

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. A DENGAN
DIAGNOSA TUMOR SEREBRI DI RUANG
PAV 7 RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

SHONIA OKTA CENDRAISWATI, S.KEP
NIM. 2130059

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. A DENGAN
DIAGNOSA TUMOR SEREBRI DI RUANG
PAV 7 RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

SHONIA OKTA CENDRAISWATI, S.KEP
NIM. 2130059

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAAN LAPORAN

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

Surabaya, Juli 2022

Penulis,



Shonia Okta Cendraiswati, S.Kep
NIM. 2130059

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Shonia Okta Cendraiswati
NIM : 2130059
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Tn. A Dengan
Diagnosa Tumor Serebri Di Ruang Pav 7 RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi Sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, Juli 2022

Pembimbing



Nuh Huda, M.Kep., Ns., Sp., Kep.MB
NIP. 03020

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

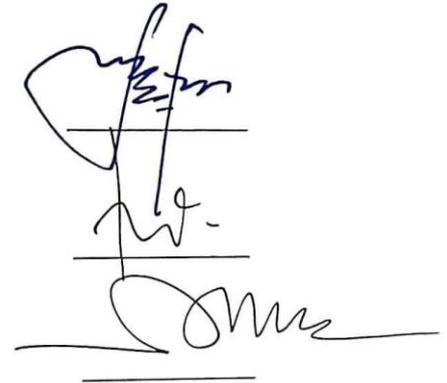
Nama : Shonia Okta Cendraiswati
NIM : 2130059
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Tn. A Dengan Diagnosa Tumor Serebri Di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03001

Penguji 2 : Nuh Huda, M.Kep., Ns., Sp., Kep.MB
NIP. 03020

Penguji 3 : Irma Zuhailifa, S.Kep.,Ns
NIP. 196607301990032001



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

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

Kata Pengantar

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

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan Pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Nuh Huda, M.Kep., Ns., Sp., Kep.MB., selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam Menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Penguji 1, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Ibu Irma Zuhailifa, S.Kep., Ns., selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini., juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERTANYAAN KEASLIAAN LAPORAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Penyakit	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	23
2.3 Kerangka Masalah/WOC	38
BAB 3 TINJAUAN KASUS	40
3.1 Pengkajian.....	40
3.2 Analisa Data.....	45
3.3 Prioritas Masalah	47
3.4 Perencanaan	48
3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	51
BAB 4 PEMBAHASAN	59
4.1 Pengkajian.....	59
4.2 Diagnosa	63
4.3 Tujuan dan Intervensi Keperawatan	66

4.4 Implementasi.....	67
4.5 Evaluasi.....	69
BAB 5 PENUTUP.....	70
5.1 Simpulan	70
5.2 Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN.....	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	27
Tabel 3.1 Pemberian Terapi Obat	43
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	44
Tabel 3.3 Analisa Data.....	45
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	47
Tabel 3.5 Perencanaan	48
Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak	10
Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC	37

DAFTAR SINGKATAN

ROM : Range Of Motion

IMT : Indeks Massa Tubuh

IGD : Instalasi Gawat Darurat

ICU : Intensive Care Unit

CRT : Capillary Refill Time

NGT : Nasogastric Tube

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

S : Suhu

RR : Respiratory Rate

PET : Positron Emission Tomography

TIK ; Tekanan Intrakranial

CCS : Cairan Serebrospinal

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor cerebri adalah sel abnormal dalam jaringan otak yang bertumbuh. Tumor ini mungkin berada di lokasi primer yang berada di otak atau pada lokasi sekunder yang telah bermetastasis dari suatu kanker lain bagian tubuh mana saja (DiGiulio, Mary, 2014). Otak dapat mengalami gangguan yang dapat diakibatkan karena berbagai penyebab diantaranya tumor. Pasien yang menderita tumor serebri akan mengalami gejala dan defisit neurologi yang tergantung dari histologi, tipe dan lokasinya. Diagnosa awal dari tumor sangat penting untuk mencegah kerusakan neurologis secara permanen dan timbul masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien saat pengkajian adalah penurunan kapasitas adaptif intracranial, ansietas, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, dan gangguan komunikasi verbal. Masalah keperawatan lain sering juga dijumpai seperti, gangguan pertukaran gas dan juga risiko cedera. Fenomena diatas bahwa tumor serebri sering tidak menyadari bahwa orang tersebut terkena tumor serebri. Penderita bisanya merasakan dan mengalami nyeri kepala, kejang, mual, muntah, perubahan mental dan kelemahan otot hingga menyebabkan gangguan komunikasi verbal (Strong M et al, 2015).

Menurut data statistic yang diperoleh, angka insidens tahunan tumor intracranial di Amerika adalah 16,5 per 100.000 populasi per tahun, dimana separuhnya (17.030) adalah kasus tumor primer yang baru dan separuh sisanya (17.380) merupakan lesi-lesi metastasis. Di negara berkembang seperti Indonesia, perkembangan ekonomi dan industry memberikan dampak frekuensi tumor otak

semakin meningkat. Di Indonesia masih belum ada data terperinci yang berkaitan dengan hal ini, namun dari data RSPP (Rumah Sakit Pusat Pertamina) tahun 2013 dijumpai frekuensi tumor serebri sebanyak 200 – 220 kasus/tahun dimana 10% darinya adalah lesi metastasis. Penderita tumor serebri lebih banyak pada laki-laki (60,74%) dibanding perempuan (39,26%) dengan kelompok usia terbanyak 51 sampai 60 tahun (31,85%), selebihnya terdiri dari berbagai kelompok usia yang bervariasi dari 3 bulan sampai usia 50 tahun. Berdasarkan data yang didapat dari Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dari bulan januari sampai juni terdapat 25 pasien terkena tumor serebri / tumor otak.

Tumor serebri termasuk juga lesi desak ruang (lesi/berkas organ yang karena proses pertumbuhannya dapat mendesak organ yang ada disekitarnya, sehingga organ tersebut dapat mengalami gangguan) jinak maupun ganas, yang tumbuh di otak meningen dan tengkorak (Ariani, 2012). Hal yang ditandai dengan nyeri kepala, mual muntah, papil edema dan kejang. Penyebab terjadinya tumor serebri menurut Strong M et al, 2015 yaitu adanya trauma kepala yang menyebabkan hematoma mendesak massa otak akhirnya menjadi tumor otak, alergi, adapun radiasi yang dimana system saraf pusat kita sangat peka terhadap radiasi yaitu radiasi elektromagnetik dan radiasi ponsel, diet dan vitamin juga dapat mempengaruhi karena terkandung senyawa N-nitroso, asupan lemak dan asupan aspartame yang dapat menyebabkan tumor otak, rokok, alkohol, kimiawi seperti pewarna pada rambut dan polusi udara, infeksi, dan juga genetik. Beberapa tumor dapat juga menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah serebri, semuanya menimbulkan kenaikan volume intracranial dan meningkatkan tekanan intrakranial. Obstruksi cairan

serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid dapat menimbulkan hidrosefalus (Ariani, 2012).

Perawat mempunyai peran dan tugas penting untuk membantu dalam mengatasi masalah yang dihadapi pada pasien tumor serebri. Seperti masalah pada nyeri akut perawat mengajarkan teknik relaksasi untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien, perfusi jaringan cerebral tidak efektif perawat berkolaborasi memberikan O₂ dan memonitoring kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri. Penatalaksanaan kolaborasi untuk pasien dengan tumor cerebri adalah pengobatan medikamentosa, pembedahan, radiotherapy, hingga kemoterapi. Langkah pertama pada pengobatan tumor serebri ialah pemberian kortikosteroid yang bertujuan untuk memberantas edema otak. Pengaruh kortikosteroid terutama dapat dilihat pada keadaan-keadaan seperti nyeri kepala hebat, defisit motorik afasia dan kesadaran yang menurun. Mekanisme kerja kortikosteroid belum diketahui secara jelas. Beberapa hipotesis yang dikemukakan yaitu meningkatkan transportasi dan resorpsi cairan serta memperbaiki permeabilitas pembuluh darah (DiGiulio, Mary, 2014). Pada penatalaksanaan penyakit tumor otak meliputi penatalaksanaan secara medis, bedah dan keperawatan. Menurut Nasional Brain Tumor Society, penatalaksanaan standart untuk tumor otak adalah operasi, terapi radiasi dan kemoterapi. Pembedahan dilakukan untuk mengeluarkan tumor otak bila memungkinkan. Pembedahan dapat bertindak sebagai metode diagnostik maupun modalitas penanganan. Intervensi operatif menyediakan bahan pemeriksaan jaringan untuk histologis, mengurangi beban tumor untuk terapi lebih lanjut, dan memberikan kesembuhan bagi tumor-tumor derajat rendah. Sedangkan radiasi dan kemoterapi biasanya digunakan sebagai perawatan

sekunder untuk tumor otak yang tidak dapat dikelola dengan menggunakan operasi saja. Namun, radiasi dan kemoterapi dapat digunakan tanpa operasi (Purba, 2014).

Sebagai perawat diharapkan mampu memberikan informasi dan pengetahuan yang benar. Untuk mengatasi dampak yang ditimbulkan seperti masalah pada nyeri akut perawat mengajarkan teknik relaksasi untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien, masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial dengan melakukan observasi tanda-tanda vital, mengobservasi tingkat kesadaran pasien, berkolaborasi memberikan O₂ dan memonitoring kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri. Pengaturan posisi bagian kepala tempat tidur dan mencegah terjadinya peningkatan intrakranial agar tidak terjadi deficit neurologi yang lebih parah. Mengatasi ansietas dengan memberikan motivasi kepada pasien untuk meningkatkan harapan positif terhadap penyakit yang diderita, penurunan kekuatan otot dilakukan dengan membantu pasien untuk mobilisasi seperti ke kamar mandi dan berjalan ke tempat tidur dibantu oleh perawat maupun keluarga, dan gangguan komunikasi verbal dilakukan dengan pertanyaan yang sederhana tidak menyulitkan pasien untuk menjawab.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan Tumor Serebri, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Meyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan pada pasien dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien dengan Tumor Serebri.

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Tumor Serebri sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di gunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Tumor Serebri serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Tumor Serebri sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan post Tumor Serebri di rumah agar *disability* tidak berkepanjangan.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Tumor Serebri

sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang di peroleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.

