**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERATION* *CRANIOTOMY* HARI KE - 4 DENGAN**

**INDIKASI *CRANIOPHARYNGIOMA* DI RUANG H 1**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**DHONI ROCHIM**

**NIM. 172.1007**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERATION CRANIOTOMY* HARI KE - 4 DENGAN**

**INDIKASI *CRANIOPHARYNGIOMA* DI RUANG H 1**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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

**Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**DHONI ROCHIM**

**NIM. 172.1007**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

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

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



Surabaya, 27 Februari 2020

RAMADHAN YANUAR ERLANGGA

NIM. 162.0069

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dhoni Rochim

NIM : 172.1007

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Nn. R Dengan Diagnosa Medis *Post Operation* *Craniotomy* Hari ke- 4 Dengan Indikasi *Craniopharyngioma* Di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |



Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Dhoni Rochim

Nim : 172.1007

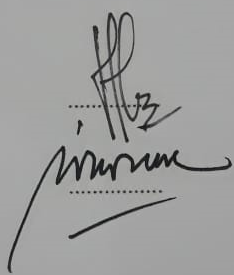
Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Nn. R Dengan Diagnosa Medis *Post Operation* *Craniotomy* Hari ke- 4 Dengan Indikasi *Craniopharyngioma* Di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

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

Hari, tanggal : Kamis, 27 Februari 2020

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

**Penguji I** : **Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03.044**

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

**NIP.04.014**

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi D-III Keperawatan

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

**NIP. 03.007**

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Jadilah orang yang baik dan berikan contoh yang baik, agar hidupmu dikelilingi dengan kebaikan - kebaikan

Ku persembahkan karya sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran dan kemudahan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu tercinta yang selalu memberi semangat, motivasi, dukungan materi, moral dan kasih sayang yang tak kunjung padam.
3. TNI Angkatan Laut yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan D-III keperawatan.
4. Dosen pembimbing institusi dan pembimbing lahan yang sudah memberikan ilmu pengetahuan serta bimbingan yang sangat baik untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat 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 tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI DR. Radito Soesanto, Sp.THT-KL.,Sp.KL selaku kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan sekaligus pembimbing II yang telah memberikan kesempatan pada menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kepselaku pembimbing I yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga dan arahan serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan studi kasus ini.
6. Kepala Perpustakaan dan staff Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memfasilitasi dalam mencari refrensi untuk karya tulis ilmiah ini.
7. Pasien Nn.R dan keluarga pasien yang kooperatif selama pengambilan data maupun proses asuhan keperawatan.
8. Senior, letting, dan adek letting di dalam keluarga mess Progsus Stikes Hang Tuah Surabaya yang saling membantu untuk menyeselesaikan karya tulis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan, akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

[**HALAMAN JUDUL** ii](#_Toc34814536)

[**SURAT PERNYATAAN** ii](#_Toc34814537)

[**HALAMAN PERSETUJUAN** iii](#_Toc34814538)

[**HALAMAN PENGESAHAN** iv](#_Toc34814539)

[**MOTTO DAN PERSEMBAHAN** v](#_Toc34814540)

[**KATA PENGANTAR** vi](#_Toc34814541)

[**DAFTAR ISI** viii](#_Toc34814542)

[**DAFTAR TABEL** xi](#_Toc34814543)

[**DAFTAR GAMBAR** xii](#_Toc34814544)

[**DAFTAR LAMPIRAN** xiii](#_Toc34814545)

[**DAFTAR SINGKATAN** xiv](#_Toc34814546)

[**BAB 1**](#_Toc34814547)[**PENDAHULUAN** 1](#_Toc34814548)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc34814549)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc34814550)

[1.3 Tujuan Penelitian 3](#_Toc34814551)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc34814552)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc34814553)

[1.4 Manfaat 4](#_Toc34814554)

[1.4.1 Akademik 4](#_Toc34814555)

[1.4.2 Praktis 4](#_Toc34814556)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc34814557)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc34814558)

[1.5.2 Teknik Penggumpulan Data 5](#_Toc34814559)

[1.5.3 Sumber Data 6](#_Toc34814560)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc34814561)

[1.6.1 Bagian Awal 6](#_Toc34814562)

[1.6.2 Bagian Inti 7](#_Toc34814563)

[1.6.3 Bagian Akhir. 7](#_Toc34814564)

[**BAB 2**](#_Toc34814565)[**TINJAUAN PUSTAKA** 8](#_Toc34814566)

[2.1 Anatomi dan Fisiologi Otak 8](#_Toc34814567)

[2.1.1 Bagian Otak 9](#_Toc34814568)

[2.1.2 Pelindung Otak 13](#_Toc34814569)

[2.2 Konsep Penyakit Tumor Intrakranial 14](#_Toc34814570)

[2.2.1 Definisi Tumor Intrakranial 14](#_Toc34814571)

[2.2.2 Etiologi Tumor Intrakranial 15](#_Toc34814572)

[2.2.3 Manifestasi klinik Tumor Intrakranial 17](#_Toc34814573)

[2.2.4 Patofisiologi Tumor Intrakranial 18](#_Toc34814574)

[2.2.5 Komplikasi Tumor Intrakranial 19](#_Toc34814575)

[2.2.6 Pemeriksaan Diagnosis Tumor Intrakranial 19](#_Toc34814576)

[2.2.7 Penatalaksanaan Medis Tumor Intrakranial 21](#_Toc34814577)

[2.3 Konsep Bedah *Craniotomy* 22](#_Toc34814578)

[2.3.1 Penanganan Prabedah *Craniotomy* 22](#_Toc34814579)

[2.3.2 Penanganan Intraoperasi *Craniotomy* 23](#_Toc34814580)

[2.3.3 Penanganan Pasca Bedah *Craniotomy* 25](#_Toc34814581)

[2.4. Konsep Asuhan Keperawatan *Post Operation* *Craniotomy* 25](#_Toc34814582)

[2.4.1 Pengkajian 25](#_Toc34814583)

[2.4.2 Diagnosa Keperawatan 29](#_Toc34814584)

[2.4.3 Perencanaan 30](#_Toc34814585)

[2.4.4 Pelaksanaan 34](#_Toc34814586)

[2.4.5 Evaluasi 34](#_Toc34814587)

[**BAB 3**](#_Toc34814588) [**TINJAUAN KASUS** 36](#_Toc34814589)

[3.1 Pengkajian 36](#_Toc34814590)

[3.1.1 Identitas 36](#_Toc34814591)

[3.1.2 Keluhan Utama 36](#_Toc34814592)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 36](#_Toc34814593)

[3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu 37](#_Toc34814594)

[3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga 37](#_Toc34814595)

[3.1.6 Genogram 38](#_Toc34814596)

[3.1.7 Riwayat Alergi 38](#_Toc34814597)

[3.1.8 Hasil Observasi 38](#_Toc34814598)

[3.1.9 B1 (Breath/Pernapasan) 39](#_Toc34814599)

[3.1.10 B2 (Blood/Sirkulasi) 39](#_Toc34814600)

[3.1.11 B3 (Brain/Persyarafan) 39](#_Toc34814601)

[3.1.12 B4 (Bladder/Perkemihan) 40](#_Toc34814602)

[3.1.13 B5 (Bowel/Pencernaan) 40](#_Toc34814603)

[3.1.14 B6 (Bone/Muskuloskeletal) 41](#_Toc34814604)

[3.1.15 Pola istirahat Tidur 41](#_Toc34814605)

[3.1.16 Endokrin 41](#_Toc34814606)

[3.1.17 Sistem Integumen 42](#_Toc34814607)

[3.1.18 Seksual Reproduksi 42](#_Toc34814608)

[3.1.19 Kemampuan Perawatan Diri 42](#_Toc34814609)

[3.1.20 Psikososiokultural 42](#_Toc34814610)

[3.1.21 Pemeriksaan Penunjang 43](#_Toc34814611)

[3.1.22 Terapi Medis 45](#_Toc34814612)

[3.2 Analisa Data 46](#_Toc34814613)

[3.3 Proritas Masalah 48](#_Toc34814614)

[3.4 Rencana Keperawatan 49](#_Toc34814615)

[3.5 Implementasi 54](#_Toc34814616)

[**BAB 4**](#_Toc34814617) [**PEMBAHASAN** 68](#_Toc34814618)

[4.1 Pengkajian 68](#_Toc34814619)

[4.1.1 Identitas 68](#_Toc34814620)

[4.1.2 Keluhan Utama 69](#_Toc34814621)

[4.1.3 Riwayat Penyakit Dahulu 70](#_Toc34814622)

[4.1.4 Hasil Pemeriksaan Fisik 70](#_Toc34814623)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 76](#_Toc34814624)

[4.3 Perencanaan 77](#_Toc34814625)

[4.4 Pelaksanaan 80](#_Toc34814626)

[4.5 Evaluasi 81](#_Toc34814627)

[**BAB 5**](#_Toc34814628) [**PENUTUP** 83](#_Toc34814629)

[5.1 Kesimpulan 83](#_Toc34814630)

[5.2 Saran 84](#_Toc34814631)

[**DAFTAR PUSTAKA** 86](#_Toc34814632)

**LAMPIRAN**

# DAFTAR TABEL

Table 2.4.3 Perencanaa.................................................................................. 30

Tabel 3.1.20 Pemeriksaan Penunjang 43

Tabel 3.1.21 Terapi Medis 45

Tabel 3.2 Analisa Data 46

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 48

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan ……………………………………….. 49

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi.............………………………….. 54

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Otak........................................................................ 8

Gambar 2.1 Gambar Bagian Otak........................................................... 9

Gambar 2.5 Kerangka Masalah 35

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Mencuci Tangan 88

Lampiran 2 SOP Rawat Luka 93

# DAFTAR SINGKATAN

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

CT Scan: *Computerized Tomography Scaning*

GCS : *Glosgow Coma Scale*

gr : gram

MAP : *Mean Arterial Pressure*

MmHg : *Milimeter Hidrogium*

mg *:* mili gram

N : Nadi

RR : *Respiratory Rate*

S : Suhu

SAP : Satuan Acara Penyuluhan

SOP : Standar Operasional Prosedur

TD : Tekanan Darah

TIK : Tekanan Intrakranial

# BAB 1

# PENDAHULUAN

# 

* 1. **Latar Belakang**

Tumor intrakranial adalah neoplasma atau proses desak ruang ( *space occupying lesion* atau *space taking lesion* ) yang timbul di dalam rongga tengkorak baik didalam kompartemen supratentotrial maupun infratentorial, di dalam hal ini mencakup tumor-tumor primer pada korteks meningens, vaskuler, kelenjar hipofise, saraf otak, jaringan penyangga, serta tumor metastasis dari bagian tubuh lainnya. Kraniofaringioma merupakan tumor jinak regio sella yang jarang terjadi dan penanganannya memiliki kesulitan yang tinggi karena lokasinya dan morbiditasnya, serta tingginya laju rekurensi (Satyanegara, 2010). Sehingga dapat muncul masalah keperawatan penurunan adaptif intrakranial, gangguan mobilisasi, pola napas tidak efektif, nyeri akut, risiko jatuh, nausea dan pasien dapat juga berindikasi melakukan operasi sehingga juga dapat muncul masalah gangguan intergritas jaringan (Tim Pokja SDKI, 2016).

Menurut (WHO, 2018) kasus *craniopharyngioma* terdapat sekitar 1,2-4,6% dari seluruh tumor intrakranial, dengan 0,5-2,6 kasus baru per satu juta penduduk per tahun di Amerika Serikat. Sedangkan menurut RIKESDAS 2018 pasien dengan kasus tumor otak di Indonesia mencapai angka 3,6 % diantaranya 0,7 % laki – laki dan 2,9 % perempuan. Pasien dengan diagnosa medis *post operation craniotomy* yang di rawat di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam tahun 2019-2020 didapatkan sebanyak 11 pasien tumor intrakranial di ruang bedah saraf dari 455 hanya 1 pasien yang mengalami kasus dengan diagnosa *craniopharyngioma*, tumor intrakranial dapat terjadi pada semua usia dan tidak menunjukkan perbedaan dalam jenis kelamin, namun terdapat puncak insiden yaitu pada kelompok usia 5-14 tahun dan usia 50-74 tahun.

Tumor intrakranial adalah pertumbuhan sel abnormal di dalam otak yang terdapat dua tipe yaitu ganas dan jinak. Tumor ganas biasa disebut dengan kanker, tumor jinak relatif tumbuh lambat yang tidak dapat menyebar ke bagian tubuh lain, tumor ganas tumbuh relatif cepat dan bisa menyerang jaringan sekitarnya dan mempengaruhi fungsi otak dan dapat mengancam jiwa, perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang bertumbuh, menyebabkan nekrosis jaringan/otak. Ganguan suplai darah pada arteri umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskular primer serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuron dihubungkan dengan kompresi, invasi, dan perubahan suplai darah ke jaringan otak. Beberapa tumor membentuk kista yang juga menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologis fokal (Silalahi & Djakaria, 2017), maka muncul pada pasien masalah keperawatan nyeri akut, penurunan adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, nausea, gangguan intergritas jaringan, risiko infeksi.

Perawat berfungsi sebagai pelaksana asuhan keperawatan secara komprehensif melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi, tugas utama perawat pada kasus tumor otak atau tumor intrkranial ( *craniopharyngioma* ) dapat dilakukan tindakan keperawatan seperti tindakan pemantuan peningkatan tekanan intrakranial, melakukan pemantauan status dan pola pernapasan pasien, pemantauan kebutuhan nutrisi, melakukan edukasi terkait perkembangan kondisi pasien sampai dengan pemantauan dan pemeriksaan fisik secara keseluruhan hingga mengacu pada tindakan kolaborasi dengan tim medis lain untuk pelaksanaan terapi atau melakukan tindakan operasi.

# 1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *Post Operation* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma* di ruang H 1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

# 1.3. Tujuan penelitian

# 1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *Post Operation Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma* di ruang H 1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

# 1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Nn. R dengan diagnosa medis *Post O*peration *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa *Post Operation* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa *Post Operaton* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*
4. Mengaplikasikan tindakan keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa *Post Operation* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*
5. Melakukan evaluasi pada pasien Nn. R dengan diagnosa *Post Operation* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*
6. Mendokumentasikan pada pasien Nn. R dengan diagnosa *Post operation Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*

# 1.4. Manfaat

Terkait dengan tujuan maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat secara akademik dan secara praktis bagi pelayanan keperawatan, sebagai salah satu referensi bagi peulis, dan bagi profesi kesehatan.

