**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION CRANIOTOMI (TUMOR OTAK)**

**DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**NABILA FITRATUR ROHMA**

**NIM. 1920025**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION CRANIOTOMI (TUMOR OTAK)**

**DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**NABILA FITRATUR ROHMA**

**NIM. 1920025**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**SURAT PERNYATAAN**

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

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

 Surabaya, 14 Februari 2022

 NABILA FITRATUR ROHMA

 NIM. 1920025

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

 Nama : Nabila Fitratur Rohma

 NIM. : 1920025

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION CRANIOTOMI (TUMOR OTAK)**

**DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMD.Kep)**

Surabaya, 14 Februari 2022

Pembimbing Pendidikan

Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03011

Ditetapkan di : STIKES hangtuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

 Nama : Nabila Fitratur Rohma

 NIM : 1920025

 Program studi : D3 Keperawatan

 Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERATION CRANIOTOMI (TUMOR OTAK)**

**DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

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

 Hari, tanggal :

 Bertempat di : STIKES hangtuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Setiadi, M.Kep

 NIP. 03001

Penguji II : Muslimah, S.Kep., Ns

 NOP. 196702211988032004

Penguji III : Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep

 NIP. 03011

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

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

NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES hangtuah Surabaya

Tanggal :

**Kata Pengantar**

 Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, yang atas rahmat-Nya dan karunianya saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya, adapun karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat program Ahli Madya Keperawatan.

Pada kesempatan ini saya mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Kol dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim.,M.M, Selaku Kepala RSPAL dr. RAMELAN Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kamu untuk praktik di RSPAL dr. RAMELANSurabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Dr. Setiadi, M.Kep, selaku penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing serta penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Muslimah, S.Kep., Ns, selaku pembimbing serta penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Karya tulis ini saya persembahkan sepenuhnya kepada dua orang hebat dalam hidup saya, Ayah dan Ibu. Keduanya lah yang membuat segalanya menjadi mungkin sehingga saya bisa sampai pada tahap dimana karya tulis ini akhirnya selesai. Terima kasih atas segala pengorbanan, nasihat dan doa baik yang tidak pernah berhenti.
9. Terima kasih kepada kakak saya Rohmat Wisnu S.A you’re the best my brother

Saya menyadari karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna baik segi penyusunan, bahasa maupun penulisannya. Oleh karena itu, saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak guna menjadi lebih baik lagi di masa mendatang.

Semoga karya tulis ini bisa memberi manfaat untuk perkembangan dan peningkatan ilmu terutama bagi Civitas Stikes Hangtuah Surabaya.

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL x

DAFTAR GAMBAR xi

DAFTAR SINGKATAN xii

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 2
	3. Tujuan Penulisan 2
	4. Manfaat Penulisan 3
	5. Metode Penulisan 4
	6. Sistematika Penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit 7

2.1.1 Anatomi fisiologi 7

2.1.2 Definisi 8

2.1.3 Etiologi 9

2.1.4 Tanda dan Gejala 10

2.1.5 Patofisiologi 11

2.1.6 Komplikasi 11

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 12

2.1.8 Penatalaksanaan 12

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan 13

2.2.1 Pengkajian 13

2.2.2 Diagnosa Keperawatan 17

2.2.3 Pelaksanaan 22

2.2.4 Evaluasi 22

2.2.5 Kerangka Masalah 23

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 24

3.2 Analisa Data 32

3.3 Prioritas Masalah 34

3.4 Intervensi Keperawatan 35

3.5 Implementasi Keperawatan 44

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 53

4.2 Diagnosa Keperawatan 54

4.3 Perencanaan 55

4.4 Pelaksanaan 56

4.5 Evaluasi 57

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 61

5.2 Saran 63

**DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan 18

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang 29

Tabel 3.2 Analisa Data 32

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 34

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 35

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 44

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 : otak manusia 8

**DAFTAR SINGKATAN**

ADL : aktivitas daily living

BAB : buang air besar

b.d : berhubungan dengan

cm : centimeter

CT-Sxan : computed tomography scan

0C : celcius

CRT : capillry refill time

DS : data subjektif

DO : data objektif

GCS : glasgow coma scale

Hb : hemoglobin

Kg : kilogram

MmHg : milimeter merkuri hydrargyrum

MRS : masuk rumah sakit

N : nadi

NS : natrium chloride

Ny : nyonya

P : palliative

Q : quality

R : radites

RR : respiratory rate

RS : Rumah sakit

RSPAL : rumah sakit pusat angkatan laut

NGT : nasogastric tube

S : suhu

S : scala

SDKI : standard diagnosa keperawatan indonesia

SIKI : standard intervensi keperawatan indonesia

SLKI : standard luaran keperawatan indonesia

SMRS : sebelum masuk rumah sakit

SPO2 : oxygen saturation

T : time

Tn : tuan

WHO : world health organization

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Tumor otak adalah penyakit yang timbul akibat tumbuhnya jaringan tidak normal di dalam atau di sekitar otak. Munculnya tumor otak ini dapat dibagi menjadi 2 kelompok yakni tumor otak primer yang disebabkan oleh jaringan otak itu sendiri dan tumor otak sekunder disebabkan oleh kanker yang berasal dari organ lainnya. (Díaz et al., 2020)

Menurut data pada tahun 2020, kasus baru kanker otak di Indonesia mencapai 1.5% dari seluruh kasus kanker yang ada. Di Surabaya penyintas kanker otak mengalami kenaikan, pada tahun 2018 presentase mencapai 5,1 persen. Pada tahun 2019 jumlahnya meningkat 1,2 persen menjadi 6,3 persen. Jumlah tumor otak di RSPAL tahun 2021 sejumlah 513 kasus (54 kasus di ruang H1 RSPAL). Kanker otak lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding wanita. Penyebab utama dari kanker otak belum diketahui, namun penyakit ini dapat disebabkan karena faktor genetik.Sementara itu, angka kematian kanker otak mencapai 2.3% dari seluruh penderita.

Penelitian pengobatan klinis tumor otak pada orang dewasa dilakukan untuk memberikan pemahaman secara keseluruhan mengenai tumor otak serta dapat menurunkan angka kejadian kasus tumor otak. (Tan et al., 2020)

 Dampak yang terjadi akibat pasca operasi *craniotomy* ialah kerusakan jaringan yakni menyebabkan terganggunya proses oksidasi dalam otak. Otak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen sebagai kebutuhan metabolisme dapat menyebabkan pasien koma. Disisi lain operasi *kraniotomi* dapat menyebabkan beberapa komplikasi lain seperti sulit berbicara dan sulit mengingat, gangguan keseimbangan tubuh hingga kelumpuhan. (Rizki et al., n.d.)

 Guna memastikan berfungsinya sistem saraf dengan baik pasca operasi, dianjurkan menjalani fisioterapi untuk mendukung proses pemulihan tubuh dan memudahkan aktivitas pasien sehari-hari. Selama masa pemulihan, pasien dianjurkan untuk banyak istirahat, konsumsi makanan protein, minum air putih yang cukup dan rutin menjalani pemeriksaan.

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pasien Ny. S dengan diagnosis medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL Dr. RAMELANSurabaya?

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. **Tujuan umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan diagnosis medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mahasiswa mampu mengkaji pasien dengan diagnosis medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)di ruang H1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya.
	1. **Manfaat**

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

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak).
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi* (Tumor Otak)dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak).*

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak).*

* 1. **Metode Penulisan**
1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan mpenanganan selanjutnya.