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

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematik penulisan studi kasus.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Tumor Serebri.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasusu yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

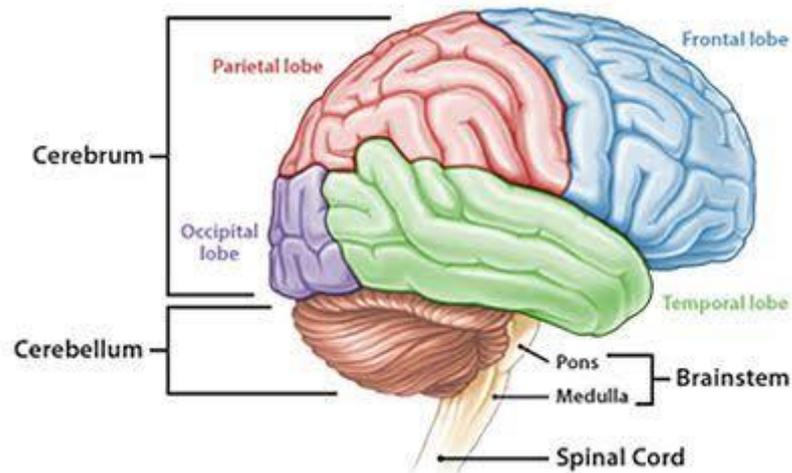
2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Tumor Serebri

Tumor otak adalah neoplasma intrakranial yang terjadi di otak atau di kanal spinal pusat (Kheirollahi M et al, 2015). Tumor otak merupakan massa jaringan abnormal tempat sel tumbuh dan berlipat ganda tanpa terkendali yang terjadi di dalam tempurung kepala. Tumor otak dibedakan menjadi tumor primer dan tumor sekunder (metastasis). Tumor otak primer merupakan pertumbuhan sel yang tidak normal dan tidak terkontrol yang berasal dari sel otak itu sendiri. Sedangkan tumor otak sekunder merupakan tumor yang menyebar ke otak dari kanker tubuh bagian lain (Tanoto, Pertiwi & Tumewah, 2020).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Otak terdiri dari serebrum, serebelum, dan batang otak yang dibentuk oleh mesensefalon, pons, dan medulla oblongata. Bila kalvaria dan dura mater disingkirkan, dibawah lapisan arachnoid mater kranialis dan pia meter kranialis terlihat *gyrus*, sulkus dan fisura korteks serebri. Sulkus dan fisura korteks serebri membagi hemisfer serebri menjadi daerah lebih kecil yang disebut lobus (Moore & Argur, 2013).



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Michaeli, 2012)

Seperti terlihat pada gambar diatas, otak terdiri dari tiga bagian, yaitu :

1. Serebrum

Serebrum adalah bagian terbesar dari otak yang terdiri dari dua hemisfer. Hemisfer kanan berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kanan. Masing-masing hemisfer terdiri dari empat lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut *gyrus* dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulkus. Keempat lobus tersebut masing-masing adalah lobus frontal, lobus pariental, lobus oksipital dan lobus temporal (CDC, 2012).

2. Serebelum (Otak Kecil)

Serebelum atau otak kecil adalah komponen terbesar kedua otak. Serebelum terletak di bagian bawah belakang kepala, berada di belakang batang otak dan dibawah lobus oksipital, dekat dengan ujung leher bagian atas. Serebelum adalah pusat tubuh, dalam menontrol kualitas Gerakan. Serebelum juga mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan Gerakan tubuh. Selain itu, serebelum berfungsi menyimpan dan

melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti Gerakan mengendarai mobil, Gerakan tangan saat menulis, Gerakan mengunci pintu dan sebagainya.

3. Batang Otak

Batang otak berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai medulla spinalis. Batang otak bertugas untuk mengontrol tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, kesadaran, serta pola makan dan tidur. Bila terdapat massa pada batang otak maka gejala yang sering timbul berupa muntah, kelemahan otot wajah baik satu maupun dua sisi, kesulitan menelan, diplopia, dan sakit kepala ketika bangun (CDC, 2012). Batang otak terdiri dari tiga bagian, yaitu mesensefalon atau otak tengah, pons, dan medulla oblongata.

2.1.3 Etiologi

Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Adapun faktor-faktor risiko berdasarkan beberapa penelitian yang diduga dapat berhubungan dengan terjadinya tumor otak, yaitu (Strong M et al, 2015) :

1. Radiasi

Jaringan dalam system saraf pusat peka terhadap radiasi dan dapat mengalami perubahan degenerasi. Radiasi yang diduga dapat memicu tumor otak yaitu, radiasi elektromagnetik dan radiasi ponsel.

2. Trauma kepala

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

3. Alergi

4. Diet dan Vitamin

Senyawa N-nitroso, asupan lemak dan asupan aspartame diduga dapat mempengaruhi terjadinya tumor otak.

5. Perilaku Buruk

Kebiasaan buruk yang bisa menyebabkan berbagai penyakit, salah satunya sebagai penyebab tumor otak, yaitu kebiasaan merokok dan meminum minuman beralkohol. Lihat saja pada tulisan di setiap bungkus rokok jika enggak percaya.. Tulisan ini tidak hanya sekedar tulisan yang tidak mempunyai arti dan tujuan.

6. Kimiawi

Penyelidikan tentang substansi karsinogen sudah lama dan luas dilakukan seperti pewarna rambut dan polusi udara.

7. Infeksi

Beberapa keluarga virus seperti simian virus 40, human cytomegalovirus, polimavirus, infeksi toksoplasma, varicella zoster dikaitkan dengan perkembangan tumor otak.

8. Genetik

Beberapa sindrom genetic yang diwariskan telah dikaitkan dengan perkembangan tumor otak, seperti neurofibromatosis tipe 1 dan 2, sindrom turcot, sindrom Li-Fraumeni dan sindrom Von Hippel-Lindau.

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi stadium tumor otak berdasarkan grade menurut WHO (Kheirollahi M et al, 2015) :

1. Grade I : tumor dengan potensi proliferasi rendah, kurabilitas pasca reseksi cukup baik.
2. Grade II : tumor bersifat infiltrative, aktivitas mitosis rendah, namun sering timbul rekurensi. Jenis tertentu cenderung untuk bersifat progresif ke arah derajat keganasan yang lebih tinggi.
3. Grade III : gambaran aktivitas mitosis jelas, kemampuan infiltrasi tinggi dan terdapat anaplasia.
4. Grade IV : mitosis aktif, cenderung nekrosis, pada umumnya berhubungan dengan progresivitas penyakit yang cepat pada pre/post operasi.

Jenis-jenis tumor otak berdasarkan WHO, tumor otak dibagi menjadi 7 (Fifueroa, J et al, 2018) :

1. *Tumor of the Neuroepithelial tissue : Astrocytic tumors, Oligodendroglial tumors, Ependymomas, Cellular, Papillary, Clear, Mixed gliomas.*
2. *Tumor of the Meninges : Meningioma*
3. *Tumor of the Sellar Region : Pituicytoma, Spindle cell oncocytoma*
4. *Lymphomas and Haematopoietic Neoplasms : Malignant Lymphomas*
5. *Tumor of Cranial dan Paraspinal Nerves : Schwannoma, Neurofibroma*
6. *Germ Cell Tumors*
7. *Metastatic Tumor*

2.1.5 Patofisiologi

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologis progresif yang disebabkan oleh dua factor yaitu gangguan fokal oleh tumor dan kenaikan tekanan intracranial (TIK). Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak dan infiltrasi atau invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang tumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak. Akibatnya terjadi kehilangan fungsi secara akut dan dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskular primer (Ariani, 2012).

Serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuron akibat kompresi, invasi, dan perubahan suplai darah ke dalam jaringan otak. Peningkatan TIK dapat diakibatkan oleh beberapa factor seperti bertambahnya massa dalam tengkorak, edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi CCS. Tumor ganas menyebabkan edema dalam jaringan otak yang diduga disebabkan oleh perbedaan tekanan osmosis yang menyebabkan penyerapan cairan tumor. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar diotak, menimbulkan peningkatan volume intracranial dan meningkatkan TIK (Ariani, 2012).

Peningkatan TIK membahayakan jiwa jika terjadi dengan cepat. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu berhari-hari atau berbulan-bulan untuk menjadi efektif dan oleh karena itu tidak berguna apabila tekanan intracranial timbul cepat. Mekanisme kompensasi ini meliputi volume darah intracranial, volume CSS, kandungan cairan intrasel, dan mengurangi sel-sel parenkin otak. Kenaikan tekanan yang tidak diatasi akan mengakibatkan herniasi untuk serebellum (Ariani, 2012).

Herniasi unkus timbul jika girus medialis lobus temporalis bergeser ke inferior melalui insisura tentorial karena karena adanya massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ke-3. Pada herniasi serebellum, tonsil serebellum tergeser ke bawah melalui foramen magnum oleh suatu massa posterior. Kompresi medulla oblongata dan terhentinya pernapasan terjadi dengan cepat. Perubahan fisiologis lain yang terjadi akibat peningkatan intracranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistematik, dan gangguan pernapasan (Ariani, 2012).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pasien dengan tumor otak dapat menunjukkan tanda dan gejala fokal atau generalisasi. Biasanya pada pasien terjadi peningkatan tekanan intracranial yang menyebabkan sakit kepala, kejang, mual, muntah dan perubahan mental. Gejala fokal seperti defisit neurologis fokal (hemiparesis dan afasia) dikaitkan untuk tumor derajat rendah (Strong M et al, 2015).

1. Perubahan Status Mental

Seperti pada gangguan neurologis atau bedah syaraf, perubahan tingkat kesadaran atau sensoris dapat ditemukan. Perubahan status emosional dan mental, seperti letargi dan mengantuk, kebingungan, disorientasi, serta perubahan kepribadian dapat ditemukan.

2. Sakit Kepala

Merupakan gejala wal pada 20% penderita dengan tummor otak yang kemudian berkembang menjadi 60%. Nyerinyaa tumpul dan intermitten. Nyeri kepala berat juga sering diperhebat oleh perubahan posisi, batuk,

maneuver valsava dan aktivitas fisik. Muntah ditemukan Bersama nyeri kepla pada 50% penderita. Nyeri kepala ipsilateral pada tumor supratentorial sebanyak 80% dan terutama pada bagian frontal. Tumor pada fossa posterior memberikan nyeri alih ke oksiput dan leher. Sakit kepala dapat terbatas aau keseluruhan. Biasanya intermiten dengan durasi meningkat dan dapat parah dan berulang di pagi hari yang frekuensi dan keparahannya meningkat dapat menandakan suau tumor intrakranial dan membutuhkan pengkajian lebih lanjut.

3. Mual dan Muntah

Manifestasi klinis mual dan muntah dipercaya terjadi karena tekanan pada medulla, yang terletak pusat muntah. Klien sering mengeluhkan sakit kepala parah setelah berbaring di ranjang. Saa sakit kepala makin nyeri, klien juga dapat mengalami mual dna muntah yang spontan. Selama episode muntah biasanya nyeri kepala akan berkurang.

4. Papilledema

Kompresi pada nervus kranialis kedua, nervus optic, dapat menyebabkan papilledema. Mekanisme patofisiologis dyang mendasari hal ini masih belum dipahami. Peningkatan tekanan intracranial mengganggu aliran balik vena dari maata dan menumpuk darah di vena retina sentralis. Juga dikenal sebagai *Choked Disc*, papilledema umum pada klien dengan tumor intracranial dan mungkin merupakan manifestasi awal dari peningkatan tekanan intracranial. Papilledema awal tidak menyebabkan perubahan ketajaman pengelihata dan hanya dapat dideteksi dengan pemeriksaan

oftalmologis. Papilledema parah dapat bermanifestasi sebagai penurunan tajam penglihatan.

5. Kejang

Kejang fokal atau umum, sering ditemui pada klien dengan tumor intracranial, terutama tumor hemisfer serebral. Kejang dapat parsial atau menyeluruh. Kejang pasrial biasanya membantu membatasi lokasi tumor.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis tumor otak yaitu (Kemenkes RI, 2017) :

1. Pemeriksaan Neurooftamologi

Kanker otak melibatkan struktur yang dapat mendestruksi jarak penglihatan dan Gerakan bola mata, baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan neurooftalmologi erutama untuk menjelaskan kesesuaian gangguan klonis dengan fungsional kanker otak. Pemeriksaan ini juga berguna untuk mengevaluasi pre dan post tindakan (operasi, radioterapi dan kemoterapi) pada tumor-tumor tersebut.