* + 1. **Akademik**

Hasil karya tulis ilmiah ini menjadi sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *post operation craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *craniopharyngioma.*

* + 1. **Praktis**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit hasil karya tulis ini menjadi tambahan referensi dalam melakukan asuhan keperawatan.
2. Bagi penulis

Hasil ini dapat sebagai salah satu rujukan atau referensi bagi penulis berikutnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *post operation Craniotomy* hari ke - 4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*

1. Bagi profesi kesehatan

Digunakan sebagai penambahan ilmu bagi profesi kesehatan dalam malakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *post operation* *Craniotomy* hari ke–4 dengan indikasi *Craniopharyngioma.*

* 1. **Metode penulisan**
     1. **Metode**

Metode yang digunakan adalah metode diskriptif yaitu metode yang bersifat mengungkapan peristiwa atau kejadian yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi pustaka yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan melakukan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah –langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan diakhiri dokumentasi.

# 1.5.2. Teknik penggumpulan data

a. Wawancara

Data diambil melalui pecakapan dengan pasien, keluarga ataupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data di ambil dari percakapan dengan pasien, keluarga ataupun tim medis lain seperti keluhan utama pasien, keadaan pasien, hasil pemerikasaan laboratorium, hasil perkembangan pasien.

c. Pemeriksaan

Data di ambil dari pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium yang dapat menunjang dalam menegakan diagnosa dan tindakan selanjutnya

* + 1. **Sumber data**

1. Data primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari pasien seperti keluhan utama, status keluarga, identitas pasien, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat alergi.

1. Data sekunder

Data yang di peroleh dari keluarga pasien atau orang terdekat pasien, catatan rekamedis pasien, hasil pemeriksaan dan tim medis lain.

1. Sumber kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas berupa buku, jurnal penelitian dan internet.

# 1.6. Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah di pahami dalam mempelajari karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan maka di bagi menjadi 3 bagian, yaitu :

* + 1. **Bagian awal**

Meliputi halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan, kata pengantar dan daftar isi.

* + 1. **Bagian inti terdiri dari 5 bab yaitu :**

BAB 1, Pendahuluan, latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan, sistematika penulisan.

BAB 2, Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien serta kerangka masalah.

BAB 3, Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, pencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4, Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5, Penutup, simpulan dan saran.

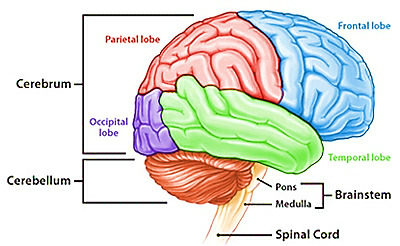
* + 1. **Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.**

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *Post Operation* *Craniotomy* dengan indikasi *Craniopharyngioma,* konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Post Operation* *Craniotomy* Nn. R dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

# 2.1 Anatomi dan Fisiologi Otak

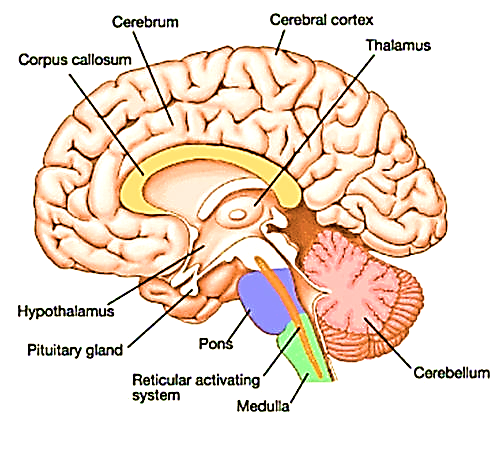


**Gambar 2.1. Otak** (Sari, 2018)**.**

Otak memiliki tiga bagian utama, otak besar, otak kecil, dan batang otak. Otak besar adalah komandan tubuh manusia ini terbagi menjadi dua belahan otak, setiap belahan otak berisi empat lobus yaitu lobus frontalis, lobus parientalis, lobus temporal dan lobus oksipital yang mengendalikan fungsi tubuh tertentu.

Otak merupakan suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat di tubuh yang mengatur semua kegiatan dan aktivitas tubuh, otak merupakan bagian dari saraf sentral yang terletak di dalam rongga tengkorak yang di bungkus oleh selaput otak yang sangat kuat, berat otak dewasa kira – kira 1400 gram mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, megkonsumsi 25% oksigen dan 1,5 % curah jantung (Setiadi, 2016).

# 2.1.1. Bagian Otak



**Gambar 2.1.1 Bagian Otak** (Muhammad, 2018)**.**

* 1. Otak besar ( *Cerebrum* )

Berpasangan kanan dan kiri bagian atas otak mengisi setengah masa dari masa otak, permukaanya berasal dari bagian yang menonjol (*gyri*) dan lekukan (*sulci)*.

Otak besar di bagi dalam 4 Lobus yaitu :

1. Lobus frontalis, menstimulasi pergerakan otot, yang betanggung jawab untuk proses pikir, pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak atau nalar, motorik bicara ( bagian kiri ) pusat penghirup, pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis ( area motorik primer ).
2. Lobus parientalis, merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan, dan sedikit menerima perubahan temperatur.
3. Lobus occipitalis, mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata berfungsi juga menginterpretasi dan memproses rangsang pengelihatan dari nervus optikus dan mengasosialisasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain dan memori.
4. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga dan berperan dalam pembentukan dan pengembangan emosi.
   1. Otak depan ( *dianchepalon* )

Terlatak antara *cerebrum* dan otak tengah tersembunyi di balik hemisfer cerebral , terlatak di bagian atas batang otak di depan mesenchepalon yang terdiri dari :

1. Thalamus, berfungsi untuk stasiun pemancar yang sampai di otak dan medulla spinalis.
2. Hipotalamus, berfungsi sebagai pusat pengaturan suhu tubuh, selera makan dan keseimbangan cairan tubuh , rasa lapar, daya sexsual, watak emosi dan juga berperan penting dalam pengendalian aktivitas sistem saraf otak yang melakukan fungsi vegetatif penting untuk kehidupan, seperti pengaturan ftrekuensi irama jantung, tekanan darah, suhu tubuh, keseimbangan cairan, selera makan, saluran pencernaan dan aktivitas sexsual. Hipotalamus memproduksi hormone yang mengatur pelepasan atau inhibisi hormone kelenjar hipofise sehingga mempengaruhi seluruh sistem endokrin.
3. Subtalamus, nekleus motorik ektrapiramidal penting mempunyai hubungan nekleus rubra, subtansia nigra dan globus dari ganglia basalis.
4. Epitalamus, membentuk langit – langit tipis ventrikel ketiga berukuran kecil, badan pineal yang memiliki fungsi endokrin menjulur dari ujung posterior epitalamus.

* 1. Otak tengah

Merupakan bagian otak pendek yang berkontriksi yang menghubungkan pons dan *cerebellum* dengan *cerebrum* dan berfungsi sebagai jalaur penghantar dan pusat refleks, otak tengah, pons dan medulla oblongata disebut sebagai batang otak (Setiadi, 2016).

* 1. Pons

Hampir semuanya terdiri dari subtansi putih pons menghubungkan medulla yang panjang dengan berbagai bagian otak melalui pedunkulus cerebral. Pusat respirasi terletak dalam pons dan mengatur frekuensi dan kedalaman pernapasan. Nervus cranial V, VI, dan VII terlatak dalam pons yang juga menerima informasi dari Nervus cranial VIII.

* 1. Medulla

Medulla oblongata, disebut juga dengan sumsum lanjutan atau penghubung atau batang otak yang terletak langsung setelah otak dan menghubungan langsung dengan medulla spinalis, di depan cerebellum. Susunan konteknya terdiri dari neurit dan dendrite dengan warna putih dan bagian medulla terdi darr badan sel syaraf dengan warna kelabu. Fungsi medulla oblongata berfungsi mengatur refleks fisiologis, seperti pusat pengaturan ritme respirasi, denyut jantung, penyempitan dan pelebaran pembuluh darah, tekanan darah dan gerak alat pencernaan, menelan, batuk bersin dan sendawa.

Medulla spinalis, disebut juga dengan susum tulang belakang dan terletak di bagian ruas – ruas tulang belakang yaitu ruas tulang leher samapai dengan tulang pinggang yang kedua, berfungsi sebagai pusat gerak refleks dan menghantarkan implus dari organ otak ke organ tubuh (Setiadi, 2016).

* 1. Otak belakang ( *hindbrain* )

Terdiri atas dua bagian yaitu otak kecil dan medulla oblongata.

* 1. Otak kecil ( *cerebellum* )

Merupakan bagian otak yang terletak dibagian belakang otak besar. Berfungsi sebagai pusat pengaturan koordinasi gerakan yang disadari dan keseimbangan tubuh serta potensi tubuh berat otak kecil kurang dari 150 gram ( 8%-9%) dari otak keseluruhan (Setiadi, 2016).

* + 1. **Pelindung Otak**

Otak dilindungi oleh beberapa bagian:

1. Kulit kepala dan rambut.
2. Tulang kepala dan columna vertebral.
3. Meningen ( selaput otak ) lapisan meningeal terdiri dari pia meter, arakhnoid, duramater.

1). Pia meter adalah lapisan terdalam yang halus dan tipis, serta melekat erat pada otak.

2). Araknoid, adalah bagian yang terletak di bagian eksternal pia mater dan mengandung sedikit pembuluh darah.

3). Duramater, adalah lapisan terluar tebal yang terdiri dari dua lapisan.

4). Cairan serebrospinalis, berfungsi menyediakan keseimbangan sistem saraf, mengakibatkan otak di kelilingi cairan, mengurangi berat otak, mempertahankan tekanan intrakranial, melindungi otak dari goncangan, menghantarkan makan ke sistem syaraf pusat (Setiadi, 2016).

# 2.2 Konsep Penyakit Tumor Intrakranial

# 2.2.1 Definisi Tumor Intrakranial

Tumor Intrakranial termasuk juga lesi desak ruang (lesi/berkas organ yang karena proses pertumbuhannya dapat mendesak organ yang ada di sekitarnya, sehingga organ tersebut dapat mengalami gangguan) jinak maupun ganas, yang tumbuh di otak meningen dan tengkorak, oleh karena penderita tumor otak datang dengan berbagai gejala yang membingungkan, maka diagnosis menjadi sukar. Tumor otak dapat terjadi pada semua umur, tidak jarang menyerang anak-anak di bawah usia 10 tahun, tetapi paling sering terjadi pada orang dewasa selama dekade kelima dan keenam.

Tumor tertentu lebih sering terjadi pada suatu kelompok umur tertentu. Pada masa bayi dan anak-anak, tumor fossa posterior jauh lebih sering daripada lesi supratentorial (fossa media atau anterior) yang lebih sering dijumpai pada orang dewasa. Tumor otak pada anak kemungkinan besar adalah astrositoma ganas dari serebelum tingkat 1 atau 2. Pada individu setengah umur atau tua, tumor otak yang paling sering adalah glioblastoma multiforme, yaitu jenis glioma yang paling ganas, ditandai oleh kecepatan pertumbuhan tumor yang cepat (Ariani, 2014).

*Chraniopharyngioma* merupakan suatu tumor jinak secara histologi namun secara klinis mempunyai kemampuan invasi ke sekitarnya. Lokasi tersering terjadi pada area sellar dengan dua krakteristik yaitu *adamatinoatous* dan tipe *papillary* (Silalahi & Djakaria, 2017).

Tumor Intrakranial adalah pertumbuhan sel abnormal di dalam otak yang terdapat dua tipe yaitu ganas dan jinak. Tumor ganas biasa disebut dengan kanker. Tumor jinak relatif tumbuh lambat yang tidak dapat menyebar ke bagian tubuh lain. Tumor ganas tumbuh relatif cepat dan bisa menyerang jaringan sekitarnya dan mempengaruhi fungsi otak dan dapat mengancam jiwa (Silalahi & Djakaria, 2017).

# 2.2.2 Etiologi Tumor Intrakranial

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti,walaupun telah banyak penyelidikan yang dilakukan adapaun faktor faktor yang perlu ditinjau yaitu :

1. Herediter

Riwayat tumor otak dalam satu anggota keluarga jarang ditemukan kecuali pada *meningioma*, *astrositoma* dan neurofibroma dapat dijumpai pada anggota anggota sekeluarga. Sklerosis tuberose atau penyakit *sturge weber* yang dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru memeperlihatkan faktor familiar yang jelas. Selain jenis - jenis neoplasma tersebut tidak ada bukti - bukti yang kuat untuk memikirkan adanya faktor - faktor hereditas yang kuat pada neoplasma.

1. Sisa sisa sel embrional

Bangunan bangunan embrional berkembang menjadi bangunan - bangunan yang mempunyai morfologi dan fungsi yang terintergritas dalam tubuh, menjadi ganas dan merusak bangunan disekitarnya perkembangan abnormal itu dapat terjadi pada kraniofarngioma terutama intrakranial dan kordoma.

1. Radiasi

Jaringan dalam sistem saraf pusat peka terhadap radiasi dan dapat mengalami perubahan degenerasi, namun belum ada bukti radiasi dapat memicu terjadinya suatu glioma pernah dilaporkan meningioma terjadi setelah timbulnya suatu radiasi.

1. Virus

Banyak penelitian tentang inokulasi virus pada binatang kecil dan besar yang dilakukan dengan maksud untuk mengetahui peran infeksi virus dalam proses terjadinya neoplasma, tetapi hingga saat ini belum ditemukan hubungan antar infeksi virus dengan perkembangan tumor pada sistem saraf pusat.

1. Substansi karsiogenik

Penyelidikan tentang subtansi karsiogenik sudah lama dan luas dilakukan kini telah diakui bahwa ada subtansi yang karsiogenik seperti *methylcholanthrone*, *nitroso-ethyi-urea*, ini berdasrakan percobaan yang dilakukan pada hewan.

# 2.2.3 Manifestasi klinik Tumor Intrakranial

Menurut (Tarwoto, 2013) mengatakan tanda dan gejala tumor otak berbeda, tergantung dari lokasi tumor, namun manifestasi klinisnya yang umum adalah:

1. Nyeri kepala

Nyeri kepala ini biasanya hilang timbul dan durasinya makin meningkat. Nyeri kepala terhebat pada pagi hari kemudian berangsur-angsur menurun.

1. Vertigo

Pasien mengatakan serangan pusing dan mau jatuh.

1. Mual dan muntah

Muntah ini bersifat proyektil (menyemprot) tanpa di dahului rasa mual.

1. Kejang epilepsi biasanya pada tumor di otak besar.
2. Perubahan mental biasanya terjadi perlambatan proses psikis seperti psikosis, letargi, penurunan kesadaran, disorientasi, perubahan kepribadian.
3. Papila edema

Adanya penekanan pada nerves optikus oleh tumor menyebabkan pasien mengalami gangguan penglihatan / kelainan visus.