1. **Sumber data**
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak)*, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

 Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara jelas mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak)*. Konsep dasar penyakit akan diuraikan dalam definisi, anatomi, etiologi, gejala klinik, patofisiologi, diagnosa medis, serta penanganan secara medis. Pada konsep asuhan keperawatan akan diuraikan tentang masalah – masalah keperawatan dalam mengenai *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak)* yang dirangkum dalam pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

* 1. **Konsep Penyakit Tumor Otak**
		1. **Anatomi dan Fisiologi Otak**

Otak merupakan pusat sistem saraf yang berfungsi sebagai pusat kendali dan koordinasi seluruh aktifitas tubuh baik biologis, fisik maupun sosial. Otak juga merupakan sumber dari seluruh pemikiran, perasaan dan keinginan. Secara anatomis, otak dibagi menjadi 3 bagian utama : otak besar (cerebrum), otak kecil (cerebellum) dan batang otak (brainstem). (Amin, 2018)

Otak besar (cerebrum) merupakan pusat aktifitas mental seperti memori, kepandaian dan juga kesadaran. Otak ini pun memiliki peran yang sangat besar dalam proses belajar. Selain itu, tingkat kecerdasan individu juga dibentuk di otak besar. Otak besar dibagi menjadi dua belahan yaitu otak kiri dan otak kanan yang memiliki fungsi berbeda. Otak kiri mengurusi hal-hal yang berkaitan dengan logika, kata dan bahasa maupun matematik. Sedangkan, otak kanan berkaitan dengan kreativitas, seni, desain, musik dan warna. (Amin, 2018)

Otak kecil (cerebellum) terletak dibagian belakang kepala dekat ujung leher bagian atas. Cerebellum bertanggung jawab dalam proses koordinasi dan keseimbangan. Sedangkan batang otak (brainstem) posisinya berada didalam tulang tengkorak bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung, bagian ini mengatur fungsi dasar kehidupan seperti pernafasan, denyut jantung, suhu tubuh dan saluran pencernaan. (Amin, 2018)



Gambar 2.1 : otak manusia (sumber : [www.dosenpendidikan.co.id/anatomi-otak/](http://www.dosenpendidikan.co.id/anatomi-otak/))

* + 1. **Definisi Tumor Otak**

Penyakit tumor otak merupakan perkembangan sel otak yang abnormal di dalam ataupun di dekat otak secara tidak normal serta tidak terkontrol. Tumor otak dipecah jadi 2 ialah, tumor otak primer serta sekunder. Tumor otak primer ialah perkembangan sel yang tidak wajar serta tidak terkendali yang berasal dari sel otak itu sendiri. Sebaliknya, tumor otak sekunder ialah tumor otak yang menyebar ke otak dari kanker badan bagian lain. (Suta et al., 2019)

Tumor disebut juga sebagai neoplasma ataupun lesi, ialah jaringan abnormal yang berkembang oleh sel yang tidak terkendali serta tidak terkontrol. Tumor otak merupakan perkembangan sel yang tidak wajar di jaringan otak ataupun di pusat tulang belakang yang dapat mengganggu fungsi otak. (Yoko, 2019)

Dari pendapat beberapa para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa tumor otak ialah kondisi yang ditandai dengan tumbuhnya sel-sel yang tidak normal didalam atau disekitar otak. Sel-sel yang tidak normal itu tumbuh tak wajar dan tidak terkendali, namun tumor didalam otak ini tidak dapat berubah menjadi tumor ganas atau kanker.

* + 1. **Etiologi**

Menurut (Amin Huda Nurarif Hardhi Kusuma, 2016) belum ada penyebab yang jelas untuk tumor otak, namun ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi yaitu:

1. Herediter (genetik)

Faktor keturunan salah satu penyebab tumor otak yang terjadi akibat adanya gen bermutasi yang diturunkan dari orangtua atau generasi sebelumnya.

1. Usia

Tumor otak bisa muncul pada usia berapa pun. Akan tetapi, risiko akan meningkat saat usia bertambah karena tumor otak lebih mudah pada manula, terutama usia 65-75 tahun keatas.

1. Radiasi

Jaringan dalam sistem saraf pusat peka terhadap radiasi sehingga dapat merangsang pertumbuhan sel-sel menjadi tumor.

1. Trauma kepala

Trauma kepala yang menyebabkan hematoma dapat mendesak massa otak akhirnya terjadi tumor otak.

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Menurut (Ghozali & Sumarti, 2021) tanda gejala dari tumor otak ialah :

1. Sakit kepala

Sakit kepala yang berlangsung selama berhari-hari, berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan yang dapat mengganggu pola tidur.

1. Letih

Pada umumnya penderita tumor otak akan mengalami mudah lelah dan sebagian anggota tubuh mengalami kebas.

1. Kejang

Kejang dapat menjadi gejala awal dari tumor otak karena sinyal listrik pada otak menjadi terganggu, sehingga menyebabkan kejang.

1. Gangguan kognitif

Gangguan kognitif yang muncul pada penderita tumor otak ialah gangguan komunikasi seperti kesulitan berbicara dan gangguan konsentrasi

1. Gangguan daya ingat

Tumor otak dapat mempengaruhi daya ingat penderitanya baik gangguan daya ingat pendek maupun gangguan daya ingat panjang.

1. Gejala neurologis yang dapat menyebabkan demensia.
	* 1. **Patofisiologi**

Faktor yang menyebabkan tumor otak ialah usia, radiasi, trauma kepala dan faktor keturunan. Tumor otak dapat menyebabkan gangguan neurologis, gejala neurologis dapat disebabkan oleh dua faktor gangguan lokal yaitu oleh tumor dan tekanan intrakranial. Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor dapat menyebabkan nekrosis jaringan otak. Sedangkan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuro dihubungkan dengan perubahan suplai darah ke jaringan. (Amin Huda Nurarif Hardhi Kusuma, 2016)

Beberapa tumor membentuk kista yang menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologis fokal. Peningkatan TIK disebabkan oleh beberapa faktor yaitu bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya edema sekitar tumor. Mekanisme belum seluruhnya dipahami, namun diduga disebabkan selisih osmotik yang menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan kerusakan saluran darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intrakranial. (Amin Huda Nurarif Hardhi Kusuma, 2016)

* + 1. **Komplikasi**

Menurut (Yueniwati, 2017) tumor otak juga dapat menimbulkan komplikasi sebagai berikut :

1. Edema serebral

Terjadi karena adanya peningkatan pada cairan otak secara berlebihan kemudian mengalami penumpukan di sekitar lesi dapat menyebabkan massa otak bertambah.

1. Hidrocefalus

Gangguan ini ditandai dengan meningkatnya intrakranial yang disebabkan adanya massa berlebihan di dalam rongga.

1. Masalah dalam penglihatan, pendengaran, penciuman maupun ucapan karena kerusakan saraf.
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**
2. CT Scan dan MRI : dasar dalam menentukan diagnosa.
3. Pemeriksaan cairan serebrospinal : mendeteksi ada tidaknya kelainan pada sistem saraf
4. Pemeriksaan angiografi serebral : melihat adanya sumbatan, penyempitan atau kerusakan pada pembuluh darah terutama pada bagian leher dan kepala.
5. Pemeriksaan electroencephalography (EEG) : mendeteksi aktivitas listrik di otak. (Amin Huda Nurarif Hardhi Kusuma, 2016)
	* 1. **Penatalaksanaan**

Menurut (Mike CHOW, 2018) penatalaksanaan tumor otak ialah sebagain berikut:

1. Operasi bedah

Operasi pembedahan dilakukan utnuk mengangkat tumor secara aman tanpa mempengaruhi fungsi normal otak untuk mengurangi jumlah tumor, kemudian dapat dikombinasi dengan radiasi atau kemoterapi untuk menghambat pertumbuhan tumor. Tindakan ini meningkatkan kemungkinan pemulihan dan mengurangi efek samping.