2. Pemeriksaan Fungsi Luhur

Pemeriksaan fungsi luhur berguna untuk menjelaskan kesesuaian gangguan klinis dengan fungsional kanker otak, serta mengevaluasi pre dan post tindakan (operasi, radioterapi dan kemoterapi). Bagi keluarga, penilaian fungsi luhur akan sangat membantu dalam merawat pasien dan melakukan pendekatan berdasarkan budayanya.

3. Pemeriksaan Labaoratorium

Terutama untuk melihat keadaan umum pasien dan kesiapannya untuk terapi yang akan dijalani (bedah, radias, ataupun kemoterapi), yaitu darah lengkap, hemostasis, LDH, fungsi hati, ginjal, gula darah, serologi hepatitis B dan C dab juga elektrolit lengkap.

4. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan radiologi standart adalah CT-Scan dan MRI dengan kontras. CT-Scan berguna untuk melihat adanya tumor pada Langkah awal penegakkan diagnosis dan sangat baik untuk melihat klasifikasi, lesi erosi/destruksi pada tulang tengkorak. MRI dapat melihat gambaran jaringan lunak dengan lebih jelas dan sangat baik untuk tumor infratentorial, namun mempunyai keterbatasan dalam hal menilai klasifikasi. Pemeriksaan fungsional MRI seperti MRS sangat baik untuk menentukan daerah nekrosis dengan tumor yang masih viable sehingga baik digunakan sebagai penuntun biopsy serta untuk menyingkirkan diagnosis banding. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) dapat berguna pascaterapi untuk membedakan antara tumor yang rekuren dan jaringan nekrosis akibat radiasi.

5. Pemeriksaan Cairan Serebrospinal

Dapat dilakukan pemeriksaan sitologi dan *flowcytome-try* untuk menegakkan diagnosa limfoma pada susunan syaraf pusat atau kecurigaan metastasis leptomeningeal atau penyebaran kraniospinal, seperti ependimoma.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk penderita tumor otak antara lain, (Kemenkes RI, 2017) :

1. Tatalaksanaan Penurunan Tekanan Intrakranial

Pasien dengan kanker otak sering datang dalam keadaan *neuroemergency* akibat peningkatan tekanan intrakranial. Hal ini terutama diakibatkan oleh efek desak ruang dari edema peritumoral atau edema difus, selain oleh ukuran massa yang besar atau ventrikulomegali karena obstruksi oleh massa tersebut. Pemberian kortikosteroid sangat efektif untuk mengurangi edema serebri dan memperbaiki gejala yang disebabkan oleh edema serebri, yang efeknya sudah dapat terlihat dalam 24-36 jam. Agen yang direkomendasikan adalah deksametason dengan dosis bolus intravena 10 mg dilanjutkan dosis rumatan 16-20 mg/hari intravena lalu tapering off 2-16 mg (dalam dosis terbagi) bergantung pada klinis. Mannitol tidak dianjurkan diberikan karena dapat memperburuk edema, kecuali bersamaan dengan deksametason pada situasi yang berat, seperti pascaoperasi. Efek samping pemberian steroid yakni gangguan toleransi glukosa, stress ulcer, miopati, perubahan mood, peningkatan nafsu makan, Cushingoid dan sebagainya. Sebagian besar dari efek samping tersebut bersifat reversible apabila steroid dihentikan. Pemberian deksametason dapat diturunkan secara bertahap, sebesar 25-50% dari dosis awal tiap 3-5 hari, tergantung dari klinis pasien. Pada pasien kanker otak metastasis yang sedang menjalani radioterapi, pemberian deksametason bisa diperpanjang hingga 7 hari.

2. Pembedahan

Operasi pada kanker otak dapat bertujuan untuk menegakkan diagnosa yang tepat, menurunkan tekanan intrakranial, mengurangi kecacatan, dan meningkatkan efektifitas terapi lain. Reseksi tumor pada umumnya direkomendasikan untuk hampir seluruh jenis kanker otak yang operable. Kanker otak yang terletak jauh didalam dapat diterapi dengan tindakan bedah kecuali apabila tindakan bedah tidak memungkinkan (keadaan umum buruk, toleransi operasi rendah). Teknik operasi meliputi membuka Sebagian tulang tengkorak dan selaput otak pada lokasi tumor. Tumor diangkat sebanyak mungkin kemudian sampel jaringan dikirim ke ahli patologi anatomi untuk diperiksa jenis tumor.

3. Radioterapi

Radioterapi diberikan pada pasien dengan keadaan inoperable, sebagai adjuvant pasca operasi, atau pada kasus rekuren yang sebelumnya telah dilakukan tindakan operasi. Pada dasarnya teknik radioterapi yang dipakai adalah 3D conformal radiotherapy, namun teknik lain dapat juga digunakan untuk pasien tertentu seperti stereotactic radiosurgery / radiotherapy, dan IMRT.

4. Kemoterapi Sistemik dan Terapi Target (*targeted therapy*)

Kemoterapi bertujuan untuk menghambat pertumbuhan tumor dan meningkatkan kualitas hidup (*quality of life*) pasien semaksimal mungkin. Kemoterapi biasa digunakan sebagai kombinasi dengan operasi dan atau radioterapi.

5. Tatalaksana Nyeri

Pada tumor otak, nyeri yang muncul biasanya adalah nyeri kepala. Berdasarkan patofisiologinya, tatalaksana nyeri ini berbeda dengan nyeri kanker pada umumnya. Nyeri kepala akibat kanker otak bisa disebabkan akibat traksi langsung tumor terhadap reseptor nyeri di sekitarnya. Oleh karena itu dapat diberikan parasetamol dengan dosis 20 mg/berat badan perkali dengan dosis maksimal 4000 mg/hari, baik secara oral maupun intravena sesuai dengan beratnya nyeri. Jika komponen nyeri neuropatik yang lebih dominan, maka golongan antikonvulsan menjadi pilihan utama, seperti gabapentin 100-1200 mg/hari, maksimal 3600 mg/hari. Nyeri kepala tersering adalah akibat peningkatan tekanan intrakranial, yang jika bersifat akut terutama akibat edema peritumoral. Oleh karena itu tatalaksana utama bukanlah obat golongan analgesic, namun golongan glukokortikoid seperti deksamethason atau metilprednisolon intravena atau oral sesuai dengan derajat nyerinya.

6. Tatalaksana Kejang

Epilepsi merupakan kelainan yang sering ditemukan pada pasien kanker otak. Tiga puluh persen pasien akan mengalami kejang sebagai manifestasi awal. Bentuk bangkitan yang paling sering pada pasien ini adalah bangkitan fokal dengan atau tanpa perubahan menjadi umum sekunder. Oleh karena tingginya tingkat rekurensi, maka seluruh pasien kanker otak yang mengalami kejang harus diberikan antikonvulsan. Pemilihan antikonvulsan ditentukan berdasarkan pertimbangan dari profil efek samping, interaksi obat dan biaya. Obat antikonvulsan yang sering

diberikan seperti fenitoin dan karbamazepin kurang dianjurkan karena dapat berinteraksi dengan obat-obatan, seperti deksamethason dan kemoterapi. Alternatif lain mencakup levetiracetam, sodium valproate, lamotrigine, klobazam, topiramate atau okskarbazepin. Levetiracetam lebih dianjurkan (level A) dan memiliki profil efek samping yang lebih baik dengan dosis antara 20-40 mg/kgBB, serta dapat digunakan pasca operasi kraniotomi.

2.1.9 Komplikasi

Menurut beberapa sumber salah satunya menurut Ginsberg dan Ariani (2012) komplikasi yang dapat terjadi pada tumor otak antara lain :

1. Peningkatan Tekanan Intrakranial

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

a. Edema Serebral

Peningkatan cairan otak yang berlebihan erakumulasi disekitar lesi sehingga menambah efek massa yang mendesak.

b. Hidrosefalus

Hidrosefalus terjadi akibat peningkatan produksi CSS ataupun karena adanya gangguan sirkulasi dan absorbs CSS. Pada tumor otak, massa tumor akan mengobstruksi aliran dan absorbs CSS sehingga memicu terjadinya hidrosefalus.

c. Herniasi Otak

Peningkatan tekanan intrakranial dapat mengakibatkan herniasi sentra, unkus, dan singuli. Herniasi serebellum akan menekan mesenfalons sehingga menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga (oculomotor).

2. Epilepsi

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

3. Berkurangnya Fungsi Neurologis

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

4. Ensefalopati Radiasi

5. Metastase ke tempat lain

6. Kematian

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung biaya.

b. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama : Biasanya klien mengeluh nyeri kepala

c. Riwayat penyakit saat ini

Klien mengeluh nyeri kepala, muntah, papiledema, penurunan tingkat kesadaran, penurunan penglihatan atau penglihatan double, ketidakmampuan sensasi (parathesia atau anasthesia), hilangnya ketajaman atau diplopia.

d. Riwayat penyakit dahulu

Klien pernah mengalami pembedahan kepala

e. Riwayat penyakit keluarga

Adakah penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang mungkin ada hubungannya dengan penyakit klien sekarang, yaitu riwayat keluarga dengan tumor kepala.

f. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Perubahan kepribadian dan perilaku klien, perubahan mental, kesulitan mengambil keputusan, kecemasan dan ketakutan hospitalisasi, diagnostic test dan prosedur pembedahan, adanya perubahan peran.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan tumor otak meliputi pemeriksaan fisik umum per system dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, B1 (breathing), B2 (Blood), B3 (Brain), B4 (Bladder), B5 (Bowel), dan B6 (Bone).

a. Pernafasan B1 (breath)

Bentuk dada : normal

Pola napas : tidak teratur

Suara napas : normal

Sesak napas : ya

Batuk : tidak

Retraksi otot bantu napas ; ya

Alat bantu pernapasan : ya (O2 2 lpm)

b. Kardiovaskular B2 (blood)

Irama jantung : irregular

Nyeri dada : tidak

Bunyi jantung ; normal

Akral : hangat

Nadi : Bradikardi

Tekanan darah Meningkat

c. Persyarafan B3 (brain)

Penglihatan (mata) : Penurunan penglihatan, hilangnya ketajaman atau diplopia.

Pendengaran (telinga) : Terganggu bila mengenai lobus temporal

Penciuman (hidung) : Mengeluh bau yang tidak biasanya, pada lobus frontal

Pengecapan (lidah) : Ketidakmampuan sensasi (parathesia atau anasthesia)

Afasia : Kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif atau kesulitan berkata-kata, reseotif atau berkata-kata komprehensif, maupun kombinasi dari keduanya.

Ekstremitas : Kelemahan atau paraliysis genggaman tangan tidak seimbang, berkurangnya reflex tendon.

GCS : Skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan.

Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1 – 6 tergantung responnya

d. Perkemihan B4 (bladder)

Kebersihan : bersih

Bentuk alat kelamin : normal

Uretra : normal

Produksi urin: normal

e. Pencernaan B5 (bowel)

Nafsu makan : menurun

Porsi makan : setengah

Mulut : bersih

Mukosa : lembab

f. Muskuloskeletal/integument B6 (bone)

Kemampuan pergerakan sendi : bebas

Kondisi tubuh : kelelahan

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan, atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk

membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosis juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu lain. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya. Diagnosis sama pentingnya serta memiliki muatan aspek legal dan etis yang sama dengan diagnosis medis. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan kunci perawat dalam membuat rencana asuhan yang diberikan pada pasien yang dikelola (Rabelo et al., 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan tumor otak yaitu:

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral
2. Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan dibuktikan dengan Asidosis
3. Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme
5. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular
6. Risiko Cedera dibuktikan dengan Perubahan Sensasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (SDKI, D.0066, Hal.149)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Pola napas membaik 6. Respon pupil membaik (SLKI, L.06049, Hal.35)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06194, Hal.205) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semifowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i>
2.	<p>Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan dibuktikan dengan Asidosis (SDKI, D.0010, Hal.39)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka sirkulasi spontan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 	<p>Perawatan Jantung Akut (SIKI, I.02076, Hal.318)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi factor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi) 2. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 3. Monitor saturasi oksigen

		<p>4. Frekuensi napas meningkat (SLKI, L.02015, Hal.105)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 5. Pasang akses intravena 6. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress 7. Sediakan lingkungan yang kondusif unuk beristirahat dan pemulihan 8. Berikan dukungan emosional dan spiritual 9. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada 10. Jelaskan tindakan yang dijalani pasien <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pencegahan thrombus dengan antikoagulan, <i>jika perlu</i>
3.	Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka tingkat nyeri	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, I.08238, Hal.201)</p> <p>Observasi</p>

	<p>(SDKI, D.0078, Hal.172)</p>	<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun <p>(SLKI, L.08066, Hal.145)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idenifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri
--	------------------------------------	--	--

			<p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme (SDKI, D.0019, Hal.56)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posrsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indek Massa Tubuh (IMT) membaik <p>(SLKI, L.03030, Hal.121)</p>	<p>Manajemen Nutrisi (SIKI, I.03119, Hal.200)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan posisi duduk

			<p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></p>
5.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular (SDKI, D.0054, Hal.124)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot meningkat 2. Pergerakan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat <p>(SLKI, L.05042, Hal. 65)</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (SIKI, I.05173, Hal.30)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

			<p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
6.	<p>Risiko Cedera</p> <p>dibuktikan dengan Perubahan Sensasi (SDKI, D.0136, Hal.294)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun 2. Luka/lecet menurun 3. Toleransi aktivitas meningkat <p>(SLKI, L14136, Hal.135)</p>	<p>Pencegahan Cedera (SIKI, I.14537, Hal.275)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan pencahayaan yang memadai 3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat 4. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau 5. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 6. Gunakan pengaman empat tidur sesuai dengan

			kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan 7. Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 8. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan Edukasi 9. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 10. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan/implementasi merupakan fase pelaksanaan atau implementasi dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi terdiri dari melakukan tindakan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan rencana keperawatan. Tindakan-tindakan pada rencana keperawatan terdiri atas observasi,

terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi ini mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan (PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan fase kelima atau tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi mencakup aktivitas yang telah direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika pasien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan dan efektivitas rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning).

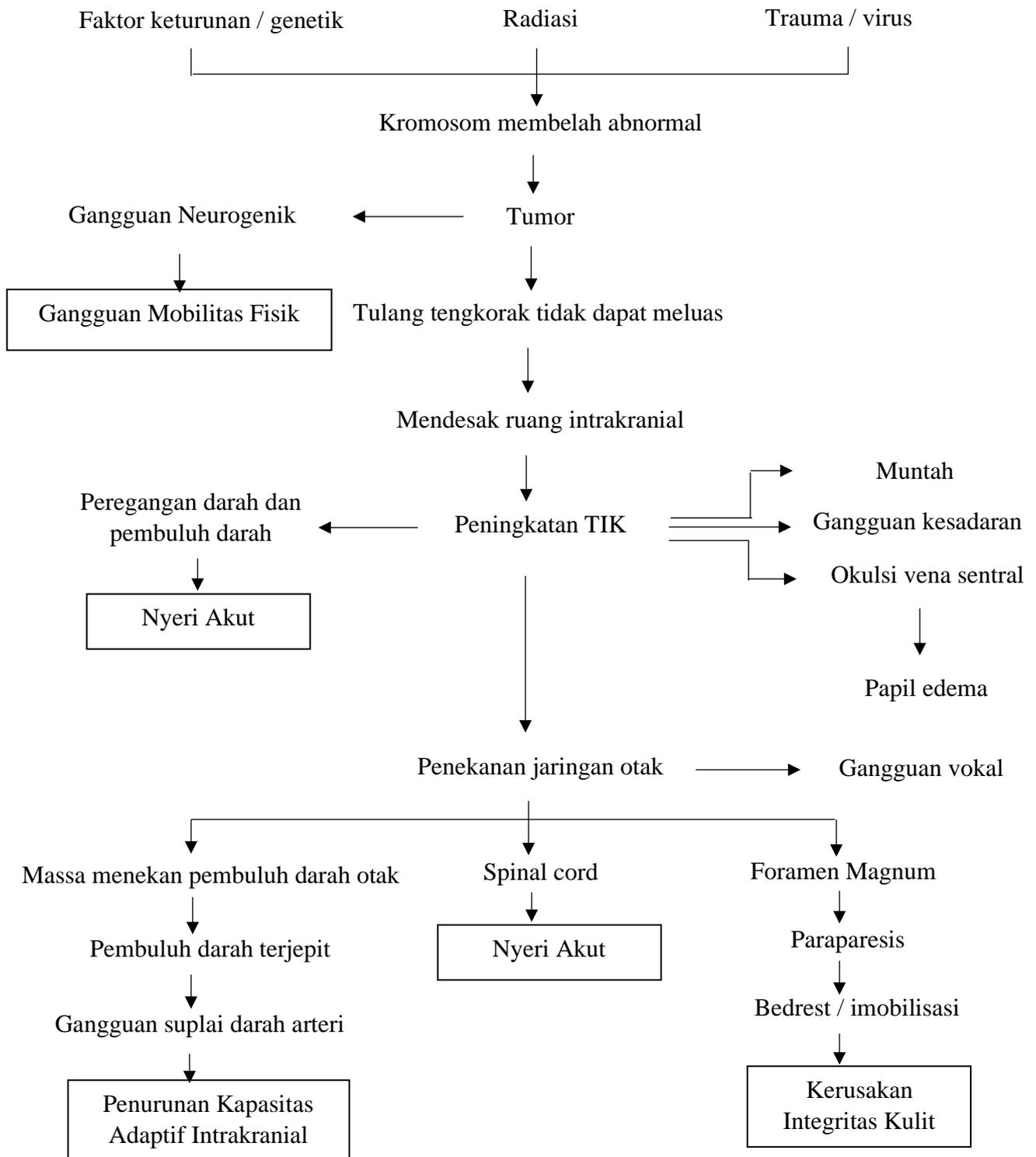
Komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (assessment) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif. P (planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien tumor otak serebri dengan penurunan kapasitas intrakranial berdasarkan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi

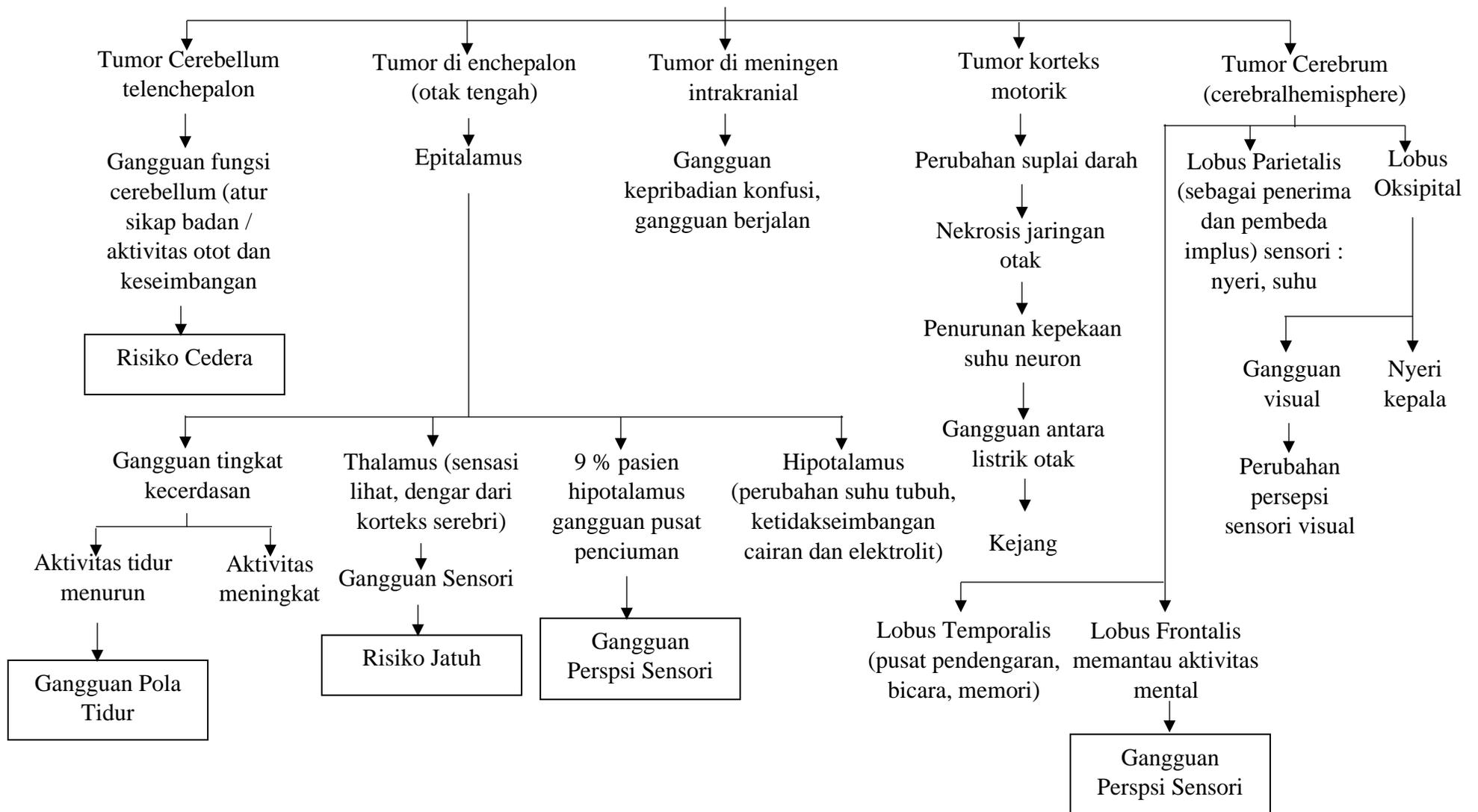
membalik, pola napas membaik, respon pupil membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

2.3 Kerangka Masalah / WOC

Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC



Tumor Cerebri Berdasarkan Lokasi



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosa medis Tumor Serebri di ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang penulis lakukan pada tanggal 3 Januari 2022 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari keluarga dan rekam medis dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Tn. A (46 tahun), beragama katolik, bekerja sebagai karyawan swasta, status perkawinan menikah dan memiliki 2 orang anak perempuan. Pasien tinggal di Sidoarjo. No.register 451XXX. Pasien diantar oleh istrinya pada tanggal 2 Januari 2022 pukul 08.00 WIB ke RS Mitra Keluarga dengan keluhan utama masuk rumah sakit adalah kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan dari mata sampai kaki. Di RS Mitra Keluarga ternyata kamarnya penuh dan akhirnya dirujuk ke RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Pada saat di RS Mitra Keluarga pasien dilakukan CT-Scan dengan hasil ada benjolan dibagian otak sebelah kanan. Pada pukul 11.00 WIB pasien ke IGD RPSAL Dr.Ramelan Surabaya dengan istrinya dan langsung dibawa ke ruang Pav 7. Pasien juga mengeluh pusing. Pasien diberi terapi inj. ketorolac 250 mg, inj. Ranitidine 50 mg, inj. Dexa 20 mg, inj. Metronidazole 500 mg, dan terpasang infus B-Fluid 14 tpm pada tangan seblah kiri. Dengan pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg, Nadi : 76 x/menit, Suhu : 35,7°C, SpO2 : 99%, RR : 20 x/menit dan GCS 445. Pada saat pengkajian tanggal 3 Januari 2022 pasien mengatakan adanya kelemahan otot pada sebelah kanan.

