**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERATION CRANIOTOMY* HARI KE-3 DENGAN**

**INDIKASI *PINEALOMA* DI RUANG H.1**

**RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh:**

**BUDI SULISTIYO**

**NIM. 1721005**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERATION CRANIOTOMY* HARI KE-3 DENGAN**

**INDIKASI *PINEALOMA* DI RUANG H.1**

**RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**BUDI SULISTIYO**

**NIM. 1721005**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **SURAT PERNYATAAN**

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

Jika dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, saya siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Maret 2020

Budi Sulistiyo

NIM. 1721005

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Budi Sulistiyo

NIM : 1721005

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Diagnosa Medis

*Post Operation Craniotomy* Hari Ke-3 Dengan Indikasi

*Pinealoma* Di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

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

Surabaya, Maret 2020

 Pembimbing

**Nisha Dharmayanti R., S.Kep., Ns., M.Si**

**NIP. 03.045**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Maret 2020

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Budi Sulistiyo

NIM : 1721005

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Diagnosa Medis

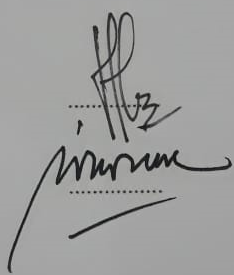
*Post Operation Craniotomy* Hari Ke-3 Dengan Indikasi

*Pinealoma* Di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan 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 : Nisha Dharmayanti R., S.Kep., Ns., M.Si**

**NIP.03.045**

****

**Penguji II : Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep.**

**NIP. 04.014**

Mengetahui

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi D-III Keperawatan

**Dyas Sustrami, S.Kep.,Ns, M. Kes.**

**NIP: 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Maret 2020

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**“MENUNTUT ILMU SEJAK KITA LAHIR SAMPAI KITA TUTUP USIA”**

Syukur Alhamdulillah saya panjatkan kehadirat ALLAH SWT karena karya ilmiah ini bisa terselesaikan dan kupersembahkan karya ini untuk :

1. Terimakasih kepada doa dan dukungan dari kedua orang tua saya.
2. Terimakasih kepada istri saya yang sudah mendukung saya dari awal sampai akhir.
3. Untuk kedua anak saya yang telah memberi semangat saya untuk belajar.
4. Terimakasih kepada teman-teman yang sudah membantu saya dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Susanto, S. THT selaku Kepala Rumkital 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 Suarabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,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. Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si,yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran seta perhatiandalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Bapak Mugiyono dan Ibu Sri Murwani selaku orang tua penulis, yang telah sabar mendukung penulis dalam bentuk motivasi hingga penulis mampu menyelesaikan tugas ini dengan baik.
7. Kepada istri saya dan anak saya yang telah memberi motivasi kepada saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah
8. Pasien dan Keluarga pasien, yang telah sabar memberi informasi tentang kondisinya sehingga penulis mampu menyelesaikan tugas ini dengan baik
9. Teman-teman seperjuangan D-III angkatan 23 Terimakasih karena sudah mengingatkan penulis untuk selalu giat mengerjakan karya tulis ini.

Surabaya, Maret 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

[COVER DALAM i](#_Toc34931288)

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_Toc34931289)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc34931290)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc34931291)

[MOTTO DAN PERSEMBAHAN v](#_Toc34931292)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc34931293)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc34931294)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_Toc34931295)

[DAFTAR SINGKATAN xii](#_Toc34931296)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc34931297)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc34931299)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc34931300)

[1.3 Tujuan 4](#_Toc34931301)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc34931302)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc34931303)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc34931304)

[1.4.1 Akademis 5](#_Toc34931305)

[1.4.2 Praktis 5](#_Toc34931306)

[1.5 Metode Penelitian 6](#_Toc34931307)

[1.5.1 Metode 6](#_Toc34931308)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc34931309)

[1.5.3 Sumber Data 7](#_Toc34931311)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc34931312)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9](#_Toc34931313)

[2.1 Anatomi Fisiologi Otak 9](#_Toc34931315)

[2.1.1 Anatomi Otak 9](#_Toc34931316)

[2.1.2 Fisiologi Otak 10](#_Toc34931317)

[2.2 Anatomi Pineal 11](#_Toc34931318)

[2.3 Konsep Penyakit 12](#_Toc34931319)

[2.3.1 Definisi Pinealoma 12](#_Toc34931320)

[2.3.2 Epidemiologi 14](#_Toc34931321)

[2.3.3 Etiologi 14](#_Toc34931322)

[2.3.4 Patofisiologi 15](#_Toc34931323)

[2.3.5 Tanda dan Gejala 16](#_Toc34931324)

[2.3.6 Pemeriksaan Penunjang 17](#_Toc34931325)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan *Post Operation Craniotomy* 17](#_Toc34931326)

[2.4.1 Pengkajian 18](#_Toc34931327)

[2.4.2 Diagnosa Keperawatan 24](#_Toc34931328)

[2.4.3 Rencana keperawatan 25](#_Toc34931329)

[2.4.4 Pelaksanaan 29](#_Toc34931330)

[2.4.5 Evaluasi 29](#_Toc34931331)

[2.4.6Pathway 30](#_Toc34931332)

[BAB 3 TINJUAN KASUS 31](#_Toc34931333)

[3.1 Pengkajian 31](#_Toc34931335)

[3.1.1 Identitas 31](#_Toc34931336)

[3.1.2 Riwayat Kesehatan 31](#_Toc34931337)

[3.1.3 Pemeriksaan Fisik 33](#_Toc34931338)

[3.1.4 Pemeriksaan Penunjang 41](#_Toc34931339)

[3.2 Analisa Data 44](#_Toc34931340)

[3.3 Prioritas Masalah Keperawatan 46](#_Toc34931341)

[3.4 Rencana Keperawatan 47](#_Toc34931342)

[3.5 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan 51](#_Toc34931343)

[BAB 4 PEMBAHASAN 84](#_Toc34931344)

[4.1 Pengkajian 84](#_Toc34931346)

[4.2 Pemeriksaan Fisik 87](#_Toc34931347)

[4.3 Diagnosa Keperawatan 92](#_Toc34931348)

[4.4 Rencana Keperawatan 94](#_Toc34931349)

[4.5 Pelaksanaan 97](#_Toc34931350)

[4.6 Evaluasi Keperawatan 99](#_Toc34931351)

[BAB 5 PENUTUP 102](#_Toc34931352)

[4.1 Simpulan 101](#_Toc34931354)

[4.2 Saran 104](#_Toc34931355)

[DAFTAR PUSTAKA 105](#_Toc34931356)

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan hematologi 39

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan imunologi dan kimia darah 40

Tabel 3.3 Terapi medis 41

Tabel 3.4 Analisa Data 42

Tabel 3.5 Prioritas Masalah Keperawatan 44

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 45

Tabel 3.7 Tindakan Keperawatan 49

# **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1. Anatomi Otak Normal 10

Gambar 2.2 Anatomi Pineal 12

Gambar 2.3Anatomi Pinealoma 13

Gambar 3.1Genogram Keluarga Tn.E 31

# **DAFTAR SINGKATAN**

AGD Analisa Gas Darah

BAB Buang Air Besar

BB Berat Badan

b.d Berhubungan dengan

BCG *Bacillus Calmette Guerin*

BUN *Blood Urea Nitrogen*

C *Celcius*

Cc *Centimeter Cubik*

Cm *Centi Meter*

CRT *Capillary Refill Time*

DO Data Objektif

Dr. Dokter

DS Data Subjektif

Dx Diagnosa (biasa digunakan dalam dunia medis)

GCS *Glasgow Coma Scale*

HCT *Hemotrocit*

HGB *Hemoglobin*

HKM Hangat Kering Merah

IV *Intra Vena*

Kg *Kilo gram*

KRS Keluar Rumah Sakit

MCH *Mean Corpuscular Hemoglobin*

MCV *Mean Corpuscular Volume*

mEq *Miliekuivalen*

mg *Mili Gram*

ml *Mili Liter*

mmHg *Milimeter Merkuri Hydrargyrum*

MRS Masuk Rumah Sakit

N Nadi

No Nomor

P *Provoking* (pengkajian nyeri)

PCT *Procalcitonin*

PLT *Platelet*

Q *Quality*(pengkajian nyeri)

R *Region* (pengkajian nyeri)

RBC *Red Blood Cell*

ROM *Range of Motion*

RR *Respiratori Rate*

RS Rumah Sakit

RSPAL Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

S Suhu

S Skala

SGPT *Serum Glutamic Pyruvate Transaminase*

SGOT *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*

SMRS Sebelum Masuk Rumah Sakit

SOAP *Subjective, Objective, Assessment, Plan*: Subjektif, Objektif, Pengkajian Rencana

SPO *Standart Prosedur Operasional*

T *Time* (pengkajian nyeri)

TB Tinggi Badan

TD Tensi Darah

Tn Tuan

Tpm Tetes Per Menit

TTV Tanda-Tanda Vital

USG *Ultrasonografi*

WBC *White Blood Cell*

WIB Waktu Indonesia Barat

## 

# **PENDAHULUAN**

### Latar Belakang

Tumor otak merupakan neoplasma atau proses desak ruang (space occupying lesion atau space taking lesion) yang timbul di dalam rongga tengkorak, baik di dalam kompartemen supratentotrial maupun infratentorial. Hal ini mencakup tumor premier pada korteks, meningens, vaskuler, kelenjar hipofise, epifise, saraf otak, jaringan penyangga, serta tumor metastasis dari bagian tubuh lainnya (Satyanegara, 2010).

Penyebab utama dari kasus tumor otak jinak belum diketahui secara pasti, diperkirakan bahwa tumor otak primer mulai muncul ketika sel normal mengalami kesalahan atau mutasi DNA. Mutasi tersebut menyebabkan sel-sel tumbuh dan berkembang melebihi perkembangan pada sel yang normal. Sel mutasi akan tetap hidup ketika sel yang sehat sudah mati, akibatnya terjadi penumpukan sel-sel abnormal dan terjadi pembentukan tumor. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko seseorang terkena tumor otak antara lain: faktor keturunan dan faktor efek samping prosedur radioterapi. Kasus tumor otak primer jarang terjadi dibandingkan tumor otak sekunder (tumor otak yang berasal dari kanker yang tumbuh di bagian tubuh lain lalu menyebar ke otak) (Heranurweni et al., 2018).

Tumor yang disebabkan oleh faktor genetik terjadi karena adanya abnormalitasgen yang mengontrol pertumbuhan sel otak. Kelainan ini disebabkan oleh kelainan pada gen atau terdapat gangguan pada kromosom yang dapat merubah fungsi dari gen itu sendiri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa paparan radiasi dan bahan kimia juga dapat meningkatkan kejadian timbulnya tumor.Paparan bahan-bahan tersebut dapat menyebabkan perubahan struktur dari gen (Heranurweni et al., 2018). Tingkatan tumor otak terbagi dari tingkat 1 hingga tingkat 4. Pengelompokan ini didasari oleh perilaku tumor itu sendiri, seperti lokasi tumbuhnya tumor, kecepatan pertumbuhan, dan cara penyebarannya. Tumor otak yang tergolong jinak dan tidak berpotensi ganas berada pada tingkat 1 dan 2. Ciri-ciri tumor otak jinak adalah tumbuh secara terbatas, memiliki selubung, tidak menyebar dan jika dioperasi dapat dikeluarkan secara utuh sehingga dapat sembuh sempurna. Sedangkan pada tingkat 3 dan 4, biasanya sudah berpotensi menjadi kanker dan sering disebut sebagai tumor otak ganas atau kanker otak. Kanker atau tumor ganas adalah pertumbuhan sel/jaringan yang tidak terkendali, terus bertumbuh/bertambah dan immortal (tidak dapat mati). Sel kanker dapat menyusup ke jaringan sekitar dan dapat membentuk anak sebar. Tumor ganas atau kanker otak ini memiliki ciri-ciri dapat menyusup ke jaringan sekitarnya, dan sel kanker dapat ditemukan pada pertumbuhan tumor (Heranurweni et al., 2018).

Berdasarkan data statistik Central Brain Tumor Registry Of United State 2009 angka insiden tahunan tumor susunan saraf pusat di Amerika adalah 20,6 kasus per 100.000 penduduk per tahun (7,3 per 100.000 untuk tumor jinak, dan 13,3 per 100.000 untuk tumor ganas) dimana wanita lebih banyak (22,3) dibanding dengan pria (18,8) (Satyanegara, 2014). Sementara angka harapan hidup penderita tumor susunan saraf pusat juga bervariasi sesuai usia. Data dari surveillance, epidemiology dan end result pada tahun 1995-2009 menunjukkan bahwa angka harapan hidup selama 5 tahun pada tumor otak primer ganas dan tumor susunan saraf pusat (tidak termasuk limfoma, leukimia, tumor hipofisis dan kelenjar pineal, dan tumor olfaktorius pada kavitas nasal) adalah sebesar 38,8% (32,4% pada pria dan 35,5% pada wanita). Angka harapan hidup ini sebesar 73,0% pada usia 0-19 tahun ,57,7% pada kelompok usia 20-44 tahun, 31,7% pada kelompok usia 65-74 tahun, dan 5,7% pada kelompok usia lebih dari atau sama dengan 75 tahun(Satyanegara, 2010). Di Indonesia data tentang tumor susunan saraf pusat belum dilaporkan. Insiden tumor otak pada 2 anak-anak terbanyak dekade 1, sedang pada dewasa pada usia 30-70 dengan puncak usia 40-65 tahun. Survey sementara di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam beberapa waktu terakhir pada bulan januari 2020 terdapat 3 kasus tumor otak pinealoma, yang sudah dilakukan tindakan konservatif.

Prinsip penanganan tumor jinak adalah pengambilan total sementara pada tumor ganas bertujuan selain dekompresi juga untuk mengetahui jenis tumor sehingga dapat menentukan langkah pengobatan selanjutnya (kemoterapi atau radioterapi). Modalitas penanganan terhadap tumor otak mencakup tindakan tindakan: Terapi operatif, Terapi konservativ (nonoperatif), radioterapi,kemoterapidan imunoterapi (Satyanegara, 2014). Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial dalam tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan memposisikan kepala pada ketinggian 15°-30°, hal ini dapat mempercepat aliran darah balik dari otak (Tarwoto, 2013).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke -3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”.

### Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medisPost Operation Craniotomy hari ke -3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?.

### Tujuan

#### Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### Manfaat

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

#### Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy hari ke-3 dengan indikasi Pinealoma di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma.

### Metode Penelitian

#### 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 menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah–langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Wawancara

Data yang diambil / diperolah melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat diterima kehadiran saya dengan baik.