1. Terapi radiasi

Terapi radiasi digunakan sebagai pengobatan primer atau tambahan setelah operasi bedah. Jenis terapi radiasi ini sama seperti x-ray, tetapi dosis radiasinya jauh lebih tinggi untuk menghancurkan sel tumor. Efek samping dari tindakan ini ialah hidrosefalus, rambut rontok, sakit kepala, mual, muntah dan meyebabkan kemerahan pada kulit.

1. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan tindakan yang menggunakan obat untuk membunuh sel kanker. Tindakan ini dapat merusak sel-sel yang sehat dan menyebabkan efek samping muntah, pusing, ranbut rontok, kelelahan dan infeksi.

**2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada klien post op *craniotomy***

Proses keperawatan adalah sebuah sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat menghasilkan rencana keperawatan yang memenuhi kebutuhan setiap pasien.

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber dan menganalisanya (Manurung, 2012). Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. **Pengumpulan Data**
2. **Identitas**

Pada identitas usia dan jenis kelamin berperan penting. Usia lajut 65-75 tahun lebih berisiko mengalami tumor otak. Jenis kelamin dapat mempengaruhi, tumor otak lebih sering terjadi pada laki-laki.

1. **Keluhan Utama**

Menurut (Amelia, 2014) pasien biasanya mengeluh nyeri kronis atau akut. Selain itu, pasien juga mengeluh penurunan fungsi penglihatan. Untuk memperoleh pengkajian tentang nyeri pasien menggunakan PQRST.

*Provoking incident* : peristiwa penyebab nyeri dari tumor otak ialah karena adanya luka operasi pada daerah kepala yang akan terasa nyeri saat melakukan aktivitas.

*Quality of pain* : rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien dapat berupa seperti ditusuk-tusuk atau cenut-cenut.

*Region* : lokasi yang mengalami nyeri ialah pada daerah sekitar kepala.

*Scale of pain* : nyeri yang dirasa pasien saat post operasi berupa nyeri ringan sampai sedang.

*Time* : lama nyeri berlangsung sekitar kurang lebih 10 menit atau lebih.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada umumnya pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post op.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pasien tumor otak apakah pernah mengalami kejadian benturan di daerah kepala dan pernah mengalami kejang apa tidak.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Didalam anggota keluarga apakah tidak / ada yang pernah mengalami penyakit tumor otak / penyakit menular lainnya.

1. **Pemeriksaan Fisik**
2. Kesadaran pasien : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis, tergantung pada keadaan klien.
3. Tanda-tanda vital : kaji dan pantau yang berpotensi menimbulkan masalah berkaitan dengan pembedahan yaitu tanda vital, diwaspadai peningkatan suhu tubuh yang terlalu tinggi dapat menimbulkan kejang, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas.
4. Pernafasan (B1 : Breath)

Pada pemeriksaan sistem pernapasan, didapatkan bahwa klien tumor otak tidak mengalami kelainan pernapasan. Pada auskultasi, tidak ditemukan suara napas tambahan.

1. Cardiovaskuler (B2 : Blood)

Inspeksi : tidak ada iktus jantung, palpasi : nadi meningkat, iktus teraba. Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal

1. Persyarafan (B3 : Brain)
2. Pemeriksaan Fungsi Serebral : biasanya mengakibatkan gangguan kepribadian, gangguan fungsi bicara dan gangguan gaya berjalan.
3. Pemeriksaan Saraf Kranial :
4. Saraf I. Pada pasien tumor otak, akan mengalami penurunan fungsi indra penciuman apabila tumor muncul di bagian lobus frontal.
5. Saraf II. Saat tumor muncul di lobus temporal, pasien akan mengalami penurunan indra penglihatan baik hilang sebagian maupun seluruhnya.
6. Saraf III,IV dan VI. Biasanya tidak ada gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor.
7. Saraf V. Pada pasien tumor otak biasanya mengalami kesulitan berbicara dan kesemutan di wajah, saat tumor muncul di batang otak.
8. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal
9. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli
10. Saraf IX dan X. Saat tumor muncul di batang otak, pasien biasanya mengalami kesulitan menelan dan berbicara.
11. Saraf XI. Pergerakan leher dalam batas normal
12. Saraf XII. Pergerakan lidah dalam batas normal
13. Perkemihan (B4 : Bladder)

Observasi keadaan urine yang meliputi warna, jumlah dan karakteristik urine, biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem ini.

1. Pencernaan (B5 : Bowel)

Inspeksi abdomen : bentuk datar, simetris. Palpasi : turgor baik, supel. Perkusi : suara timpani. Auskultasi : peristaltik usus normal ± 20 kali/menit, dan tidak ada kesulitan BAB.

1. Integumen (B6 : Bone)

Adanya luka bekas operasi dan terpasang drain pada pasien tumor otak akan mengganggu secara lokal, baik fungsi motorik maupun sensorik.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

**Post operasi** (**Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)**

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI D.0077)
2. Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan (SDKI D. 0143)
3. Risiko infeksi b.d efek prosedural invasif (SDKI D.142)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No**Tabel 2.2 Rencana Keperawatan** **Post op**  | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1.  | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun  | 1. Nyeri menurun
2. Pasien tampak rileks
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal
 | Intervensi utama : manajemen nyeri (SIKI 1.08238 Hal 201)Observasi 1. Identifikasi lokasi nyeri
2. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik 1. Berikan metode teknik nonfarmakologis
2. Menciptakan lingkungan yang nyaman

Edukasi 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan distraksi

Kolaborasi 1. Pemberian analgetik
 | R/ mengetahui lokasi nyeri dan menilai tingkatan nyeri yang dialami pasien R/ teknik nonfarmakologi membantu dalam mengurangi rasa nyeriR/ lingkungan yang nyaman dapat menurunkan stimulus nyeri yang dirasa oleh pasienR/ mempraktekkan teknik relaksasi dan distraksi dapat mengurangi tingkatan nyeri pasienR/ pemberian analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri |
| 2. | Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat | 1. Kemampuan mandi meningkat
2. Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat
3. Kemampuan makan meningkat
 | Intervensi utama : dukungan perawatan diri (SIKI 1.11348 Hal 36)Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian
2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri

Terapeutik 1. Fasilitasi lingkungan yang privasi
2. Dampingi dalam melakukan

Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan
 | R/ untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri R/ meningkatkan rasa percaya diri pasien R/ membantu pasien dalam melakukan perawatan diri |
| 3. | Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun | 1. Jatuh saat berdiri menurun
2. Jatuh saat di kamar mandi menurun
3. Jatuh saat naik tangga menurun
 | Intervensi utama : pencegahan jatuh (SIKI 1.14540 Hal 279)Observasi :1. Identifikasi faktor risiko jatuh
2. Identifikasi faktor lingkungan yang menyebabkan jatuh

Terapeutik 1. Atur tempat tidur pasien dalam posisi rendah
2. Gunakan alat bantu untuk berjalan

Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
2. Ajarkan untuk menjaga keseimbangan tubuh
3. Anjurkan keluarga pasien untuk memantau pergerakan pasien

 | R/ mengurangi risiko yang terjadi pada pasienR/ memberi rasa aman dalam melakukan kegiatan sehari-hariR/ menghindari adanya risiko jatuh |
| 4. | Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun | 1. Tidak terjadi infeksi
2. Leukosit normal
3. Tanda-tanda infeksi tidak ada
 | Intervensi utama : perawatan luka (SIKI 1.14564 Hal 328)Observasi 1. Monitor karakteristik luka
2. Monitor adanya tanda-tanda infeksi

Terapeutik 1. Bersihkan luka dengan cairan NaCl
2. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
3. Anjurkan mengubah posisi setiap 2 jam

Edukasi 1. Jelaskan pada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
 | R/ mengetahui apakah ada tanda infeksi R/ mengurangi terjadinya infeksi pada lukaR/ melibatkan keluarga pasien untuk membantu proses penyembuhan luka R/ antibiotik dapat menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian tahap akhir yang bertujuan menilai apakah tindakan keperawatan yang dilakukan dapat mengatasi suatu masalah (Meirisa,2013). Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang, tingkat jatuh menurun dan tingkat infeksi menurun.