Didapatkan riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu, Riwayat kesehatan keluarga menyatakan tidak ada Riwayat keluarga seperti Tumor Serebri. Riwayat alergi pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obat.

3.1.2 Pengkajian Persistem

1. Keadaan umum pasien

Pasien tampak lemas, kooperatif saat perawat melakukan anamnesa dan pengkajian diruangan, kesadaran composmentis, GCS : 446 (eye: spontan, verbal: ngelantur, motorik: mengikuti perintah), TD : 140/80 mmHg, Nadi : 76 x/menit, Suhu : 35,7°C, SpO2 : 99%, RR : 20 x/menit.

2. B1 (Breath/Pernapasan)

Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak terpasang alat bantu napas, tidak ada oto bantu napas, suara napas vesikuler, irama pola napas (reguler), tidak ada sesak napas, tidak ada ronki(-/-), tidak ada wheezing (-/-), tidak ada sianosis, RR 20x/menit.

3. B2 (Blood/Sirkulasi)

Bentuk dada simetris, denyur apeks teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, tidak terdapat gallop dan murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midelaviculaline sinistra normal, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 76 x/menit, CRT < 2 detik.

4. B3 (Brain/Pengindera Persyarafan)

Kesadaran pasien cimposmentis, GCS 446 (membuka mata dengan spontan, verbalnya kacau, respon motoric pasien baik), tidak ada kejang, tidak ada

pusing, pasien tidak mengalami demensia, adanya pupil pasien isokor dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal.

5. B4 (Bladder/Perkemihan)

Kebersihan bersih, tidak terpasang kateter maupun pampers, jumlah urine yang keluar : 1000 ml/hari, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, warna kuning pekat.

6. B5 (Bowel/Pencernaan)

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda, tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan, porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari, tidak terdapat nyeri abdomen, mual (-) dan muntah (-), jenis nasi padat, dan tidak terpasang NGT.

7. B6 (Muskuloskeletal & Intergumen)

Warna kulit putih, pasien mobilisasi dibantu oleh istrinya seperti ke kamar mandi, akral hangat, kekuatan otot menurun terdapat masalah keperawatan resiko jatuh.

8. Kognitif Perseptual-Psiko-Sosial-Spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit : Pasien menyadari kalau dirinya sakit pasien harus banyak beristirahat, gambaran diri pasien menyukai semua anggota tubuhnya, ideal diri pasien berharap agar sakitnya ini tidak semakin parah dan bisa pulang ke rumah, harga diri pasien mengatakan tidak malu terhadap penyakitnya karena merupakan cobaan dari Tuhan, peran diri pasien adalah seorang ayah dan suami dari anak dan istrinya yang memiliki 2 orang anak

perempuan, identitas diri pasien adalah seorang laki-laki berusia 46 tahun, kemampuan berbicara sudah baik, bahasa sehari-hari bahasa Indonesia, kemampuan adaptasi terhadap masalah cukup baik, ansietas pasien sulit untuk menyampaikan ansietasnya karena saat diajak bicara jawaban pasien ngelantur atau tidak tepat dengan apa yang ditanyakan.

3.1.3 Pemberian Terapi Obat

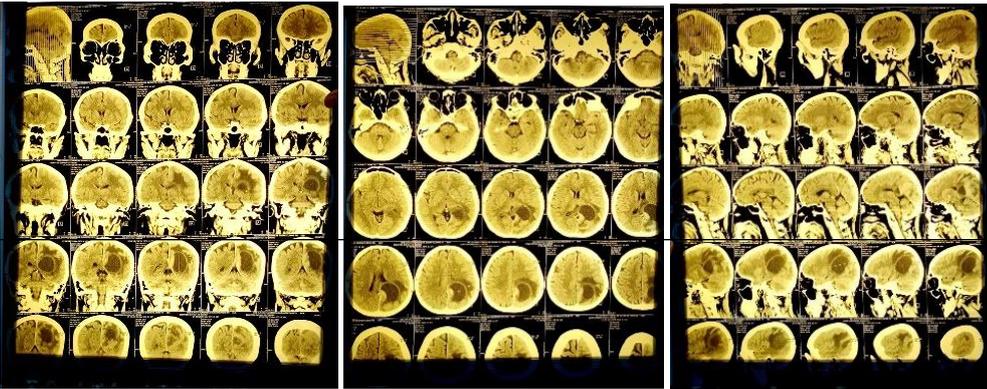
Tabel 3.1 Pemberian Terapi Obat

Terapi	Rute	Dosis	Kegunaan
Inj. Ketorolac	IV	1x250 mg	Untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Obat ini sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri.
Inj. Ranitidine	IV	1x50 mg	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih. Ranidine juga obat untuk nyeri.
Inj. Dexamethasone	IV	1x20 mg	Untuk mencegah pelepasan zat yang menyebabkan peradangan dalam tubuh. Obat ini juga digunakan untuk mengobati kondisi peradangan seperti alergi dan masalah kulit.
Inj. Metronidazole	IV	1x500 mg	Untuk menangani infeksi akibat bakteri atau parasite di system reproduksi,

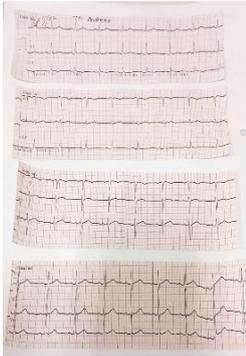
			saluran pencernaan, kulit, jantung, tulang, sendi, dan daerah tubuh lainnya. Obat ini juga termasuk antibiotik.
--	--	--	---

3.1.4 Hasil Laoratorium

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Tanggal : 27 Desember 2021			
Trombosit : PDW	0.218	$10^3/\mu\text{L}$	1.008-2.82
Gula Darah Sewaktu	203	mg/dL	74-106
Clorida (Ci)	105.1	mmol/L	95-105
Foto Thorax AP : (1/2 duduk)			
Cor : besar dan bentuk normal			
Pulmo : infiltrat/perselubungan (-)			
Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam			
Diaphragma kanan kiri baik			
Tulang tulang baik			
Kesimpulan :			
Cor & Pulmo normal			
Tanggal : 28 Desember 2021			
			

Tanggal : 5 Januari 2022



3.2 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <p>Istri pasien mengatakan bahwa pasien kalau diajak berkomunikasi terkadang tidak nyambung</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak ngelantur saat ditanya “memiliki anak berapa ?” 2. Verbalisasi tidak tepat 3. Sulit mengungkapkan kata-kata 4. GCS : 446 (eye: spontan, verbal: ngelantur, motorik: mengikuti perintah) 	<p>Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI, D.0119, Hal.264)</p>

2.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>Dibuktikan dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{c c} 4444 & 5555 \\ \hline 4444 & 5555 \end{array}$ <ol style="list-style-type: none"> 2. Mobilisasi dibantu istri seperti kekamar mandi 3. GCS : 446 (eye: spontan, verbal: ngelantur, motorik: mengikuti perintah) 	<p>Faktor Risiko :</p> <p>Kekuatan Otot Menurun</p>	<p>Risiko Jatuh (SDKI, D.0143, Hal.306)</p>
3.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan pertama kali masuk di ruangan pav 7 pasien juga mengeluh pusing dan pasien sering kali cegukan yang tak terduga tetapi bukan karena makanan</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 140/80 mmHg 2. Tampak lemah 3. GCS : 446 (eye: spontan, verbal: ngelantur, motorik: mengikuti perintah) 4. Hasil Ct-scan tampak benjolan di otak kanan (tumor serebri), dengan diameter 5 cm dan tumor tidak sampai ke otak bagian kiri 	<p>Lesi Menempati Ruang (Tumor)</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (SDKI, D.0066, Hal.149)</p>

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Lesi Menempati Ruang (Tumor) (SDKI, D.0066, Hal.149)	3-1-2022		Shonia
2.	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (SDKI, D.0119, Hal.264)	3-1-2022		Shonia
3.	Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0143, Hal.306)	3-1-2022		Shonia

3.4 Perencanaan

Tabel 3.5 Perencanaan

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Lesi Menempati Ruang (Tumor) (SDKI, D.0066, Hal.149)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Reflek neurologis membaik (SLKI, L.06049, Hal.35)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.06194, Hal.205) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Lesi) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat) 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semifowler 7. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat : dexamethasone 1x20 mg

2.	<p>Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (SDKI, D.0119, Hal.264)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon perilaku membaik 2. Pemahaman komunikasi membaik 3. Kemampuan berbicara meningkat <p>(SLKI, L.13118, Hal.49)</p>	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (SIKI, I.13492, Hal.373)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan metode komunikasi alternatif (isyarat tangan) 4. Sesuaikan gaya komunikasi (meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan berbicara perlahan
3.	<p>Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0143, Hal.306)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berjalan menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat di kamar mandi menurun <p>(SLKI, L.14138, Hal.140)</p>	<p>Pencegahan Jatuh (SIKI, I.14540, Hal.279)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4. Pasang handrall tempat tidur 5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 6. Gunakan alat bantu berjalan

			<p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
--	--	--	--

3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.6 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

No. Dx	Hari/Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl Jam	SOAP	Paraf
1,2,3	Senin, 3/1/2022 08.00	– Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan			Dx 1 : S : Istri pasien mengatakan saat pemeriksaan CT-Scan di RS Mitra Keluarga terdapat benjolan di otak sebelah kanan O : – Pasien mengalami kelemahan otot – Hasil foto CT-Scan terdapat benjolan di otak kanan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,7 Dx 2 : S : Pasien mengatakan terkadang masih suka bingung menjawab pertanyaan	
1,2,3	08.05	– Menyiapkan obat untuk pasien				
1,2,3	08.07	– Memberikan injeksi Hasil : inj. Ketorolac 250 mg, inj. Ranitidin 50 mg, Inj. Dexa 20 mg, Inj. Metronidazole 500 mg/IV				
1	09.00	– Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : edema serebral disebelah kanan				
1	09.02	– Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil : TD : 140/80 mmHg, pola napas regular 20 x/menit, dan tidak terpasang alat bantu napas				
1	09.05	– Memonitor status pernapasan				