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) tanda dan gejala umum:

1. Nyeri kepala berat pada pagi hari, makin tambah bila batuk, dan membungkuk.
2. Kejang
3. Tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial : pandangan kabur, mual, muntah, penurunan fungsi pendengaran, perubahan tanda-tanda vital afasia.
4. Perubahan kepribadian.
5. Gangguan memori dan alam perasa.

# 2.2.4 Patofisiologi Tumor Intrakranial

Tumor intrakranial menyebabkan gangguan neurologis progresif gejala -gejalanya terjadi secara berurutan. Hal ini menekankan pentingnya anamnesis dalam pemeriksaan penderita. Gangguan neurologis pada tumor otak biasanya dianggap disebabkan oleh dua faktor: gangguan fokal disebabkan oleh tumor dan kenaikkan tekanan intrakranial. Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak, dan infilterasi atau infasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron. Tentu saja disfungsi yang paling besar terjadi pada tumor yang tumbuh paling cepat (misalnya: *glioblastoma multiforme*).

Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang bertumbuh, menyebabkan nekrosis jaringan/otak. Ganguan suplai darah pada arteri umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskular primer. Serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuron dihubungkan dengan kompresi, invasi, dan perubahan suplai darah ke jaringan otak, beberapa tumor membentuk kista yang juga menekan parenkim otak sekitarnya sehingga memperberat gangguan neurologis fokal.

Peningkatan tekanan intrakranial dapat diakibatkan oleh beberapa faktor: bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi cairan serebrospinal. Pertumbuhan tumor menyebabkan bertambahnya massa karena tumor akan mengambil tempat dalam ruang yang relatif tetap dari ruang tengkorak yang kaku. Tumor ganas menimbulkan edema dalam jaringan otak dan sekitarnya, mekanismenya belum seluruhnya dipahami, tetapi diduga disebabkan oleh selisih osmotik yang menyebabkan penyerapan cairan tumor, beberapa tumor dapat menyebabkan penyerapan cairan tumor. Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan, obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan saraf darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intrakranial dan meningkatkan tekanan intrakranial. Obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid menimbulkan hidrosefalus (Ariani, 2014).

# 2.2.5 Komplikasi Tumor Intrakranial

Menurut (Tarwoto, 2013) mengatakan bahwa komplikasi dari tumor otak adalah:

1. Edema serebral
2. Peningkatan tekanan intrakranial
3. Herniasi otak
4. Hidrosephalus
5. Kejang / epilepsi
6. Metastase ke tempat lain

# 2.2.6 Pemeriksaan Diagnosis Tumor Intrakranial

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) pemeriksaan penunjang untuk tumor otak sebagai berikut :

1. Arterigrafi atau Ventricolugram : untuk mendeteksi kondisi patologi pada sistem ventrikel dan kisterna.
2. CT- Scan : Dasar dalam menentukan diagnosis.
3. Radiogram: Memberikan informasi yang sangat berharga mengenai struktur, penebalan dan klasifikasi: posisi kelenjar pineal yang mengapur; dan posisi selatursika.
4. Sidik otak radioaktif: Memperlihatkan daerah-daerah akumulasi abnormal dari zat radioaktif. Tumor otak mengakibatkan kerusakan saraf darah otak yang menyebabkan akumulasi abnormal zat radioaktif.
5. Elektroensefalogram (EEG): Memberi informasi mengenai perubahan kepekaan neuron.
6. Ekonsefalogram: Memberi informasi mengenai pergeseran kandungan intra serebral.

Pemeriksaan penunjang diagnostik tumor otak pemeriksaan scan magnet dan scan tomografi komputer merupakan pemeriksaan terpilih untuk mendeteksi adanya tumor-tumor intrakranial. Dalam hal ini dapat diketahui secara terperinci letak lokasi tumor dan pengaruhnya terhadap jaringn sekitarnya, bahkan pada kasus-kasus tertentu dapat pula diduga jenisnya dengan akurasi yang hampir tepat, periksaan konvensional seperti angiografi serebral, pneomo ensefalografi sudah jarang diterapkan, kecuali pada keadaan-keadaan darurat dengan kendala fasilitas pemeriksaan mutakhir di atas tidak ada atau sebagai pembantu perencanaan teknik pembedahan otak (Satyanegara, 2010).

# 2.2.7 Penatalaksanaan Medis Tumor Intrakranial

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) penanganan yang dilakukan tergantung dari keadaan tumor tersebut, apakah masih bisa di operasi (operable) ataupun in operable. Sebelum dilakukan pembedahan, persiapan pre operasi harus dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium lengkap, tes fungsi hati, ginjal, dan lain-lain.

1. Tindakan operatif dilakukan pada keadaan berikut, antara lain :
2. Emergensi, misalnya pasien dengan penurunan kesadaran.
3. Elektif (direncanakan), misalnya pada penderita tumor otak stadium dini.
4. Tindakan operatif dengan radioterapi dan kemoterapi Temozolomide.

Dilakukan pada kasus anoplastic oligodendroglioma (grade III). Untuk kasus malignant glioma dilanjutkan dengan interstitial radioterapi/*brachytherapy* dengan radioaktif Irridium 192 atau lodine- 125 langsung ke tumor. *Stereotactic radiotherapy* dan *radiosurgery* (*linac* dan *gamma knife*) dilakukan hanya terbataspada lesi-lesi dengan diameter tidak lebih dari 3-4 cm dan sangat potensial untuk malignant glioma yang berada jauh di dalam otak. Pada tumor dengan metastase tunggal di otak, dilakukan tindakan operatif terhadap tumornya tetapi disertai dengan *Whole Brain Radiotherapy* (WBRT) ataupun dengan *Stereotactic Radio Surgery* (SRS). Selain itu, dilanjutkan lagi dengan kemoterapi, seperti pada tumor *small cell lung carcinoma, germ cell* tumor ataupun pada *breast cancer*.

1. Paliatif, dilakukan pada kasus-kasus yang tidak mungkin lagi operasi.
   1. **Konsep Bedah *Craniotomy***

Bedah kraniotomi merupakan pembedahan pembukaan kranium untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial yang berisiko terhadap kerusakan jaringan dan komplikasi lainya, tindakan kraniotomi bermanfaat dalam peningkatan kelangsungan hidup (Zulfatul, Dewi, & Siswoyo, 2019).

Keberhasilan operasi dalam bidang bedah saraf ditentukan oleh beberapa hal antara lain keterampilan ahli bedahnya, ketepatan diagnosa, dan perencanaan operasi yang matanag. Selain itu, persiapan prabedah khususnya mengenai kondisi pasien juga sangat berperan dalam penanganan praoperasi, intraoperasi, dan pascaoperasi (Satyanegara, 2010).

# 2.3.1 Penanganan Prabedah *Craniotomy*

Tujuan umum penanganan praoperasi bedah adalah untuk meminimalkan resiko opoerasi, menentukan keadaan pasien dan menetapkan teknik mana yang akan digunakan. Operasi bedah saraf harus direncanakan sesuai dengan konteks keadaan umum pasien. Segala gangguan medis dan faktor resiko seperti hipertensi, diabetes, dan lain-lain perlu ditangani sebelum menjalani tindakan operasi. Secara umum persiapan operasi bedah saraf mencakup tiga hal:

1. Pencegahan terhadap kemungkinan timbulnya komplikasi berkenaan dengan prosedur yang akan dilakukan.
2. Evaluasi dan penanganan kelainan medis dan faktor resiko yang ada.
3. Informed consent / informasi dan diskusi dengan pasien-keluarga serta meminta izin untuk melakukan tindakan operasi (Satyanegara, 2010).

**2.3.2 Penanganan Intraoperasi *Craniotomy***

1. Medikasi dan Anestesi

Pasien bedah saraf perlu menjalani persiapan prabedah rutin seperti puasa (untuk mencegah aspirasi), dan juga sedasi sebelum di intubasi. Anestesi yang digunakan untuk kebanyakan operasi bedah saraf adalah anestesi umum tipe seimbang yang mencakup campuran: narkotika intravena, obat inhalasi, N2O untuk mendapatkan analgesik yang adekuat.

Pada kasus-kasus tertentu seperti tindakan operasi kraniotomi darurat pada kasus cedera kepala dengan ancaman herniasi otak, *burr-hole* untuk irigasi dapat dilakukan dengan anestesi lokal mengingat kebutuhan akan kecepatan waktu sedangkan rasa sakit hanya terasa sewaktu menyayat kulit dan duramater. Kraniotomi adalah operasi membuka tulang tengkorak untuk mengangkat tumor, mengurangi TIK, mengeluarkan bekuan darah atau menghentikan perdarahan (Satyanegara, 2010).

2. Persiapan Intraoperasi bedah *Craniotomy*

Perencanaan tindakan operasi bedah saraf mencakup persiapan kamar operasi dan pemberian informasi yang lengkap kepada personel kamar bedah mengenai sisi dan lokasi kelainan yang akan dioperasi serta posisi kepala sehingga instrumen dan peralatan yang dibutuhkan dapat disiapkan lebih lengkap dan pada tempat yang tepat. Bila diperkirakan operasi akan berlangsung lebih dari dua jam, perlu dipasang kateter urine. Adanya perkiraan akan perdarahan yang banya, perlu dipersiapkan jalur intravena minimal dua buah (Satyanegara, 2010).

3. Posisi operasi

Posisi terlentang dengan kepala lurus atau menghadap ke samping dipilih untuk operasi daerah frontal, temporal parietal anterior, dan pendekatan operasi daerah basis. Kebanyakan pasien yang akan menjalani operasi intrakranial dicukur sampai gundul (Satyanegara, 2010).

1. Patokan anatomis operasi

Hal penting lainnya sebelum memulai operasi adalah menentukan patokan-patokan anatomis seperti sutura-sutura koronal, sagital lambdoid, fisura rolandi, fisura silvius, pterion, inion, asterion dan *key hole*. Menduga-duga lokasi fisura rolandi dan silvius dimulai dengan menentukan lokasi nasion, inion, dan titik fronto-zigomatikus.

1. Prosedur Operasi

Insisi membentuk flap kulit kepala harus dibuat dengan dasar yang cukup lebar dan suplai darah yang adekuat. Insisi kulit kulit juga diusahakan dibuat dibelakang garis rambut dan tidak sampai melewati dearah dahi. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah agar menghindari memotong cabang saraf fasialis yang berjalan menyilang zigoma untuk mempersarafi daerah dahi (biasanya insisi yang lewat dari 1,5 cm anterior telinga memutus saraf ini) dan juga jangan memotong arteri temporalis superfisialis atau arteri oksipitalis (Satyanegara, 2010).

# 2.3.3 Penanganan Pasca Bedah *Craniotomy*

1. Pemulihan dan komplikasi dini

Penanganan pascabedah mencakup penanganan atas komplikasi yang berkaitan dengan prosedur operasinya di samping juga komplikasi umum, mobilisasi sebaiknya dilakukan pada saat yang dini berkaitan dengan upaya mencegah terjadinya trombosis, aspirasi, dan atelektasis, kecuali pada kasus-kasus tertentu seperti adanya kebocoran duramater atau kasus cedera servikal yang memerlukan istirahat baring yang lebih lama (Satyanegara, 2010).

2. Komplikasi lanjut

Komplikasi pasca bedah lanjut mencakup gangguan neurologis yang terjadi lambat namun progresif seperti hidrosefalus, trombosis vena profunda, dan emboli paru, perdarahan, dan infeksi (Satyanegara, 2010).

# 2.4. Konsep Asuhan Keperawatan *Post operation* *Craniotomy*

# 2.4.1. Pengkajian

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

* 1. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun data atau informasi dari pasien yang meliputi bio-psiko-sosial serta spiritual yang secara komprehensif secara lenngkap dan relevan untuk mengenal pasien terkait status kesehatan sehingga dapat member arah untuk melaksanakan tindakan keperawatan.

1. Identitas

Tumor intrakranial lebih cenderung terjadi pada jenis kelamin laki laki dan usia yang sering mengalami kasus ini usia lebih dari 40 tahun (WHO, 2015).

1. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan adanya gangguan fokal, seperti nyeri kepala hebat, muntah-muntah, kejang, dan penurunan tingkat kesadaran (Mutaqqin, 2008).

1. Riwayat saat ini

Kaji bagaimana terjadinya nyeri kepala, mual, muntah, kejang dan penurunan kesadaran, adanya penurunan tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi sesuai dengan perkembangan penyakit, dapat terjadi lateri, tidak responsif, dan koma (Mutaqqin, 2008).

1. Riwayat penyakit dahulu

Hal ini meliputi penyakit yang pernah di alami, apakah pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya, pengobatan yang pernah di lakukan, alergi. Biasanya pada kasus tumor intrakranial pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol dan memiliki riwayat tumor.

1. Genogram

Hal ini adalah data yang meliputi grafik keluarga dan hubungan keluarga.

1. Pemeriksaan fisik

B1 ( Sistem pernapasan )

Inpeksi pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medula oblongata didapatkan adanya kegagalan pernapasan. Pengakajian pernapasan pada pasien tanpa kompresi medula oblongata tidak didapatkan adanya kelainan, palpasi dada didapatkan taktil fermitus seimbang kanan dan kiri, auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan (Mutaqqin, 2008).

B2 ( Sistem kardiovaskuler )

Pada pasien dengan adanya kompresi medula oblongata didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pengkajian pada pasien tanpa kompresi medula oblongata didapatkan tidak ada kelainan, tekanan darah biasanya normal tidak ada peningkatan nadi (Mutaqqin, 2008).

B3 ( Sistem persyarafan )

Pada sistem persyarafan ini adalah fokus dari pemeriksaan fisik pada pasien Craniopharyngioma, karena terjadi kekurangan suplai oksigen ke otak akan terjadi hipoksia sehingga apabila mengalami hipoksia berat maka akan mengalami penurunan kesadaran atau sampai dengan koma, dan mengalami masalah pada beberapa 12 nervus kranial, tanda awal seperti nyeri kepala yang hebat, pengelihatan kabur dan mengalami penurunan pendengaran hingga sampai kejang apabila kronis hasil *CT scan* abnormal (Nurarif & Kusuma, 2016).

B4 ( Sistem perkemihan )

Pada pasien dengan penurunan kesadaran maka akan di lakukan pemasangan kateter untuk membantu proses berkemih, namun tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih. Inkontenansia urine berlanjut menunjukan neurologis mengalami kerusakan luas (Mutaqqin, 2008).