**2.2.5. Kerangka Masalah**

Usia lanjut

Radiasi

Trauma

Genetik

**TUMOR OTAK**

Post op

Pre op

**MK : RISIKO INFEKSI**

**MK : NYERI AKUT**

Proteksi kurang

Merangsang area sensorik

Jaringan terbuka

Jaringan terputus

Luka insisi

**MK : NAUSEA**

**MK : NYERI AKUT**

**MK : RISIKO JATUH**

Gangguan pusing, mual,

Penglihatan, nyeri muntah

Gangguan kepala

Pendengaran

**MK : RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF**

Nekrosis jaringan serebri

Suplai darah ke otak menurun

Peningkatan TIK

Membentuk massa dalam ruang tengkorak

Pertumbuhan sel abnormal pada otak

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah dengan tumor otak, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati amati mulai tanggal 18 Januari 2022 sampai 21 Januari 2022 dengan data pengkajian tanggal 18 Januari 2022 pukul 11:00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan file No. RM 68xxx sebagai berikut:

* 1. **PENGKAJIAN**
		1. **Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama “S” usia 46 tahun, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan terakhir pasien SD, pekerjaan wiraswasta, status menikah dengan Tn S usia 50 tahun, pasien tinggal di pasuruan, pasien MRS tanggal 15 Januari 2022 pukul 09:00 WIB.

* + 1. **Keluhan Utama**

 Pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasi

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan kepalanya migrain sejak 1 bulan yang lalu, pandangan mulai kabur 1 bulan yang lalu, pasien berobat ke dokter namun tidak ada hasil, pasien dibawa ke RS.Mata dan di rujuk ke RSPAL untuk melakukan CT Scan dan disarankan untuk rawat inap di ruang H1 pada hari Sabtu 15 Januari 2022 dan akan dilakukan operasi *craniotomy* pada hari Senin 17 Januari 2022. Pasien selesai operasi dan keluar dari ICU hari Selasa 18 Januari 2022 pukul 09:00 WIB. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengeluh nyeri di luka bekas operasi saat bergerak.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

 Pasien mengatakan memiliki hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan vertigo

* + 1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti diabetes melitus

* + 1. **Genogram**

Keterangan :

 : laki-laki

 : perempuan

 : pasien

 : tinggal serumah

 : meninggal

 : keturunan penyakit hipertensi

* + 1. **Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik makanan maupun obat

* + 1. **Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum pasien baik, GCS 456, sadar penuh (*composmentis*), observasi tanda-tanda vitan tekanan darah 151/81 MmHg, suhu 36.40C, pernapasan 20 x/menit, nadi 74 x/menit. TB 160 cm, berat badan saat SMRS 86 kg, berat badan saat MRS 86 kg.

1. **B1 Pernapasan (*Breath)***

Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, SpO2 : 98%,

RR : 20 x/menit, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada nyeri dada saat bernafas, tidak ada suara nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas reguler, suara nafas vesikuler.

 Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. **B2 Kardiovaskuler (*Blood)***

Tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, CRT < 2 detik, tidak ada edema, TD : 151/81 MmHg, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, akral teraba hangat kering merah, suhu 36.40C. S1 S2 Tunggal

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. **B3 Persyarafan (*Brain)***

Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, pasien kooperatif, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, bentuk septum hidung simetris, tidak ada polip, penglihatan pasien kabur, pupil isokor, reflek cahaya tidak ada, konjungtiva tidak anemis (normal), sklera putih, telinga normal, tidak ada kelainan, palatum lidah normal, tidak ada afasia, tidak ada nyeri telan.

Nervus kranial : Penciuman pasien normal (NI), penglihatan pasien kabur (NII), bola mata simetris (NIII), tidak ada reflek pupil (NIV), gerakan otot rahang baik (NV), gerakan bola mata simetris (NVI), pasien dapat menaikkan alis dan tersenyum (NVII), pendengaran baik (NVIII), pasien dapat membedakan rasa (NIX), reflek menelan baik (NX), pergerakan leher baik (NXI), pasien dapat menggerakkan lidah (NXII), pasien mengatakan ada nyeri kepala di luka bekas operasi.

P : saat beraktivitas

Q : cenut-cenut

R : kepala bagian kiri

S : 4 dari 10 (sedang)

T : ± 10 menit

Masalah Keperawatan : Risiko Jatuh dan Nyeri Akut

1. **B4 Perkemihan (*Blader)***

Alat kelamin bersih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, jumlah urin saat SMRS 900 cc/24 jam, jumlah urin saat MRS 1000 cc/24 jam, warna kuning, bau khas, pasien menggunakan alat bantu berkemih yaitu kateter.

Masalah Keperawatan : Risiko Infeksi

1. **B5 Pencernaan (*Bowel)***

Mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi bersih, faring tidak ada masalah, diit saat SMRS makan 3x sehari habis, minum air putih 1500 ml/hari, diit saat di RS bubur sumsum, nafsu makan baik, frekuensi 3x sehari, tidak ada mual muntah, tidak terpasang NGT, frekuensi minum sedikit, jenis air putih, jumlah 600 cc/hari. Bentuk abdomen supel, tidak ada nyeri abdomen, peristaltik 12 x/menit, kebiasaan bab 1x/hari, konsistensi lembek, warna coklat, bau khas.

 Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. **B6 Muskuloskeletal & Integumen (*Bone*)**

Rambut dan kulit kepala pasien terdapat luka bekas operasi, terpasang drain, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit baik, kemampuan pergerakan sendi (ROM) bebas. Kekuatan otot normal

 5 5

5 5

Masalah Keperawatan : Risiko Infeksi

* + 1. **Endokrin**

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, gula darah pasien meningkat (GDA Puasa 180), tidak ada riwayat diabetes melitus.