1	09.07	<p>Hasil : RR : 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Memonitor intake dan output <p>Hasil : jumlah urine yang keluar \pm 1000 ml/hari, yang diminum air mineral botol besar</p>			dari perawat dan sulit menjelaskan masalahnya	
1	09.09	<ul style="list-style-type: none"> – Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang <p>Hasil : kamar pasien cukup tenang dari keramaian karena dikamar hanya ada pasien dan istrinya saja</p>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tidak menjawab sesuai dengan pertanyaannya – Pasien kebingungan – TTV : TD : 130/80 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5°C SpO2 : 99% RR : 20 x/menit GCS : 446 <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 3,4,5</p>	
1	09.11	<ul style="list-style-type: none"> – Memberikan posisi semi fowler <p>Hasil : pasien tampak tenang dan nyaman</p>				
1	09.13	<ul style="list-style-type: none"> – Memperhatikan suhu tubuh <p>Hasil : S : 36,5°C</p>				
2	09.14	<ul style="list-style-type: none"> – Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara <p>Hasil : pasien menjawab pertanyaan dari perawat dengan kebingungan</p>			<p>Dx 3 :</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih lemas, kaki dan tangan sebelah tangannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tampak dibantu berjalan dengan istrinya – Mengambil makanan juga masih perlahan-lahan 	

2	09.16	<ul style="list-style-type: none"> – Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Hasil : pasien menunjukkan emosionalnya yang suka tersenyum dan untuk perilaku fisik pasien jarang melakukan</p>			<ul style="list-style-type: none"> – Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">4444</td> <td style="padding-left: 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">4444</td> <td style="padding-left: 5px;">5555</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 3,4,5,6</p>	4444	5555	4444	5555	
4444	5555									
4444	5555									
2	09.18	<ul style="list-style-type: none"> – Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan <p>Hasil : perawat berdiri didepan pasien dan mendengarkan jawaban pasien dan juga memahami</p>								
2	09.20	<ul style="list-style-type: none"> – Mengulangi apa yang disampaikan pasien <p>Hasil : perawat mengulangi lagi jawaban pasien agar artikulasinya jelas</p>								
2	09.30	<ul style="list-style-type: none"> – Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara <p>Hasil : pasien dan istri melakukan apa yang sudah diajarkan perawat</p>								

1,2,3	10.30	<p>kemampuan pasien bicara, memahami dan menyampaikan</p> <p>– Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil : TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 76 x/menit</p> <p>S : 35,7°C</p> <p>SpO2 : 99 %</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>GCS : 446</p>				
1,2,3	10.50	<p>– Memberikan obat oral</p> <p>Hasil : Metronidazole 500 mg oral</p>				
3	10.52	<p>– Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>Hasil : pasien mengalami kelemahan otot sebelah kanan</p>				
3	10.54	<p>– Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>Hasil : pasien memahami hal yang menyebabkan jatuh seperti lantai licin saat dikamar ataupun di kamar mandi</p>				

3	10.56	<ul style="list-style-type: none"> – Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci <p>Hasil : sudah terkunci semua</p>				
3	10.57	<ul style="list-style-type: none"> – Memasang handrall tempat tidur <p>Hasil : keluarga dan perawat sudah melakukan pemasangan handrall saat habis turun dari tempat tidur ataupun habis tindakan</p>				
3	10.59	<ul style="list-style-type: none"> – Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <p>Hasil : posisi tempat tidur sejajar dengan lutut pasien</p>				
3	11.02	<ul style="list-style-type: none"> – Menggunakan alat bantu berjalan <p>Hasil : tidak memiliki alat bantu tapi dibantu istrinya</p>				
3	11.04	<ul style="list-style-type: none"> – Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Hasil : bel ada diatas pasien</p>				
3	11.06	<ul style="list-style-type: none"> – Mengajarkan cara menggunakan bel pamanggil untuk memanggil perawat 				

1,2,3	12.00	<p>Hasil : pasien sudah mengetahui saat untuk memanggil pasien</p> <p>– Memberikan makan siang</p> <p>Hasil : pasien habis 1 porsi makanan</p>				
1,2,3	Rabu 5/1/2022 08.00	– Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan		Rabu 5/1/2022 13.00	<p>Dx 1 :</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan akan dilakukan operasi pada hari jumat tanggal 7 Januari 2022 pukul 07.00</p> <p>O :</p> <p>Pasien mengalami kelemahan otot</p> <p>Hasil foto CT-Scan terdapat benjolan di otak kanan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien operasi</p>	
1,2,3	08.05	– Menyiapkan obat untuk pasien				
1,2,3	08.07	– Memberikan injeksi				
1,2,3		Hasil : inj. Ketorolac 250 mg, inj. Ranitidin 50 mg, Inj. Dexa 20 mg, Inj. Metronidazole 500 mg/IV				
1	09.00	– Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK				
1	09.02	– Memonitor status pernapasan				
1	09.05	<p>Hasil : status pernapasan regular : 20 x/menit</p> <p>– Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil : jumlah urine yang keluar \pm 1100 ml/hari, yang diminum air</p>			<p>Dx 2 :</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah mulai pelan-pelan menata komunikasinya agar komunikasinya dapat dimengerti oleh orang lain</p>	

1	09.07	<p>mineral 1½ botol besar dalam sehari</p> <p>– Mempertahankan suhu tubuh Hasil : suhu tubuh 36,2°C</p>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tampak lebih santai menjawab pertanyaan perawat dengan hati-hati – TTV : TD : 120/80 mmHg N : 77 x/menit S : 36,8°C SpO2 : 99% RR : 20 x/menit GCS : 446 <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dihentikan pasien operasi</p> <p>Dx 3 : S : Pasien mengatakan masih lemas pada daerah tubuh sebelah kanan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pergi ke kamar mandi masih diantar – Pasien tidak mampu memegang barang yang berat 	
2	09.09	<p>– Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil : pasien menggunakan Bahasa Indonesia untuk berkomunikasi dengan perawat</p>				
2	09.11	<p>– Mengulangi apa yang disampaikan pasien Hasil : perawat memvalidasi apa yang disampaikan oleh pasien</p>				
3	09.15	<p>– Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci Hasil : sudah terkunci</p>				
3	09.17	<p>– Memasang handrall tempat tidur Hasil : perawat dan istri selalu memasang Kembali handrall tempat tidur agar pasien tidak jatuh</p>				
3	09.19	<p>– Mengantur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>				
						

3	09.21	<p>Hasil : tinggi tempat tidur disesuaikan dengan kemudahan pasien naik ke tempat tidur</p> <p>– Menggunakan alat bantu berjalan</p> <p>Hasil : pasien dibantu istri saat berjalan</p>			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien operasi</p>	
1,2,3	11.00	<p>– Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil : TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 77 x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p> <p>SpO2 : 99 %</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>GCS : 446</p>				
1,2,3	11.15	<p>– Memberikan obat oral</p> <p>Hasil : Metronidazole 500 mg oral</p>				
1,2,3	12.05	<p>– Memberikan makan siang</p> <p>Hasil : pasien habis 1 porsi makanan</p>				

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 3 Januari sampai dengan 9 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. A dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Data yang didapatkan, Tn. A berjenis kelamin laki-laki, berusia 46 tahun, bekerja sebagai karyawan swasta. Pada anak-anak juga dapat terkena tumor otak, tetapi tidak ada peningkatan kejadian lagi, melainkan peningkatan mulai teramati dari usia 21 tahun ke atas, sampai mencapai puncaknya di usia 51-60 tahun (Reiza, 2014). Faktor resiko usia tidak mempengaruhi terjadinya penyakit tumor otak / tumor serebri.

2. Keluhan Utama dan Riwayat Penyakit

Keluhan utama adalah pasien mengeluh kelemahan otot pada bagian kanan. Gejala pada umumnya yang menyertai tumor otak seperti nyeri di bagian

kepala. Namun, gejala tersebut sering kali diabaikan dan tidak melakukan diagnosa secara instan yaitu membutuhkan system pakar pendeteksi diagnosa jenis penyakit tumor otak (Mikhael, dkk, 2021). Hal ini menyebabkan berbagai keterbatasan aktivitas pasien sehari-hari

Riwayat penyakit Tn. A tidak memiliki Riwayat penyakit diabetes mellitus, hipertensi dan keluarga pasien tidak ada yang menderita tumor atau kanker seperti yang dideritanya. Menurut Mardjono M, dan Sidharta (2008), bawaan dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru memperlihatkan factor familial yang jelas. Namun tidak ada bukti yang kuat untuk memikirkan adanya faktor hereditas pada neoplasma. Penulis berpendapat bahwa tumor tidak selalu disebabkan oleh factor hereditas, karena penyebab tumor sendiri belum diketahui penyebabnya dengan jelas.

3. Pemeriksaan Fisik

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

a. B1 (Breath/Pernapasan)

Pengkajian pemeriksaan didapatkan pada Tn.A bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak menggunakan alat bantu napas, tidak ada otot bantu napas, suara napas vesikuler, irama pola napas(regular), tidak ada sesak napas, tidak ada ronki, tidak ada wheezing, tidak ada sianosis, RR 20 x/menit. Penderita tumor serebri / tumor otak akan mengalami nyeri kepala, penurunan kesadaran, mual muntah, tetapi tidak ada

gangguan pada pernapasannya (Mikhael, dkk, 2021). Hasil Analisa penulis menyatakan bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus pada pasien Tn.A dengan hasil pemeriksaan fisik pernapasan tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

b. B2 (Blood/Sirkulasi)

Bentuk dada simetris, denyur apeks teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, tidak terdapat gallop dan murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midelaviculaline sinistra normal, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 76 x/menit, CRT < 2 detik. Menurut Muttaqin (2011) kegagalan sirkulasi, hasil pemeriksaan kardiovaskuler pasien post craniotomy pada beberapa keadaan dapat ditemukan tekanan darah normal atau berubah, nadi bradikardi, takikardi, dan aritmea. Frekuensi nadi cepat dan lemah, kulit kelihatan pucat. Mewaspai adanya tanda peningkatan TIK seperti gejala mual, pusing, papil edema, edema serebral. Hasil anamnesa penulis bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus pada pasien Tn.A dengan hasil pemeriksaan fisik sirkulasi tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

c. B3 (Brain/Persyarafan)

Kesadaran pasien cimpomentis, GCS 446 (membuka mata dengan spontan, verbalnya kacau, respon motoric pasien baik), tidak ada kejang, tidak ada pusing, pasien tidak mengalami demensia, adanya pupil pasien isokor dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal. Hasil Analisa penulis bahwa antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus yang

terdapat pada pasien Tn.A ada kesenjangan dengan hasil ada gangguan kesadaran sehingga ditemukan masalah gangguan komunikasi verbal.

d. B4 (Bladder)

Kebersihan bersih, tidak terpasang kateter maupun pampers, jumlah urine yang keluar : 1000 ml/hari, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, warna kuning pekat. Pada pasien pre operasi belum terdapat atau tidak terpasang kateter maupun pampers kecuali oleh pasien pasca operasi yang diharuskan menggunakan kateter karena control volunteer berfungsi Kembali setelah 6-8 jam post operasi anastesi inhalasi (Muttaqiin, 2011). Hasil Analisa pasien bahwa tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan, serta tidak memunculkan masalah keperawatan.

e. B5 (Bowel)

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda, tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan, porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari, tidak terdapat nyeri abdomen, mual (-) dan muntah (-), jenis nasi padat, dan tidak terpasang NGT. Makanan yang baru diberikan jika perut tidak kembung, peristaltic normal, pasien sudah flatus. Monitor cairan perinfus sangat penting untuk mengetahui kecukupan pengganti dan mencegah kelebihan cairan (Muttaqin, 2011). Hasil Analisa penulis bahwa antara tinjauan pusaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan maka tidak ada masalah keperawatan.

f. B6 (Muskuloskeletal & Intergumen)

Warna kulit putih, pasien mobilisasi dibantu oleh istrinya seperti ke kamar mandi, akril hangat, kekuatan otot menurun terdapat masalah keperawatan resiko jatuh. Pada kondisi yang lama dapat terjadi kontraktur karena imobilitas dan dapat pula terjadi spastisitas atau ketidakseimbangan antara otot-otot karena terputusnya hubungan antara saraf pusat dan saraf di otak dengan reflek pada sinyal (Muttaqin, 2011). Hasil Analisa penulis bahwa ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, ada masalah keperawatan yaitu risiko jatuh.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Masalah keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang profesi perawat. Masalah keperawatan pada kasus ini meliputi penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan komunikasi verbal dan risiko jatuh (SDKI, 2018).

