker pada Wanita. Jakarta.
- RSUP Dr. M. Djamil Padang. Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang: Karya Tulis Ilmiah
- Sari, Windarti, Wahyuni. 2014. *Clinical Characteristics and Histopathology of Brain Tumor at Two Hospitals in Bandar Lampung*
- Setiadi (2016) *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Setiadi (2016) *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Syaifuddin (2016) *Anatomi Fisiologi untuk Mahasiswa Keperawatan*. 3rd edn. Edited by Monica Ester. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- WHO (2015) *World Health Statistic Report*. USA.
- Wulandari, Ismi. 2017. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Tumor Otak di Ruang Syaraf*

LAMPIRAN**Lampiran 1*****CURRICULUM VITAE***

Nama : Novita Anggraini
Nim : 2130083
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 19-11-1999
Agama : Islam
Email : Novita150117@gmail.com
Contact Person : 08985690064 (WA)

Riwayat Pendidikan :

- | | | | |
|----|----------------|---------------------------|------------------|
| 1. | TK | Ujung Galuh | Lulus Tahun 2006 |
| 2. | SD | SDN Wonokusumo 7 | Lulus Tahun-2011 |
| 3. | SMP | SMP YP 17 Surabaya | Lulus Tahun 2014 |
| 4. | SMK | SMK AL – IRSYAD | Lulus Tahun 2017 |
| 5. | S1 Keperawatan | STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2021 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ Di Setiap Kesulitan Pasti Ada Kemudahan ”

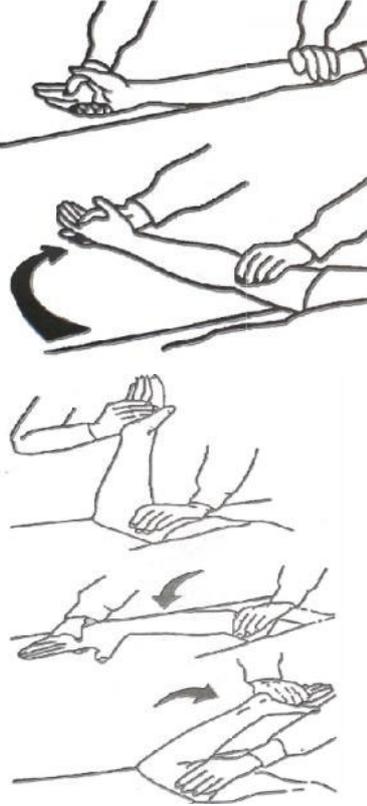
Hasil Karyaku ini kupersembahkan kepada :

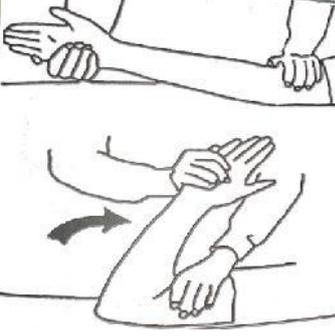
1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Papa Budianto dan Mama Fadilah selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk peneliti.
3. Nayla Indriani selaku adik kandung yang telah memberikan dukungan semangat bagi saya.
4. Achmad Rizky Firdaus selaku teman hidup yang tidak ada hentikan untuk memberikan dukungan semangat bagi saya.
5. Sherly, Siska, Feni, Flaura, Iftita dan Bella sahabat saya di kampus yang menemani saya selama beberapa waktu terakhir, mendengarkan keluh kesah saya, selalu mendukung, membantu dalam pengerjaan .
6. Teman – teman angkatan 12 Profesi Ners yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.

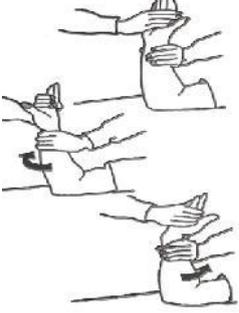
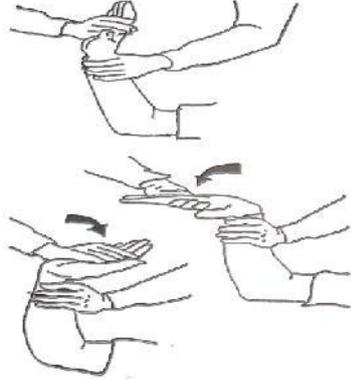
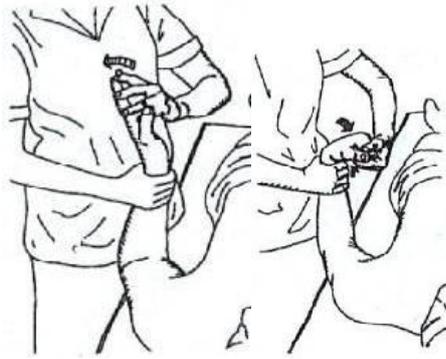
Lampiran 3