3. Pemeriksaan

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

#### Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data sekunder

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

3. Studi kepustakaan

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

### Sistematika Penulisan

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

1. Bagian Awal

Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian Inti

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian Akhir

Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## 

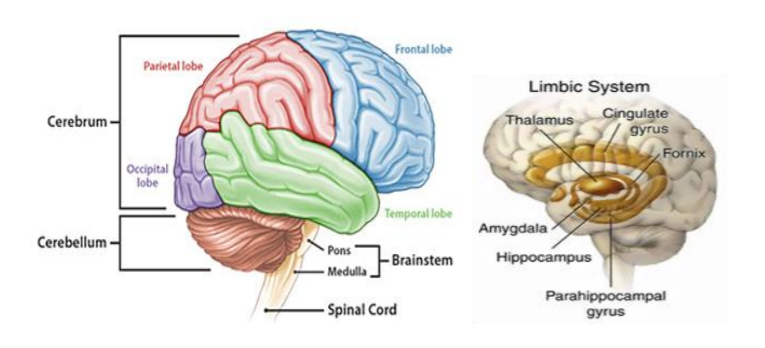
# **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan diagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma. Konsep penyakit ini akan diuraikan dengan definisi, etiologi dan penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan menguraikan masalah masalah yang muncul padadiagnosa medis Post Operation Craniotomy dengan indikasi Pinealoma dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### Anatomi Fisiologi Otak

#### Anatomi Otak

Otak terletak dalam rongga kranium (tengkorak), terdiri atas semua bagian Sistem Saraf Pusat (SSP) diatas *korda spinalis*. Secara anatomis terdiri dari *cerebrum* (otak besar), *cerebellum* (otak kecil), *brainstem* (batang otak) dan *limbicsystem* (sistem limbik). *Cerebrum* merupakan bagian terbesar dan teratas dari otak yang terdiri dari dua bagian, yaitu *hemisfer* kiri dan *hemisfer* kanan. Otak besar terdiri atas *corteks* (permukaan otak), *ganglia basalis*, dan sistem limbik. Kedua *hemisfer* kiri dan kanan dihubungkan oleh serabut padat yang disebut dengan *corpus calosum*. Setiap *hemisfer* dibagi atas 4 *lobus*, yaitu *lobus frontalis* (daerah dahi), *lobus oksipitialis* (terletak paling belakang), *lobus parietalis* dan *lobus temporalis*. Cerebellum berada pada bagian bawah dan belakang tengkorak dan melekat pada otak tengah. *Hipotalamus* mempunyai beberapa pusat (*nuklei*) dan *Thalamus* suatu struktur kompleks tempat integrasi sinyal sensori dan memancarkannya ke struktur otak diatasnya, terutama ke *korteks serebri*(Ariani, 2012).

 *Brainsteam* (batang otak) terletak diujung atas *korda spinalis*, berhubungan banyak dengan *korda spinalis*. Batang otak terdiri atas *diensefalon* (bagian batang otak paling atas terdapat diantara *cerebellum* dengan *mesencephalon*, *mesencephalon* (otak tengah), *pons varoli* (terletak di depan *cerebellum* diantara otak tengah dan *medulla oblongata*), dan *medulla oblongata* (bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan *pons varoli* dengan *medula spinalis*.Sistem limbik terletak di bagian tengah otak yang bekerja dalam kaitan ekspresi perilaku *instinktif*, emosi dan hasrat-hasrat dan merupakan bagian otak yang paling sensitif terhadap serangan (Ariani, 2012).

Gambar 2.1. Anatomi Otak Normal

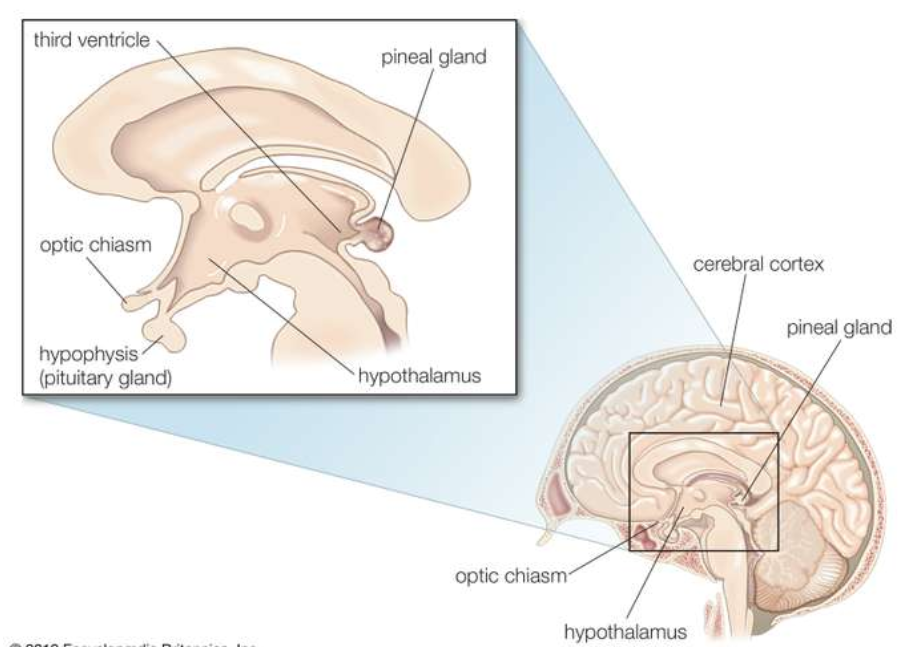
Sumber: (Arnaout et al., 2019)

#### Fisiologi Otak

Otak memiliki kurang lebih 15 miliar *neuron* yang membangun *substansia alba* dan *substansia grisea*. Otak merupakan organ yang sangat kompleks dan sensitife. Fungsinya sebagai pengendali dan pengatur seluruh aktivitas, seperti : gerakan motorik, sensasi, berpikir, dan emosi. Sel-sel otak bekerja bersama- sama dan berkomunikasi melalui signal-signal listrik. Kadang- kadang dapat terjadi cetusan listrik yang berlebihan dan tidak teratur dari sekelompok sel yang menghasilkan serangan. Darah merupakan sarana transportasi oksigen, nutrisi, dan bahan-bahan lain yang sangat diperlukan untuk mempertahankan fungsi penting jaringan otak danmengangkat sisa *metabolit*. Kehilangan kesadaran terjadi bila aliran darah ke otak berhenti 10 detik atau kurang. Kerusakan jaringan otak yang permanen terjadi bila aliran darah ke otak berhenti dalam waktu 5 menit(Ariani, 2012).

### Anatomi *Pineal*

Kelenjar pineal (juga disebut badan pineal, epiphysis cerebri, epiphysis, conarium atau mata ketiga) adalah sebuah kelenjar endokrin pada otak vertebrata. Pineal memproduksi serotonin turunan dari melatonin, sebuah hormon yang mempengaruhi modulasi pola bangun/tidur dan fungsi musiman*.*Kelenjar *pineal* berkembang dari atap *diencephalon*, bagian otak, dan terletak di belakang *ventrikel* otak ketiga di garis tengah otak (antara dua belahan otak). Namanya berasal dari bentuknya, yang mirip dengan biji pinus (latin *pinea*). Pada manusia dewasa panjangnya sekitar 0,8 cm (0,3 inci) dan beratnya sekitar 0,1 gram (0,004 ons). Kelenjar *pineal* memiliki banyak pasokan saraf *adrenergik* (*neuron* yang peka terhadap hormon *adrenal epinefrin*) yang sangat memengaruhi fungsinya. Secara mikroskopis, kelenjar ini terdiri dari *pinealocytes* (sel endokrin yang agak khas kecuali untuk *ekstensi* yang berbaur dengan sel-sel yang berdekatan) dan sel-sel pendukung yang mirip dengan *astrosit* otak. Pada orang dewasa, endapan kalsium yang kecil sering membuat tubuh *pineal* terlihat pada sinar-X (Carr, O’neill, Hochhalter, Strong, & Ware, 2019).



Gambar 2.2 Anatomi *Pineal*

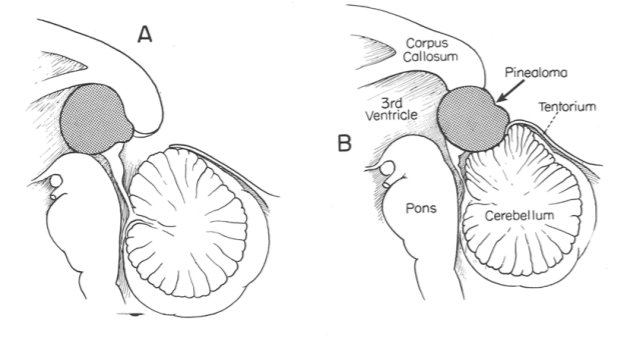
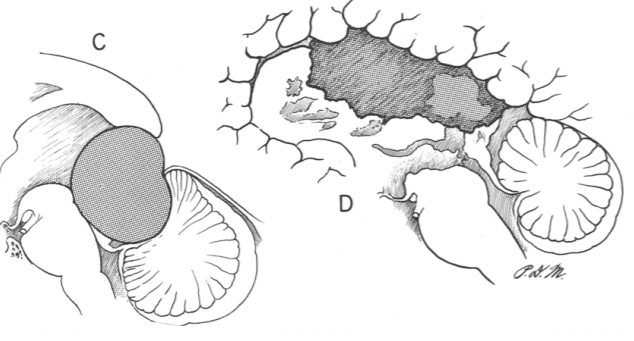
Sumber: (Bruce & Stein, 2013)

### Konsep Penyakit

#### Definisi Pinealoma

*Pinealoma* hanyalah bagian kecil dari lesi intrakranial yang di jumpai dan termasuk tumor yang berasal dalam badan *pineal (pinealoma*), maupun dari *pleksuskoroideus* sekitarnya (*papilloma koroid*). *Pinealoma* menekan *akueduktus* yang menyebabkan *hidrosefalus obstruktif*, dan juga *hipotalamus* yang mengakibatkan *pubertas prekoks* dan *diabetes insipidus*. *Papiloma koroid* menyebabkan perdarahan *intraventrikular* dan juga menyumbat sistem *ventrikular* (Ariani, 2012).

Tumor glandula pinealis yang jarang terjadi, tersusun dari sarang neoplastik sel-sel epithelial besar, gejalanya mencakup hidrosefalus, paralisis konjugat penglihatan ke atas, dan gangguan gaya berjalan, serta pubertas prekoks yang disebabkan oleh supresi sekresi melantonin. Kelenjar pineal merupakan kelenjar kecil yang terletak dibagian belakang dasar otak, yang menghasilkan neurontransmiter seperti melatonin dan serotonin. Tumor di daerah ini dapat menjadi berbagai macam tipe, yang paling umum adalah tumor sel germinal, yang timbul akibat kelainan perkembangan dan tumor sel pineal, yang berasal dari sel-sel pineal kelenjar itu sendiri. Pinealoma atau tumor pineal mempunyai beberapa klasfikasi. Pineocytomamerupakan tumor pineal yang relatif jinak yang memiliki prognosis relatif baik (Arnaout et al., 2019).



Gambar 2.3Anatomi *Pinealoma*

Sumber: (Arnaout et al., 2019)

Empat jenis tumor pineal adalah diilustrasikan pada gambar 2.3. A. Di lokasi yang biasa ini tumor berada di atas hiatus tentorii, tonjolan anterior ke ventrikel ketiga posterior, dan kompres colliculus superior, sebagian menutup saluran air Sylvius. B. Tumor ini memanjang ke posterior, sebagian menghalangi hiatus tentorii, dan memberikan beberapa tekanan pada otak kecil. C. Ini jenis tumor yang lebih besar meluas melalui hiatus tentorii dan kompres atasan struktur kolikuler dan otak kecil, benar - benar menghalangi saluran air Sylvius. D. Lesi ganas ini menyerang dinding ventrikel ketiga dan ganti corpus callosum(Poppen, 2015).

#### Epidemiologi

Tumor pineal region dengan frekuensi 0,4-1,0% dari tumor intrakranial pada orang dewasa dan 3,0-8,0% dari tumor otak pada anak-anak. Sebagian besar dari anak-anak yang berusia 10-20 tahun, dengan presentasi usia rata-rata 13 tahun, sedangkan pada orang dewasa dengan presentasi usia lebih dari 30 tahun. Diferensial diagnosis dengan massa yang ada didaerah pineal dengan anomalyvaskular, serta tumor metastatic. Pineocytoma bisa dijumpai pada semua umur, tetapi pada umumnya banyak terjadi pada dewasa muda dengan frekuensi 5,7%, dibandingkan dengan dengan pineal germinomas mempunyai frekuensi yang sama antara perempuan dan laki-laki. Pineoblastoma adalah tumor pineal yang agresif dengan frekuensi 24-50%. Biasanya ditemukan pada anak-anak dengan frekuensi jenis kelamin yang sama banyak antara perempuan dan laki-laki, sedangkan pada pineal germinomas lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan pada perempuan (Bruce & Stein, 2013).

#### Etiologi

Tumor pineal memiliki pemeriksaan histopatologi yang bervariasi bahwa secara umum dapat dibagi menjadi sel germinal dan turunannya sel non-kuman. Sebagian tumor meruapakan hasil dari hilangnya jaringan embrio, transformasi maligna dari sel-sel parenkim pineal atau transformasi sekitar astrolia. Tidak ada

mutasi genetic secara spesifikyang dikaitkan dengan tumor bagian pineal. Patofisiologi tumor pineal sebagian besar akibat dari kompresi struktur anatomi yang berdekatan, meskipun infiltrasi daerah struktur saraf yang dapat menyebabkan gejala pada apabila terjadi tumor yang invasive. Dalam beberapa kasus seperti disfungsi neuroendokrin oleh beberapa faktor tertentu disekresi oleh tumor (Hakim, 2011).

Tumor berasal dari sel neuroektodermal. Tumor pineal dapat dibedakan setidaknya dengan pineocytoma dan tumor parenkim pineal dengan diferensiasi merupakan tumor yang baik ini dapat dibedakan sepanjang spektum yang sama. Pineoblastoma dianggap WHO sebagai tumor kelas IV12 (Heranurweni, Destyningtias, & Kurniawan Nugroho, 2018).

#### Patofisiologi

Kadar melatonin yang bersirkulasi dalam vertebrata berasal dari sekresi pineal melatonin, dan besarnya menginformasikan wilayah otak tentang siklus terang-gelap lingkungan dan musiman, seperti yang disimpulkan oleh perubahan durasi dataran melatonin nokturnal. Isyarat itu, pada gilirannya, membantu untuk memulai aktivitas tidur (ditingkatkan oleh kegelapan) dan peristiwa siklus reproduksi (meningkat dengan lebih banyak pencahayaan musiman). Pada burung, tikus, dan mamalia pembiakan musiman, pinealectomy (pengangkatan kelenjar pineal) mengganggu reproduksi. Pada spesies tersebut ada indikasi bahwa melatonin menstimulasi pelepasan hormon penghambat gonadotropin, yang pada gilirannya menyebabkan penekanan gonadotropin (hormon yang bekerja pada indung telur atau testis), yang dapat menjelaskan efek mengganggu pada reproduksi. Pada manusia baik pubertas dini maupun pubertas yang tertunda telah dikaitkan dengan tumor dan kista pineal. Namun, patogenesis yang mengarah ke kondisi tersebut tidak jelas, dan kedua faktor mekanik dan hormonal mungkin terlibat (Carr et al., 2019).

Hubungan positif antara sekresi melatonin dan beberapa hormon lain telah dilaporkan, meskipun tumor yang mensekresi melatonin murni belum diamati. Memang berbeda dengan kelenjar endokrin lainnya, seperti hipofisis, adrenal, dan tiroid, tidak ada defisiensi hormon pineal atau sindrom kelebihan hormon. Kurangnya gangguan pineal yang melibatkan kekurangan hormon atau kelebihan hormon telah menjadi hambatan untuk penyelidikan peran diduga untuk kelenjar. Peran tersebut termasuk kemungkinan bahwa sekresi melatonin merupakan faktor penting dalam induksi dan pemeliharaan tidur malam, seperti yang disarankan oleh studi klasik pada pekerja shift malam. Relatif sedikit yang diketahui tentangvarian genetik yang memengaruhi kadar melatonin dan hubungan varian tersebut dengan gangguan tidur dan patologi sirkadian lainnya. Meskipun demikian, pemberian melatonin telah dikaitkan dengan banyak dan beragam efek, termasuk respon imun, perubahan sel, dan perlindungan terhadap stres oksidatif. Pengamatan tersebut merangsang penelitian tentang potensi terapi melatonin dan analognya, sehingga agonis reseptor melatonin tertentu (misalnya, tasimelteon) telah disetujui untuk pengobatan gangguan terkait tidur tertentu (Bruce & Stein, 2013).