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Lesi Menempati Ruang (Tumor)

Masalah keperawatan yang pertama adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor) (SDKI, 2018). Mendefinisikan penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial. Masalah

ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul pada klien meliputi data subjektif yang didapatkan Tn.A mengatakan pertama kali masuk di ruangan pav 7 pasien mengeluh pusing dan pasien sering kali cegukan yang tak terduga tetapi bukan karena makanan. Data objektif didapatkan tekanan darah 140/80 mmHg, reflek neurologis terganggu dan tampak lemah. Menurut Ariani (2012) perubahan suplai darah akibat tekanan atau adanya masa yang ditimbulkan tumor yang tumbuh menyebabkan nekrosis otak. Gangguan suplai darah arteri pada umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan cerebrovaskuler primer. Darah yang beredar didalam otak menurun sehingga suplai nutrisi otak pun menurun. Disinilah akhir metabolisme anaerob adalah asam laktat, sehingga produksi asam laktat meningkat. Asam laktat yang meningkat tersebut menjadikan pembuluh darah otak melebar. Aliran darah otak menjadi meningkat dan menyebabkan penekanan pembuluh darah dan jaringan serebral. Metabolism anaerob juga menyebabkan produksi ATP menurun karena membutuhkan banyak energi tubuh. Menurunnya suplai oksigen ke otak yang menyebabkan hipoksia sehingga terjadi edema jaringan otak (Price, 2006).

2. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler

Masalah keperawatan yang kedua adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (SDKI, 2017). Mendefinisikan gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses,

mengirim dan/atau menggunakan simbol. Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang muncul pada klien meliputi data subjektif yang didapatkan istri Tn.A mengatakan bahwa pasien kalau diajak berkomunikasi terkadang tidak menyambung. Data objektif didapatkan menunjukkan respon yang tidak tepat, verbalisasi tidak tepat, dan sulit mengungkapkan kata-kata. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan karakteristik dari diagnosa gangguan komunikasi verbal adalah afasia, distrasia, bicara tidak jelas, kesulitan menyusun kata-kata atau kalimat, sulit memahami komunikasi, tidak bisa bicara, sulit menggunakan ekspresi wajah dan tubuhnya, dan sulit mengungkapkan kata-kata. Penulis berpendapat bahwa gangguan komunikasi verbal karena adanya edema pada serebral/otak.

3. Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun

Masalah keperawatan yang ketiga adalah risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (SDKI, 2017). Mendefinisikan risiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan Kesehatan akibat terjatuh. Masalah ini ditegaskan berdasarkan data yang didapatkan meliputi faktor risiko yang ada di Tn.A, faktor risiko yaitu kekuatan otot menurun, mobilisasi masih bantu istri. Untuk itu perlu adanya bantuan dari alat atau istri pasien untuk menemani melakukan aktivitas agar keselamatan dan keamanannya terjaga. Yang seperti kita tahu, *Patient Safety* atau Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. (Ghea,2019). Menegakkan risiko jatuh sebagai diagnosa keperawatan prioritas ketiga yaitu Tn.A mengalami

kekuatan otot menurun. Penulis berpendapat bahwa risiko jatuh akan terjadi jika tidak adanya alat bantu jalan maupun dibantu oleh keluarga.

4.3 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Dalam tahap ini maka penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Berhubungan Dengan Lesi Menempati Ruang (Tumor)

Pada diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor) bertujuan untuk mengidentifikasi adanya nyeri kepala pada Tn. A dengan rencana tindakan mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Lesi), monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semifowler, pertahankan suhu tubuh normal. Dengan meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien tidak merasa sakit kepalanya semakin pusing.

2. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler

Pada diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler bertujuan untuk komunikasi verbal

meningkat pada Tn. A dengan rencana tindakan monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, ulangi apa yang disampaikan pasien, dan ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara agar penyampaian verbal Tn.A jelas dan dapat dimengerti.

3. Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh bertujuan untuk menurunkan tingkat jatuh saat berjalan ke kamar mandi pada Tn.A dengan rencana tindakan identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrall tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, gunakan alat bantu berjalan, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien. Tn.A dibantu oleh istrinya untuk berjalan ke kamar mandi dan menggunakan kursi roda.

4.4 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan tidak dilakukan secara sendiri namun juga dibantu oleh perawat di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Lesi Menempati Ruang (Tumor)

Pada diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor) bertujuan untuk mengidentifikasi adanya nyeri kepala pada Tn. A dengan rencana tindakan mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Lesi,), monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semifowler, pertahankan suhu tubuh normal, dan berkolaborasi dengan dokter pemberian obat dexamethasone 1x20 mg.

2. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler

Pada diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler bertujuan untuk komunikasi verbal meningkat pada Tn. A dengan rencana tindakan monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode komunikasi alternatif (syarat tangan), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien, ulangi apa yang disampaikan pasien, dan anjurkan berbicara dengan perlahan.

3. Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun

Pada diagnosa keperawatan risiko jatuh bertujuan untuk menurunkan tingkat jatuh saat berjalan ke kamar mandi pada Tn.A dengan rencana tindakan identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi factor lingkungan yang

meningkatkan resiko jatuh, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrall tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, gunakan alat bantu berjalan, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien.

4.5 Evaluasi

1. Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien sudah teratasi karena pasien sedang dilakukan operasi.
2. Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu perilaku respon perilaku belum membaik, pemahaman komunikasi belum membaik.
3. Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan risiko jatuh disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi karena belum sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu berjalan ke kamar mandi masih dibantu istrinya.

Hasil evaluasi pada Tn.A masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada masalah yang belum teratasi dan kondisi Tn.A belum dilakukan operasi.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Tumor Serebri di Ruang Pav 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosa medis Tumor Serebri, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengalami Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial yang memiliki gejala kelemahan otot pada bagian kanan tubuh yang dapat menyebabkan berbagai keterbatasan beraktivitas sehari-hari.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien yang muncul yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor), gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan risiko jatuh.
3. Perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosa yang diangkat yaitu pada diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (tumor) yang bertujuan untuk mengatasi adanya kelamahan otot, gangguan komunikasi dan terjadinya resiko jatuh pada Tn.A dengan rencana tindakan

identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, dan pertahankan suhu tubuh.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor status pernapasan, memonitor intake dan output cairan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, memberikan posisi semi fowler, dan mempertahankan suhu tubuh.
5. Hasil evaluasi pada Tn.A masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena ada masalah yang belum teratasi, tetapi masalah tersebut akan teratasi dengan adanya operasi yang dilakukan pada hari jumat, dan pasien habis operasi langsung dibawa keruang ICU untuk pemulihan. Jika sudah sadar pasien akan dibawa kembali ke Ruang Pav 7.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi peneliti hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi peneliti berikutnya yang akan mengambil studi kasus tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa media tumor serebri. untuk mencapai hasil keperawatan yang lebih baik diharapkan sangat diperlukan hubungan yang baik antara tim kesehatan dengan keluarga dan pasien.

-
2. Bagi profesi lain dengan adanya penelitian ini diharapkan mampu memberi wawasan dan pemahaman yang baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Tumor Serebri.

DAFTAR PUSTAKA

- DiGulio, M., & Jackson, D. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Rapha Publishing
- Purba, dkk. (2014). *Konsep & pada klien dengan masalah psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan : USU Press
- Center for Disease Control And Prevention (CDC). 2012. Body Mass Index : Considerations for Practitioners. 1-4
- Kemendes RI. 2017. *Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Fauzi, Ghea, C. Z. 2019. *Hubungan Antara Asupan Natrium, Kalium, Protein, dan Cairan dengan Edema pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Rawat Jalan dengan Hemodialisa Rutin di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul* [Skripsi]. Yogyakarta: Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Politeknik Kesehatan Yogyakarta
- Anonim. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 Tentang Persyaratan Kualitas Air Minum. Jakarta: Depkes RI
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik ((cetakan III) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI
- Rabelo, S. E. R., Cavalcanti, A. C. D., Caldas, M. C. R. G., Lucena, A. de F., Almeida, M. de A., Linch, G. F. da C., da Silva, M. B., & Muller-Staub, M. 2016. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical N*, 26, 379–387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Shonia Okta Cendraiswati
NIM : 2130059
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Jayapura, 7 Oktober 1999
Alamat : Dk. Sentong No.45 Balongsari, Surabaya
Email : shoniaoktacendraiswati123@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SDN Tandes Lor Surabaya Lulus Tahun 2011
2. SMP Taman Pelajar Surabaya Lulus Tahun 2014
3. SMA Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2017
4. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Jangan pernah menyerah dalam menggapai impian”

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan nikmat kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini guna meraih gelar Ners (Ns) dengan tepat waktu
2. Terima kasih untuk bapak dan ibu saya, yang selalu memberikan do'a dan semangat dalam menjalankan segala sesuatu yang saya lakukan, selalu ada disaat saya sedih amupun senang, tempat curhat dan selalu memberikan arahan maupun pandangan untuk menjadi orang sukses.
3. Terima kasih untuk adik-adik saya, bima, arum dan yang paling kecil laras yang selalu meramaikan rumah dan saling memberikan semangat disaat sedih.
4. Terima kasih kepada pembimbing saya (Bapak Nuh Huda, M.Kep., Ns., Sp., Kep.MB.) yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga dalam memberi bimbingan dan arahan kepada saya selama pembuatan tugas akhir ini.
5. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
6. Terima kasih kepada kelompok bimbingan KIA saya (Bu Rina, Bu Erlina, Bu Gunaran, Bu Ticka, Bu Yesie) yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan KIA ini.

7. Terima kasih kepada teman-teman saya (fenny, puspa, evin, tiara, nadiyah, aswinda) yang selalu berusaha memotivasi aku agar tidak malas malasan dan saling membantu juga.
8. Terima kasih kepada kekasih saya (M. Choirul Ummah) yang selalu membuat mood saya kembali lagi disaat lagi stress dalam penyusunan KIA ini, dan juga menyemangati agar tidak malas-malasan.