B5 ( Sistem pencernaan )

Pada pasien dengan masalah neurologis biasanya akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial yang di tandai dengan mual dan muntah tanpa ada rasa mual sebelumnya yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, tidak mengalami acites, napsu makan menurun (Mutaqqin, 2008).

B6 ( Sistem muskuloskeletal )

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, gangguan sensorik, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas (Mutaqqin, 2008).

# 2.4.2. Diagnosa keperawatan

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
2. Nausea
3. Gangguan mobilitas fisik
4. Nyeri akut
5. Risiko jatuh
6. Gangguan intergritas jaringan
7. Risiko infeksi (Tim Pokja SDKI, 2016).
   * 1. **Perencanaan**

**Table 2.4.3. Perencanaan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Penurunan kapasitas adaptif Intrakranial | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami peningkatan tekan intracranial.  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran 2. Pasien tidak mengalami perubahan pola napas 3. Pasien tidak mengalami muntah ( proyektil ) 4. Tanda – anda vital batas normal   TD: 120/90 – 130/90 Mmhg, Nadi : 60 – 100x/menit, RR : 16 – 20x/menit, Suhu : 36,5 – 37,5 derajat celcius, Spo2 95% - 100%, MAP : 90 – 100 Mmhg  (Tim Pokja SLKI, 2018). | 1. Monitor tanda /gejala TIK   (tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun )   1. Monitor MAP 2. Berikan posisi semi fowler 3. Pertahankan suhu tubuh normal 4. Kolaborasi anti konvulsan , jika perlu   (Tim Pokja SIKI, 2018). | 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala awal peningkatan TIK 2. Untuk menegtahui suplai O2 dalam otak 3. Supaya pasien tidak mengalami sesak napas 4. Agar proses metabolisme tidak terganggu 5. Dilakukan untuk terapi farmakologis pasien |
| 2 | Nyeri akut | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang.  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak melokalisasi nyeri 2. Pasien tidak meringis kesakitan 3. Skala nyeri 0 dari skala sebelumnya 4. Pasien tenang 5. Pola tidur tidak terganggu (Tim Pokja SLKI, 2018). | 1. Monitor tingkat nyeri pasien (P,Q,R,S,T) 2. Berikan kompres hangat 3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi napas dalam 4. Kolaborasi pemberian analgesic   (Tim Pokja SIKI, 2018). | 1. Mengetahui skala nyeri pada pasien 2. Pengurangan rasa nyeri 3. Pengurangan rasa nyeri 4. Terapi famakologi pasien untuk mengurangi nyeri |
| 3 | Nausea | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi defisit nutrisi  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak mengalami penurunan berat badan 2. Pasien tidak mual dan muntah 3. Napsu makan baik   (Tim Pokja SLKI, 2018) | 1. Monitor mual pasien 2. Monitor nutrisi pasien 3. Berikan makanan yang di sukai pasien 4. Kolaborasi pemberian antiemetic   (Tim Pokja SIKI, 2018) | 1. Mengetahui penyebab mual pasien 2. Mengatahui asupan nutrisi pasien 3. Agar tidak terjadi penurunan berat badan 4. Untuk terapi farmakologi mengurangi mual dan muntah |
| 4 | Gangguan mobilitas fisik | Setealah dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri.  Kriteria Hasil:   1. Pasien mampu melakukan mobilisasi dini ( duduk, berjalan ) 2. Pasien mampu mengungkapkan keluhan fisik   (Tim Pokja SLKI, 2018) | 1. Identifikasi adanya keluhan fisik 2. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi 3. Berikan alat bantu pada pasien 4. Anjurkan mobilisasi dini (duduk, berjalan)   (Tim Pokja SIKI, 2018) | 1. Mengetahui kelemahan atau keletihan fisik pasien 2. Mengatuhui status kesehatan pasien 3. Mengurangi risiko terjadi cidera fisik 4. Agar tidak terjadi kekakuan otot |
| 5 | Risiko jatuh | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami cidera fisik  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak jatuh 2. Pasien tidak mengalami cidera fisik   (Tim Pokja SLKI, 2018) | 1. Monitor kondisi umum pasien 2. Monitor lingkungan pasien 3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien 4. Berikan tanda / gelang risiko jatuh pada pasien 5. Anjurkan keluar untuk membantu pasien saat aktivitas   (Tim Pokja SIKI, 2018) | 1. Mengetahui status kesehatan dan keluhan fisik pasien 2. Mengurangi terjadinya cidera fisik pasien 3. Agar tidak terjadi cidera fisik 4. Agar lebih mudah untuk memonitor 5. Agar keluarga berperan serta dalam kesembuhan pasien |
| 6 | Gangguan intergritas jaringan | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi.  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak mengalami tanda infeksi (rubor,kalor,dolor,tumor, penurunan fungi ) 2. Tanda – tanda vital dalam batas normal   (Tim Pokja SLKI, 2018) | 1. Monitor tanda infeksi (rubor,kalor,dolor,tumor, penurunan fungsi ) 2. Lakukan perawatan luka post op 3. Ajarkan personal hygien 4. Kolaborasi pemberian antibiotic   (Tim Pokja SIKI, 2018) | 1. Mengetahui tanda awal infeksi 2. Mengurangi terjadinya infeksi pada pasien 3. Agar tidak mengalami infeksi 4. Untuk terapi farmakologis pasien |
| 7 | Risiko infeksi | Tujuan :  Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi  Kriteria Hasil :  Pasien tidak mengalami infeksi  (Tim Pokja SLKI, 2018) | 1. Observasi tanda infeksi  2. Ajarkan pasien personal hygien  3. Lakukan perawatan luka  4. kolaborasi dengan tim medis lain  (Tim Pokja SIKI, 2018) | 1. Mengtahui tanda gejala infeksi pasien  2. Agar tidak terjadi infeksi  3. Agar tidak terjadi infeksi  4. Terapi medis pasien |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan tim perawat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan proses perencanaan keperawatan yang disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien.

* + 1. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai, pada bagian evaluasi ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga akan timbul masalah baru pada pasien sesuai dengan kondisi situasional pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapakan masalah teratasi.

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *post operation* *Craniotomy* hari ke – 4 dengan indikasi *craniopharyngioma* pada tanggal 31 Januari 2020 pukul 13.45 WIB sampai 2 Februari 2020 di ruang H-1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari keluarga, pasien, dan file nomor register 57XXXX.

# 3.1 Pengkajian

# 3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Nn.R, umur 20 tahun, beragama Katolik, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia, suku bangsa Jawa, status pasien belum menikah, pasien mengundurkan diri dari perkuliahan saat semester III karena sering keluar masuk rumah sakit, penanggung jawab BPJS, alamat rumah pasien Surabaya. Pasien masuk ruang H-1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya tanggal 22 Januari 2020 pukul 15:00 WIB, dengan diagnosa medis tumor intrakranial ( *Craniopharyngiom*a ).

# 3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di kepala

# 3.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 22 Januari 2020 pasien berobat ke Poli Bedah Saraf RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan membawa hasil foto *CT-Scan*, pasien berobat dengan keluhan sakit kepala, penglihatan kabur, muntah dan mual, badan lemas, jika

berjalan tidak seimbang seperti akan jatuh, nafsu makan menurun. Hasil pemeriksaan dokter pasien disarankan untuk rawat inap dan direncanakan untuk di lakukan tindakan operatif *craniotomy* dengan indikasi adanya tumor otak *craniopharyngioma* dari hasil foto *CT-Scan* yang dibawa pasien. Pukul 14.00 WIB pasien MRS di ruang H-1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pasien mendapatkan perawatan selama 5 hari. Pada tanggal 27 Januari pasien dilakukan tindakan operatif *craniotomy*. Dan setelah operasi kondisi pasien menurun lalu dirawat di ICU Central Rumkital Dr. Ramelan Surabaya selama 4 hari Tanggal 31 Januari 2020 pukul 08.30 WIB pasien dipindahkan kembali di ruang H-1 untuk pemulihan pasca operasi *craniotomy* dengan kondisi umum lemah, mengeluh nyeri, pusing, mual, badan lemas, dan pasien terpasang *folley cateter* ukuran 16.

# 3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Pasien mempunyai riwayat penyakit tumor otak tahun 2019, keluarga mengatakan operasi pertama pasang *ventriculoperitoneal shunt* pada bulan Februari 2019, kemudian dilakuan operasi *craniotomy* pada bulan Maret 2019 dengan indikasi adanya tumor otak dan pada bulan Juni 2019 pasien mendapat tindakan operasi *craniotomy* dengan indikasi tumor otak *craniopharyngioma..*

# 3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit turun-menurun dari keluarga, baik hipertensi, diabetes mellitus, tumor, maupun penyakit menular.

# 3.1.6 Genogram

**Gambar. 3.1.6. Genogram pasien Nn. R**

Keterangan : = Laki-laki X = Meninggal

= Perempuan ----- = Tinggal bersama

= Pasien

# 3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat-obatan.

# 3.1.8 Hasil Observasi

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis. Hasil tanda-tanda vital di temukan TD : 100/70 mmHg, nadi : 104 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,8 C, SPO2 : 98 %. Tinggi badan pasien 155 cm, berat badan sebelum masuk rumah sakit 48 Kg dan setelah masuk rumah sakit 47 Kg. Hasil observasi nyeri di dapatkan penyebab nyeri yaitu luka *post operation* *craniotomy*, skala nyeri 4, pasien mengatakan rasanya cekot-cekot nyeri hilang timbul, nafsu makan berubah. Pasien nampak meringis dan gelisah.

Masalah keperawatan : Nyeri Akut

# 3.1.9 B1 (Breath/Pernapasan)

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini, pasien dapat berbicara secara jelas tanpa ada hambatan pada pernafasan saat bergerak maupun saat tidur. Tidak ada otot bantu nafas tambahan, pasien tidak batuk,dan tidak ada sputum. Bentuk dada normo *chest*, pergerakan dada simetris, sonor, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, pola nafas eupnea dan tidak ada suara nafas tambahan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

# 3.1.10 B2 (Blood/Sirkulasi)

Pasien tidak mengalami nyeri dada, konjungtiva merah muda, CRT<2 detik, akral hangat kering merah, TD: 100/70 mmHg, Nadi: 104x/menit. Irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, SpO2: 98%

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

# 3.1.11 B3 (Brain/Persyarafan)

Inspeksi : GCS E:4 V:5 M:6 total 15, reflek cahaya (+/+), Pupil isokor, Pada pemeriksaan nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, nervus cranial II pasien mampu melihat di semua lapang pandang secara normal, nervus cranial III pasien mampu membuka mata ke atas dan ke bawah, pasien mengatakan pengelihatan kabur, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu menggerakan mata ke arah lateral, gerakan lambat nervus cranial VII pasien mampu untuk tersenyum, nervus cranial VIII pasien mampu mendengarkan perintah perawat dengan baik, nervus cranial IX pasien mampu merasakan rasa manis, nervus cranial X pasien mampu menelan makanan dengan baik, nervus cranial XI pasien mampu mengangkat bahu dan menoleh kanan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan kiri, tidak ada paralisis, tidak ada polip dan deviasi septum. Pada pemeriksaan kepala di dapatkan luka *post operation craniotomy*, pasien mengeluh nyeri di bagian kepala belakang seperti di tusuk-tusuk, dengan skala nyeri 4 dan nyeri yang di rasakan hilang timbul.

Masalah keperawatan: Nyeri akut, Risiko jatuh, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

# 3.1.12 B4 (Bladder/Perkemihan)

Inspeksi : pasien terpasang *folley cateter* ukuran 16, Palpasi : tidak ada distensi vesika urinaria, sebelum masuk rumah sakit frekuensi BAK pasien adalah 4-5 x/hari, jumlahnya ± 1100-1400 cc/24 jam,warna kuning jernih, tidak ada nyeri tekan. Selama di rumah sakit pasien jumlah urine pasien ± 1200-1600 cc/liter warna kuning sedikit pekat, minum 1,5 liter /24 jam. Selama keluar dari ICU tanggal 31 Januari 2019 dari jam 08.30 WIB sampai pukul 13.45 WIB jumlah urine tercatat ± 600cc.

Masalah keperawatan: Resiko infeksi

# 3.1.13 B5 (Bowel/Pencernaan)

Pada system pencernaan pasien mengeluh ingin muntah dan mual, nafsu makan pasien berkurang, porsi makan sedikit: setengah porsi. Pasien nampak pucat Mukosa bibir pasien kering, hepar dan lien tidak teraba, berat badan sebelum MRS 48 kg, saat sakit BB menjadi 47kg. Pada pemeriksaan abdomen tidak ada ascites, tidak ada odema, bising usus 26x/menit. Pasien mengatakan BAB terakhir 3 hari yang lalu dengan bentuk feses lembek, warna kuning feses.

Masalah Keperawatan: Nausea

# 3.1.14 B6 (Bone/Muskuloskeletal)

Pasien mengeluh bahwa kaki kiri pasien terasa berat, kekuatan otot menurun, pasien juga mengatakan jika berjalan badan tidak seimbang seperti mau jatuh. Tidak ada fraktur, turgor kulit baik, Kekuatan otot menurun, saat berjalan ingin jatuh

5555 4444

4444 4444

Masalah keperawatan: Gangguan mobilitas fisik, Risiko jatuh

# 3.1.15 Pola istirahat Tidur

Jam tidur SMRS: siang 12.00-15.00 WIB malam 22.00-05.00 WIB total tidur pasien SMRS 8 jam. Jam tidur MRS: siang 12.00-14.00 WIB malam 21.00-04.00 WIB total tidur pasien selama 10 jam.

Masalah Keperawatan: Tidak ada massalah keperawatan.

# 3.1.16 Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran pada tiroid. Pemeriksaan gula darah acak. Terakhir pada tanggal 21 Januari 2020 dengan hasil 85 mg/dl.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

# 3.1.17 Sistem Integumen

Pada pemeriksaan kepala terdapat luka *post operation craniotomy* memanjang garis vertikal kurang lebih 22 cm dan tertutup kasa, kulit sekitar luka sebagian kemerahan, warna kulit sawo matang, cairan luka merah, warna luka merah muda, masih terdapat jahitan.

Masalah keperawatan: Risiko infeksi

# 3.1.18 Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan saat ini sedang menstruasi, tidak ada masalah dengan menstruasi.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

# 3.1.19 Kemampuan Perawatan Diri

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mandi 2x/hari, keramas 2x/ seminggu, menyikat gigi 2x/hari dan berganti pakaian 2x/ hari. Setelah masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari di seka oleh keluarganya, menyikat gigi 2x/hari, berganti pakain 2x/hari. Sebelum sakit pasien melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, dan pada waktu sakit kegiatan pasien dibantu sama keluarganya.

Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

# 3.1.20 Psikososiokultural

Pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara, pasien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa melakukan aktivitas sehari-hari dengan normal, bisa melanjutkan pendidikan nya lagi dan bisa berkumpul dengan keluarga dan teman-teman. Pasien mengatakan bahwa sehat adalah kemampuan diri dalam melakukan aktivitas tanpa adanya suatu hambatan dan batasan serta tidak merasakan kesakitan, sedangkan sakit adalah keadaan dimana diri kita membutuhkan perawatan untuk mencapai kesembuhan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

# 3.1.21 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 28 Januari 2020.

**Tabel 3.1.21 Laboratorium Hematologi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Hasil** | **Unit** | **Batas normal** |
| WBC | 5.76 | 10^3u/L | 4.00-10.00 |
| RBC | 4.68 | 10^6u/L | 3.50-5.50 |
| HGB | 13.2 | g/dL | 11.0-16.0 |
| HCT | 40.4 | % | 37.0-54.0 |
| MCV | 86.3 | fL | 80.0-100.0 |
| MCH | 28.2 | Pg | 27.0-34.0 |
| MCHC | 32.7 | g/dL | 32.0-36.0 |
| RDW\_CV | 14.6 | % | 11.0-16.0 |
| RDW\_SD | 44.4 | fL | 35.0-56.0 |
| **PLT** | **85** | **10^3u/L** | **100-300** |
| MPV | 10.2 | fL | 6.5-12.0 |
| PDW | 13.4 | fL |  |
| PCT | 0.87 | % | 1.08-2.82 |

**Tabel 3.1.21 Laboratorium Kimia Klinik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Result | Unit | Ref. Ranges |
| Gula Darah Acak | 85 | Mg/dL | < 120.0 |
| BUN | 11 | Mg/dl | 10.0 – 24.0 |
| Kreatinine | 0.8 | Mg/dl | 0.6 – 1.5 |
| SGOT | 12 | U/l | 0 – 35 |
| SGPT | 6 | U/l | 0 – 37 |
| Natrium | 144.1 | Mmol/L | 135.0 – 147.0 |
| Kalium | 3.95 | Mmol/L | 3.00 – 5.00 |
| **Chlorida** | **108.3** | **Mmol/L** | **95.0 – 105.0** |

2. Hasil Ct scan dan Thorax

**3.1.21. Table CT- Scan dan Thorax**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Pemeriksaan | Hasil |
|  | CT Scan | Didapatkan kesimpulan adanya tumor intrakranial ( *cranipharyngioma* ), *hypoden*. |
|  | Thorax | Didapatkan kesimpulan tidak terjadi masalah. |

# 3.1.22 Terapi Medis

**Tabel 3.1.22 Terapi Medis**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Terapi obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 31 Januari 2020  (06.00-24.00) | Cinam | 3x1,5gr  Jam 08.00,17.00.24.00 | Intravena | Digunakan untuk meringankan infeksi kulit, jaringan. |
| 31 Januari 2020  (06.00-24.00) | Antrain | 3x1gr  Jam  08.00,17.00,24.00 | Intravena | Digunakan untuk mengurangi rasa nyeri |
| 31 Januari 2020  (06.00-24.00) | Ondansetron | 3x 4 mg  Jam  08.00,17.00,24.00 | Intravena | Digunakan untuk penanganan mual muntah akibat kemoterapi,radioterapi serta operasi |
| 31 Januari 2020  (06.00-24.00) | Ranitidine | 2x50 mg  Jam  08.00,20.00 | Intravena | Digunakan untuk mengobati dan mencegah berbagai penyakit perut yang disebabkan terlalu banyak asam lambung |
| 31 Januari 2020  (06.00-24.00) | RL | 1000 ml/24 jam (14 tpm) | Intravena | Cairan isotonis yang digunakan untuk memnuhi kebutuhan cairan tubuh |

# 3.2 Analisa Data

**Tabel 3.2 Analisa data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data/Faktor Resiko** | **Etiologi** | **Masalah/Problem** |
| DS:  Pasien mengatakan nyeri pada kepala, seperti di tusuk – tusuk dengan skala 4 dari 0-10 dan nyeri di rasakan hilang timbul  DO:   1. Pasien mengeluh nyeri 2. Wajah pasien meringis 3. Pasien gelisah 4. Pasien sulit tidur 5. Nafsu makan berubah 6. Pengelihatan kabur | Agen pencedera fisik | Nyeri akut  (SDKI D.0077) |
| DS:  Pasien mengatakan nyeri kepala  DO:   1. Muntah dan mual 2. Hasil *CT Scan Hypoden* pada otak 3. Map 80 mmHg 4. Pengelihatan kabur 5. Nadi menigkat 104x/menit | Edema serebral  ( Pasca operasi ) | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial  ( SDKI D.0066 ) |
| DS: Pasien mengeluh ekstremitas kaki kiri sulit di gerakan.  DO:   1. Keuatan otot menurun 2. Rentang gerak menurun 3. Fisik lemah   Kekuatan otot  5555 4444  4444 4444 | Kelemahan Fisik | Gangguan mobilitas Fisik  (SDKI D.0054) |
| Faktor Resiko :   1. Kondisi pasca operasi 2. Kekuatan otot menurun 3. Gangguan keseimbangan 4. Penglihatan kabur |  | Resiko jatuh  (SDKI D.0142) |
| DS:Pasien mengeluh mual  DO   1. Pasien tampak pucat 2. Nadi : 104x/menit | Tumor terlokalisasi | Nausea  (SDKI D.0076) |
| Faktor risiko :   * Efek prosedur invasif * Terdapat luka *post op* *craniotomy* * terpasang *folley cateter* * Kerusakan intergritas jaringan |  | Risiko infeksi  ( SDKI D.0141 ) |
| DS : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dibantu saat melakukan perawatan diri  DO :  1. Pasien di bantu saat mandi  2. Pasien di bantu saat toileting dan berhias | Gangguan neuromuskuler | Defisit perawatan diri  ( SDKI D.0108 ) |

# 3.3 Proritas Masalah

**Tabel 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1 | Nyeri akut b.d agenpencedera fisik | 31 Januari 2020 | 2 Februari 2020 |  |
| 2 | Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral | 31 Januari 2020 | 1 Februari 2020 |  |
| 3 | Nausea b.d tumor terlokalisasi | 31 Januari 2020 | 1 Februari 2020 |  |
| 4 | Gangguan mobilisasi fisik b.d kelemahan otot | 31 Januari 2020 | 1 Februari 2020 |  |
| 5 | Resiko jatuh | 31 Januari 2020 | 31 Januari 2020 |  |
| 6 | Risiko infeksi | 31 Januari 2020 | 2 Februari 2020 |  |
| 7 | Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler | 31 Januari 2020 | 1 Februari 2020 |  |

**3.4 Rencana Keperawatan**

**Tabel 3.4 Rencana keperawatan pada** **Nn. R**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosis Keperawatan** | **Tujuan Dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| Dx  1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri  berkurang atau hilang  Kriteria Hasil :   1. Pasien tidak melokalisasi nyeri 2. Pasien tidak meringis kesakitan 3. Skala nyeri 0 dari skala sebelumnya 4. Pasien tenang 5. Pola tidur tidak terganggu | * + 1. Observasi tingkat nyeri dengan pendekatan PQRST dan observasi tanda-tanda vital     2. Berikan posisi yang nyaman pada pasien     3. Ajarkan teknik, Relaksasi: Tarik nafas dalam     4. Anjukan istirahat dan tidur yang cukup     5. Berikan terapi obat sesuai hasil kolaborasi dengan dokter ( Antrain 1gr, rute intravena, jam 08.00,17.00,24.00) | 1. pasien dengan pendekatan PQRST dan mengetahui keadaan umum pasien 2. Untuk menurunkan tegangan pada lokasi insisi di daerah pembedahan yang dapat mengurangi rasa nyeri. 3. Menghilangkan ketegangan otot dan meningkatkan relaksasi otot. Distraksi dapat menurunkan stimulus perhatian, pernapasan dalam dapat menigkatkan intake oksigen sehigga akan meurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan local. 4. Untuk mempercepat proses pemulihan. 5. Pemberian obat analgesik untuk mengobati nyeri |
| Dx 2 | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral | Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien tidak mengalami peningkaan TIK  Kriteria hasil :   1. Pasien tidak mengalammi muntah proyektil 2. Tidak mengalami penurunan kesadaran 3. Nadi tidak meningkat 4. Tidak sesak napas 5. Pengelihatan jelas 6. Tanda – Tanda vital batas normal,   TD: 120/90 – 130/90 Mmhg, Nadi : 60 – 100x/menit, RR : 16 – 20x/menit, Suhu : 36,5 – 37,5 derajat celcius, Spo2 95% - 100%, MAP : 90 – 100 Mmhg | 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 2. Monitoring Mean Arterial Pressur 3. Anjurkan pasien tidak batuk dan mengejan 4. Edukasi keluarga terkait dengan tanda peningkatan TIK 5. Berikan terapi obat sesuai hasil kolaborasi dengan dokter ( Cinam 1,5gr, rute intravena jam 08.00,17.00,24.00) | 1. Observasi tanda dan gejala infeksi 2. Agar mengetahui kadar oksigen yang masuk ke otak melalui peredaran darah 3. Agar tidak terjadi tekanan pada otak secara berlebih 4. Agar keluarga ikut berperan dalam proses kesembuhan pasien 5. Untuk terapi medis pasien sebagai kekebalan tubuh pasien |
| Dx  3 | Nausea b.d tumor terlokalisasi | Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nafsu makan kembali normal  Kriteria hasil:   1. Tidak mengeluh mual 2. Nafsu makan meningkat 3. Bb tidak menurun | 1. Identifikasi faktor penyebab mual. 2. Monitor asupan nutrisi 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering 4. Anjukan istirahat dan tidur yang cukup 5. Berikan terapi obat sesuai hasil kolaborasi dengan dokter (Ondansentron 4mg rute intravena jam 08.00,17.00,24.00 dan Ranitidine 50mg jam 08.00,20.00) | 1. Untuk mengetahui pasien mengetahui penyebab mual 2. Mengetahuo perkembangan nafsu makan 3. Menghindari mual atau muntah 4. Mempercepat pemulihan kondisi tubuh 5. Untuk mengurangi mual |
| Dx  4 | Gangguan Mobilitas Fisik b.d kelemahan otot | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan mobilitas fisik  Kriteria Hasil :   1. Kekuatan otot meningkat 2. Tidak terjadi kekauan otot | * + - 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainya       2. Ajarkan ROM ( *range of motion* )       3. Edukasi keluarga agar membantu pasien saat mobilisasi       4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan | 1. Mengetahui adanya gangguan mobilitas fisik 2. Agar pasien memahami maksud dan tujuan mobilisasi 3. Agar keluarga iku berperan dalam proses kesembuhan pasien 4. Di harapkan pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri |
| Dx  5 | Resiko Jatuh | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencegah resiko jatuh.  Kriteria Hasil :   1. Pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi resiko jatuh 2. Resiko jatuh tidak terjadi 3. Pengelihatan jelas | 1. Monitor kondisi umum pasien 2. Monitor lingkungan pasien 3. Pasang pengaman pada tempat tidur pasien 4. Berikan tanda / gelang risiko jatuh pada pasien 5. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien saat aktivitas | 1. Mengetahui status kesehatan dan keluhan fisik pasien 2. Mengurangi terjadinya cidera fisik pasien 3. Agar tidak terjadi cidera fisik 4. Agar lebih mudah untuk memonitor 5. Agar keluarga berperan serta dalam kesembuhan pasien |
| Dx  6 | Risiko infeksi | Tujuan :  Setelah dilakukan Asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi.  Kriteria Hasil:   1. Pasien tidak mengalami infeksi 2. Luka bersih 3. Tidak ada perdarahan | 1. Monitor tanda infeksi  2. Lakukan rawat luka  3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih  4. Ajarkan pasien personal hygen  5. Berikan terapi obat sesuai hasil kolaborasi dengan dokter (Cinam 1,5gr rute intravena jam 08.00,17.00,24.00 | 1. Untuk mengetahui tanda gejala awal infeksi  2. Agar tidak terjadi infeksi  3. Mengetahui tanda dan gejala adanya infeksi  4. Agar pasien terhindar dari infeksi nasokomial  5. Untuk terapi farmakologis pasien mencegah terjadinya infeksi |
| Dx  7 | Defisit perawatan diri b.d gangguan neurouskuler | Tujuan :  Setelah dilakukan Asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri  Kriteria Hasil :  1. Pasien mampu mandiri dalam melakukan perawatan diri  2. Mampu mempertahankan kebersihan diri | 1. Monitor tingkat kemandirian  2. Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri  3. Anjurkan pasien konsisten melakukan perawatan diri  4. Anjurkan keluarga mendampingi pasien melakukan perawatan diri | 1. Untuk mengatahui tingkat kemandirian pasien  2. Agar pasien mampu melakukan perawatan diri  3. Agar tidak terjadi masalah keperawatan lainya  4. Agar keluarga berperan dalam kesembuhan pasien |