#### Tanda dan Gejala

Menurut (Tarwoto, 2013)tergantung dari lokasi tumor,namun tanda dan gejala yang umum adalah :

1. Nyeri kepala : nyeri kepala ini biasanya hilang timbul dan durasinya makin meningkat. Nyeri kepala terhebat pada pagi hari kemudian berangsur-angsur menurun.
2. Vertigo : pasien merasakan serangan pusing dan mau jatuh.
3. Mual dan muntah : muntah ini bersifat *proyektil* (menyemprot) tanpa didahului perasaan mual.
4. Kejang *epilepsi* biasanya pada tumor di otak besar.
5. Perubahan mental biasanya terjadi perlambatan proses *psikis* seperti *psikosis,letargi*,penurunan kesadaran, *disorientasi*, perubahan kepribadian.

Papiledema: adanya penekanan pada nerves optikus oleh tumor menyebabkan pasien mengalami gangguan penglihatan atau kelainan *visus.*

#### Pemeriksaan Penunjang

Tumor *pinealoma* dapat dilakukan melalui pemeriksaan sebagai berikut menurut (Ariani, 2012) yaitu :

1. MRI (*Magnetik Resonance Imaging*) untuk menentukan ukuran dan lokasi tumor.
2. Ct-*Scan* (*computerise Tomography Scaning*) menunjukkan karakteristik *meningioma.*
3. *Angiography* akan menunjukkan aliran darah ke area beberapa tumor akan memindahkan pembuluh darah ketika mereka tumbuh atau berkembang.
4. *Elektroencefalografi* (EEG) adalah rekaman grafik aktifitas listrik. (gelombang otak) didaerah bilateral kortikal dari otak. Partisipasi pasien sengat diperlukan agar mendapatkan hasil yang akurat.

### Konsep Asuhan KeperawatanPost Operation Craniotomy

Konsep Asuhan keperawatan klien dengan tumor intrakranial. Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan asuhan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien seperti yang tersebut yaitu melalui empat tahapan keperawatan (Sofian & Laluma, 2019).

#### Pengkajian

Adalah tahapan awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses sistematik dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengindentifikasi status kesehatan pasien, data yang di kumpulkan ini meliputi biopsikososial dan spiritual. Dalam proses pengakajian ada dua tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data.

1. Identitas

Identitas pasien mencakup nama, usia (pada masalah disfungsi neurologidapat terjadi pada semua umur, tidak jarang menyerang anak-anak di bawah usia 10 tahun, tetapi paling sering terjadi pada orang dewasa), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor regristrasi, dan diagnosa medis (Mutaqqin, 2011).

1. Riwayat kesehatan
2. Keluhan utama

Hal yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial dan adanya gangguan fokal, seperti nyeri kepala hebat, muntah-muntah, kejang, dan penurunan tingkat kesadaran (Mutaqqin, 2011).

Menurut (Tarwoto, 2013)gejala yang sering timbul adalah *vertigo*/pusing, nyeri kepala, mual, perubahan mental.

1. Riwayat penyakit Sekarang

Kaji adanya keluhan nyeri kepala, mual, muntah, kejang dan penurunan tingkat kesadaran.Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam *intracranial.* Keluahan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi *letargik*, tidak responsive, dan koma (Mutaqqin, 2011).

1. Riwayat Pentakit Dahulu

Kaji adanya riwayat nyeri kepala pada masa sebelumnya. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Mutaqqin, 2011).

1. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adanya hubungan keluhan tumor pada generasi terdahulu (Mutaqqin, 2011).

1. Observasi dan pemeriksaan fisik
2. Keadaan umum dan tanda-tanda vital.
3. Pernafasan (B1: *Breath*)

Inspeksi : Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada *medula oblongata* didapatkan adanya kegagalan pernafasan.

Pada pasien tanpa *kompresi oblongata* pada pengkajian *inspeksi* pernapasan tidak ada kelainan. *Palpasi toraks* didapatkan taktil *premitus* seimbang kanan dan kiri. *Auskutasi* tidak di dapatkan bunyi nafas tambahan (Mutaqqin, 2011).

1. *Cardiovaskuler* (B2: *Blood*)

Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada *medula oblongata* didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pada pasien tanpa kompresi *medula oblongata* pada pengkajian tidak ada kelainan. Tekanan darah biasanya normal, dan tidak ada peningkatan *heart rate* (Mutaqqin, 2011)*.*

1. Persarafan (B3: *Brain*)

Menurut Muttaqin (2010) mengatakan bahwa tumor intrakranial sering menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada gangguan *vokal* dan adanya peningkatan intrakranial. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Trias klasik tumor otak adalah nyeri kepala, muntah, dan *papiledema.* Pengkajian Tingkat Kesadaran. Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Pengkajian Fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, dan *lobusfrontal.*

Status mental : Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresiwajah, dan aktivitas motorik pasien.

Fungsi *Intelektual* : Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori*,* baik jangka pendek maupun jangka panjang.

*Lobus Frontal* : Tumor *lobus frontalis* memberi gejala perubahan mental, *hemiparesis*, *ataksia*, dan gangguan bicara.

Pengkajian Saraf Kranial. Pengkajian ini meliputi pengkajian saraf kranialI – XII.

1. Saraf I. Pada pasien tumor intrakranial yang tidak mengalami kompresi saraf ini tidak memiliki kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II : Gangguan lapang pandang disebabkan lesi pada bagian tertentu dari lintasan *visual.*
3. Saraf III, IV, dan VI : Adanya kelumpuhan *unilateral* atau *bilateral* dari saraf VI memberikan manifestasi pada suatu tanda adanya *glioblastomamultiformis*
4. Saraf V : Pada keadaan tumor intrakranial yang tidak menekan saraf *trigeminus*, tidak ada kelainan pada fungsi saraf ini. Pada *neurolema* yang menekan saraf ini akan didapatkan adanya *paralisis* wajah *unilateral.*
5. Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
6. Saraf VIII : Pada *neurolema* didapatkn adanya *tulipersepsi*. Tumor *lobustemporalis* menyebabkan *tinitus* dan halusinasi pendengran yang mungkin diakibatkan iritasi korteks pendengaran *temporalis* atau korteks yang berbatasan.
7. Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik, dan terdapat kesulitan membuka mulut.
8. Saraf XI : Tidak ada *atrofi* otot *sterno kleido mastoideus* dan *trapezius.*
9. Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan *fasikulasi*. Indra pengecapan normal

Pengkajian sistem motorik. Keseimbangan dan koordinasi, lesi serebelum mengakibatkan gangguan pergerakan. Gangguan ini bervariasi, bergantung pada ukuran dan lokasi spesifik tumor dalam sereblum.

Pengkajian Refleks. Gerakan *involunter* : pada lesi tertentu memberikan tekanan pada area *fokal kortikal* tertentu, biasanya menyebabkan kejang umum, terutama pada tumor *lobus oksipitalis*.

Pengkajian sistem sensorik. Mungkin nyeri kepala merupakan gejala umum yang paling sering dijumpai pada pasien tumor otak. Nyeri dapat digambarkan bersifat dalam, terus-menerus, tumpul, dan kadang-kadang hebat sekali. Nyeri ini paling hebat waktu pagi hari dan menjadi lebih hebat oleh aktivitas yang biasanya meningkatkan tekanan intrakranial*,* seperti membungkuk, batuk, atau mengejan pada waktu buang air besar.

1. Perkemihan (B4: *Bladder*)

*Inkontinensia urine* yang berlanjutan menunjukan kerusakan *neurologis*luas (Mutaqqin, 2011).

1. Pencernaan (B5: *Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah terjadi sebagai akibat rangsangan pusat muntah pada *medulla oblongata*. Muntah dapat terjadi tanpa didahului mual dan dapat berupa muntah proyektil(Mutaqqin, 2011).

1. Integumen dan muskuluskletal (B6: *Bone*)

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori, dan mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Mutaqqin, 2011).

1. Pemeriksaan penunjang
2. Foto polos

Untuk mengetahui adanya *destruksi* tulang pembungkus jaringan susunan saraf. 75% foto polos kepala kasus *meningioma* menampilkan tanda-tanda adanya peningkatan tekanan *intracranial.* Bukti lansung tentang *meningioma* pada foto polos adalah berupa *hyperostosis* tulang, peningkatan *vaskularitas*, *klasifikasi* tumor dan *destruksi* tulang (Satyanegara, 2010).

1. *Angiografi serebral*

Yaitu dilakukan dengan cara kateterisasi karotis atau *vertebralis* melalui *femoralis*(Satyanegara, 2010).

1. CT-Scan (*Sken Computer Tomografi*)

*Sken computer tomografi* berupa gambaran jaringan tersebut dapat didatakan, modalitas ini dapat memperlihatkan jaringan otak dan susunan ventrikel, bentuk dan ukuran serta posisinya dengan tepat. *Sken computer tomografi* otak menampilkan *meningioma* sebagai massa *hiperdens* yang *homogency* dengan *enhancement* zat kontras yang merata (Satyanegara, 2010).

1. MRI

Merupakan modalitas *diagnostic* yang paling muthakir, dimana hasil pencitraan ini diperoleh melalui pengolahan komputerisasi potongan-potongan tubuh yang dimasukan ke dalam suatu medan magnet yang kuat, yang selanjutnya akan terjadi interaksi gelombang radio dengan inti atom hydrogen dalam tubuh, serta kemudian dimodifikasi berdasarkan perbedaan masing-masing biokimia antar jaringan (Satyanegara, 2010).

1. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Bruce & Stein, 2013)mengatakan bahwa penatalaksanaan medis pada tumor otak adalah :

1. Operasi untuk *biopsi*
2. Pengobatan *sitostatika*
3. Radioterapi
4. Pengobatan konvensional
5. *Stereotactic* radio *surgery* atau *brachytheraphy.*
6. Kraniatomi

#### Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul sebelum operasi :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan dan gangguan neuromuskuler*.*
2. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan *intra kranial*
3. Ketidakefektifan perfusi serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, pembedahan tumor, edema serebri*.*
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

(Tim Pokja SDKI, 2017).

Diagnosa yang muncul pasca operasi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif pembedahan.
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis (efek pembedahan)(Tim Pokja SDKI, 2017)**.**

#### Rencana keperawatan

**Diagnosa Keperawatan pasca operasi**

**1. Diagnosa 1 :** Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi pembedahan (*insisi*).

Tujuan : Tidak ada gangguan rasa nyeri.

Kriteria hasil : Melaporkan rasa nyeri hilang atau terkontrol, mengungkapkan metode pemberian menghilang rasa nyeri, dan mendemonstrasikan penggunaan teknik relaksasi dan aktivitas hiburan sebagi penghilang rasa nyeri (Tim Pokja SLKI, 2018).

Intervensi :

* 1. Mengkaji jenis dan skala nyeri pasien

R/ : Adanya mengkaji jenis dan skala nyeri pasien, perawat dapat mengetahui jenis nyeri yang dirasakan dan di skala berapa pasien merasakan nyerinya.

* 1. Mengobservasi tanda-tanda vital pasien

R/ : Tanda-tanda vital biasa terjadi peningkatan dikarenakan adanya rasa stress yang di alami pasien.

* 1. Menjelaskan pada pasien penyebab nyeri

R/ : Adanya menjelaskan penyebab nyeri, maka pasien dapat mengetahui nyeri yang dirasakan dikarenakan luka pasca operasi.

* 1. Memeriksa keefektifan obat analgesik yang diberikan sesuai terapi dokter.

R/ : Untuk pengurangan nyeri dan membantu tingkat kepercayaan yang diperlukan untuk hubungan terapeutik.

* 1. Memberikan waktu untuk istirahat yang cukup

R/ : Istirahat yang cukup dapat meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan peningkatan energi, yang penting untuk pengurangan rasa nyeri yang dirasakan.

* 1. Memberikan posisi *semi fowler*.

R/ : Adanya pemberian posisi *semi fowler* dapat menurunkan ketegangan atau *spasme* otot dan untuk mendistribusikan kembali tekanan pada tubuh.

* 1. Mengajarkan pasien untuk relaksasi(nafas dalam),

R/ : Adanya relaksasi (nafas dalam) dapat membantu pasien untuk memfokuskan pada subjek pengurang nyeri yang dirasakan dan untuk meningkatkan *vertilisasi alveoli*, memelihara pertukaran gas, mengurangi stress baik fisik maupun emosional yang dapat menurunkan intensitas nyeri.

* 1. Memberikan obat analgesik sesuai terapi yang diberikan dokter,

R/ : Adanya obat yang diberikan dapat memmbantu meyakinkan pengurangan nyeri.

(Tim Pokja SIKI, 2018).

**2. Diagnosa 2 :** Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan *higiene* luka yang buruk.

Tujuan : Tidak mengalami infeksi.

Kriteria hasil : Tidak menunjukkan adanya tandainfeksi dan tidak terjadi infeksi (Tim Pokja SLKI, 2018).

Intervensi :

1. Awasi tanda - tanda vital, perhatikan demam, menggigil, berkeringat dan perubahan mental dan peningkatan nyeri *abdomen.*

R/ : Deteksi dini adanya infeksi.

1. Lihat luka insisidan balutan. Catat karakteristik, drainase luka.

R/ : Memberikan deteksi dini terjadinya proses infeksi.

1. Lakukan cuci tangan yang baik dan lakukan perawatan luka aseptic.

R/ : Menurunkan penyebaran bakteri

1. Berikan antibiotik sesuai indikasi.

R/ : Mungkin diberikan secara *profilaktif* untuk menurunkan jumlah *organism*, dan untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya.

(Tim Pokja SIKI, 2018)

**3. Diagnosa 3 :** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Tujuan : Status cairan membaik

Kriteria hasil : Kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, *output urine* meningkat, pengisian vena meningkat, *ortopnea* menurun, *dyspnea* menurun, *edema anasarka* menurun, *edema perifer* menurun, berat badan meningkat, keluhan haus menurun, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, membran *mukosa* membaik,*oliguria* membaik, suhu tubuh membaik (Tim Pokja SLKI, 2018).

Intervensi :

a. Monitor *intake* dan *output* cairan.

R/ : Untuk mengetahui keseimbangan cairan tubuh.

b. Monitor tanda-tanda vital pasien

R/ : Untuk mengetahui kondisi umum pasien.

c. Monitor elastisitas atau turgor kulit.

R/ : Untuk mengetahui tanda-tanda *hipovolemia.*

d. Kolaborasi pemberian cairan *intravena isotonik* sesuai hasil kolaborasi.

R/ : Untuk memenuhi kebutuhan cairan dan *elektrolit*

(Tim Pokja SIKI, 2018)

**4. Diagnosa 4 :**Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (efek pembedahan)

Tujuan : Integritas kulit/jaringan meningkat.

Kriteria hasil : Elastisitas kulit membaik, nyeri menurun, kemerahan sekitar luka menurun, *hematoma* menurun (Tim Pokja SLKI, 2018).

Intervensi :

a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.

R/ : Untuk mengetahui tingkat kerusakan kulit/jaringan.

b. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai kondisi pasien.