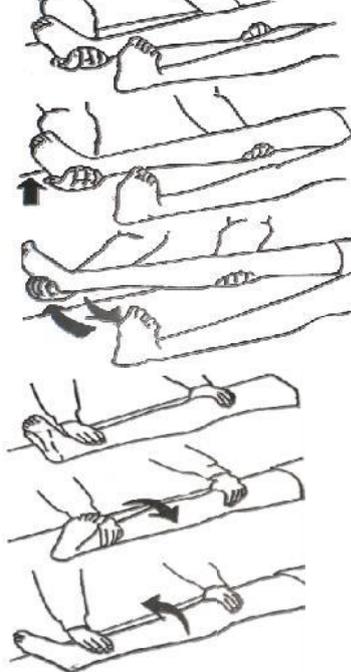
	<p style="text-align: center;">STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL LATIHAN GERAK ROM</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Latihan ROM dapat menggerakkan persendian seoptimal dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang dan tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakkan. Adanya pergerakan pada persendian akan menyebabkan terjadinya peningkatan aliran darah ke dalam kapsula sendi. Ketika sendi digerakkan, permukaan kartilago antara kedua tulang akan saling bergesekan.</p>
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan fleksibilitas dan mobilitas sendi 2) Mengembalikan kontrol motorik 3) Meningkatkan/mempertahankan integritas ROM sendi dan jaringan lunak 4) Membantu sirkulasi dan nutrisi sinovial 5) Menurunkan pembentukan kontraktur terutama pada ekstremitas yang mengalami paralisis. 6) Memaksimalkan fungsi ADL 7) Mengurangi atau menghambat nyeri 8) Mencegah bertambah buruknya <i>system neuromuscular</i> 9) Mengurangi gejala depresi dan kecemasan 10) Meningkatkan harga diri 11) Meningkatkan citra tubuh dan memberikan kesenangan
<p>Indikasi</p>	<p>Klien dengan tirah baring yang lama, klien dengan penurunan tingkat kesadaran, kelemahan otot, dan fase rehabilitasi fisik.</p>
<p>kontraindikasi</p>	<p>Klien dengan fraktur, kelainan sendi atau tulang, dan klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).</p>
<p>Alat dan bahan</p>	<p>Alat yang digunakan untuk melakukan ROM yaitu goniometer (alat ukur rentang gerak sendi).</p>
<p>Prosedur</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk latihan ROM aktif, klien

	<p>dianjurkan untuk melakukan gerakan sesuai yang sudah diajarkan, hindari perasaan ketidaknyamanan saat latihan dilakukan, gerakan dilakukan secara sistematis dengan urutan yang sama dalam setiap sesi, setiap gerakan dilakukan tiga kali dengan frekuensi dua kali sehari.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Yakinkan bahwa klien mengetahui alasan latihan ROM dilakukan. 3) Sendi tidak boleh digerakkan melebihi rentang gerak bebasnya, sendi digerakkan ketitik tahanan dan dihentikan pada titik nyeri. 4) Pilih waktu di saat pasien nyaman dan bebas dari rasa nyeri untuk meningkatkan kolaborasi pasien 5) Posisikan pasien dalam posisi tubuh lurus yang normal 6) Gerakan latihan harus dilakukan secara lembut, perlahan dan berirama 7) Latihan diterapkan pada sendi secara proporsional untuk menghindari peserta latihan mengalami ketegangan dan injuri otot serta kelelahan 8) Posisi yang diberikan memungkinkan gerakan sendi secara leluasa 9) Tekankan pada peserta latihan bahwa gerakan sendi yang adekuat adalah gerak sampai dengan mengalami tahanan bukan nyeri. 10) Tidak melakukan latihan pada sendi yang mengalami nyeri 11) Amati respons non verbal peserta latihan 12) Latihan harus segera dihentikan dan berikan kesempatan pada peserta latihan untuk beristirahat apabila terjadi spasme otot yang dimanifestasikan dengan kontraksi otot yang tiba-tiba dan terus menerus 13) Kaji klien dan rencanakan program latihan yang sesuai untuk klien
--	---