Lampiran 3

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEREKAMAN ELEKTROKARDIOGRAFI
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Rekaman elektrokardiografi merupakan catatan kegiatan listrik jantung yang dapat diinterpretasikan untuk menegakkan diagnosis dan evaluasi efek pemberian terapi
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah dalam pembuatan rekaman elektrokardiografi
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit jantung koroner (IMA dan Angina) 2. Disritmia jantung 3. Ketidakseimbangan elektrolit 4. Penyakit inflamasi pada jantung 5. Pembesaran jantung 6. Setelah pemberian obat-obat jantung, misal: (lanoxin) dan tricyclik antidepresan
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat perekam EKG 2. Kabel electrode 12 lead 3. Pata/ jely 4. Tisu pembersih
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat didekatkan pada sebelah kanan atau kiri pasien 2. Beri informasi pada pasien tentang pemeriksaan yang akan dilakukan 3. Siapkan lingkungan, penyekat ruangan apabila perlu terutama pasien perempuan 4. Pasang kabel power ke listrik, nyalakan alat perekam EKG 5. Buka pakaian bagian atas pasien 6. Berikan jely pada tempat-tempat yang merupakan sandapan EKG: <ol style="list-style-type: none"> a. Tangan kanan (untuk warna merah) b. Tangan kiri (untuk warna kuning) c. Kaki kiri (untuk warna hijau) d. Kaki kanan (untuk warna hitam) e. V1: daerah intercostae keempat parasternal kanan

	<ul style="list-style-type: none"> f. V2: daerah intercostae keempat parasternal kiri g. V3: daerah intercostae kelima antara V2 dan V3 h. V4: daerah intercostae kelima garis tengah kalvikula i. V5: daerah intercostae kelima garis axilla anterior j. V6: daerah intercostae kelima garis tengah axilla <ol style="list-style-type: none"> 7. Hubungkan tiap-tiap letak sandapan tersebut dengan electrode yang sesuai 8. Sebelum merekam lead, buatlah rekaman kalibrasi 9. Setelah selesai merekam, bersihkan lead dan tubuh pasien dari sisa-sisa jelly, kembalikan electrode dan alat EKG ke tempatnya <p>Perhatian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selama proses merekam sebaiknya pasien rileks dan tidak bergerak 2. Kedua ekstermitas bawah tidak boleh saling menempel
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Bereskan peralatan 3. Salam terapeutik
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal dan jam pembuatan 2. Nama, umur, dan no, register pasien 3. Tempelkan hasil rekaman di dokumen pasien

Lampiran 4

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR TEKANAN DARAH
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Menilai tekanan darah yang merupakan indikator untuk menilai sistem kardiovaskuler bersamaan dengan pemeriksaan nadi.
Tujuan	Mengetahui nilai tekanan darah
Indikasi	Hindari penempatan manset pada tangan lengan yang terpasang infus, <i>shun</i> arteri vena, lengan yang mengalami fistula, trauma tertutup gip dan balutan.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spinomanometer (tensimeter) yang terdiri dari : manometer air raksa dan klep penutup dan pembuka manset udara 2. Stetoskop 3. Buku catatan tanda vital dan pena 4. Pasien diberitahu dengan seksama (bila pasien sadar)
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan 2. Posisikan pasien nyaman mungkin
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur kepada pasien 2. Cuci tangan 3. Gunakan sarung tangan 4. Atur posisi pasien 5. Letakkan lengan yang hendak diukur pada posisi terlentang 6. Lengan baju dibuka 7. Pasang manset pada lengan kanan/kiri atas sekitar 3 cm diatas <i>fossa cubiti</i> (jangan terlalu ketat maupun terlalu longgar)

Lampiran 5

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR NADI
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Menghitung frekuensi denyut nadi yang merupakan loncatan aliran darah yang dapat teraba dan terdapat di berbagai titik anggota tubuh: arteri radialis (pergelangan tangan), arteri <i>brachialis</i> (lipatan paha, selangkangan), arteri dorsalis pedis (kaki) dan arteri frontalis (ubun-ubun) melalui perabaan nadi yang lazim diperiksa atau diraba pada radialis.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit 2. Mengetahui keadaan umum pasien
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arloji (jam) atau <i>stop watch</i> 2. Buku catatan dan pena
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 5. Spinomanometer (tensimeter) yang terdiri dari : manometer air raksa dan klep penutup dan pembuka manset udara 6. Stetoskop 7. Buku catatan tanda vital dan pena 8. Pasien diberitahu dengan seksama (bila pasien sadar)
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Gunakan sarung tangan 3. Raba/palpasi arteri yang akan diperiksa 4. Hitung denyut nadi, perhitungan dilakukan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah pada arteri (umumnya arteri radialis) selama 1 menit penuh. 5. Catat hasil perhitungan 6. Rapikan pasien 7. Mencuci tangan 8. Evaluasi volume denyut nadi, irama (teratur/tidak) dan tekanannya

Lampiran 6

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR PERNAPASAN (<i>RESPIRATORY RATE</i>)
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Suatu tindakan dalam menghitung jumlah pernapasan pasien dalam 1 menit.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit 2. Menghitung keadaan umum pasien
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tangan dengan jarum penunjuk detik 2. Pena (bulpoin) 3. Buku catatan
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan beri tahu pasien bahwa perawat akan menghitung frekuensi pernapasan 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan kegiatan 2. Gunakan sarung tangan bersih (handscon) 3. Menghitung pernapasan dengan menghitung turun naiknya dada sambil memegang pergelangan tangan 4. Observasi siklus pernapasan lengkap 5. Hitung frekuensi pernapasan selama 1 menit penuh 6. Sambil menghitung, perhatikan apakah kedalaman pernapasan : dangkal, dalam atau normal, apakah irama regular atau irregular 7. Catat hasil 8. Merapikan pasien 9. Merapikan peralatan 10. Cuci tangan sesudah melakukan kegiatan

Lampiran 7

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MENGUKUR SUHU AXILLA
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Mengukur suhu tubuh dengan termometer yang dilakukan di daerah axilla/ketiak.
Tujuan	Untuk mengetahui suhu tubuh seseorang.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer axilla bersih dalam tempatnya 2. Air mengalir 3. Tissue 4. Buku catatan 5. Jam tangan 6. Kapas alkohol
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien mengenai prosedur yang akan dilakukan 2. Posisikan pasien dengan keadaan nyaman 3. Jaga privasi pasien
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan 2. Gunakan sarung tangan bersih 3. Peralatan dibawa ke dekat pasien 4. Membuka bagian atas dari pakaian pasien, keringkan ketiak dengan handuk jika perlu 5. Pasang termometer sehingga bagian reservoir tepat ditengah ketiak pasien 6. Izinkan pasien untuk membantu dalam pelaksanaan prosedur 7. Pastikan termometer menempel di permukaan kulit 8. Menyilangkan tangan pasien di atasnya 9. Angkat termometer setelah \pm 5-10 menit dan bacahasilnya 10. Catat hasil 11. Merapikan pasien 12. Merapikan peralatan 13. Cuci tangan sesudah melakukan kegiatan 14. Pendokumentasian

Lampiran 8

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIAN OBAT INJEKSI INTRA VENA MELALUI SALURAN INFUS
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui saluran infus.
Tujuan	Sebagai tindakan pengobatan
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan obat sesuai dengan dosis anjuran. 2. Sput 3. Buku obat 4. Kapas alkohol 5. Sarung tangan
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin untuk proses penyuntikan 2. Pastikan pemberian obat sesuai dengan pasien 3. Jaga privasi pasien 4. Jelaskan tujuan prosedur yang akan dilakukan kepada klien. Sampaikan pada pasien dan keluarga
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan 7B (benar pasien , benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute pemberian, benar informasi, benar dokumentasi) 2. Perawat mencuci tangan 3. Memakai sarung tangan (handscon) bersih 4. Memasang perlak dan pengalasnya pada area bawah yang terpasang infus 5. Mengecek kelancaran tetesan infus sebelum obat dimasukkan 6. Memastikan tidak ada udara pada spuit disposable berisi obat 7. Mematikan atau mengklame infus 8. Melakukan desinfektan pada area karet saluran infus set pada saluran infus

	<ol style="list-style-type: none">9. Menusukkan jarum ke bagian karet saluran infus dengan hati-hati dengan memiringkan jarum 15-45°10. Melakukan aspirasi atau menghisap spuit disposable untuk memastikan bahwa obat masuk ke saluran vena dengan baik. Jika saat aspirasi terlihat darah keluar ke selang infus maka obat siap untuk dimasukkan11. Memasukkan obat secara perlahan dengan mendorong pegangan disposable spuit sampai obat habis12. Mencabut jarum dan bagian karet saluran infus dengan mendidih kapas pada lokasi tusukan jarum tadi13. Membuka klem cairan infus dan mengobservasi kelancaram tetesan aliran infus14. Membuang disposable spuit ke bengkok15. Menghitung tetesan infus sesuai dengan ketentuan program pemberian cairan16. Membereskan pasien17. Membereskan alat-alat18. Melepas sarung tangan (handscon)19. Mencuci tangan
--	---

Lampiran 9

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGAMBILAN DARAH VENA
STIKES Hang Tuah Surabaya	
Pengertian	<p>Dalam kegiatan pengumpulan sampel darah dikenal istilah phlebotomy yang berarti proses mengeluarkan darah. Dalam praktek laboratorium klinik, ada 3 macam cara memperoleh darah, yaitu : melalui tusukan vena (venipuncture), tusukan kulit (skinpuncture) dan tusukan arteri atau nadi. Venipuncture adalah cara yang paling umum dilakukan, oleh karena itu istilah phlebotomy sering dikaitkan dengan venipuncture.</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendapatkan sampel darah vena yang baik dan memenuhi syarat untuk dilakukan pemeriksaan 2. Untuk menurunkan resiko kontaminasi dengan darah (infeksi, needle stick injury) akibat vena punctie bagi petugas maupun penderita 3. Untuk petunjuk bagi setiap petugas yang melakukan pengambilan darah (phlebotomy)
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spuit atau jarum suntik 3 ml atau 5 ml 2. Torniquet 3. Kapas alkohol 4. Plesterin 5. Anti koagulan / EDTA 6. Vacuum tube 7. Bak injeksi
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pada pasien 2. Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah, usahakan pasien nyaman mungkin 3. Jelaskan maksud dan tujuan tentang tindakan yang akan dilakukan 4. Minta pasien meluruskan lengannya, pilih tangan akan banyak melakukan aktivitas 5. Minta pasien untuk mengepalkan tangannya 6. Pilih bagian vena <i>mediana cubiti</i> atau <i>cephalica</i>. Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan

	<p>posisi vena. Vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastik dan memiliki dinding tebal</p> <ol style="list-style-type: none">7. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangan selama 5 menit pada daerah lengan8. Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alkohol 70% dan biarkan kering, dengan catatan kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi9. Tusuk bagian vena dengan posisi lubat jarum menghadap ke ats. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk kedalam semprit (<i>flash</i>). Usahakan sekali tusuk vena, lalu tourniquet dilepas10. Setelah volume darah dianggap cukup, minta pasien membuka kepalan tangannya11. Letakkan kapas di tempat sintikan lalu segera lepaskan/tarikan jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama \pm 15 menit12. Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan13. Mencatat hasil pengkajian sebelum, selama dan setelah tindakan prosedur14. Mencatat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan
--	---