# 3.5 Implementasi

**Tabel 3.5 Implementasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No.  Dx | Waktu  (Tgl & Jam) | Tindakan | TT  (Perawat) | Waktu  (Tgl & Jam) | Catatan Perkembangan  (SOAP) | TT  (Perawat) |
| 1  1  1  5  2  1  2  3  3  1,2,3  5  4  1,2  1  5  7  1,2,3  1  3  3  2  2  1  6  5  1  1,6  3  3  1  3  6  1,6  7  7  5  1,6  6  1  1  5  1,6  1  7  5  1,6  1  1,6  7 | 31-01-2020  13.45  14.00  15.00  15.10  16.00  17.00  17.15  17.15  20.00  21.00  22.00  21.30  21.45  22.10  22.20  04.30  05.00  05.15  07.00  07.30  08.00  08.15  09.00  09.15  09.30  09.45  11.00  11.45  12.00  13.00  14.30  14.45  17.00  17.15  18.00  19.00  20.00  20.00  20.15  20.30  21.00  21.30  22.30  22.45  02.00  05.00  06.00  07.00  07.45  08.30  08.45  09.30  11.00  12.00  14.00  16.00  17.00  17.15  17.30  17.45  20.00  21.00  21.45  23.00  23.15  24.00  07.00  08.00  08.15  09.00 | Mengidentifikasi nyeri pasien   * Nyeri kepala seperti di tusuk tusuk di kepala belakang dengan skala 4 dari 1-10 hilang timbul * Pasien gelisahh * Meringis kesakitan   Melakukan observasi TTV   * TD : 120/80 mmHg * RR: 20x/menit * Nadi 100x/menit * Suhu 37,5 drajat * SpO2 98% * MAP 94 mmHg * Kesadaran compos mentis * GCS 456   Memberikan posisi semi fowler 45 derajat  Mengecek keamanan lingkungan tempat tidur pasien   * Handrell terpasang * Roda terkunci   Menanyakan kondisi fisik terkait pengelihatan dan mobilisasi pasien   * Pasien mengatakan pengelihatan sudah jelas * Pasien mengatakan sudah seimbang saat jalan * Pasien sudah mobilisasi duduk secara mandiri   Meberikan hasil kolaborasi antrain 1gr  Hasil setelah 15 menit   * Pasien mengatakan nyeri kepala dengan skala 4 dari 0-10 dan dirasakan hilang timbul   Melakukan observasi TTV   * TD : 120/80 mmHg * RR: 20x/menit * Nadi 100x/menit * Suhu 37,5 drajat * SpO2 98% * MAP 94 mmHg * Kesadaran compos mentis * GCS 456   Memberikan makan pada pasien dan mengidentifikasi asupan nutrisi pasien   * Napsu makan meningkat * Makan ½ porsi habis * Sudah tampak bugar   Memonitor mual pasien   * Muntah – mual +   Melakukan timbang terima dengan shif malam  Memberikan Hasil kolaborasi Antrain 1gr, Ranitidine 1mg, Cinam 1,5 gr  Hasil setelah 15 menit pasien masih mual namun sudah tidak muntah  Memasang pengaman temapat tidur pasien  Mengidentifikasi keluhan fisik pasien   * Pasien mengatakan sudah tidak apa apa * Pasien mampu duduk mandiri * Tampak lebih bugar * Kekuatan otot 5555 keseluruhan * Saat jalan sudah tidak sempyongan   Mengedukasi keluarga terkait perkembangan kondisi pasien  Mengobservasi tanda vital   * Kesadaran compos mentis * Gcs 456, TD 110/80, Nadi 82x/menit, Suhu 36.0 drajat, MAP 90 mmHg, Spo 98%,RR 19x/menit * Pengelihatan jelas   Mengidentifikasi Skala nyeri pasien   * Pasien mengatakan masih nyeri rasanya cekot – cekot, hilang timbul bagian kepala dengan skala 3 * Pasien sudah tampak tenang * Tidak meringis   Melakukan timbang terima shif pagi  Memansang handrell tempat tidur pasien  Memonitor kemandirian perawtan diri pasien.   * Pasien mampu berhias secara mandiri * Pasien mampu toileting mandiri   Memberikan hasil kolaborasi obat Antarin 1gr, Ondansentron 4mg, Ranitidine 50mg, Cinam 1,5gr  Hasil : pasien mengatakan nyeri dan mual berkurang  Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam selama 15 menit  Hasil : pasien mengatakan nyeri berkurang  Mengobservasi penyebab mual pasien   * Pasien mengatakan mual berkurang * Sudah tidak muntah   Monitor asupan nutrisi pasien   * Pasien mengatakan napsu makan meningkat * 1 porsi habis   Mengobservasi tanda – tanda vital  TD: 110/80 Mmhg. Suhu : 37,0 derajat, RR: 20x/menit, N : 86x/menit, MAP: 90 mmHg  Menganjurkan pasien tidak batuk dan mengejan  Mengidentifikasi nyeri pasien   * Pasien mengatakan masih nyeri bagian kepala cekot – cekot dengan skala 3 dan hilang timbul yang dirasakan   Monitor tanda infeksi luka   * Luka bersih * Tidak ada pus * Tidak ada perdarahan * Jahitan sudah aff * *Folley cateter* di lepas   Melakukan operan jaga siang  Memasang *handrell bed* pasien  Mengidentifikasi penyebab nyeri pasien   * Pasien tenang, tidak meringis kesakitan   Memberikan Hasil kolaborasi Antrain 1gr, Ranitidine 1gr, Cinam 1,5 gr  Setelah 15 menit pasien mengatakan sudah tidak mual, nyeri berkurang dengan skala 2  Memantau asupan nutrisi pasien   * Napsu makan baik   Mengidentifikasi mual   * Pasien mengatakan sudah tidak mual * Tidak lemas * BB 47kg   Mengidentifikasi nyeri pasien   * Pasien mengatkan nyeri berkurang di kepala, dengan skala 2 dan dirasakan hilang timbul cekot - cekot   Menberikan hasil kolaborasi Ondansentron 4mg  Hasil setelah 15 menit pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah  Menganjurkan pasien banyak istirahat  Melakukan operan shif malam  Mengoplos obat pasien  Memberikan hasil kolaborasi Cinam 1,5gr, Antarin 1gr  Hasil setelah15 menit pasien mengatakan nyeri berkurang, dengan skala 2 dari 1-10  Mengganti cairan infus pasie RL 1000cc 14tpm  Memantau kemandirian pasien prawatan diri   * Pasien dapat berhias mandiri * Pasien dapat mandi di bantu   Mengedukasi pasien untuk konsisiten menjaga kebersihan diri  Melakukan operas an jaga pagi  Memasang *handrell bed* pasien  Memberikan hasil kolaborasi Antrain 1gr dan Cinam 1,5gr  Hasil setelah 15 menit pasien  mengatakan masih nyeri dengan skala 2 dari 1-10 hilang timbul  Melakukan perawatan luka   * Luka bersih * Tidak ada rembesan pada kasa * Tidak ada tanda infeksi * Luka post op 22cm -+   Mengajarkan teknik distraksi relaksasi napas dalam selama 15 menit    Mengidentifikasi nyeri pasien  Pasien mengatakan masih dengan skala 2 dari 1-10 dan hilang timbul  Melakukan timbang terima pada shif sore  Memasang pengaman tempat tidur pasien  Memberikan hasil kolaborasi Cinam 1,5gr dan Antrain 1 gr  Setelah 15 menit pasien mengatakan nyeri berkurang, sudah tidak ceko-cekot, skala 2 hilang timbul  Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam selama 15 menit  Hasilnya pasien mengatakan nyeri berkurang  Mengedukasi pasien dalam konsisten menjaga perawatan diri  Melakukan operan jaga malam  Memasang *handrell bed* pasien  Memberikan hasil kolaborasi Antrain 1 gr dan Cinam 1,5 gr  Hasil setelah 15 menit pasien mengatakan nyeri sudah berkurang skala 2 cekot – cekot terkadang hilang timbul  Mengganti infus RL 1000cc 14 tpm  Mengidentifikasi skala nyeri pasien   * Pasien mengatakan masih nyeri dengan skala 2 hilang timbul * Pasien tampak tenang * Tidak meringis kesakitan   Mememberikan hasil kolobarasi Antrain 1gr dan Cinam 1,5gr  Setelah 15 menit hasilnya adalah pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 2 hilang dan timbul  Mengedukasi pasien agar konsisten melakukan perawatan diri | Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam                        Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam            Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas siang  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam  Dinas malam | 31-01-2020  14.00  21.00  21.00  21.00  01/02/2020  07.00  07.00  14.00  14.00  14.00  14.00  21.00  02/01/20  14.00  14.00  21.00  03/01/2020  07.00 | Dx 1  S:Pasien mengatakan masih nyeri  Kepala seperti di tusuk – tusuk di kepala belakang dengan skala 4 dari 1-10 hilang timbul  O:   * Pasien meringis kesakitan * Gelisah   A : Masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi dx 1  1. Observasi tingkat nyeri pasien  2.Berikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain antrai 1gr jam 08.00,17.00,24.00  3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam  Dx 2  S : Pasien mengatakan pengelihatan sudah jelas  O : - TD 120/80, S : 37,5, RR 20x/menit, MAP 94, SPO 98%, N 100x/menit, Gcs 456, compos mentis  A :Masalah teratasi sebagian  P :Lanjutkan intervensi dx 2  1. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial  2. Monitoring MAP  3. Anjurkan pasien tidak batuk dan mengejan  4. Berikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain cinam 1,5gr jam 08.00,17.00,24,00  Dx 3  S : Pasien mengatakan masih ada mual  O :   * Mual + Muntah – * Napsu makan meningkat * ½ porsi habis * Sudah lebih bugar   A :Masalah teratasi sebagian  P: Lanjutkan intervensi dx 3 no   1. Identifikasi penyebab mual 2. Monitor asupan nutrisi 3. Berikan terapi obat sesuai hasil kolaborasi dengan tim medis lain ondan 4mg jam 08.00 , 20.00,24.00 dan ranitidine 50 mg jam 08.00,17.00,24.00   Dx 5  S :Pasien mengatakan jalan sudah seimbang  O :   * Handrell terpasang * Saat jalan seimbang * Pengelihatan jelas   A :Masalah teratasi sebagian  P: Lnjutkan intervensi dx 5 no  1. Monitor lingkungan pasien  Dx 4  S : Pasien mengatakan sudah tidak apa – apa  O :   * Pasien sudah mampu duduk sendiri * Kekuatan otot 5555 * Pasien tidak sempoyongan saat jalan   A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi dx 4  Dx 2  S :  Pasien mengatakan sudah jelas pengelihatanya  O :   * Kesadaran compos mentis, Gcs 456 * Pengelihatan segala arah * TD 110/80 Mmhg, Suhu 36,0 drajat, Nadi 86x/menit, MAP 90   A : Masalah teratasi  P :Hentikan intervensi dx 2  Dx 1  S : Pasien mengatakan Nyeri berkurang   * Pasien nyeri pada kepala, cekot – cekot, dan dengan skala 3 hilang timbul   O :   * Pasien tenang * Tidak meringis   A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi dx 1 no. 1,3,5  1. Observasi skla nyeri pasien  2. Ajarkan teknik relaksasi  3. Berikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain antrain 1gr jam 08.00,17.00,24.00  Dx 3  S : Pasien mengatakan mual berkurang  O :   * Mual berkurang * Tidak muntah * Napsu makan baik * 1 porsi habis   A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  1. Monitor penyebab mual  2. Monitor asupan nutrisi  3. Berikas terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain ondan 4mg jam 08.00, 20.00, ranitidine 50mg jam 08.00,17.00,24.00  Dx 6  S :  O :   * Luka bersih * Tidak ada pus * Tidak ada perdarahan * Jahitan sudah aff   A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi dx 6  Dx 1  S : pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri di kepala, dirasakan ceko – cekot dengan skala 2 dari 1-10 dan hilang timbul  O : pasien tenang dan tidak meringis kesakitan  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan Intervensi  1.Mengidentifikasi skala nyeri pasien  2. Ajarkan teknik relaksasi  3. Berikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain antrain 1gr jam 08.00,20.00,24.00  Dx 3  S : Pasien mengatakan sudah tidak mual  O :   * Pasien tidak muntah * Napsu makan baik * Tidak lemas * 1 porsi habis   A ; Masalah Teratasi  P : Hentikan Intervensi dx 3  Dx 1  S : pasien mengatakan nyeri kepala berkurang kadang – kadang yang dirasakan cekot cekot, dengan skala 2 dari 1-10 dengan hilang timbul  O : pasien tenang, tidak meringis kesakitan  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  1.Berikan terapi obat sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis lain antrain 1 gr dan cinam 1,5 gr jam 08.00,17.00,24.00  Dx 7  S : pasien mengatakan sudah dapat berhias mandiri  O : pasien berhias mandiri, mandi masih di bantu keluarga  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan Intervensi  1. Monitoring kemandirian pasien dalam perawatan diri  2. Anjurkan keluarga membantu pasien dalam perawatab diri  3. Anjurkan pasien konsisten menjaga kebersihan diri  Dx 1  S : pasien mengatakan nyeri berkurang pada keapala, dengan skala 2, hilang timbul  O : pasien tenang, tidak meringis kesakitan  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  1.Mengidentifikasi skala nyeri pasien  2. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam  Dx 7  S : pasien mengatakan mandi sudah bias sendiri  O : pasien tampak bersih, pasien berhias mandiri  A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi  Dx 1  S : pasien mengatakan nyeri berkurang, dengan skla 2 hilang timbul  O : pasien tenang, tidak meringis kesakitan  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan H1 | Dinas siang  Dinas siang |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kensenjangan atau keselarasan antara teori yang di tulis dalam tinjauan kasus dengan kenyataan yang di temukan mulai dari pengakajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien Nn.R dengan diagnosa medis *post operation* *craniotomy* hari ke- 4 dengan indikasi *craniopharyngioma* di ruang H.1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# 4.1. Pengkajian

Tahap pengumpulan data sebenarnya penulis tidak mengalami kesulitan, karena penulis telah mengadakan perkenalan terhadap pasien dan keluarga dan menjelelaskan maksud dan tujuan yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mau membagikan informasi terkait masalah kesehatan yang di alami pasien.

# Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Nn.R, umur 20 tahun, beragama Katolik, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa indonesia, suku bangsa Jawa, status pasien belum menikah, pasien mengundurkan diri dari perkuliahan saat semester III karena sering keluar masuk rumah sakit, sedangkan menurut hasil penelitian yang telah dilakukan oleh induk organisasi kesehatan dunia tumor intrakranial lebih cenderung terjadi pada jenis kelamin laki laki dan usia yang sering mengalami kasus ini usia lebih dari 40 tahun. ( WHO, 2015 ), maka dari hasil pengkajian nyata pada pasien dan berdasarkan tinjauan pustaka terdapat beberapa perbedaan didalam tinjauan pusatak berdasakan teori dan penelitian tumor intrakeanial cenderung berpotensi lebih banyak terjadi pada seorang laki-laki sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien adalah seorang wanita berusia 20 tahun.

* + 1. **Keluhan utama**

Pada hasil pengkajian secara langsung didapatkan keluhan utama pasien mengatakan nyeri kepala berat, sedangkan pada tinjauan pustakan keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan adanya gangguan fokal, seperti nyeri kepala hebat, muntah-muntah, kejang, dan penurunan tingkat kesadaran (Mutaqqin, 2008). Maka dari hasil tinjauan kasus secara nyata pada pasien dan secara teori pada tinjauan pustaka didapatkan hasil yang berkesinambungan antara gejala yang dialami oleh pasien Nn.R dengan teori yang dituliskan pada tinjauan pustaka karena tumor intrakranial menurut (Tarwoto, 2013) mengatakan tanda dan gejala tumor otak berbeda, tergantung dari lokasi tumor, namun manifestasi klinisnya yang umum adalah nyeri kepala ini biasanya hilang timbul dan durasinya makin meningkat. Nyeri kepala terhebat pada pagi hari kemudian berangsur-angsur menurun,vertigo pasien mengatakan serangan pusing dan mau jatuh, mual dan muntah, muntah ini bersifat proyektil (menyemprot) tanpa di dahului rasa mual, kejang epilepsi biasanya pada tumor di otak besar, perubahan mental biasanya terjadi perlambatan proses psikis seperti psikosis, letargi, penurunan kesadaran, disorientasi, perubahan kepribadian, papila edema adanya penekanan pada nerves optikus oleh tumor menyebabkan pasien mengalami gangguan penglihatan / kelainan visus.