R/ : Untuk menghindari ruam maupun *decubitus* pada kulit.

c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

R/ : Agar pasien dan keluarga mengetahui cara perawatan luka.

d. Kolaborasi prosedur *debridement*, jika perlu.

R/ : Untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

(Tim Pokja SIKI, 2018).

#### Pelaksanaan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya (Tarwoto, 2013).

#### Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan perawat. Mengevaluasi keefektifn dari asuhan yang diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana (Satyanegara, 2010).

#### Pathway

## 

# **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *post operation craniotomy* hari ke 3 dengan indikasi *pinealoma*, maka penulis akan menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai 29 Januari 2020.

### Pengkajian

#### Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. E berusia 24 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa. Pasien adalah anak tunggal dari Tn. M, usia 52 tahun dan Ny. S, usia 47 tahun. Pasien tinggal di Mojokerto. Pasien adalah pegawai swasta. Pasien MRS tanggal 07 Januari 2020 jam 11.00 WIB.

#### Riwayat Kesehatan

Keluhan Utama

Pasien mengatakan Nyeri di kepala.

Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakansakit kepala, pandangan mata kabur, tidak bisa tidur sejak awal bulan Oktober 2019. Pasien berobat ke R.S Sudira Husada, Mojokerto tanggal 31 Oktober 2019, dilakukan pemeriksaan *C.T. Scan*.dan pasien dilakukan tindakan operasi pemasangan *drain* pada kepala bagian atas. Pasien sudah menjalani kontrol sebanyak 4 kali. Setelah menjalani kontrol selama 4 kali pasien masih mengeluh sakit kepala dan belum berkurang. Kemudian pada tanggal 7 Januari 2020 pukul 07.00 WIB pasien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di bagian poli bedah saraf, setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter bedah saraf pasien diharuskanmenjalani perawatan. Pasien MRS di Ruang H.1 tanggal 7 Januari 2020 pukul 11.00 WIB untuk persiapan operasi. Didapatkan hasil observasi TTV:TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S: 36,4°C, SPO2 : 99 % RR : 18x/menit, mendapat terapi infus RL 20 tpm 1500cc/24jam, Cefixime tablet 2x200 mg., Asam Mefenamat tablet 3x500 mg., Ranitidine tablet 2x25 mg. Kemudian pada tanggal 24 Januari 2020 pukul 08.30 WIB. pasien dilakukan tindakan operasi kraniotomi hingga pukul 13.00 WIB. Setelah operasi pasien masuk ke ruang ICU, dan pada pukul 16.15 WIB pasien dipindahkan kembali ke ruang H.1 untuk pemulihan pasca operasi kraniotomi.Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 09.00 WIB, didapatkan TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 88x/menit, S: 36,4°C, SPO2 : 99 % RR : 20x/menit, keadaaan umum : cukup baik, kesadaran : *composmentis*, GCS : 456.

Riwayat Penyakit Terdahulu

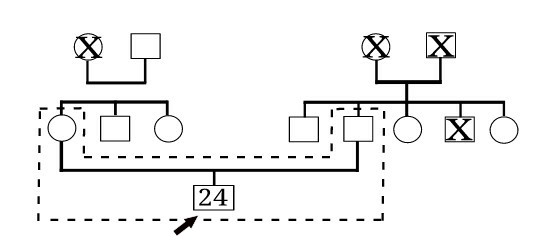
Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakitkronis seperti*diabetes mellitus,* hipertensi dan jantung.

Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakandi dalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit kronisseperti *diabetes mellitus,* hipertensi dan jantung.

Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan atau obat-obatan.

Genogram

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.E

Keterangan:

🞎: laki-laki 🗷 : laki-laki meninggal

Ο: perempuan Ο: perempuan meninggal

: klien --- : keluarga

#### Pemeriksaan Fisik

1. Tanda- Tanda Vital

Pada saat pengkajian didapatkan data tanda-tanda vital pasien yaitu TD: 120/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, TB: 165 cm, BB SMRS: 55 kg, BB MRS: 54 kg, kesadaran: *Composmentis*, GCS.: 456, Pasien tampak cukup baik dan hanya berbaring di bed pasien.

1. Sistem pernafasan (*Breath*)

**Inspeksi :** bentuk dinding dada klien adalah *normochest*, irama pernapasan regular, pergerakan dinding dada simetris,*retraksi interkostal* tidak ada, RR = 20x/menit, pola nafas *eupnea*, tidak ada keluhan batuk maupun sesak nafas.

**Palpasi :** tidak ada nyeri tekan, *fremitus vokal* teraba.

**Perkusi :** suara perkusi paru adalah sonor*.*

**Auskultasi :** suara nafas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.

**Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan.

1. Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

**Inspeksi :** pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis.

**Palpasi :***ictus cordis* teraba pada ICS 4-5 *midclavicula sinistra*, nyeri dada tidak ada, akral hangat, kering, merah.

CRT:

ex.atas *dextra* < 2 detik < 2 detik ex.atas *sinistra*

ex.bawah *dextra* < 2 detik < 2 detik ex.bawah *sinistra*

Akral : ex.atas *dextra* HKM HKM ex.atas *sinistra*

ex.bawah *dextra* HKM HKM ex.bawah *sinistra*

**Auskultasi :** bunyi jantung S1S2 tunggal, irama jantung regular*.*

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Sistem Persarafan (*Brain*)

Pada saat dikaji didapatkan tingkat kesadaran pasien (GCS) membuka mata: spontan (4), verbal: orientasi baik (5), motorik: menurut perintah (6), kesadaran *composmentis*. Pasien sadar baik, tidak ada *paralisis*, *reflex fisiologis patella* + /+, *bisep* +/+, *trisep* +/+ , dan *reflex patologisbabinsky* - /-.

1. Kepala : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kulit kepala bersih , terdapat luka bekas operasi kroniotomi sepanjang ± 12 cm, nyeri kepala kepala. P : luka bekas operasi, Q : cekot-cekot, R : kepala bagian belakang, S : skala 3 dari 0-10, T: hilang timbul.
2. Hidung (penciuman) : Pada saat pengkajian didapatkan bentuk hidung *simetris,septum* di tengah, tidak ada *polip*, tidak ada gangguan penciuman.
3. Wajah dan penglihatan : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk mata simetris*,* pupil *isokor*, *konjungtiva* merah muda, *sclera* putih, tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya + / +.
4. Telinga (pendengaran) : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk telinga simetris, telinga dalam keadaan bersih, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada alat bantu pendengaran.
5. Lidah (pengecap) : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan lidah dalam keadaan bersih, tidak ada kesulitan menelan*, uvula* tepat di tengah, bicara normal tidak ada kesulitan menelan.

**Nervus Kranial I (*Olfaktorius*) :**

Pasien mampu menebak bau dan mencium bau dengan normal.

**Nervus Kranial II (*Optikus*) :**

Pasien mampu melihat dengan normal.

**Nervus Kranial III (*Okulomotoris*) :**

Pasien mampu membuka atau menutup kelopak mata dengan normal dan secara bersamaan serta tidak ada *ptosis.*

**Nervus Kranial IV (*Troklearis*) :**

Pasien mampu memutar bola mata dan mampu melirik ke atas, bawah serta kanan dan kiri.

**Nervus Kranial V (*Trigeminus*) :**

Mata pasienmampu berkedip ketika diberi rangsangan.

**Nervus Kranial VI (*Abdusen*) :**

Pasien mampu menggerakkan bola mata serta tidak ada benjolan.

**Nervus Kranial VII (*Fasialis*) :**

Pasien mampu memperlihatkan ekspresi wajah secara normal.

**Nervus Kranial VIII (*Vestibulokoklearis*):**

Pasienmampu menjawab beberapa pertanyaan secara jelas dan benar.

**Nervus Kranial IX (*Glasofaringeal*) :**

Pasien mampu menjulurkan lidah ke depan dengan normal.

**Nervus Kranial X (*Vagus*) :**

Pasien mampu menelan ludah.

**Nervus Kranial XI (*Aksesorius*) :**

Pasien mampu mengangkat bahu dengan tekanan.

**Nervus Kranial XII (*Hipoglossus*) :**

Pasien mampu menggerakkan lidah ke segala arah.

**Masalah Keperawatan:**Nyeri Akut

1. Sistem perkemihan (*Bladder*)

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan alat genetalia dalam keadaan bersih, eliminasi urin SMRS pasien mengatakan frekuensi 7-8x/hari, tidak ada keluhan*. Eliminasi urin*pasien terpasang kateter jumlah ±1000 cc dengan karakteristik kuning jernih, bau khas.

**Palpasi :** Tidak ada *distensi* kandung kemih.

**Masalah Keperawatan:**Resiko Infeksi

1. Sistem Pencernaan ( *Bowel* )

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan mulut bersih, membran mukosa lembab, gigi pasien lengkap dan tidak ada gigi palsu. Diit SMRS makan 1 porsi habis, diit nasi, sayur, lauk. Minum 8 gelas per hari jenis air putih. Diit MRS tinggi kalori tinggi protein (bubur sumsum 500 gram, sayur, lauk). Jenis minum air putih, jumlah ± 1500 cc/24 jam,pasien terpasang infus RL 500 cc 20 tpm, selama di RS, pasien BAB. 1x/24 jamkonsistensi lembek, tidak ada kelainan abdomen, tidak terdapat nyeri pada abdomen*.*

**Auskultasi :** Bising usus 16 x/menit.

**Palpasi :** Tidak ada pembesaran *hepar* dan *lien*. Nyeri abdomen*.*

*Rectum* dan *anus* normal, eliminasi alvi SMRS 1-2x/hari, konsistensi padat dan lembek, warna kuning kecoklatan. Eliminasi alvi MRS 1x/24 jam. Tidak terdapat *colostomy.*

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Sistem musculoskeletal (*Bone*)

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan, terdapat luka bekas operasi kraniotomi di kepala bagian belakang sepanjang ± 12 cm , kulit kepala bersih, turgor kulit baik, pasien terpasang infus di punggung tangan kanan, tulang kuat, tidak ada kelainan jaringan, ROM: bebas, nyeri pada luka bekas operasi di kepala, pasien cemas saat melakukan gerak, tidak ada sianosis, warna kulit sawo matang, tidak ada fraktur, pasien hanya tirah baring.

Kekuatan otot

ex.atas *dextra* 5555 5555 ex.atas *sinistra*

ex.bawah *dextra* 5555 5555 ex.bawah *sinistra*

**Masalah Keperawatan:**Resiko Infeksi.

1. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid,* tidak ada *hiperglikemi*, tidak ada *hipoglikemi.*

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Kemampuan perawatan diri

Sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain seperti mandi, berpakaian, *toileting* atau eliminasi*,* mobilita*s* di tempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja, memasak, pemeliharaan rumah. Akan tetapi setelah pasien sakit, aktivitas seperti mandi, berpakaian, *toileting* atau eliminasi, mobilitasdi tempat tidur, berpindah, berjalan, dibantu perawat. Pasien hanya bisa mobilisasi duduk ditempat tidur. Pasien belum mampu melakukan perawatan diri seperti mandi,*toileting* dan berdandan.

**Masalah Keperawatan:**Defisit perawatan diri.

1. Personal *Hygiene*

Sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu. Setelah MRS pasien mandi diseka perawat 2x sehari, pasien gosok gigi 2x sehari, selama sakit pasien belum keramas dan memotong kuku.

**Masalah Keperawatan:**Defisit perawatan diri

1. Istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien tidur ± 6 jam/hari, (malam: 23.00 – 05.00 WIB. Setelah sakit pasien tidur ±10 jam/hari, (malam: 21.00 – 05.00 WIB, siang: 14.00 – 16.00 WIB), pasien mengatakan istirahat cukup dan tidak ada gangguan pola tidur.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Persepsi terhadap sehat sakit

Pasien mengatakan, tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita, pasien bertanya tentang penyebab dan akibat dari penyakit yang di deritanya saat ini. Pasien tampak apatis dengan penyakitnya, dan menunjukan sikap yang tidak sesuai dengan anjuran saat perawatan *post operation craniotomy* karena ingin segera pulang.Jika sudah sembuh pasien ingin segera bekerja membantu orang tua dan dapat beraktifitas seperti biasa.

**Masalah Keperawatan:**Defisit pengetahuan

1. Konsep diri

Identitas diri : Pasien adalah seorang laki-laki berusia 24 tahun.

Peran diri : Pasien adalah seorang anak tunggal dan bekerja

sebagai karyawan swasta

Ideal diri : Pasien berharap cepat sembuh.

Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuh.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Kemampuan adaptasi terhadap masalah

Pasien dapat beradaptasi dengan baik dan jika ada masalah pasien selalu berusaha mengambil keputusan dengan bijaksana dan untuk kepentingan bersama.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Aktivitas sehari-hari dan rekreasi

Sebelum sakit pasien adalah seorang laki-laki anak tunggal dan saat ini pasien adalah seorang pasien di Ruang H.1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Sebelum sakit pasien mengatakan setiap harinya bekerja sebagai karyawan swasta dan di saat pulang kerja pasien meluangkan waktu bersama orang tuanya dengan menonton televisi bersama. Setelah sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Ansietas

Pasien mengatakan cemas dengan kondisi sakit yang dideritanya saat ini, pasien berharap bisa cepat sembuh dan beraktivitas seperti biasanya.

**Masalah Keperawatan:**Ansietas

1. Nilai kepercayaan

Pasien beragama Islam dan saat di rumah sakit pasien hanya bisa berdoa untuk kesembuhannya karena keadaan pasien yang masih lemah.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

1. Pola seksual dan Reproduksi

Pasien adalah seorang laki-laki berusia 24 tahun, belum menikah. Pasien selalu menjaga kebersihan di area *genetalia*.

**Masalah Keperawatan:**Tidak ada masalah keperawatan.

#### Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium tanggal 16 Desember 2019.

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan *hematologi.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Hasil** | **Unit** | **Batas Normal** |
| WBC | 7,3 | 10^3/µL | 4,0 - 10,0 |
| Neu# | 2,06 | 10^3/µL | 2,0 - 7,0 |
| Neu% | 28,2 | % | 50,0 - 70,0 |
| LYm# | 3,63 | 10^3/µL | 0,8 - 4,0 |
| Lym% | 49,7 | % | 20,0 - 40,0 |
| Mon# | 0,37 | 10^3/µL | 0,12 - 1,2 |
| Mon% | 5,1 | % | 3,0 - 12,0 |
| Eos# | 1,19 | 10^3/µL | 0,02 - 0,5 |
| Eos% | 16,3 | % | 0,5 - 5,0 |
| Bas# | 0,05 | 10^3/µL | 0,0 - 0,1 |
| Bas% | 0,7 | % | 0,0 - 1,0 |
| RBC | 4,99 | 10^6/µL | 3,5 - 5,5 |
| HGB | 14,3 | g/dL | 13,2 - 17,3 |
| HCT | 42,9 | % | 37,0 - 54,0 |
| MCV | 85,9 | fL | 80,0 - 100,0 |
| MCH | 28,7 | pg | 27,0 - 34,0 |
| MCHC | 33,4 | g/dL | 32,0 - 36.0 |
| RDW\_CV | 12,7 | % | 11,0 - 16,0 |
| RDW\_SD | 38,6 | fL | 35,0 - 56,0 |
| PLT | 312 | 10^3/µL | 150,0 - 450,0 |
| MPV | 10,6 | fL | 6,5 - 12,0 |
| **Parameter** | **Hasil** | **Unit** | **Batas Normal** |
| PDW | 13,3 |  | 15,0 - 17,0 |
| PCT | 3,3 | % | 0,108 - 0,282 |
| IMG# | 0,0 | 10^3/µL | 0,0 - 999,99 |
| IMG% | 0,0 | % | 0,0 - 100,0 |

Tabel 3.2 Hasil pemeriksaan imunologi dan kimia darah.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Hasil** | **Unit** | **Batas Normal** |
| **IMUNOLOGY** | | | |
| HbSAg RPHA | NEGATIF |  | NEGATIF |
| **KIMIA** | | | |
| Gula darah puasa | 84 | mg/Dl | 74,0 - 106,0 |
| Gula darah 2 JPP | 87 | mg/Dl | <120,0 |
| BUN | 7 | mg/Dl | 10,0 - 24,0 |
| Kreatinine | 1,1 | mg/Dl | 0,6 - 1,5 |
| SGOT | 39 | U/I | 0 - 50 |
| SGPT | 22 | U/I | 0 - 50 |
| **Parameter** | **Hasil** | **Unit** | **Batas Normal** |
| Natrium | 143,9 | mmol/L | 135,0 - 147,0 |
| Kalium | 3,68 | mmol/L | 3,00 - 5,00 |
| Chlorida | 105,1 | mmol/L | 95,0 - 105,0 |

CT Scan

Hasil CT Scan Tn.E tanggal 31 Oktober 2019.