Masalah Keperawatan : Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

* + 1. **Kemampuan Perawatan Diri**

**Aktivitas SMRS MRS**

Mandi 1 3

Berpakaian 1 3

Toileting 1 3

Mobilisasi 1 3

Berjalan 1 3

Berpindah 1 3

Keterangan :

Skor 1 : mandiri

1. : alat bantu
2. : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung/tidak mampu

Kemampuan melakukan ADL dibantu orang lain dan alat

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

**Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis pemeriksaan | Hasil | Nilai normal |
| Albumin  | 5.01 | 3.5 – 5.20  |
| Hbs Ag (RPHA) | Negatif  | Negatif  |

Pemeriksaan Laboratorium tanggal : 15 – 01 – 2022

Pemeriksaan Laboratorium tanggal : 17 – 01 – 2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal |
| 1. | Leukosit | 32.05 | 4.00 - 10.00 |
| 2. | HB | 12.10 | 12 – 15 |
| 3 | Hematokit | 36.20 | 37.0 – 47.0 |
| 4 | Eritrosit | 4.32 | 3.50 – 5.00 |
| 5 | Trombosit | 379.00 | 150 – 450 |
| 6 | GDA puasa | 180 | 74 – 106 |
| 7 | Natrium | 145.1 | 135 – 147 |
| 8 | Kalium | 4.48 | 3.0 – 5.0 |
| 9 | Chlorida | 112.7 | 95 – 105 |
| 10 | P-LCC | 62.0 | 30 – 90 |
| 11 | P-LCR | 16.3 | 11.0 – 45.0 |

Photo : 31 – 12 - 2021

Foto thorax AP : Supine

Kesimpulan : Cor & pulmo normal

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM ANATOMI : 18 Januari 2022

Hasil pemeriksaan hispatologi

Lokasi : di anterior dan lateral

Kesimpulan : FIBROUS MENINGIOMA (WHO GRADE I)

**Terapi**

Tanggal 18 Januari 2022

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Infus NS | 2500 ml | Infus/24 jam | Mengganti elektrolit dan cairan yang hilang di intravaskuler |
| 2 | Phenytoin | 3x1 amp | Injeksi | Mencegah dan meredakan kejang pada penderita epilepsi |
| 3 | Metoclopramide | 3x1 amp | Injeksi | Penanganan mual dan muntah akibat operasi |
| 4 | Ranitidine | 2x1 amp | Injeksi | Mengatasi rasa nyeri |
| 5 | Amlodipal | 1x1 10mg | Tablet | Untuk terapi hipertensi |
| 6 | Dexametason | 2x1 amp | Injeksi | Obat anti peradangan |
| 7 | Cinam sanbe | 3x1 gr | Injeksi | Mengobati infeksi yang di sebabkan bakteri |

**Tabel 3.2 Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| 1. | Ds : Pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasiP : saat beraktifitas Q : cenut cenut R : kepala bagian kiri S : skala 4 dari 10 (sedang)T : ± 10 menit Do : 1. ada luka operasi di daerah kepala
2. terpasang drain 80 cc / 24 jam
3. pasien tampak meringis kesakitan
4. TTV :

TD = 151/81 MmHgN = 72 x/ menitRR = 20 x/ menit1. bersikap protektif

( waspada, posisi menghindari nyeri) | Agen pencedera fisik ( prosedur operasi ) | Nyeri akut  |
| 2. | Ds : pasien mengatakan kebutuhannya dibantu keluargaDo : tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri 1. Makan
2. mandi/toileting
3. berpakaian
 | Kelemahan  | Defisit Perawatan Diri |
| 3. | Ds : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat diabetes melitusDo : hasil lab GDA puasa 180 (normal 74-106) | Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah | Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah |
| 4.  | Ds : pasien mengatakan setelah operasi, mata tetap kaburDo : 1. Tidak ada reflex cahaya
2. ADL dengan bantuan
 | Gangguan penglihatan | Risiko jatuh |
| 5. | Ds : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan saat pemasangan kateterDo :1. hasil lab leukosit 32.05 ( normal 4.00 – 10.00 )
2. terpasang kateter urine tanggal 18 Januari 2022
3. terpasang drain tanggal 18 Januari 2022
4. tidak ada tanda infeksi
 | Efek prosedural invasif | Risiko infeksi |

**Tabel 3.3 Prioritas Masalah**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik | 18 – 01 – 2022 | 21 – 01 – 2022 |  |
| 2. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan | 18 – 01 – 2022 | 21 – 01 – 2022 |  |
| 3. | Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan | 18 – 01 – 2022 | 21 – 01 – 2022 |  |
| 4. | Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif | 18 – 01 – 2022 | 21 – 01 – 2022 |  |

 **Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil :1. Nyeri menurun
2. Pasien tampak rileks
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal
 | Intervensi utama : manajemen nyeri (SIKI 1.08238 Hal 201)Observasi 1. Identifikasi lokasi nyeri
2. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik 1. Berikan metode teknik nonfarmakologis
2. Menciptakan lingkungan yang nyaman

Edukasi 1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan distraksi

Kolaborasi 1. Pemberian analgetik
 | R/ mengetahui lokasi nyeri dan menilai tingkatan nyeri yang dialami pasien R/ teknik nonfarmakologi membantu dalam mengurangi rasa nyeriR/ lingkungan yang nyaman dapat menurunkan stimulus nyeri yang dirasa oleh pasienR/ mempraktekkan teknik relaksasi dan distraksi dapat mengurangi tingkatan nyeri pasienR/ pemberian analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri |
| 2. | Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkatDengan kriteria hasil :1. Kemampuan mandi meningkat
2. Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat
3. Kemampuan makan meningkat
 | Intervensi utama : dukungan perawatan diri (SIKI 1.11348 Hal 36)Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian
2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri

Terapeutik 1. Fasilitasi lingkungan yang privasi
2. Dampingi dalam melakukan

Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan
 | R/ untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri R/ meningkatkan rasa percaya diri pasien R/ membantu pasien dalam melakukan perawatan diri |
| 3. | Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun. Dengan kriteria hasil :1. Jatuh saat berdiri menurun
2. Jatuh saat di kamar mandi menurun
3. Jatuh saat naik tangga menurun
 | Intervensi utama : pencegahan jatuh (SIKI 1.14540 Hal 279)Observasi :1. Identifikasi faktor risiko jatuh
2. Identifikasi faktor lingkungan yang menyebabkan jatuh

Terapeutik 1. Atur tempat tidur pasien dalam posisi rendah
2. Gunakan alat bantu untuk berjalan

Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
2. Ajarkan untuk menjaga keseimbangan tubuh
3. Anjurkan keluarga pasien untuk memantau pergerakan pasien
 | R/ mengurangi risiko yang terjadi pada pasienR/ memberi rasa aman dalam melakukan kegiatan sehari-hariR/ menghindari adanya risiko jatuh |
| 4. | Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.Dengan kriteria hasil : 1. Tidak terjadi infeksi
2. Leukosit normal
3. Tanda-tanda infeksi tidak ada
 | Intervensi utama : perawatan luka (SIKI 1.14564 Hal 328)Observasi 1. Monitor karakteristik luka
2. Monitor adanya tanda-tanda infeksi

Terapeutik 1. Bersihkan luka dengan cairan NaCl
2. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
3. Anjurkan mengubah posisi setiap 2 jam

Edukasi 1. Jelaskan pada keluarga pasien tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
 | R/ mengetahui apakah ada tanda infeksi R/ mengurangi terjadinya infeksi pada lukaR/ melibatkan keluarga pasien untuk membantu proses penyembuhan lukaR/ antibiotik dapat menghambat pertumbuhan bakteri dalam tubuh |

**Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & Jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & Jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| 1,2,3,4 | 18-01-202211:0011:05 12:0012:2013:3014:3016:00 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Membina hubungan saling percaya : mengucap salam, memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasien Memeriksa TTV :TD : 151/81 MmHgN : 72 x/menitRR : 20 x/menitS : 36.40CSPO2 : 98%Mengkaji tingkat nyeri pasien Hasil : nyeri di bekas operasi, skala nyeri 4 dari 10 Mengganti cairan infus NS 500 mlHasil : menetes lancar, tidak ada kemerahan, tidak bengkakMemberi terapi obat pasien 1. injeksi ranitidine
2. injeksi antrain
3. injeksi cinam
4. injeksi dexametason