* + 1. **Riwayat penyakit dahulu**

Pada hasil pengkajian pada pasien Nn.R mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit tumor pada tahun 2019, dituliskan pada tinjauan kasus terkait dengan riwayat dahulu pada kasus tumor intrakrnial dituliskan bahwa biasanya pasien memiliki riwayat tumor pada sebelumya maka dari hasil yang didapatkan dari pasien secara langsung dengan teori yang di tulis saling berkesinambungan di karenakan secara patofisiologis di katakan peningkatan tekanan intrakranial dapat diakibatkan oleh beberapa faktor bertambahnya massa dalam tengkorak, terbentuknya edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi cairan serebrospinal. Pertumbuhan tumor menyebabkan bertambahnya massa karena tumor akan mengambil tempat dalam ruang yang relatif tetap dari ruang tengkorak yang kaku, tumor ganas menimbulkan edema dalam jaringan otak dan sekitarnya, mekanismenya belum seluruhnya dipahami, tetapi diduga disebabkan oleh selisih osmotik yang menyebabkan penyerapan cairan tumor, beberapa tumor dapat menyebabkan penyerapan cairan tumor. Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan, obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intrakranial dan meningkatkan tekanan intracranial, obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid menimbulkan hidrosefalus (Ariani, 2014).

* + 1. **Hasil pemeriksaan fisik**
       1. Sistem pernapasan

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini, pasien dapat berbicara secara jelas tanpa ada hambatan pada pernafasan saat bergerak maupun saat tidur, tidak ada otot bantu nafas tambahan, pasien tidak batuk, dan tidak ada sputum. Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, sonor, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, pola nafas eupnea dan tidak ada suara nafas tambahan. Pada tinjauan pustaka terkait dengan pengkajian sistem pernapasan dinyatakan bahwa inpeksi pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medula oblongata didapatkan adanya kegagalan pernapasan sedangkan pengakajian pernapasan pada pasien tanpa kompresi medula oblongata tidak didapatkan adanya kelainan, palpasi dada didapatkan taktil formitus seimbang kanan dan kiri, auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan (Mutaqqin, 2008). Maka sesuai dengan kenyatakan pada pasien dan menurut teori yang dituliskan dapat dikatakan pasien Nn.R adalah tumor intrakranial tanpa kelainan pada medula obolongata di karenakan pada sistem pernapasan pasien tidak didapatkan masalah signifikan.

* + - 1. Sistem kardiovaskuler

Pasien tidak mengalami nyeri dada, konjungtiva merah muda, CRT<2 detik, akral hangat kering merah, TD: 100/70 mmHg, Nadi: 104x/menit. Irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, SpO2: 98%, pada sistem kardiovaskuler dari hasil pengkajian pasien didapatkan hasil yang baik dan tidak terjadi permasalahan, pada pasien dengan adanya kompresi medula oblongata didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pengkajian pada pasien tanpa kompresi medula oblongata didapatkan tidak ada kelainan, tekanan darah biasanya normal tidak ada peningkatan nadi (Mutaqqin, 2008). Fungsi medulla oblongata berfungsi mengatur refleks fisiologis, seperti pusat pengaturan ritme respirasi, denyut jantung, penyempitan dan pelebaran pembuluh darah, tekanan darah dan gerak alat pencernaan, menelan, batuk bersin dan sendawa (Mutaqqin, 2008). Pada sistem kardiovaskuler pasien dan secara teori pada tinjauan pustaka berkesinambungan pada hasil pengakajian hanya didapatkan peningkatan nadi saja namun tidak didapatkan kelainan pada bunyi jantung, irama jantung, dan tidak terjadi peningkatan tekanan darah maka dapat disimpulkan bahwa pasien tidak mengalami kompresi medulla oblongata.

* + - 1. Sistem persyarafan

Pada pengkajian pasien didapatkan inspeksi : GCS E:4 V:5 M:6 total 15, reflek cahaya (+/+), pupil isokor, pada pemeriksaan nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, nerus cranial II pasien mampu melihat di semua lapang pandang secara normal, nervus cranial III pasien mampu membuka mata ke atas dan ke bawah, pasien mengatakan penglihatan kabur, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu menggerakan mata ke arah lateral, gerakan lambat nervus cranial VII pasien mampu untuk tersenyum, nervus cranial VIII pasien mampu mendengarkan perintah perawat dengan baik, nervus cranial IX pasien mampu merasakan rasa manis, nervus cranial X pasien mampu menelan makanan dengan baik, nervus cranial XI pasien mampu mengangkat bahu dan menoleh kanan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan kiri, tidak ada paralisis, tidak ada polip dan deviasi septum. Pada pemeriksaan kepala di dapatkan luka *post operation craniotomy*, pasien mengeluh nyeri di bagian kepala belakang seperti di tusuk-tusuk, dengan skala nyeri 4 dan nyeri yang di rasakan hilang timbul, pada tinjauan pustaka pada sistem persyarafan ini adalah fokus dari pemeriksaan fisik pada pasien karena terjadi kekurangan suplai oksigen ke otak akan terjadi hipoksia sehingga apabila mengalami hipoksia berat maka akan mengalami penurunan kesadaran atau sampai dengan koma, dan mengalami masalah pada beberapa 12 nervus kranial, tanda awal seperti nyeri kepala yang hebat, pengelihatan kabur dan mengalami penurunan pendengaran hingga sampai kejang apabila kronis hasil *CT scan* abnormal, pada sistem persarafan didapatkan hasil yang berskesinambungan antara yang tertulis berdasarkan kondisi pasien dan menurut pengkajian secara teoritis karena sistem persarafan merupakan hal yang di fokuskan dalam pengkajian kasus tumor intrakranial karena akan di dapatkan beberapa masalah pada 12 nervus kranial pasien.

* + - 1. Sistem perkemihan

Pada pengakjian secara langsung pada pasien inspeksi : pasien terpasang *folley cateter* ukuran 16, palpasi : tidak ada distensi vesika urinaria, sebelum masuk rumah sakit frekuensi BAK pasien adalah 4-5 x/hari, jumlahnya ± 1100-1400 cc/24 jam,warna kuning jernih, tidak ada nyeri tekan. Selama di rumah sakit pasien jumlah urine pasien ± 1200-1600 cc/liter warna kuning sedikit pekat, minum 1,5 liter /24 jam. Selama keluar dari ICU tanggal 31 Januari 2019 dari jam 08.30 Wib sampai pukul 13.45 jumlah urine tercatat ± 600cc, sedangkan pada tinjauan kasus pada pasien dengan penurunan kesadaran maka akan dilakukan pemasangan kateter untuk membantu proses berkemih, namun tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih. Inkontenansia urine berlanjut menunjukan neurologis mengalami kerusakan luas (Mutaqqin, 2008). Pada sistem ini dapat disimpulkan karena pasien Nn. R tidak mengalami penurunan kesadaran maka pada sistem perkemihan tidak terjadi masalah hanya saja menggunakan alat bantu kateter, namun tidak terjadi nyeri tekan maupun distensi kandung kemih dan inkontenansia.

* + - 1. Sistem pencernaan

Pada sistem pencernaan pasien mengeluh ingin muntah dan mual, nafsu makan pasien berkurang, porsi makan sedikit: setengah porsi. Pasien nampak pucat mukosa bibir pasien kering, hepar dan lien tidak teraba, berat badan sebelum MRS 48 kg, saat sakit BB menjadi 47kg. Pada pemeriksaan abdomen tidak ada ascites, tidak ada odema, bising usus 26x/menit. Pasien mengatakan BAB terakhir 3 hari yang lalu dengan bentuk feses lembek, warna kuning feses, muntah pada pasien dengan tumor intrakranial dapat di sebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial dan muntah bersifat proyektil atau tanpa didahului rasa mual, pada tinjauan pustaka dituliskan pada pasien dengan masalah neurologis biasanya akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial yang di tandai dengan mual dan muntah tanpa ada rasa mual sebelumnya (proyektil) yang berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, tidak mengalami acites, napsu makan menurun (Mutaqqin, 2008). Pada hasil yang di dapatkan seacara nyata dan teori mendapatkan hasil yang berkesinambungan.

1. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengeluh bahwa kaki kiri pasien terasa berat, kekuatan otot menurun, pasien juga mengatakan jika berjalan badan tidak seimbang seperti mau jatuh. Tidak ada fraktur, turgor kulit baik, kekuatan otot menurun.

5555 4444

4444 4444

Pada tinjauan pustaka dituliskan pasien dengan tumor intrakranial akan mengalami adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, gangguan sensorik, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas (Mutaqqin, 2008). Maka dari hasil yang di dapatkan berkesinambungan karena pasien dengan masalah dengan gangguan neurologis maka akan terjadi masalah pada sistem ektremitas gerak karena otak adalah pusat pengendalian sistem gerak manusia.

# 4.2. Diagnosa Keperawatan

Pada hasil pengkajian secara nyata pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *post operation craniotomy* hari ke – 4 dengan indikasi *craniopharyngioma* di dapatkan diagnosa kepearawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik karena pada pasien Nn.R diapat hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri kepala dengan skla 4 dari 1-10 I bagian kepala belakang dan dirasakan hilang timbul, Penurunan kapasitas adaptif intrkranial b.d edema serebral penulis mengambil diagnosa ini kareana pada pasien di dapatkan hasil pengkajian yang menunjukan pasien sering nyeri kepala, muntah dan mual serta di tunjang oleh hasil *CT-Scan* yang menunjukan ada *hypoden* pada otak, gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan otot sedangkan pada diagnosa ini penulis mendapatkan hasil pengkajian pasien menunjukan hasil keseluruhan aktivitas di bantu keluarga dan pasien sempoyongan saat berjalan, nausea b.d tumor terlokalisasi pada hasil pengkajian didapatkan pasien mual dan muntah napsu mkan menurun dan lemas, risiko jatuh b.d kekuatan otot menurun penulis mengambil diagnosa ini karena pada pengkajian pasien di dapatkan pasien terlihat sempoyongan saat jalan dan aktivitas keseluruhan di bantu oleh keluarga, risiko infeksi b.d tindakan operasi *craniotomy* di dapatkan hasil adanya luka operasi pada kepala pasien, defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler penulis mengambil diagnosa ini karena ditunjukan oleh hasil pengkajian aktivitas perawatan diri menurun dan dibantu keluarga.

Menurut ( SDKI, 2017 ) masalah keperwatan pada pasien dengan kasus tumor intrakranial akan muncul masalah keperawatan yang berdasarkan dari teori pengkajian di dapatkan masalah keperawatan nyeri akut, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik, risiko infeksi, risiko jatuh dan nausea. Pada hasil pebandingan antara teori dan masalah yang di dapatkan pada pasien nyata masalah yang tidak muncul dalam teori adalah masalah keperawatan terkait dengan defisit perawatan diri.

# 4.3. Perencanaan

Dalam perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *craniopharyngioma* yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pada pasien.

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

1. Pada diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Penulis memliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawataan 3x24 jam nyeri pasien berkurang,dengan kriteria hasil : pasien tampak tenang, tidur nyaman, tidak meringis kesakitan, tidak memegangi lokasi nyeri dan skala nyeri menjadi 0 dari skala sebelumnya, maka dilakukan perumusan perencanannya identifikasi skala nyeri pasien meliputi lokasi, kualitas, skala dan waktu terjadi, ajarkan pasien teknik relaksasi, anjurkan pasien istirahat, dan kolaborasi pemberian analgesik.

1. Penurunan kapasitas intrakranial b.d edema serebral

Penulis memliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x 24 jam pasien tidak mengalami peningkatan TIK, dengan kriteria hasil : pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, tidak mengalami pengelihatan yang kabur, tidak terjadi peningkatan nadi, tidak sesak napas. Maka di lakukan intervensi pemantauan peningkatan TIK, hindari valsafah manuever ( batuk dan mengejan ) dan memberikan posisi nyaman pada pasien, serta kolaborasi pemebrian terapi antibiotik.

1. Nausea b.d Tumor terlokalisasi

Penulis memiliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawtan 3x 24 jam pasien tidak mengalami mual dan muntah secara aktif, dengan kriteria hasil: pasien napsu makan meningkat, tidak terjadi penurunan berat badan, tidak mengalami mual. Maka dilakukan intervensi : monitori asupan nutrisi pasien, monitor mual, berikan makan dikit tapi sering dan kolaborasi pemberian obat mual.

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan otot

Penulis memiliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien mampu beraktivitas secara mandiri dengan krtia hasil : kekuatan otot meningkatan, seimbang saat berjalan, dan mampu mobilisasi mandiri, maka dilakukan intervensi monitor status kondisi fisik pasien, bantu pasien ssat mobilisasi, edukasi keluarga terkait kondisi pasien, ajarkan keluarga untuk membantu pasien saat mobilisasi.

1. Risiko Jatuh

Penulis memiliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawat 3x24jam pasien tidak mengalami cidera fisik, dengan kriteria hasil : keluarga mampu mengidentifikasi risiko jatuh, pasien tidak mengalami jatuh, dan pengelihatan jelas, maka dilakukan intervensi : indentifikasi lingkungan pasien, anjurkan pasien meminta bantuan ketika aktivitas, pasang pengaman pada tempat tidur pasien.

1. Risiko infeksi b.d tindakan operasi

Penulis memiliki tujuan : setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam di harapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil : luka bersih, tidak terjadi perdarahan dan infeksi, maka dilakukan intervensi : monitor tanda infeksi pada luka, melakukan perawatan luka *post operation*, ajarkan pasien pesonal hygien, dan kolaborasi pemberian antibiotik.

1. Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler

Penulis memiliki tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu mandiri melakukan perawatan diri dengan kriteria hasil pasien mampu mempertahankan kebersihan diri, maka di lakukan intervensi : monitor kebersihan pasien, bantu pasien saat melakukan pearawatan diri, anjurkan pasien konsisten melakukan perawatan diri, anjurkan keluarga mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri.

# 4.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun, pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan, pelakasanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Sehingga pada pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Nn.R tidak tejadi kendala dalam melaksanakannya.