	<p>14) Memberitahu klien tentang tindakan yang akan dilakukan, area yang akan digerakkan dan peran klien dalam latihan</p> <p>15) Jaga privacy klien</p> <p>16) Jaga/atur pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan</p> <p>17) Angkat selimut sebagaimana diperlukan</p> <p>18) Anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman</p> <p>19) Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut :</p>
<p>Latihan Sendi Bahu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi telentang 2) Satu tangan perawat menopang dan memegang siku, tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan. 3) Luruskan siku pasien, gerakan lengan 4) pasien menjauhi dari tubuhnya ke arah perawat (Abduksi). 5) Luruskan siku pasien, gerakan lengan 6) Kemudian Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi) 7) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah (rotasi internal). 8) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah (rotasi internal). 9) Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus. 10) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap 	

<p>ke atas</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas (rotasi eksternal). 12) Turunkan dan kembalikan ke posisi (rotasi eksternal). 13) Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus. 14) Hindari penguluran yang berlebihan semula dengan siku tetap lurus. 15) Hindari penguluran yang berlebihan pada bahu. 16) Lakukan pengulangan sebanyak 10 pada bahu. 17) Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali atau sesuai toleransi 	
<p>Latihan Sendi Siku :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi telentang 2) Perawat memegang pergelangantangan pasien dengan satu tangan,tangan lainnya menahan lengan bagian atas Posisi tangan pasien supinasi, kemudian lakukan gerakan menekuk (fleksi)dan meluruskan (ekstensi) siku. 3) Posisi tangan pasien supinasi, kemudian lakukan gerakan menekuk (fleksi)dan meluruskan (ekstensi)siku. 4) Instruksikan agar pasien tetap rileks, pastikan gerakan yang diberikan 5) Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas. 	

<p>6) Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</p>	
<p>Latihan Lengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi terlentang 2) Perawat memegang area siku pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang tangan pasien ke arah luar dan ke arah dalam 3) Intruksikan agar pasien tetap rileks 4) Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali 	 <p>The illustration shows a patient lying on their back. A caregiver is performing an exercise on the patient's right arm. The caregiver's left hand is positioned at the patient's elbow, and their right hand is holding the patient's hand, moving it inwards and outwards. Arrows indicate the direction of movement.</p>
<p>Latihan Sendi Pergelangan Tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi telentang 2) Perawat memegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, serta tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah 3) Pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, serta tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah 4) Instruksikan agar pasien tetap rileks 5) Lakukan pengulangan sebanyak 10kali 	 <p>The illustration shows a patient lying on their back. A caregiver is performing a wrist exercise. The caregiver's left hand is under the patient's forearm, and their right hand is holding the patient's wrist, moving it up and down. Arrows indicate the direction of movement.</p>
<p>Latihan Sendi Jari-jari Tangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi telentang 2) Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan mengepal jari-jari tangan dan kemudian meluruskan jari-jari tangan pasien 	 <p>The illustration shows a patient lying on their back. A caregiver is performing a hand exercise. The caregiver's left hand is under the patient's forearm, and their right hand is holding the patient's hand, making a fist and then straightening the fingers. Arrows indicate the direction of movement.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 3) Perawat memegang telapak tangan dan keempat jari pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memutar ibu jari tangan. 4) Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari pasien kemudian merapatkan kembali. 5) Instruksikan agar pasien tetap rileks 6) Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali 	
<p>Latihan Sendi Pangkal Paha :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dalam posisi telentang 2) Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit. 3) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien 4) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien 5) Gerakkan kaki mendekati badan pasien 6) Kembali ke posisi semula 7) Kemudian letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut. pada pergelangan kaki 8) Putar kaki menjauhi perawat 9) Putar kaki menjauhi perawat. 10) Kembali ke posisi semula 11) Hindari pengangkatan yang berlebihan pada kaki 	

12) Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali	
<p>Latihan Sendi Lutut :</p> <p>Pasien dalam posisi telentang</p> <p>Satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.</p> <p>Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha</p> <p>Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.</p> <p>Kebawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas</p> <p>Intruksikan agar pasien tetap rileks</p>	