Memandikan pasien dengan di seka dan mengganti pakaian pasien dengan yang bersih |  | 19-01-202206:30 | **DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik** **S :** pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasi P : saat beraktivitasQ : cenut-cenutR : kepala bagian kiriS : skala 3 dari 10T : ± 10 menit **O :** a.pasien selesai operasi dan keluar ICU pukul 09:00 1. TD : 129/86 MmHg

N : 89 x/menitRR : 20 x/menit S : 36.20CSPO2 : 98%**A :** masalah belum teratasi **P :** intervensi dilanjutkan (observasi TTV, observasi nyeri)**DX II : Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan****S :** pasien mengatakan badannya terasa segar**O :** a. pasien terlihat bersihb.Pasien terlihat segar**A :** masalah teratasi sebagian**P :** intervensi memandikan pasien dilanjutkan**DX III : Risiko Jatuh b.d gangguan penglihatan** **S :** pasien mengatakan pandangan masih kabur**O :** a. bed dalam posisi terkuncib.pengaman tempat tidur sudah terpasang **A :** masalah teratasi sebagian**P :** intervensi dilanjutkan (mobilisasi miring kanan, kiri)**DX IV : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif****S :** pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus**O :** a. terpasang infus NS 500 mlb. terpasang kateter urine 1000/24 jamc. terpasang drain 80 cc/24 jam**A :** masalah belum teratasi **P :** intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi) |  |
| 1,2,3,4 | 19-01-202211:00 11:1011:2512:1014:3016:0016:1016:30 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Membina hubungan saling percaya: mengucap salam, memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasien Mengkaji tingkat nyeri pasien, nyeri di bekas jahitan operasiHasil : skala nyeri 3 dari 10Memeriksa TTV :TD : 118/69 MmHgN : 108 x/menitRR : 20 x/menitS : 36.50CSPO2 : 97%Memberi terapi obat pasien 1. injeksi dexametasone
2. injeksi antrain
3. injeksi ranitidin
4. injeksi phenitoin
5. injeksi cinam
6. tablet amlodipal

Mengganti infus NS 500 mlHasil : menetes lancar, tidak ada kemerahan, tidak bengkakMenganjurkan pasien untuk latihan miring kanan, kiri Memandikan pasien dengan di seka dan mengganti pakaian pasien dengan yang bersih |  | 20-01-202206 : 30 | **DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik** **S :** pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang P : saat beraktivitasQ : cenut-cenut R : kepala bagian kiriS : 2 dari 10 T : ± 10 menit **O :** TD : 170/109 MmHg N : 86 x/menitS : 360CRR : 20 x/menitSPO2 : 98 %**A :** masalah teratasi sebagian **P :** intervensi dilanjutkan (observasi TTV, observasi nyeri)**DX II : Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan****S :** pasien mengatakan badannya terasa segar**O :** a. pasien terlihat bersihb.Pasien terlihat segar**A :** masalah teratasi sebagian**P :** intervensi memandikan pasien dilanjutkan**DX III : Risiko Jatuh b.d gangguan penglihatan** **S :** pasien mengatakan pandangan masih kabur**O :** a. bed dalam posisi terkuncib. pengaman tempat tidur sudah terpasang c. mobilisasi miring kanan kiri **A :** masalah teratasi sebagian**P :** intervensi dilanjutkan (mobilisasi duduk)**DX IV : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif****S :** pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus **O :** a. terpasang infus NS 500 mlb.terpasang drain 30 cc/24 jam**A :** masalah teratasi sebagian **P :** intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi) |  |
| 1,2,3,4 | 20-01-202210:0010:1010:3010:5012:0012:4513:1014:30 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan menanyakan keluhan pasienMengkaji tingkat nyeri pasien Hasil : skala 2 dari 10Membantu pasien untuk mobilisasi dudukMerawat luka pasien dan melepas drainMemeriksa TTV pasien TD : 140/92 MmHg N : 84 x/menit RR : 20 x/menit S : 360C SPO2: 95 %Memberi terapi pasien 1. injeksi cinam
2. injeksi dexametasone
3. injeksi antrain
4. injeksi phenitoin
5. injeksi metocloperamide
6. tablet amlodipal

Melepas infus pasien  |  | 21-01-202206:30  | **DX I : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik** **S :** Pasien mengatakan nyeri berkurang, tidak merasa mual dan pusing saat duduk**O :** TD : 176/117 MmHgN : 95 x/menitRR : 20 x/menitS : 36.30CSPO2 : 97 %**A :** masalah teratasi**P :** intervensi dihentikan, pasien pulang **DX II : Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan****S :** pasien mengatakan badannya terasa segar**O :** a. pasien terlihat bersihb.Pasien terlihat segar**A :** masalah teratasi **P :** intervensi dihentikan, pasien pulang**DX III : Risiko Jatuh b.d gangguan penglihatan** **S :** pasien mengatakan pandangan masih kabur**O :** a. pasien sudah mulai dudukb.berjalan dengan dituntun**A :** masalah teratasi sebagian**P :** intervensi dihentikan, pasien pulang**DX IV : Risiko Infeksi b.d efek prosedural invasif****S :** pasien mengatakan dirinya pulang ke rumah**O :** a. Tidak terpasang infusb. tidak terpasang drainc. tidak terpasang kateter**A :** masalah teratasi **P :** intervensi dihentikan, pasien pulang  |  |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

 Dalam pembahasan ini penulis menguraikan hasil proses keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomi (Tumor Otak)* diruang H1 RSPAL Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

 Saat pengkajian keluhan utama setelah post operasi yang dirasa pasien adalah nyeri di daerah kepala dikarenakan adanya luka bekas operasi, pasien terlihat lemas. Hal ini menunjukkan pasien mengalami nyeri akut, karena pada saat dilakukan pemberian obat melalui jalur IV tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah pasien meningkat, pasien pun terlihat meringis kesakitan dan posisi menjauhi nyeri (Kristian et al., 2021). Selain itu, pada pasien tumor otak akan mengalami gangguan penglihatan. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri (Kumar, 2018).

**4.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan pada pasien Ny. S post operasi yang muncul, yaitu:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) hal ini dibuktikan dengan :

P : saat beraktivitas

Q : cenut-cenut

R : kepala bagian kiri

S : 4 dari 10 (sedang)

T : ± 10 menit

Hal ini lah dasar saya mengangkat diagnosa medis nyeri akut.

1. Defisit Perawatan Diri b.d kelemahan hal ini dibuktikan dengan:

Pasien terlihat lemas dan kebutuhan sehari-hari pasien dibantu keluarga seperti mandi, makan, eliminasi, dan lain-lain. Hal ini dasar saya mengangkat diagnosa Defisit Perawatan Diri.

1. Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan hal ini dibuktikan dengan:

Pandangan pasien mulai kabur dan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari pasien dengan dibantu. Hal ini dasar saya mengangkat diagnosa risiko jatuh.

1. Risiko infeksi b.d efek prosedural invasif hal ini dibuktikan dengan:

Pasien terpasang kateter urine dan terpasang drain. Dengan adanya alat medis yang masuk ke dalam tubuh, kemungkinan besar akan mengakibatkan infeksi. Hal inilah dasar saya mengangkat diagnosis risiko infeksi.

**4.3 Perencanaan**

 Langkah-langkah untuk menentukan perencanaan dalam proses keperawatan ialah dengan menentukan prioritas masalah, menuliskan tujuan dan kriteria hasil, serta memilah intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien secara langsung.