Kesimpulan :

1. Massa *s*olid di *region pineal body* yang mendesak ventrikel III *suspect germinoma.*
2. Lesi solid di *suprasella suspect makroadenoma*.
3. *Non communicating hydrocephalus.*

3. Foto *Thorax*

Hasil foto *thorax* Tn.E tanggal 17 Desember 2019

Cor : Normal

Pulmo : Tidak ada kelainan

Diapragma : Baik

Sinus : Tajam

Tulang : Baik

Kesan : Normal

4. Terapi Medis

Tabel 3.3 Terapi medis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Nama Obat | Rute | Dosis dan  Jam Pemberian | Indikasi |
| 27 Januari 2020 | Infus N.S. | I.V. | 1000 cc/20 tpm/ 24 jam | Cairan isotonis yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh |
| 27 Januari 2020 | Cinam | I.V. | 4x1,5 gr.  (12.00,18.00,24.00,06.00) | Digunakan untuk *antibiotik* |
| 27 Januari 2020 | Novaldo | I.V. | 3x1 gr.  (07.00,15.00,23.00) | Untuk megurangi rasa nyeri |
| 27 Januari 2020 | Ranitidine | I.V. | 3x50 mg.  (07.00, 15.00, 23.00) | Untuk mengurangi mual |
| 28 Januari 2020 | Cefixime | Oral | 2x200 mg.  (08.00,20.00) | Untuk antibiotik |
| 28 Januari 2020 | Paracetamol | Oral | 3x500 mg.  (07.00, 15.00, 23.00) | Antipiretikdigunakan untuk mengurangi panas |
| 28 Januari 2020 | Antrain | I.V. | 3x1 gr.  (07.00, 15.00, 23.00) | Untuk mengurangi nyeri |

### Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data/Faktor Resiko** | **Etiologi** | **Masalah/Problem** |
| DS:  Pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi.  P: luka bekas operasi  Q: cekot-cekot  R: di bagian kepala  S: skala 3 (dari 0-10)  T: hilang timbul  DO :   1. Pasien Nampak meringis 2. Pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri 3. Hasil tanda-tanda vital, TD: 120/70 mm.Hg., N : 88x/menit, S : 36,4 C, RR: 20x/menit | Agen pencedera fisik  (Prosedur operasi) | Nyeri akut  SDKI (D.0077) |
| DS :  Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  DO:   1. Pasien belum mampu mandi secara mandiri 2. Pasien di bantu saat *toileting*oleh keluarga 3. Pasien belum mampu mengenakan pakaian secara mandiri. | Kelemahan | Defisit perawatan diri  SDKI ( D.0109) |
| DS :  Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi sakit yang di deritanya saat ini  DO :   1. Wajah pasien Nampak tegang 2. Pasien tampak gelisah | Ancaman terhadap konsep diri | Ansietas  SDKI ( D. 0080) |
| Terdapat luka bekas operasi kraniotomi  Faktor resiko :   1. Efek prosedur invasive 2. Kerusakan integritas kulit |  | Resiko infeksi  SDKI (D.0142) |
| DS :   * Pasien menanyakan tentang penyakit yang dialaminya.   DO :   * Pasien menunjukan perilaku yang tidak sesuai anjuran. * Menunjukan persepsi yang keliru terhadap penyakit yang dialaminya. * Pasien tampak apatis terhadap penyakit yang dialaminya. | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan  SDKI (D.0111) |

### Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.5 Prioritas Masalah Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |
| 2 | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |
| 3 | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri | 27 Januari 2020 | 28 Januari 2020 |  |
| 4 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi | 27 Januari 2020 | 28 Januari 2020 |  |
| 5 | Resiko infeksi | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |

### 

### Rencana Keperawatan

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan Tn.E dengan diagnosis *Post Operation Craniotomy*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan Dan Kriteria Hasil** | **Rencana Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Nyeri akut berhubungan berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) | Setelah dilakukan intervensi Keperawatan Selama 3x24 jam diharapkan pasien nyeri berkurang.  Kriteria Hasil :   1. skala nyeri menurun. 2. ekspresi wajah tenang. 3. istirahat cukup. 4. klien mampu mengatasi nyeri dengan teknik non farmakalogis. 5. tekanan darah dalam rentang normal (100-130/70-80 mmHg). 6. nadi dalam rentang normal (80-100 x/menit). 7. RR dalam rentang normal 18-24 x/menit). 8. Suhu dalam rentang normal (36,5-37,5 C). | 1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu). 2. Monitor kualitas nyeri pasien 3. Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin) 4. Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring. 5. Ajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi nafas dalam) 6. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.),diberikan pada jam 07.00,15.00,23.00 WIB. | 1. R/vital sign menunjukkan keadaan umum pasien. 2. R/ skala nyeri menunjukkan kualitas nyeri yang dialami oleh pasien. 3. R/ tindakan mengatasi nyeri membantu meringankan nyeri 4. R/ stabilisasi immobilisasi bagian tubuh yang sakit mengurangi nyeri klien. 5. R/ membantu meringankan nyeri klien. 6. R/ pemberian analgetik membantu meringankan beban nyeri. |
| 2. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan | Setelah dilakukan intervensi Keperawatan Selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri.  Kriteria Hasil :   1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet meningkat 3. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat | 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi). 3. Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi). 4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. | 1. R/ untuk memonitor tingkat kemandirian pasien dalam melakukan peraatan diri 2. R/ lingkungan yang nyaman akan memberikan suasana yang rileks dan membantu mempercepat proses kemandirian pasien 3. R/ untuk membantu proses perawatan diri pasien 4. R/ memberikan dukungan kepada pasien sampai mandiri 5. R/ untuk mengedukasi pasien supaya melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. |
| 3. | Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat kecemasan pasien berkurang.  Kriteria Hasil :  Pasien tampak tenang | Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal*).*  Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.  Anjurkan mengungkapkan perasaan danpersepsi.  Dengarkan dengan penuh perhatian. | R/ untuk memonitor tingkat kecemasan pasien.  R/ untuk memberikan rasa percaya pada pemberi asuhan.  R/ menunjukan supaya pasien bersedia menceritakan apa yang dirasakan.  R/ memberi perhatian pada pasien supaya bisa menceritakanapa yang dirasakan. |
| 4. | Defisit pengetahuanberhubungan dengan kurang terpapar informasi | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien faham dan mengerti tentang penyakit yang dialaminya.  Kriteria Hasil :   * Tingkat pengetahuan meningkat. * Mampu menjelaskan tentang penyakit yang dialaminya. * Perilaku sesuai anjuran. | 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olahraga teratur, makan makanan yang begizi). | 1. R/ untuk mengetahui tingkat kesiapan pasien dalam menerima informasi. 2. R/ sebagai media untuk mempermudah dalam menyampaikan informasi. 3. R/ proses tanya jawab bertujuan agar pasien lebih memahami informasi yang di didapat. 4. R/ perilaku hidup sehat dan bersih adalah awal dari kehidupan yang sejahtera. |
| 5. | Resiko infeksi | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 Jam diharapkan resiko infeksi pada pasien menurun  Kriteria hasil :   1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri berkurang 4. Kadar sel darah putih dalam rentang normal (4-10 10^3/uL) 5. TTV dalam rentang normal   TD :  Sistole : 110-140MmHg  Diastole : 60-90MmHg  Nadi : 60-100x/menit  Suhu : 36-37,5°C  Pernapasan :16-20x/menit | 1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu). 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan kulit pada luka (dilampiran). 4. Cuci tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien. 5. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar. 6. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui intravena (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. | 1. R/ untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. R/ untuk mencegah terjadinya infeksi 3. R/ untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi 4. R/ untuk menjaga kebersihan tangan supaya terhindar dari bakteri atau virus yang mengakibatkan infeksi 5. R/ untuk menjaga kebersihan tangan agar terhindar dari bakteri penyebab infeksi 6. R/ untuk mempercepat proses penyembuhan dengan farmakologis |

.

### Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Tgl/Jam** | **Tindakan** | **TT** | **Tgl/Jam** | **Catatan Perkembangan** | **TT** |
| 1,5  5  5  1,3  1,2 | 27-01-2020 10.10  11.00  12.00  12.15  13.00  14.00 | Mengobservasi TTV:  TD : 120/70 mmHg  N: 88 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%  Mengkaji tingkat nyeri pasien  P: luka bekas operasi  Q: cekot-cekot  R: di bagian kepala  S: skala 3 (dari 0-10)  T: hilang timbul  Monitor tanda gejala infeksi  Ajarkan cara cuci tangan dengan benar, pasien mampu melakukannya dengan baik.  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi Cinam 1,5 gr. melalui intravena (I.V.) jam 12.00 WIB.   Memberikan diit siang, pasien mampu menghabiskan 1 porsi.   * Mengajarkan teknik distraksi napas dalam. Pasien mampu mempraktekknya dengan baik * Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), pasien tampak gelisah. * menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. * Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, dan dengarkan dengan penuh perhatian, pasien mampu bercerita dengan baik.   Memberikan posisi yang nyaman pasien dapat beristirahat tidur |  | 27-01-2020  14.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 3 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi   1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu). 2. Monitor kualitas nyeri pasien 3. Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisinyaman,massage, kompres hangat/dingin) 4. Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring. 5. Ajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasinafas dalam). 6. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB   Dx.2  S :Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * aktifitas mandi masih dibantu * aktifitas toileting masih dibantu * mengenakan pakaian masih dibantu   A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi   1. Monitor tingkat kemandirian 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi). 3. Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi). 4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.   Dx.3  S : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi sakit yang di deritanya saat ini  O :   * Pasien terlihat tegang berkurang * Nadi 88 x/menit   A : Masalah ansietasteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal). 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 4. Dengarkan dengan penuh perhatian.   Dx.4  S : pasien menanyakan tentang penyakit yang dialaminya.  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * pasien masih belum faham dan mengerti tentang penyakitnya   A : Masalah defisit pengetahuan  belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan   1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olahraga teratur, makan makanan yang begizi).   Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**  TTV :  TD : 120/70 mmHg  N: 88 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan   1. Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan) 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan kulit pada luka 4. Cuci tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan   terpapar lingkungan pasien   1. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. 3. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui intravena (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. |  |
| 1,3  1  1,5  2  1,2  5  3  1,2 | 27-01-2020 14.10  15.00  16.00  16.20  17.00  17.15  18.00  19:00  20.30 | Mengkaji tingkat nyeri pasien  P : luka bekas operasi  Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 3 (dari 0-10)  T : hilang timbul   * Memonitor tanda ansietas verbal dan non verbal pasien tampak tenang. * Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, pasien menerima kehadiran perawat. * Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, pasien mampu bercerita dengan baik. * Mendengarkan dengan penuh perhatian.   Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * novaldo1 gr melalui intravena (I.V.) jam 15.00 WIB. * injeksi ranitidine 50 mg. melalui intravena (I.V.) jam 15.00 WIB.   Mengobservasi TTV:  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,0˚C  RR : 18 x/menit  Spo2 : 98%   * memonitor tingkat kemandirian pasien, pasien terlihat tirah baring * menyediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat*,* rileks, privasi) * menyiapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi) * mendampingi dan membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, pasien terlihat belum mampu melakukannya   Memberikan posisi yang nyaman dan menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung.  Memberikan diit sore, pasien mampu menghabiskan 1 porsi  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi cinam 1,5 mg melalui intravena (I.V.) jam 18.00 WIB. * mengganti cairan infus Ns 20 tpm melalui intravena (I.V.) * Mengajarkan teknik distraksinapas dalam. Pasien mampu mempraktekknya dengan baik * Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), pasien tampak gelisah. * menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. * Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, dan dengarkan dengan penuh perhatian, pasien mampu bercerita dengan baik.   Memberikan lingkungan yang nyaman, pasien dapat beristirahat tidur dengan nyenyak. | **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore** | 27-01-2020  21.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 3 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu).       2. Monitor kualitas nyeri pasien       3. Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin)       4. Pertahankan kestabilan immobilisasibagian tubuh yang sakit dengan tirah baring.       5. Ajarkan manajemen nyeri nonfamakologis (relaksasi nafas dalam).       6. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.   Dx.2  S :Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * aktivitas mandi masih dibantu * aktivitas toileting masih dibantu * mengenakan pakaian masih dibantu   A : Masalah defisitperawatan diri belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi  Monitor tingkat kemandirian  Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi).  Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi).  Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.  Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.  Dx.3  S : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi sakit yang di deritanya saat ini  O :   * Pasien terlihat tegang berkurang * Nadi 80 x/menit   A : Masalah ansietasteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal).       2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.       3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.       4. Dengarkan dengan penuh perhatian.   Dx.4  S : pasien menanyakan tentang penyakit yang dialaminya.  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * pasien masih belum faham dan mengerti tentang penyakitnya   A : Masalah defisit pengetahuan  belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan  Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.  Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.  Berikan kesempatan untuk bertanya.  Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olahraga teratur, makan makanan yang bergizi).  Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**  TTV :  TD : 120/70 mmHg  N: 88 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak adapus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan   * + - 1. Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)       2. Monitor tanda gejala infeksi       3. Berikan perawatan kulit pada luka       4. Cuci tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien       5. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar       6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi       7. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui intravena (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. | **Perawat jaga sore**  ***Perawat jaga sore***  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore** |
| 1,2  1  5  1,2  5  2  1  1 | 27-01-2020  21.00  23.00  24.00  28-01-2020  04.00  04.30  05.30  06.00  06.15  07.00  07.30 | Pasien beristirahat tidur  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * Injeksi novaldo 1 gr melalui intravena (I.V.) jam 23.00 WIB. * Injeksi ranitidin 50mg melalui intravena (I.V.) jam 23.00 WIB.   Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi cinam 1,5 gr melalui intravena (I.V.) jam 24.00 WIB.   Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * mengganti cairan infus RL 20 tpm melalui intravena (I.V.) jam 04.00 WIB.   Mengobservasi TTV :  TD :120/80 mmHg  N : 88 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%.  Memberikan diit pagi, pasien mampu menghabiskan 1 porsi.  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi cinam 1,5 gr melalui intravena (I.V.) jam 06.00 WIB.   Mendampingi pasien ke kamar mandi untuk mandi  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * Injeksi novaldo 1 gr melalui (I.V.) jam 07.00 WIB. * Injeksi ranitidine 50 mg melalui (I.V.) jam 07.00 WIB.   Mengkaji tingkat nyeri pasien  P : luka bekas operasi  Q : cekot-cekot  R : di kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  Memberikan lingkungan yang nyaman | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** | 28-01-2020  08.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu).  Monitor kualitas nyeri pasien  Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin)  Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring.  Ajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi nafas dalam).  Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr. melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.  Dx.2  S :Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * aktivitas mandi masih dibantu * aktivitas toileting masih dibantu * mengenakan pakaian masih dibantu.   A : Masalah defisitperawatan diri belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor tingkat kemandirian       2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi).       3. Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi).       4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.       5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.   Dx.3  S : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi sakit yang di deritanya saat ini  O :   * Pasien terlihat tegang berkurang * Nadi 80 x/menit   A : Masalah ansietasteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal).       2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.       3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi*.*       4. Dengarkan dengan penuh perhatian.   Dx.4  S : pasien menanyakan tentang penyakit yang dialaminya.  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * pasien masih belum faham dan mengerti tentang penyakitnya   A : Masalah pengetahuan  belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan  Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.  Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.  Berikan kesempatan untuk bertanya.  Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olahraga teratur, makan makanan yang  bergizi).  Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**  TTV :  TD :120/80 mmHg  N : 88 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%.   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan  Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)   * + - 1. Monitor tanda gejala infeksi       2. Berikan perawatan kulit pada luka       3. Cuci tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien       4. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar       5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi       6. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui intravena (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** |
| 1,3,4  5  4  3  1,5  1,5  1 | 28-01-2020 08.15  08.25  09.00  10.00  10.30  11.00  12.00  12.15  13.20 | Mengkaji tingkat nyeri pasien  P : luka bekas operasi  Q : cekot-cekot  R : di kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul   * mengajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi : nafas dalam) pasien mampu melakukannya. * Memonitor tanda ansietas verbal dan non verbal, pasien tampak tenang. * Kontrak waktu dengan pasien untuk edukasi tentang penyakitnya yang dilaksanakan pada jam 09.00 WIB.   Melakukan perawatan luka sesuai prosedur ada di lampiran, dengan keadaan luka terlihat sudah menutup dan mengering, panjang luka ± 12 cm,jahitan sudah dilepas semua, tidak ada kemerahan dan tidak ada bengkak di sekitar luka.   * Memberikan posisi yang nyaman * Memberikan edukasi tentang penyakit pinealoma, dengan media leaflet ada di lampiran. Pasien mengikutinya dengan baik. * Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya, pasien terlihat kooperatif. * Mengajarkan perilaku hidup sehat (misal : olahraga teratur, makan makanan yang bergizi), pasien mengerti danmemahaminya. * Mengajarkan teknik distraksi napas dalam. Pasien mampu mempraktekknya dengan baik * Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), pasien tampak gelisah. * menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. * Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, dan dengarkan dengan penuh perhatian, pasien mampu bercerita dengan baik.   Hasil kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi obat :   * Cefixime tablet 2x200 mg melalui oral diberikan pada jam 08.00, 20.00 WIB. * Paracetamol tablet 3x500 mg diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB. * Antrain 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00,15.00, 23.00 WIB.   Mengobservasi TTV:  TD : 120/90 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,6˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 97%  Memberikan diit siang (bubur), pasien mampu menghabiskan 1porsi.  Melepas infus dan memasang plug.  memberikan lingkungan yang nyaman, pasien dapat beristirahat tidur. |  | 28-01-2020  14.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu).  Monitor kualitas nyeri pasien  Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin)  Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring.  Ajarkan manajemen nyeri non farmakologis (relaksasi nafas dalam).  Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.  Dx.2  S :Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * aktifitas mandi masih dibantu * aktifitas toileting masih dibantu * pasien sudah bisa mengenakan pakaian secara mandiri   A : Masalah defisit perawatan diriteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor tingkat kemandirian       2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi).       3. Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi).       4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.       5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.   Dx.3  S : Pasien mengatakan sudah merasa tenang dan tidak khawatir dengan kondisi sakit yang di deritanya saat ini  O :   * Pasien tampak tenang * Pasien terlihat rileks * Nadi 80 x/menit   A : Masalah ansietas teratasi  P : Intervensi dihentikan  Dx.4  S : pasien mengatakan sudah mengerti dan memahami tentang penyakit yang dialaminya.  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * pasien sudah faham dan mengerti tentang penyakitnya   A : Masalah defisit pengetahuanteratasi  P : Intervensi dihentikan  Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**TTV**:**  TD : 120/90 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,6˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 97%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah resiko infeksi teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan   1. Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan) 2. Monitor tanda gejala infeksi 3. Berikan perawatan kulit pada luka 4. Cuci tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien 5. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 7. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui intravena (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. |  |
| 1  1  1,5  2  1  5  1 | 28-01-2020  14.10  15.00  16.00  17.00  17.15  18.10  20.00  20.30 | Mengkaji tingkat nyeri pasien  P : luka bekas operasi  Q : cekot-cekot  R : di kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * Paracetamol 500 mg melalui oral jam 15.00 WIB. * Injeksi antrain 1 gr melalui intravena (I.V.) jam 15.00 WIB   Mengobservasi TTV :  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,0˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%  Mendampingi pasien ke kamar mandi untuk mandi dan menganjurkan pasien untuk konsisten dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien dapat melakukannya dengan baik  Memberikan posisi yang nyaman.  Menganjurkan keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung.  Memberikan diit sore (bubur), pasien mampu menghabiskan 1 porsi.  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * cefixime 200 mg melalui oral jam 20.00 WIB   Memberikan lingkungan yang nyaman, pasien dapat beristirahat tidur dengan nyenyak. | **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore** | 28-01-2020  21.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu).  1. Monitor kualitas nyeri pasien 2. Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin) 3. Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring. 4. Ajarkan manajemen nyeri non farmakologis (relaksasi nafas dalam). 5. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.   Dx.2  S :Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di bantu saat melakukan perawatan diri  O :   * keadaan umum pasien cukup baik * aktivitas mandi masih dibantu * aktivitas toileting masih dibantu * pasien sudah bisa mengenakan pakaian secara mandiri   A : Masalah defisit perawatan diriteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  Monitor tingkat kemandirian  Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi).  Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi).  Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.  Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.  Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering.  O**:**  TTV**:**  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,0˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah resiko infeksi teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan   * + - 1. Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)       2. Monitor tanda gejala infeksi       3. Berikan perawatan kulit pada luka       4. tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien       5. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar       6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi       7. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cefixime 2x200 mg melalui oral diberikanjam 08.00, 20.00 WIB. | **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore**  **Perawat jaga sore** |
| 1  1  1,5  2  1  1 | 28-01-2020  21.00  23.00  30-01-2020  04.00  05.00  05.30  07.00  07.30 | Pasien beristirahat tidur  Memberikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi antrain melalui intravena (I.V.) diberikan jam 23.00 WIB. * Paracetamol tablet 500 mg melalui oral.   Mengobservasi TTV:  TD :120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,5˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%  Memberikan diit pagi (bubur), pasien mampu menghabiskan 1 porsi.  Mendampingi pasien untuk mandi dan toileting. Pasien mampu melakukannya dengan baik secara mandiri.  Memberikan terapi obat dan diit sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter :   * injeksi antrain melalui intravena (I.V.) diberikan jam 23.00 WIB. * Paracetamol tablet 500 mg melalui oral diberikan jam 23.00 WIB.   Memberikan lingkungan yang nyaman. | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat**  **jaga malam** | 29-01-2020  08.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 2 (dari 0-10)  T : hilang timbul  A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu).  1. Monitor kualitas nyeri pasien 2. Berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin) 3. Pertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yan.g sakit dengan tirah baring. 4. Ajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi nafas dalam). 5. Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.   Dx.2.  S :Pasien mengatakan bisa melakukan perawatan diri secara mandiri  O :   * keadaan umum pasien baik * aktivitas mandi sudah bisa mandiri * aktivitas toileting masih dibantu * pasien sudah bisa mengenakan pakaian secara mandiri   A : Masalah defisit perawatan diriteratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi   * + - 1. Monitor tingkat kemandirian       2. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi).       3. Siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi).       4. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.       5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.   Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,5˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah resiko infeksi teratasi sebagian  P **:**Intervensi dilanjutkan  Observasi TTV (Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)  Monitor tanda gejala infeksi  Berikan perawatan kulit pada luka  tangan sebelum, dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien  Ajarkan cara cuci tangan dengan benar  Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi  Berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cefixime 2x200 mg melalui oral diberikanjam 08.00, 20.00 WIB. | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** |
| 1  5  1,5  1,7  1,2,3,4,5 | 29-01-2020  08.10  08.45  09.40  10.00  11.00  12.00 | Mengkaji tingkat nyeri pasien  P : luka bekas operasi  Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 1 (dari 0-10)  T : hilang timbul  mengajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi : nafas dalam) pasien mampu melakukannya  melepas kateter dan plugsesuai hasil kolaborasi dengan dokter  mendampingi pasien ke kamar mandi, pasien mampu melakukannya secara mandiri  Mengobservasi TTV  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%  Edukasi kepada pasien tentang   * 6 cara cuci tangan dengan benar. * perawatan luka bekas operasi. * menjelaskan jadwal kontrol ke rumah sakit. * menjelaskan terapi obat oral cefixime tablet 200 mg diminum 2x sehari, ranitidine 150 mg diminum 2x sehari, asam mefenamat 500 mg diminum 3x sehari,   Pasien KRS |  | 29-01-2020  14.00 | Dx.1  S : pasien mengatakan nyeri bekas operasi berkurang  O :   * Keadaan umum pasien terlihat cukup baik * P : luka bekas operasi   Q : cekot-cekot  R : di bagian kepala  S : skala 1 (dari 0-10)  T : hilang timbul   * Pasien tampak rileks   A : Masalah nyeri akut teratasi  P : Intervensi dihentikan pasien KRS  Dx.2  S :Pasien mengatakan bisa melakukan perawatan diri secara mandiri  O :   * keadaan umum pasien baik * aktivitas mandi sudah bisa mandiri * aktivitas toileting sudah bisa mandiri * pasien sudah bisa mengenakan pakaian secara mandiri   A : Masalah defisit perawatan diriteratasi  P : Intervensi dihentikan pasien KRS  Dx.5  S**:**Pasien mengatakan luka bekas operasinya masih terasa nyeri tetapi sudah kering  O**:**  TD : 120/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,4˚C  RR : 20 x/menit  Spo2 : 99%   * Luka bekas operasi tampak tertutup balutan perawatan luka * Luka bekas operasi tampak kering dan tidak ada pus * Luka bekas operasi tidak nampak tanda peradangan (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa)   A**:**Masalah resiko infeksi teratasi  P **:**Intervensi dihentikan pasien KRS. |  |

## 

# **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjuan pustaka dan tinjuan kasus dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa medis *Post Operation Craniotomy* Hari Ke-3 Dengan Indikasi *Pinealoma* di Ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Yang meliputi pengkajian, perencanaan, dan evaluasi.

### Pengkajian

Pada tahap ini pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan mengerti serta *koopertif.*

Penulis melakukan pengkajian pada pasien dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Pada tinjauan kasus didapatkan pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 24 tahun, pasien mengeluhnyeri kepala. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjaun pustaka karena menurut (...)tumor pineal region dengan frekuensi 0,4-1,0% dari tumor intrakranial pada orang dewasa dan 3,0-8,0% dari tumor otak pada anak-anak. Sebagian besar dari anak-anak yang berusia 10-20 tahun, dengan presentasi usia rata-rata 13 tahun, sedangkan pada orang dewasa dengan presentasi usia lebih dari 30 tahun. Penulis berasumsi bahwa pasien dengan tumor pineal bisa terjadi pada orang yang berusia diatas 20 tahun dan di bawah 30 tahun, sampai saat ini penyebab tumor pineal belum diketahui secara pasti.

1. Riwayat Sakit dan Kesehatan
   1. Keluhan Utama

Pasien datang ke poli bedah saraf RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dengan keluhan sakit kepala, pandangan mata kabur, tidak bisa tidur sejak awal bulan Oktober 2019. Pada tinjauan kasusmenurut (Tarwoto,2013) gejala yang sering timbul adalah vertigo/pusing, nyeri kepala, mual, perubahan mental. Penulis berasumsi dengan pembesaran kelenjar pineal menyebabkan penekanan pada rongga kepala, sehingga penderita akan merasakan sakit pada kepala.

* 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Tinjauan kasus yang penulis cermati pasien tidak pernah menderita penyakit kronis seperti jantung, hipertensi maupun diabetes mellitus.

* 1. Riwayat penyakit Sekarang

Dari gejala yang dialami pasien hingga pasien mendapatkan perawatan di RS dan dilakukan pengkajian keperawatan, pasien mengatakanberobat ke R.S Sudira Husada, Mojokerto tanggal 31 Oktober 2019, dilakukan pemeriksaan *CT Scan*. dan pasien dilakukan tindakan operasi pemasangan drain pada kepala bagian atas. Pasien sudah menjalani kontrol sebanyak 4 kali. Setelah menjalani kontrol selama 4 kali pasien masih mengeluh sakit kepala dan belum berkurang. Kemudian pada tanggal 7 Januari 2020 pukul 07.00 WIB pasien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di bagian poli bedah saraf. Pasien MRS di Ruang H.1 tanggal 7 Januari 2020 pukul 11.00 WIB untuk persiapan operasi. Kemudian pada tanggal 24 Januari 2020 pukul 08.30 WIB pasien dilakukan tindakan operasi kraniotomi hingga pukul 13.00 WIB. Setelah operasi pasien masuk ke ruang ICU, dan pada pukul 16.15 WIB pasien dipindahkan kembali ke ruang H.1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 09.00 WIB, didapatkan TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 88x/menit, S : 36,4°C, SPO2 : 99 % RR : 20x/menit, keadaaan umum : cukup baik, kesadaran : *composmentis*, GCS : 456. Pada tinjauan teori didapatkan data denganmengkaji adanya keluhan nyeri kepala, mual, muntah, kejang dan penurunan tingkat kesadaran. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam *intracranial.* Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi *letargik*, tidak *responsive*, dan koma (muttaqin,2008). Penulis berasumsi bahwa nyeri kepala yang di derita pasien disebabkan oleh pembesaran massa kelenjar *pineal* yang membesar dan menekan jaringan disekitar otak.

* 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut tinjauan kasus di dalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit kronis apapun. Secara teori untuk riwayat penyakit keluarga perlu dikaji adanya hubungan keluhan tumor pada generasi terdahulu (Muttaqin,2008). Pengkajian kesehatan keluarga biasanya tidak di turunkan, karena tumor *pineal* bukanlah penyakit keturunan. Seseorang yang gaya hidupnya sehat kemungkinan besar akan terhindar dari penyakit tumor *pineal.*

### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem tersebut seperti dibawah ini:

1. *Breath*/Pernapasan

Pada pemeriksaan sistem pernapasaan didapatkan saat inspeksi pasien tampak tidak sesak nafas, bentuk dinding dada klien adalah *normochest*, irama pernapasan regular*,* pergerakan dinding dada simetris, retraksiinterkosta *t*idak ada, RR = 20x/menit, pola nafas *eupnea*, tidak ada keluhan batuk. Saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, *fremitus vokal* teraba. Saat dilakukan perkusi bunyi perkusi dada *sonor.* Saat auskultasisuara napas vesikuler*,* tidak ada suara napas tambahan. Dalam tinjauan teoripada pasien tanpa kompresi *oblongata* pada pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi *toraks* didapatkan *taktil premitus* seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak di dapatkan bunyi nafas tambahan (Muttaqin,2008). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami kelainan sistem pernapasan apapun.