 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan nyeri berkurang atau teratasi dengan kriteria hasil pasien tidak megeluh nyeri, tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah dalam batas normal dan pasien dapat tidur dengan nyenyak.

 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil kemampuan untuk mandi, makan dan eliminasi secara mandiri meningkat.

 Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat jatuh berkurang atau menurun dengan kriteria hasil pasien tidak terlihat lemah dan jatuh saat melakukan aktivitas berkurang.

 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil pasien tidak mengeluh nyeri, kadar leukosit dalam batas normal.

**4.4 Pelaksanaan**

 Pelaksanaan merupakan suatu rangkaian tindakan yang dilakukan dengan adanya kerjasama yang baik antara perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya untuk membantu pasien dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi.

 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) dilakukan tindakan keperawatan dengan mengidentifikasi lokasi nyeri, mengindentifikasi skala nyeri dan memberikan terapi analgesik (ranitidine 2x1).

 Defisit perawatan diri b.d kelemahan dilakukan tindakan keperawatan dengan memandikan pasien dan mengganti pakaian pasien dengan yang bersih.

 Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan dilakukan tindakan keperawatan dengan mengunci roda tempat tidur serta memasang pengaman pada tempat tidur pasien.

 Risiko infeksi b.d efek prosedural invasif dilakukan tindakan keperawatan berupa perawatan luka, melepas alat medis yang ada ditubuh pasien meliputi kateter urine dan drain.

 Pada pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan penulis, secara umum tidak mengalami hambatan dikarenakan mendapat dukungan dari keluarga pasien sehingga rencana keperawatan dapat dilakukan.

* 1. **Evaluasi**

 Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari mulai tanggal 19 Januari 2022 di Ruang H1 yaitu evaluasi formatif. Adapun data yang diperoleh dari diagnosa keperawatan antara lain :

 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 06:30 dengan S (subjective) : pasien mengatakan nyeri di daerah luka bekas operasi, dengan pengkajian nyeri P : saat beraktivitas, Q : cenut-cenut, R : kepala bagian kiri, S : skala 3 dari 10, T : ± 10 menit, O (objective) : pasien selesai operasi dan keluar dari ICU pukul 09:00, observasi tanda-tanda vital TD : 129/86 MmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit , S : 36.20C, SPO2 : 98%, A (assesment) : masalah belum teratasi, P (plan) : lanjutkan intervensi (observasi TTV, observasi nyeri). Pada tanggal 20 Januari 2022 pukul 06:30 didapatkan data S (subjective) : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, dengan pengkajian nyeri P : saat beraktivitas, Q : cenut-cenut, R : kepala bagian kiri, S : 2 dari 10 , T : ± 10 menit, O (objective) : observasi tanda-tanda vital TD : 170/109 MmHg , N : 86 x/menit, S : 360C, RR : 20 x/menit, SPO2 : 98 %. A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : lanjutkan intervensi (observasi TTV, observasi nyeri). Pada tanggal 21 Januari 2022 pukul 06:30 didapatkan data S (subjective) : Pasien mengatakan nyeri berkurang, tidak merasa mual dan pusing saat duduk. O (objective) : observasi tanda-tanda vital TD : 176/117 MmHg, N : 95 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36.30C, SPO2 : 97 %, A (assesment) : masalah teratasi, P (plan) : intervensi dihentikan

 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan data S (subjective) : pasien mengatakan badannya terasa segar, O (objective) : pasien terlihat bersih dan segar, A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memandikan pasien). Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan data S (subjective): pasien mengatakan badannya terasa segar, O (objective) : pasien terlihat bersih dan segar, A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dilanjutkan (memandikan pasien). Pada tanggal 21 Januari 2022 S (subjective) : pasien mengatakan badannya terasa segar, O (objective) : pasien terlihat bersih dan segar, A (assesment) : masalah teratasi, P (plan) : intervensi dihentikan.

 Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan pandangan masih kabur, O (objective) : bed dalam posisi terkunci , pengaman tempat tidur sudah terpasang , A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dilanjutkan (mobilisasi miring kanan, kiri). Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan pandangan masih kabur, O (objective) : bed dalam posisi terkunci , pengaman tempat tidur sudah terpasang , A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dilanjutkan (mobilisasi duduk). Pada tanggal 21 Januari 2022 S (subjective) : pasien mengatakan pandangan masih kabur, O (objective) : pasien sudah mulai duduk, berjalan dengan dituntun, A (assesment) : masalah teratasi sebagian, P (plan) : intervensi dihentikan.

 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif, evaluasi dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus, O (objective) : terpasang infus NS 500 ml, terpasang kateter urine 1000/24 jam, terpasang drain 80 cc/24 jam, A (assesment) : masalah belum teratasi , P (plan) : intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi). Pada tanggal 20 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah infus, O (objective) : terpasang infus NS 500 ml, terpasang drain 30 cc/24 jam, A (assesment) : masalah belum teratasi , P (plan) : intervensi dilanjutkan (observasi tanda-tanda infeksi). Pada tanggal 21 Januari 2022 didapatkan S (subjective) : pasien mengatakan dirinya pulang ke rumah, O (objective) : Tidak terpasang infus, tidak terpasang drain, tidak terpasang kateter, A (assesment) : masalah teratasi , P (plan) : intervensi dihentikan pasien pulang.

Berdasarkan tindakan yang dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir (evaluasi sumatif) dengan hasil Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 21 Januari 2022. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 21 Januari 2022. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 21 Januari 2022, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif sudah teratasi, dapat tercapainya tujuan dan kriteria hasil pada tanggal 21 Januari 2022.

 Evaluasi dari tindakan keperawatan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya seperti perawat dan dokter penanggung jawab.

**BAB 5**

**PENUTUP**

 Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Tumor Otak di ruang H1 RSPAL Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien Tumor Otak.

**5.1 Simpulan**

 Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Tumor Otak, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada saat pengkajian pasien post operasi mengeluh nyeri di luka bekas operasi
2. Masalah keperawatan yang muncul ialah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri menurun atau hilang. Kriteria hasil : pasien tidak mengeluh nyeri, tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah dalam batas normal. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat. Kriteria hasil : pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri meliputi makan, berpakaian dan eliminasi. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun. Kriteria hasil : pasien tidak terlihat lemah dan jatuh saat melakukan aktivitas berkurang.

Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedural invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil : pasien tidak mengeluh nyeri, kadar leukosit dalam batas normal

1. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien Tumor otak ialah memberikan pasien posisi yang nyaman (supinasi), menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, menganjurkan pasien untuk menghindari menggunakan alas kaki yang licin serta menyarankan untuk menggunakan alat bantu jalan. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan.
2. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama dan dukungan dari beberapa pihak antara lain pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny. S sudah sesuai dengan harapan, sehingga masalah teratasi dan pasien KRS tanggal 21 Januari 2022.

**5.2 Saran**

Bertolak dengan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagain berikut :

1. Pasien dengan gejala nyeri kepala yang terus menerus dalam kurun waktu berbulan-bulan sehingga dapat mengganggu pola tidur pasien, serta menurunnya fungsi penglihatan dan pendengaran, dianjurkan untuk segera memeriksakan diri ke Rumah Sakit agar mendapat penjelasan tentang penyakit yang diderita.
2. Keluarga yang anggota keluarganya telah menjalani pasca operasi diharapkan memberi motivasi serta dukungan untuk program fisioterapi guna mempercepat proses penyembuhan.
3. RSPAL Surabaya hendaknya melakukan pelatihan secara berkala kepada perawat pelaksana di ruangan, untuk meningkatkan mutu pelayanan.
4. Institusi pendidikan khususnya pendidikan kesehatan hendaknya memberikan pengetahuan dan keterampilan yang terbaru agar mahasiswa dapat membantu penanganan pasien.
5. Penulis disarankan untuk lebih memperdalam pengetahuan tentang Tumor Otak agar dapat menjalankan asuhan keperawatan pasien dengan lebih baik. Penulis juga hendaknya lebih mencari sumber-sumber lebih banyak terkait Tumor Otak dan cara penanganannya.

**DAFTAR PUSTAKA**

Amin Huda Nurarif Hardhi Kusuma. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus* (Nazwar Hamdani Rahil (ed.); Edisi Revi). Mediaction Jogja.

Amin, M. S. (2018). Perbedaan Struktur Otak dan Perilaku Belajar Antara Pria dan Wanita; Eksplanasi dalam Sudut Pandang Neuro Sains dan Filsafat. *Jurnal Filsafat Indonesia*, *1*(1), 38. https://doi.org/10.23887/jfi.v1i1.13973

Díaz, C., Med, J. T., Díaz, B. C., Botello, D. R. G., Ostrosky, T. W., Soto, G. R., Sánchez, E. O., Alonso, L., & Montalvo, H. (2020). Tumor microenvironment differences between primary tumor and brain metastases. *Journal of Translational Medicine*, 1–12. https://doi.org/10.1186/s12967-019-02189-8

Ghozali, M., & Sumarti, H. (2021). Pengobatan Klinis Tumor Otak pada Orang Dewasa. *Jurnal Phi*, *2*(1).

Kristian, M., Andryana, S., & Gunaryati, A. (2021). Diagnosa Penyakit Tumor Otak Menggunakan Metode Waterfall Dan Algoritma Depth First Search. *JIPI (Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Pembelajaran Informatika)*, *6*(1), 11–24. https://doi.org/10.29100/jipi.v6i1.1840

Mike CHOW, H. P. (2018). *No Title*. 06/02/18. https://www21.ha.org.hk/smartpatient/EM/MediaLibraries/EM/EMMedia/Brain-Tumor\_Bahasa-Indonesia.pdf?ext=.pdf

Potter, A. dan Perry, A. G. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 2* (edisi 7). Salemba Medika.

Rizki, M., Harahap, M. S., & Wicaksono, S. A. (n.d.). *Efek Perbedaan Ventilasi Mekanik Positive End Expiratory Pressure ( PEEP ) Low dan Moderate terhadap Rasio PaO 2 / FiO 2 Pascabedah pada Kraniotomi Elektif The Differential Effect of Low and Moderate Positive End Expiratory Pressure ( PEEP ) Mechanical Ve*. *9*(3), 141–147.

Suta, I. B. L. M., Hartati, R. S., & Divayana, Y. (2019). Diagnosa Tumor Otak Berdasarkan Citra MRI (Magnetic Resonance Imaging). *Majalah Ilmiah Teknologi Elektro*, *18*(2). https://doi.org/10.24843/mite.2019.v18i02.p01

Tan, A. C., Ashley, D. M., López, G. Y., Malinzak, M., Friedman, H. S., & Khasraw, M. (2020). Management of glioblastoma: State of the art and future directions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *70*(4), 299–312. https://doi.org/10.3322/caac.21613

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)* (Edisi 1). Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Yoko. (2019). *済無No Title No Title No Title*. *1*, 105–112.

Yueniwati, Y. (2017). Pencitraan pada Tumor Otak. In *Pencitraan pada Tumor Otak: Modalitas dan Interpretasinya*.

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOP TINDAKAN KEPERAWATAN :****Injeksi intravena melalui infus** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Pengertian**
 | Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui saluran infus |
| 1. **Tujuan**
 |  |
| 1. **Alat dan bahan**
 | 1. Baki obat
2. Spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.
3. Kapas alkohol/alkohol swab
4. Buku obat/catatan
5. Bengkok obat
6. Sarung tangan
7. Tempat sampah medis khusus
 |
| 1. **Prosedur**
 | **Tahap pra interaksi** 1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien (cek 7 benar)
2. Menempatkan alat didekat pasien

**Tahap orientasi** 1. Memberi salam dan menanyakan identitas pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan

**Tahap kerja** 1. Menjaga privasi
2. Pasang alas di area yang akan dilakukan penyuntikan
3. Cuci tangan
4. Pasang sarung tangan
5. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
6. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab
7. Matikan aliran cairan infus ke vena pasien
8. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu
9. Masukkan jarum spit ketempat penusukan
10. Secara perlahan suntikkan obat ke dalam selang infus
11. Setelah obat asuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand lalu letakkan pada bengkok dan kemudian buang ke tempat sampah medis alat tajam
12. Buka kembali aliran infus ke vena, atur kembali tetesan sesuai program
13. Amati kelancaran tetesan infus
14. Lepaskan sarung tangan.
15. Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman

**Tahap terminasi**1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Berpamitan dengan klien
3. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan
 |
| 1. **Referensi**
 | Potter, A. dan Perry, A. G. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 2* (edisi 7). Salemba Medika |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOP TINDAKAN KEPERAWATAN :****Aff drain** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Pengertian**
 | Drain ialah semacam selang yang dipasang pada luka operasi untuk mengeluarkan cairan dari luka tersebut.  |
| 1. **Tujuan**
 | 1. Melanjutkan proses penyembuhan luka
2. Mencegah infeksi
3. Mencegah pemasukan benda asing dalam tubuh
 |
| 1. **Alat dan bahan**
 | 1. Set steril
2. Bak instrumen
3. Pinset anatomis
4. Pinset sirurgis
5. Gunting aff hecting
6. Dua buah kom berisi betadin dan NaCl
7. Sarung tangan steril
8. Kasa steril
9. Set tidak steril
10. Plester dan gunting plester
11. Perlak dan alas
12. Kantong plastik
13. Bengkok
14. Kapas alkohol
 |
| 1. **Prosedur**
 | **Tahap pra interaksi** 1. Melakukan verifikasi pasien
2. Menempatkan alat didekat pasien

**Tahap orientasi** 1. Memberi salam dan menanyakan identitas pasien
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan

**Tahap kerja** 1. Menjaga privasi
2. Letakkan perlak pengalas di bawah kepala pasien
3. Buka set jahitan dengan teknik steril
4. Cuci tangan
5. Pakai sarung tangan steril
6. Buka balutan dengan hati-hati dan balutan dibuang ke bengkok
7. Bersihkan bekas-bekas plester dengan menggunakan NaCl
8. Observasi keadaan luka, warna, edema
9. Desinfeksi daerah sekitar luka dengan menggunakan NaCl dan olesi daerah luka dengan betadin
10. Lepaskan jahitan satu persatu dengan cara jepit jahitan degan pinset anatomis dan tarik sedikit ke atas, kemudian gunting benang tepat dibawah simpul yang dekat dengan kulit kepala
11. Anjurkan pasien untuk menarik nafas panjang
12. Untuk melepas drain : memegang ujung drain, tarik secara perlahan sampai keluar, masukkan ke dalam kantong plastik
13. Tutup luka sesuai dengan prosedur perawatan luka
14. Bereskan alat-alat
15. Lepaskan sarung tangan
16. Cuci tangan

**Tahap terminasi** 1. Melakukan evaluasi tindakan
2. Berpamitan dengan klien
3. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan
 |
| 1. **Referensi**
 | Potter, A. dan Perry, A. G. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 2* (edisi 7). Salemba Medika |