1. *Blood*/Sirkulasi

Pada pemeriksaan sistem kardiovaskuler didapatkantidak ada sianosispada bibir dan kebiruan pada ujung jari, konjungtiva tidak *anemis,ictus cordis* tidak teraba, irama jantung regular*,* teraba kuat, kecepatan normal, CRT<2 detik, akral HKM, bunyi jantung saat perkusi pekak, batas jantung jelas *apex* berada pada ICS 5 *midclavikula sinistra*, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada *gallop,* tidak ada suara bunyi jantung tambahan, tidak ada murmur, tidak ada nyeri tekan di dada. Paru-paru yang sehat menjadi lebih hiperfentilasi. Tanda –tanda vital pasien pada saat pengkajian di dapatkan hasil TTV, TD: 120/70 mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%.Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada *medula oblongata* didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pada pasien tanpa kompresi *medula oblongata* pada pengkajian tidak ada kelainan. Tekanan darah biasanya normal, dan tidak ada peningkatan *heart rate* (Muttaqin:2010). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami kelainan sistem sirkulasi*.*

1. *Brain*/Persarafan

Pada pemeriksaan sistem persyarafan didapatkan pasien mengatakan keadaan umum lemah, tidak kesemutan, GCS : reflek mata 4 (membuka mata spontan), reflek verbal 5 (orientasi baik), reflek motorik 6 (mematuhi perintah dengan benar), pemeriksan *nervus* 1-12 dalam batas normal. nyeri pada kepala pasca operasi,P : luka bekas pasca operasi , Q : cekot-cekot, R : kepala bagian belakang, S : Skala 3 dari 0 – 10 (ringan), T : hilang timbul. Dalam teori menurut Muttaqin (2010) mengatakan bahwa tumor intrakranial sering menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada gangguan vokaldan adanya peningkatan intrakranial*.* Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Trias klasik tumor otak adalah nyeri kepala, muntah, dan *papiledema.* Pengkajian tingkat kesadaran, kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, dan *lobus frontal..*Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian, nyeri yang diderita pasien disebabkan oleh luka bekas operasi kraniotomi.

1. *Bladder*/Perkemihan

Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan pasien mengatakan Tidak terdapat distensikandung kemih,terpasang*folley cateter*, *intake* ± 1500 cc/24 jam*, output* ± 1000 cc/24 jam. Terpasang infus RL 500 ml 20tetes per menit, tidak ada nyeri tekan pada vesika urinaria, tidak ada gangguan saat miksi, warna kuning jernih. Pada tinjauan teori *inkontinensia urine* yang berlanjutan menunjukan kerusakan *neurologis* luas (Muttaqin, 2010). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan masalah pada sistem perkemihan.

1. *Bowel*/Pencernaan

Pada pemeriksaan sistem pencernaan didapatkantidak ada lesi pada abdomen, tidak ada gangguan dalam menelan, tidak ada mual maupun muntah, saat SMRS porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari, saat MRS diet bubur 500gram 1 porsi habis 3 kali sehari, bunyi bising usus normal 16 x/menit, tidak terdapat nyeri. Sedangkan pada tinjauan teorididapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah terjadi sebagai akibat rangsangan pusat muntah pada *medulla oblongata*. Muntah dapat terjadi tanpa didahului mual dan dapat berupa muntah proyektil(Muttaqin, 2010). Penulis berasumsi bahwa adanya kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Hal ini disebabkan pasien sudah melaksanakan operasi kraniotomi, sehingga tidak ada penekanan pada *medulla oblongata* yang menyebabkan gangguan menelan, mual dan muntah.

1. *Bone*/Muskuloskeletal

Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan pasien belum mampumobilisasi, pergerakan terbatas,tidak terdapat kelemahan otot, tidak ada kekakuan pada otot dan tulang, tidak terdapat fraktur*,* tidak terdapat *deformitas*, tidak terdapat lesi atau luka pada kulit, tidak ditemukan adanya dislokasi, tidak terdapat krepitasi, terdapat nyeri pada kepala bagian belakang yang disebabkan luka bekas operasi kraniotomi sepanjang ± 12 cm, luka kering. Skala kekuatan otot :

5555 5555

5555 5555

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori*,* dan mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2010). Penulis berasumsi bahwa saat ini pasien hanya mengalami keterbatasan gerak (duduk, berdiri, berjalan) karena nyeri pada kepala efek dari pembedahan yang merusak integritasjaringan kulit. Namun tidak terdapat kelainan pada tulang, otot, maupun persendian pasien.

1. Sistem Pengindraan

Pada pemeriksaan sitem penginderaan didapatkan pada sistem penglihatan lapang pandang normal, pasien tidak buta warna, pasien tidak memakai alat bantu melihat, konjungtiva tidak *anemis*, skleramata tidak *ikterik,* pupil *isokor*, reaksi terdapat cahaya normal. Pada sistem pendengaran tidak ada *serumen*, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik. Pada sistem penciuman tidak ada *polip*, mukosa hidung lembab, *septum* hidung ditengah, tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien menangkap bau dan dapat memerjemahkan. Pada sistem perabaan pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai. Pada sistem perasa pasien bisa membedakan rasa makanan yang di coba oleh pasien. *Pinealoma* adalah tumor dari tubuh *pineal* atau mungkin berasal dari*neuroglial*, secara umum disebut*pinealoma* atau *tetratoma atipikal*. *Pinealoma* terdiri dari sel-sel bulat besar yang terpisaholeh *stroma* jaringan ikat yang *diinfiltrasi* olehsel-sel tidak bisa dibedakan dari *limfosit.*Bagian dari tumor ini dapat mengungkapkan jaringan lainjenis seperti *epitel kolumnar*, tulang rawan atauotot lurik terbatas pada sebagian kecil daritumor (Russel, 1944). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan gangguan pada sistem penginderaan, karena pasien sudah dilakukan tindakan operasi kraniotomi untuk pengangkatan tumor pineal.

1. Sistem Endokrin

Pada pemeriksaan sitem endokrin didapatkan pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid*,* tidak ada nyeri tekan pada tiroid*,* tidak ada hipoglikemi maupun hiperglikemi.

1. Pola Istirahat Tidur.

Pada pengkajian pola istirahat tidur, didapatkan sebelum operasi pasien tidur ± 6 jam/hari, (malam: 23.00 – 05.00 WIB). Setelah operasi pasien tidur ±10 jam/hari, (malam: 21.00 – 05.00 WIB, siang: 14.00 – 16.00 WIB). Pada tinjauan kasus menurut (Tarwoto,2013) gejala yang sering timbul adalah vertigo/pusing, nyeri kepala, mual, perubahan mental. Penulis berasumsi bahwa pasien sebelum operasi mengalami gangguan pola tidur karena menahan nyeri pada kepala. Setelah dilakukan tindakan operasi kraniotomi pasien tidak ada gangguan pola tidur,

### Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka yaitu :

Diagnosa yang muncul sebelum operasi :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan dan gangguan neuromuskuler*.*

Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekananintra kranial

Ketidakefektifan perfusi serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, pembedahan tumor, edema serebri.

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Diagnosa yang muncul pasca operasi :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif pembedahan.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Gangguan *integritas* kulit/jaringan berhubungan dengan *factor mekanis* (efek pembedahan)

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan denganagen pencedera fisik (prosedur operasi)

2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

5. Resiko infeksi

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah tumor *pinealoma* sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan *post operationcraniotomy*disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

### Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

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

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan kemudian penulis menyusun perencanaan keperawatan yang meliputi prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil dan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditemukan, dan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa medis yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Untuk mengatasi nyeri akut dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan dari nyeri akut adalah nyeri berkurang dengan kriteria hasil skala nyeri menurun, ekspresi wajah tenang, istirahat cukup, klien mampu mengatasi nyeri dengan teknik non farmakalogis, tekanan darah dalam rentang normal (100-130/70-80 mmhg), nadi dalam rentang normal (80-100 x/menit), RR dalam rentang normal 18-24 x/menit), suhu dalam rentang normal (36,5-37,5 C). Perencanaan untuk mengatasi nyeri akut adalahmonitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu), monitor kualitas nyeri pasien, berikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,*massage,* kompres hangat/dingin), pertahankan kestabilan immobilisasibagian tubuh yang sakit dengan tirah baring, ajarkan manajemen nyeri non famakologis(relaksasi nafas dalam), berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui *intravena* (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.

2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Untuk mengatasi defisit perawatan diridilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan, kriteria hasil. Tujuan dari penanganan defisit perawatan diri adalah pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri. Kriteria hasil penanganan defisit perawatan diri adalah kemampuan mandi meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat. Perencanaan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diriantara lain monitor tingkat kemandirian, sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi), dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Untuk mengatasi ansietasdilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuaan dan kriteria hasil. Tujuan dari ansietasadalah tingkat kecemasan pasien berkurangdengan kriteria hasil pasien tampak tenang. Perencanaan untuk mengatasi ansietasantara lain monitor tanda-tanda ansietas (verbaldan non verbal),gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi,dengarkan dengan penuh perhatian.

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Untuk mengatasi defisit pengetahuandilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuaan dan kriteria hasil.Tujuan dari defisit pengetahuan adalahpasien faham dan mengerti tentang penyakit yang dialaminya dengan kriteria hasil tingkat pengetahuan meningkat, mampu menjelaskan tentang penyakit yang dialaminya, perilaku sesuai anjuran.Perencanaan untuk mengatasi defisit pengetahuan adalah identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya, ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olahraga teratur, makan makanan yang begizi).

5. Resiko infeksi

Untuk mengatasi resiko infeksidilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil.Tujuan dari resiko infeksi adalah resiko infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nyeri berkurang, kadar sel darah putih dalam rentang normal (4-10 10^3/uL), TTV dalam rentang normal (TD : Sistole : 110-140 mmHg, diastole : 60-90 mmHg, nadi : 60-100x/menit, suhu : 36-37,5°C, pernapasan :16-20x/menit). Perencanaan untuk mengatasi resiko infeksi adalah monitor vital sign (tekanan darah, nadi, RR, suhu), monitor tanda gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada luka (dilampiran), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, berikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui *intravena* (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB.

### Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik, tujuannya adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Pada tahap pelaksanaan perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan yang paling spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien. Semua tindakan dicatat dalam format yang telah ditentukan oleh institusi atau pihak rumah sakit.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien terkait dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisikadalah memonitor *vital sign*(tekanan darah, nadi, RR, suhu), memonitor kualitas nyeri pasien, memberikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman*,massage*, kompres hangat/dingin), mempertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring, mengajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi nafas dalam), memberikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi novaldo 3x1 gr melalui *intravena* (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB. Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan adalah memonitor tingkat kemandirian, menyediakan lingkungan yang terapeutik(misal : suasana hangat, rileks, privasi), menyiapkan keperluan pribadi (misal : sikat gigi dan sabun mandi), mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien terkait dengan diagnosa ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diriadalah memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, mendengarkan dengan penuh perhatian. Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien terkait dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasiadalah mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, mengajarkan perilaku hidup sehat dan bersih (olah raga teratur, makan makanan yang bergizi).Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

5. Resiko infeksi

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien terkait dengan diagnosa resiko infeksi adalah memonitor *vital sign* (tekanan darah, nadi, RR, suhu), memonitor tanda gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada luka (di lampiran), mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan terpapar lingkungan pasien, mengajarkan cara cuci tangan dengan benar, memberikan terapi obat hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit pasien mendapatkan terapi cinam 4x1,5 gr melalui *intravena* (I.V.) diberikan 06.00, 12.00, 18.00, 24.00 WIB. Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

### Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus secara umum sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan pasien tentang adalah nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri pasien menurun, ekspresi wajah pasien tenang, istirahat pasien cukup, pasien mampu mengatasi nyeri dengan teknik non farmakalogis,tekanan darah pasien dalam rentang normal (120/80 mmhg), nadi pasien dalam rentang normal (80 x/menit), RR pasien dalam rentang normal 20 x/menit), suhu pasien dalam rentang normal (36,4 C).Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diridengan kriteria hasil pasien mampu mandi sendiri, pasien mampu pergi ke toilet sendiri, kemampuan pasien mengenakan pakaian meningkat. Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam makatingkat kecemasan pasien berkurang dengan kriteria hasil pasien tampak lebih tenang. Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam makapasien faham dan mengerti tentang penyakit yang dialaminya dengan kriteria hasil tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialaminya meningkat, pasien mampu menjelaskan tentang penyakit yang dialaminya, perilaku pasien sesuai anjuran.Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

5. Resiko infeksi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jamresiko infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan pasien meningkat, kebersihan badan pasien meningkat, nyeri yang dirasakan pasien berkurang, kadar sel darah putih pasien dalam rentang normal (4-10 10^3/uL), TTV pasien dalam rentang normal (TD : Sistole : 120 mmHg, diastole : 80 mmHg, nadi : 80 x/menit, suhu : 36,4°C, pernapasan :20x/menit).Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.Hasil evaluasi pada pasien sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 29 Januari 2020

# 

# **BAB 5**

# **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus diagnosa medis *Post Operation Craniotomy* Hari Ke-3 Dengan Indikasi Pinealomadi Ruang H.I RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Post Operation Craniotomy* dengan indikasi Pinealoma.

### Simpulan

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Operation Craniotomy* Hari Ke-3 Dengan Indikasi Pinealoma, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian didapatkan pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 24 tahun, pasien mengeluh nyeri kepala, pasien sebagai karyawan swasta,pasien mengatakan sakit kepala, pandangan mata kabur, tidak bisa tidur sejak awal bulan Oktober 2019. Pasien berobat ke R.S Sudira Husada, Mojokerto tanggal 31 Oktober 2019, dilakukan pemeriksaan *CT Scan*. dan pasien dilakukan tindakan operasi pemasangan drain pada kepala bagian atas. Pasien sudah menjalani kontrol sebanyak 4 kali. Setelah menjalani kontrol selama 4 kali pasien masih mengeluh sakit kepala dan belum berkurang. Kemudian pada tanggal 7 Januari 2020 pukul 07.00 WIB pasien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan tindakan operasi *Craniotomy.*
2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri,defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, danresikoinfeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.
3. Rencana tindakan keperawatan di sesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan utama diharapkan pasien nyeri berkurang dengan kriteria Hasil skala nyeri menurun, ekspresi wajah tenang, istirahat cukup, klien mampu mengatasi nyeri dengan teknik non farmakalogis, tekanan darah dalam rentang normal (100-130/70-80 mmhg), nadi dalam rentang normal (80-100 x/menit), RR dalam rentang normal 18-24 x/menit), Suhu dalam rentang normal (36,5-37,5 C).
4. Pelaksanaan / implementasi yang dilakukan adalah Bina hubungan saling percaya, Memonitor vital sign (tekanan darah, nadi,RR, suhu), Memonitor kualitas nyeri pasien, memberikan alternatif tindakan kenyamanan mengatasi nyeri (lingkungan yang tenang,posisi nyaman,massage, kompres hangat/dingin), mempertahankan kestabilan immobilisasi bagian tubuh yang sakit dengan tirah baring, mengajarkan manajemen nyeri non famakologis (relaksasi : nafas dalam), Sesuai hasil kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi rasa nyeri pasien mendapatkan terapi antrain 3x1 gr melalui intravena (I.V.) diberikan pada jam 07.00, 15.00, 23.00 WIB.
5. Pada akhir evaluasi tanggal 29 januari 2020, didapatkan kondisi evaluasi keadaan umum pasien baik, keluhan nyeri pasien berkurang, skala nyeri menurun, pasien tampak tenang, TTV dalam rentang normal.

### Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien dalam mencapai tujuan yang diharapkan dan penyakit tumor pinealoma dapat disembuhkan, pasien harus rutin control untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Bagi perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan. Karena semakin banyaknya penyakit dan semakin berkembangnya ilmu keperawatan maka perawat wajib menambah dan meningkatkan skill dalam bidang keperawatan.
3. Bagi ruangan, diharapkan perlu menyediakan alat tensi dan pengukur suhu yang lebih modern dan mengganti meja troly karena setiap ingin melakukan tindakan perawatan luka atau tindakan lainnya terdengan suara berisik roda troly yang tentu mengganggu kenyamanan pasien.
4. Bagi rumah sakit agar dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.

# **DAFTAR PUSTAKA**

Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.

Arnaout, M. M., Gerges, M. M., Cummock, M. D., El Asri, A. C., Greenfield, J. P., Anand, V. K., & Schwartz, T. H. (2019). Endonasal surgery for suprasellar germ cell tumors: two cases and review of the literature. *Acta Neurochirurgica*, *161*(8), 1699–1704. https://doi.org/10.1007/s00701-019-03969-3

Bruce, J. N., & Stein, B. M. (2013). Complications of surgery for pineal region tumors. In *Postoperative complications in intracranial neurosurgery*. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-50961-9.00024-4

Carr, C., O’neill, B. E., Hochhalter, C. B., Strong, M. J., & Ware, M. L. (2019). Biomarkers of pineal region tumors: A review. *Ochsner Journal*, *19*(1), 26–31. https://doi.org/10.31486/toj.18.0110

Hakim, A. A. (2011). Tindakan Bedah pada Tumor Cerebellopontine Angle. *Kita Harus Berubah*, *38*(3), 274.

Heranurweni, S., Destyningtias, B., & Kurniawan Nugroho, A. (2018). Klasifikasi Pola Image Pada Pasien Tumor Otak Berbasis Jaringan Syaraf Tiruan ( Studi Kasus Penanganan Kuratif Pasien Tumor Otak ). *Elektrika*, *10*(2), 37. https://doi.org/10.26623/elektrika.v10i2.1169

Mutaqqin, A. (2011). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Poppen, J. L. (2015). The right occipital approach to a pinealoma. *Journal of Neurosurgery*, *25*(6), 706–710. https://doi.org/10.3171/jns.1966.25.6.0706

Satyanegara. (2010). *Ilmu Bedah Saraf* (Edisi IV). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Sofian, J., & Laluma, R. H. (2019). *Jenis Tumor Otak Dengan Metode Image Threshold Dan Glcm Menggunakan Algoritma K-Nn ( Nearest Neighbor ) Classifier Berbasis Web*. *4*(2), 1–7.

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan* (Edisi II). Jakarta: CV Sagung Woto.

Tim Pokja SDKI, D. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (Edisi I; D. PPNI, ed.). Jakarta.

Tim Pokja SIKI, D. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce; D. PPNI, ed.). Jakarta.

Tim Pokja SLKI, D. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce; D. PPNI, ed.). Jakarta.

**LAMPIRAN 1**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**“PERAWATAN LUKA PASCA OPERASI DI RUMAH”**

**Oleh :**

**BUDI SULISTIYO**

**NIM. 1721005**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**HANGTUAH SURABAYA**

**2020**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

Pokok Bahasan : Perawatan Luka Pasca Operasi Di Rumah

Sasaran : Pasien, keluarga pasien, dan Pengunjung

Hari/Tanggal : 29 Januari 2020

Tempat : Ruang H.1

Waktu : 30 Menit

Penyuluh : Mahasiswa STIKES HANGTUAH Surabaya

**A. Latar Belakang**

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Pada ibu yang baru melahirkan, banyak komponen fisik normal pada masa postnatal membutuhkan penyembuhan dengan berbagai tingkat. Pada umumnya, masa nifas cenderung berkaitan dengan proses pengembalian tubuh ibu ke kondisi sebelum hamil, dan banyak proses diantaranya yang berkenaan dengan proses involusi uterus, disertai dengan penyembuhan pada tempat plasenta (“luka” yang luas) termasuk iskemia dan autolysis (Manuaba, 2010).

Seorang wanita yang telah menjalani operasi pasti akan memiliki cacat dan parut pada rahim, yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya walaupun bahaya tersebut relatif kecil, adanya penyembuhan luka yang terlalu lama, terjadinya infeksi luka.

Adapun pemberian penkes (pendidikan kesehatan) kepada ibu-ibu hamil mengenai cara perawatan luka pasca operasi adalah untuk memberikan

informasi mengenai betapa pentingnya perawatan luka pasca operasi guna mencegah terjadinya infeksi post operasi.

1. **Tujuan**
   * **Tujuan Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan luka pasca operasi diharap ibu dapat lebih mengerti dan memahami cara merawat luka pasca operasi.

* + **Tujuan Khusus**
    1. Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 60 menit peserta diharapkan dapat :
       1. Menjelaskan definisi luka operasi dan pengertian luka operasi
       2. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka
       3. Mampu menjelaskan cara merawat luka pasca operasi
       4. Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka pasca operasi

2. Setelah diberikan penyuluhan tentang perawatan luka pasca operasi diharapkan ibu dapat mengetahui cara merawat luka pasca operasi setelah sampai di rumah.

1. **Sasaran**

Sasaran penyuluhan adalah pasien, keluarga pasien, dan pengunjung di ruang H.1

1. **Metode**
   1. Ceramah
   2. Tanya jawab
   3. Diskusi

1. **Media**

1. Leaflet

**Kegiatan Penyuluhan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Kegiatan** | **Penyuluh (Mahasiswa)** | **Pasien/Pasien** |
| 1. | Pembukaan  (5 menit) | * Mengucapkan salam * Memperkenalkan diri * Menjelaskan maksud dan tujuan * Kontrak waktu | * Menjawab salam * Mendengarkan * Menyimak |
| 2. | Inti  (15 menit) | * Menyampaikan materi * Menekankan hal-hal yang penting * Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya * Menjawab pertanyaan | * Mendengarkan, memperhatikan, dan menanyakan hal yang kurang jelas |
| 3. | Penutup  (5 menit) | * Evaluasi * Memberikan kesimpulan materi * Ucapan terimakasih * Ucapan salam | * Menjawab pertanyaan evaluasi * Memperhatikan * Mengucapkan hamdalah dan menjawab salam |

1. **Evaluasi**
   1. **Proses**
      * Jumlah peserta penyuluhan minimal 5 peserta
      * Media yang digunakan adalah leaflet
      * Waktu penyuluhan adalah 30 menit
      * Persiapan penyuluhan dilakukan beberapa hari sebelum kegiatan penyuluhan
      * Pembicara diharapkan menguasai materi dengan baik
      * Tidak ada peserta yang meninggalkan ruangan saat kegiatan penyuluhan berlangsung
      * Peserta aktif dan antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
   2. **Hasil**
      * Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan peserta diharapkan mengerti dan memahami tentang menjelaskan definisi luka operasi, mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, mampu menjelaskan cara merawat luka pasca operasi di dirumah dan mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka pasca operasi
      * Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan ada perubahan perilaku kesehatan, misalnya menjaga kebersihan agar tidak terjadi infeksi pada luka.

**MATERI PERAWATAN LUKA PASCA OPERASI DI RUMAH**

1. **Definisi Luka Operasi**

Luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal. Oleh karena itu pastikan Anda tidak salah dalam merawat luka operasi.

**II. Tujuan Perawatan Luka**

* + 1. Untuk mencegah infeksi.
    2. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien.
    3. Mempercepat proses penyembuhan pasien.

**III. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka**

1. Nutrisi yang cukup.
2. Perawatan luka yang baik
3. Istirahat

**IV. Prinsip-Prinsip Dalam Perawatan Luka**

* + - Gunakan tehnik aseptik.
    - Ganti balutan bila balutan basah.
    - Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri, daan penurunan fungsi (Novita, 2011).

1. **Cara Perawatan Luka pasca Operasi Dirumah**

1. Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi

Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka, kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri.

2. Rutin membersihkan luka

* + - * Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline (seperti NaCl).
      * Gantilah verban bila verban terkena basah.
      * Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
      * Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau *cotton bud* yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.

1. Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman

Untuk menghindari iritasi sebaiknya Anda menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.

1. Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter

Tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter Anda untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.

1. Minum air putih yang banyak

Dengan mengkonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.

1. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang

Selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya Anda juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengkonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasi tersebut. Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak cukup mengkonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

1. Lakukan kegiatan olahraga yang ringan

Bukan berarti pasca melakukan operasi Anda diharuskan berdiam diri (istirahat total) tanpa melakukan aktifitas sama sekali. Lakukanlah olahraga ringan seperti berjalan santai dipagi hari untuk mempercepat proses penyembuhan ini. Kenapa demikian? Karena olahraga ringan dapat mencegah konstipasi serta penggumpalan darah sehingga membuat sirkulasi darah pada tubuh meningkat. Olahraga juga bisa membuat sistem imun menjadi meningkat dan membantu untuk mencegah terjadinya pneumonia atau terjadinya gangguan pada kesehatan umum yang di akibatkan oleh operasi.

1. Lakukan pemeriksaan secara berkala

Lakukan kontrol sesuai jadwal untuk memastikan perkembangan dari kesembuhan luka bekas operasi Caesar tersebut, tetapi jangan tunda waktu kunjungan ke dokter jika terdapat gejala-gejala sebagai berikut:

* + Luka bekas operasi terlihat kemerahan, bengkak atau terdapat cairan yang keluar.
  + Demam lebih dari 38 derajad Celsius.
  + Nyeri hebat pada luka bekas operasi. (Novita, 2011)

**VI. Makanan yang Baik untuk Mempercepat Proses Penyembuhan Luka**

**Post Operasi**

Kita pasti pernah mempunyai luka yang menimbulkan kerusakan permukaan kulit sampai bagian dalam kulit terlihat. Sebagai contoh, dari yang ringan seperti luka di lutut akibat jatuh dan tergores aspal, sampai luka yang parah seperti pasca operasi atau akibat kecelakaan. Sering kita dengar saat kita mempunyai luka-luka tersebut kita tidak diperbolehkan makan telur dan ikan. Jika kita makan makanan tersebut maka luka tidak cepat kering atau lama sembuhnya. Apakah benar statement tersebut? Atau hanya mitos? Untuk lebih jelasnya mari kita ulas di pembahasan di bawah ini. Ikan dan telur mempunyai kandungan nutrisi yang kompleks. Telur dan ikan sama-sama mengandung protein. Protein mempunyai fungsi utama yaitu membantu pembentukan dan perbaikan sel-sel tubuh. Sebagai zat pembangun, protein merupakan bahan pembentuk jaringan-jaringan baru yang selalu terjadi dalam tubuh. Seperti yang kita ketahui kandungan protein dalam telur dan ikan cukup tinggi. Kandungan protein yang tinggi ini tentunya sangat membantu dalam penyembuha luka karena membantu pembentukan jaringan-jaringan baru.

Pada ikan tertentu seperti ikan gabus, sangat dianjurkan untuk dikonsumsi ketika kita mengalami luka. Ikan gabus mengandung Albumin yang tinggi. Albumin merupakan jenis Protein terbanyak dalam plasma mencapai kadar 60%. Manfaatnya untuk membantu jaringan sel baru. Dalam ilmu kedokteran, albumin ini digunakan untuk mempercepat pemulihan jaringan sel tubuh yang terbelah atau rusak. Albumin juga berperan mengikat Obat-obatan serta logam berat yang tidak mudah larut dalam darah. Hampir semua pasien berkadar Albumin rendah yang diberi Sari Ikan Gabus ini, naik lebih cepat dari pada pemberian lewat infus.

Telur juga mempunyai kandungan protein yang cukup tinggi. Protein yang terkandung dalam putih telur rata-rata 6 gram dengan kualitas tinggi. Asam animo yang terdapat dalam telur dapat membantu pemulihan otot. Kandungan putih telur juga dapat mengurangi resiko terjadinya pembekuan darah. Kelebihan lainnya, protein yang ditemukan dalam putih telur mudah diserap dalam tubuh.

Dari paparan di atas jelas bahwa “tidak boleh makan ikan dan telur saat punya luka” hanyalah mitos belaka Saat kitamengalami luka seperti luka goresan, pasca operasi, luka kecelakaan dan sebagainya, justru kita dianjurkan makan makanan yang banyak mengandung protein. Protein ini akan membantu pembentukan sel-sel baru sehingga luka cepat pulih. Megkonsumsi telur dan ikan adalah cara tepat untuk mensuplai protein guna mempercepat penyembuhan. Jadi, kita tidak peru takut lagi mengkonsumsi ikan dan telur saat mempunyai luka.

**LAMPIRAN 2**

**SOP PERAWATAN LUKA**

**PROSEDUR**

**A.     MENGGANTI BALUTAN KERING**

**1.      Tahap pre interaksi**

         Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka

         Mencuci tangan

         Menyiapkan alat :

  Seperangkat set perawatan luka steril

Sarung tangan steril

Pinset 3 ( 2 anatomis, 1 sirurgis )

Gunting ( menyesuaikan kondisi luka )

Balutan kassa dan kassa steril

Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih

Salp antiseptic  ( bila diperlukan )

Depress

Lidi kapas

  Larutan pembersih yang diresepkan ( garam fisiologis, betadin, …)

  Gunting perban / plester

  Sarung tangan sekali pakai

  Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan

  Bengkok

  Perlak pengalas

  Kantong untuk sampah

  Korentang steril

  Alcohol 70%

  Troli / meja dorong

**2.      Tahap orientasi**

         Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya

         Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga

**3.      Tahap kerja**

         Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya  sebelum kegiatan dimulai

         Susun semua peralatan yang diperlukan di troly dekat  pasien ( jangan membuka peralatan steril dulu )

         Letakkan bengkok di dekat pasien

         Jaga privacy pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekkitar pasien,  serta pintu dan jendela

         Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril

         Mencuci tangan secara seksama

         Pasang perlak pengalas

         Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset

         Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas alcohol

         Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor  jauh dari penglihatan klien

         Jika balutan lengket  pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl

         Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan

         Buang balutan kotor pada bengkok

         Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok

         Buka bak instrument  steril

         Siapkan larutan yang akan digunakan

         Kenakan sarung tangan steril

         Inspeksi luka

         Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis

         Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril

         Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan

         Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi

         Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka

         Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara seperti di atas

         Berikan salp antiseptic bila dipesankan / diresepkan, gunakan tehnik seperti langkah pembersihan

         Pasang kassa steril kering pada insisi atau luka

         Gunakan plester di atas balutan,fiksasi dengan ikatan atau balutan

         Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya

         Bantu klien pada posisi yang nyaman

**4.      Tahap terminasi**

         Mengevaluasi perasaan klien

         Menyimpulkan hasil kegiatan

         Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

         Mengakhiri kegiatan

         Mencuci dan membereskan alat

         Mencuci tangan.

**5.      Dokumentasi**

         Mencatat tanggal dan jam perawatan luka

         Mencatat Kondisi luka.