Pada saat selama tahap pelaksanaan tindakan keperawatan keseluruhan dilakukan sesuai dengan perencaanan yang telah direncakanan, pada diagnosa nyeri akut dilakukan pemantauan skala nyeri pasien, memberikan posisi semi *fowler*, mengajarkan pasien teknik relaksasi, dan memberikan hasil kolaborasi yang sesuai dengan advis dokter, pada diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial dilakukukan pemantauan peningkatan tekanan intrakranial, memberikan posisi semi *fowler*, menganjurkan pasien tidak batuk dan mengejan, dan memberikan kolaborasi sesuai advis dokter, pada diagnosa risiko jatuh dilakukan pemantauan aktivitas dan kondisi kesehatan pasien, memasang pengaman tempat tidur pasien, dan melakukan monitor linkungan pasien, serta menganjurkan keluarga membantu pasien, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dilakukan monitor keluhan fisik pasien, monitor saat pasien aktivitas, membantu pasien aktifitas, memberikan terapi *range of motion* mengobservasi kekuatan otot pasien, pada diagnosa defisit perawatan diri dilakukan monitor kemandirian pasien, membantu pasien saat pearwatan diri, menganjurkan pasien konsisten melakukan perawatan diri, menganjurkan keluarga mendampingi pasien saat perawatan diri, pada diagnosa risiko infeksi dilakukan perawatan luka *post operation craniotomy*, pemantauan infeksi luka pasien, dan mengajarkan personal hygien pada pasien serta memberikan hasil kolaborasi sesuai advis dokter. Pelaksanan keperawatan keseluruhan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya.

# 4.5. Evaluasi

Pada tanggal 1 – Februari – 2020 pada diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakanial pasien mengalami perkembangan yang baik pasien kesadaran kompos mentis, TD 110/80 Mmhg, MAP 90 mmHg, S.36.0 drajat, nadi 82x/menit, RR 19x/menit, dan pasien menagataakan pengeliahatan sudah jelas maka dari hasil evaluasi yang di dapat penulis mengenhentikan intervensi untuk diagnosa penurunan kapasitas adaptif, pada tanggal 1 Februari 2020 pada diagnosa nausea b.d tumor terlokalisasi pasien mengalami perkembangan yang baik, pasien tidak menglami mual dan muntah, napsu makan baik, tidak lemas maka pada hasil yang mengacu dari evaluasi pada diagnosa nausea intervensi juga dihentikan. Pada tanggal 31 Januari 2020 dengan diagonosa risiko jatuh intervensi dihentikan karena pasien mengalami perkembangan yang baik penglihatan sudah jelas dan mampu mobilisasi mandiri, jalan sudah tidak sempoyongan. Pada tanggal 1 –Februari – 2020 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik juga di hentikan, karena dari hasil evaluasi pasien menunjukan perkembangan yang baik pasien mampu duduk mandiri, jalan tidak sempoyongan, kekuatan otot 5555 keseluruhan, tanggal 1 – Februari - 2020 diagnosa defisit perawatan diri intervensi juga dihentikan, pada tanggal 1 – Februari - 2020 pada diagnosa risiko infeksi pasien juga menunjukan perkembangan yang baik dan didapatkan hasil evaluasi kulit area luka bersih, tidak ada bengkak dan perdarahan jahitan *aff,* dan luka bersih maka pada diagnosa ini intervensi dihentikan, sedangkan pada diagnosa nyeri akut masih dilanjutkan karena masalah belum teratasi sepenuhnya, maka diagnosa yang teratasi adalah penrunan kapasitaf adaptif intrakranial, nausea, risiko infeksi, risiko jatuh, defisit perawatan diri, nausea sedangkan masalah yang belum teratasi adalah masalah keperawatan nyeri akut karena pada terakhir evaluasi pasien mengatakan masih mengalami nyeri dan tindakan dilanjutkan oleh perawat ruangan H 1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien Nn. R dengan diagnosa medis *post operation craniotomy* hari ke – 4 dengan indikasi *craniopharyngioma* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan kasus *post operation craniotomy*.

# 5.1. Kesimpulan

Dari hasil yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien *post operation* *craniotomy*, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian dengan *post operation* *craniotomy* dengan pasien Nn.R didapatkan pasien mengeluhkan nyeri kepala yang hebat dan berulang pada saat dilakukan asuhan keperawatan pemantauan skala nyeri pasien didapat skala 4 dari 1-10, bersifat hilang timbul, rasa nyeri cekot-cekot dengan lokasi di kepala bagian bagian belakang pasien, ditambah dengan pemeriksaan penunjang *CT Scan* dengan hasil *craniophayngioma* dan *hypoden* pada otak sehingga timbul keluhan pasien pengelihatan kabur dan tidak seimbang saat berjalan.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien nyeri akut, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, nausea, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh dan risiko infeksi, defisit perawatan diri.
3. Beberapa tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat dalam kasus *post operation* *craniotomy* adalah melaksanakan pemantauan peningkatan TIK, pemberian posisi semi *fowler,* dan menganjurkan pasien melakukan mengejan dan batuk, dan mengedukasi keluarga ikut berperan dalam kesembuhan pasien, mengajarkan teknik distraksi relaksasi pada pasien untuk mengatasi nyeri secara mandiri, memantau keamanan lingkungan pasien untuk mengindari cedera fisik.
4. Pada evaluasi yang dilakukan penulis dapat memberikan keberhasilan dalam mengatasi lima diagnosa secara tuntas yaitu diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial, nausea, risiko jatuh, gangguan mobiltas fisik, defisit perwatan diri masalah dapat diselesaikan sedangkan diagnosa dua lainya masalah teratasi dengan sebagaian sehingga tindakan dilanjutkan oleh perawat ruangan H1.

# 5.2. Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan hasil keperawatan yang diharapkan, di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat berkerjasama dengan tim kesehatan lainya dengan memberikan asuhan keperawatan dengan pasien *post operation craniotomy.*
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya dilaksanakan suatu seminar asuhan keperawatan terkait dengan kasus yang sedang terjadi pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat serta berkelanjutan perlu ditingkatkan secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara baik dan profesional.

# DAFTAR PUSTAKA

Ariani, T. A. (2014). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.

Fajar, N. . (2011). Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Pada Masyarakat di Desa Senuro. *Jurnal Pembangunan Manusia Vol 5 No1*.

Hastuti, P., Aini, N., Nuraisah, N., Antika, L., & Shinta, O. (2020). *Pendayagunaan Partisipasi Pasien Dan Keluarga Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Melalui Pelaksanaan Cuci Tangan*. *3*. Retrieved from http://jpk.jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id

Muhammad, R. (2018). Batang Otak. Retrieved from www.duniapendidikan.co.id di akses Online pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 19.00 WIB

Mutaqqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis* (Edisi Revi; N. H. Rahil, Ed.). Jogjakarta.

Sari, M. (2018). Empat Bagian Otak Manusia Beserta Fungsinya. Retrieved from www.dosenbiologi.com, di akses Online pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 19.00 WIB

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

Setiadi. (2016). *Dasar-Dasar Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Jogjakarta: Indomedia Pustaka.

Silalahi, M., & Djakaria, H. M. (2017). *Kraniofaringioma*. *8*(1), 27–38.

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan* (Edisi 2). Jakarta: CV Agung Seto.

Tim Pokja SDKI, D. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1; D. PPNI, Ed.). Jakarta Selatan.

Tim Pokja SIKI, D. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta Selatan.

Tim Pokja SLKI, D. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta Selatan.

WHO. (2015). World Health Statistic Report. *World Health Organization*.

WHO. (2018). World Health Statistic Report. *World Health Organization*.

Zulfatul, M., Dewi, D. P., & Siswoyo. (2019). *Analisis Masalah Keperawatan Pada Pasien Post Kraniotomi Di Rsd Dr. Soebandi Jember (Studi Retrospektif Januari 2016 – Desember 2017).* *6*(September), 677–683.

**LAMPIRAN 1**

**Satuan Acara Penyuluhan**

**6 LANGKAH MENCUCI TANGAN DENGAN BENAR**



**Oleh :**

**DHONI ROCHIM**

**NIM. 172.1007**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**(SAP)**

Pokok Bahasan         : Pengendalian Infeksi

Sub Pokok Bahasan   : 6 Langkah cuci tangan yang benar

Sasaran                 : klien dan keluarga

Waktu                        : 15 menit

Tanggal                   : 31 Januari 2020

Tempat           : Ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

1. **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah dilakukan penyuluhan , klien mampu memahami tentang 6 Langkah cuci tangan yang benar

1. **Tujuan Instruksional Khusus (TIK)**

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan klien dapat :

1. Menyebutkan pengertian dari cuci tangan
2. Menyebutkan alasan dari pentingnya mencuci tangan
3. Menyebutkan 5 waktu penting melakukan cuci tangan sehari-hari
4. Menyebutkan 5 waktu penting melakukan cuci tangan di lingkungan rumah sakit
5. Mampu menjelaskan dan memperagakan 6 langkah cuci tangan dengan benar menggunakan sabun dan hand rub
6. **Materi Penyuluhan**
7. Pengertian mencuci tangan
8. Pentingnya mencuci tangan
9. Manfaat melakukan 6 langkah cuci tangan yang benar
10. 5 waktu penting melakukan cuci tangan sehari-hari
11. 5 waktu penting melakukan cuci tangan di lingkungan rumah sakit
12. **Metode Pembelajaran**
13. Metode : Ceramah dan diskusi
14. Langkah-langkah kegiatan      :
15. Kegiatan pra pembelajaran

* Mempersiapkan materi, media dan tempat
* Kontrak waktu

1. Kegiatan membuka pembelajaran

* Memberi salam
* Perkenalan
* Menyampaikan pokok bahasan
* Menjelaskan tujuan
* Apersepsi

1. Kegiatan inti

* Penyuluh memberikan materi
* Sararan menyimak materi
* Sasaran mengajukan pertanyaan
* Penyuluh menjawab pertanyaan

1. Kegiatan menutup pembelajaran

* Melakukan post test (memberi pertanyaan secara lisan)
* Menyimpulkan materi
* Memberi salam

1. **Media dan Sumber**

Media       : Leaflet

1. **Evaluasi**

Prosedur                    : Post test

Jenis tes                    : Pertanyaan secara lisan

Butir-butir pertanyaan    :

* 1. Sebutkan pengertian mencuci tangan
  2. Sebutkan pentingnya mencuci tangan
  3. Sebutkan 5 waktu melaksanakan cuci tangan dalam kegiatan sehari-hari
  4. Sebutkan 5 waktu melaksanakan cuci tangan di lingkungan rumah sakit
  5. Peragakan 6 langkah cuci tangan yang benar

**MATERI PENYULUHAN**

1. **PENGERTIAN MENCUCI TANGAN**

Mencuci tangan adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari dengan menggunakan air ataupun cairan lainya oleh manusia dengan tujuan untuk menjadi bersih, sebagai bagian dari ritual keagamaan, ataupun tujuan-tujuan lainnya. Tujuan dan manfaat dilakukannya cuci tangan yaitu untuk: membersihkan mikroorganisme yang ada di tangan, pencegahan penyakit, menghindari masuknya kuman ke dalam tubuh, melindungi diri, keluarga dan pasien dari infeksi, memberikan perasaan segar dan bersih, keluarga menjadi terbiasa hidup sehat (Fajar, 2011).

1. **WAKTU  PENTING MELAKUKAN CUCI TANGAN SEHARI-HARI**

Menurut (Hastuti, Aini, Nuraisah, Antika, & Shinta, 2020) **:**

1. Sebelum dan sesudah makan

2. Sesudah buang air besar dan buang air kecil di toilet

3. Setelah batuk atau bersin yang mencemari tangan

4. Sesudah menceboki anak

5. Sebelum menyiapkan makanan

6. Sebelum memegang bayi

7. Setelah selesai memegang hewan

1. **5 WAKTU PENTING MELAKUKAN CUCI TANGAN DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT**

Menurut(Hastuti et al., 2020):

1. Sebelum Kontak dengan pasien
2. Sebelum tindakan asepsis
3. Setelah terkena cairan tubuh pasien
4. Setelah kontak dengan pasien
5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien
6. **Cara Cuci Tangan 6 Langkah Pakai Sabun Yang Baik dan Benar**

Menurut (Hastuti et al., 2020) :

* + - 1. Gulung lengan baju sampai atas pergelangan tangan ,lepaskan cincin, jam tangan dan perhiasan tangan lain. Ratakan sabun/cairan antiseptik pada telapak tangan berlawanan arah jarum jam. (Jika menggunakan sabun, basahi tangan dengan air terlebih dahulu).
      2. Gosok punggung tangan dan sela – sela jari tangan kiri menggunakan tangan kanan, begitu pula sebaliknya.
      3. Gosok kedua telapak dan sela – sela jari tangan
      4. Jari – jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci
      5. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
      6. Gosokkan dengan memutar berlawanan arah jarum jam ujung-ujung jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan lakukan sebalik. (Jika menggunakan sabun, bilas kedua tangan dengan air dan keringkan dengan lap tangan atau tissue

**LAMPIRAN 2**

**SOP RAWAT LUKA**

Proses pembersihan luka terdiri dari memilih cairan yang epat untuk membersihkan luka dan menggunakan cara-cara mekanik yang tepat untuk memasukkan cairan tersebut tanpa menimbulkan cedera pada jaringan luka.

Membersihkan luka dengan lembut tetapi mantap akan membuang kontaminan yang mungkin menjadi sumber infeksi. Namun, jika dilakukan dengan menggunakan kekuatan yang berlebihan, dapat menimbulkan perdarahan atau cedera yang lebih lanjut. Tujuan pembersihan luka adalah untuk mengeluarkan debris organic maupun anorganik sebelum menggunakan balutan untuk mempertahankan lingkungan yang optimum pada tempat luka untuk proses penyembuhan. Pendekatan yang berbeda diperlukan saat membersihkan luka bedah tertutup, yang pada mulanya masih dalam keadaan “bersih”. Dalam hal ini, tindakan asepsis yang ketat diperlukan sejak awal untuk mencegah infeksi luka secara endogenus maupun eksogenus. Meskipun demikian, kalau ada infeksi luka, maka penyebabnya hamper selalu dapat ditelusuri kembali pada sat pembedahan dilakukan.

Perawat membersihkan luka operasi atau traumatic dengan menggunakan cairan sitotoksik yang diberikan melaului kassa steril atau melalui irigasi.

Prinsip penting yang harus diperhatikan perawat saat membersihkan luka insisi atau area disekitar drain :

* + - 1. Bersihkan dari  arah area yang sedikit terkontaminasi, seperti dari luka atau insisi ke kulit disekitarnya atau dari tempat drain ke kulit di sekitarnya
      2. Gunakan friksi lembut saat menuangkan larutan ke kulit
      3. Saat melakukan irigasi, biarkan larutan mengalir dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi
      4. Perawat tidak boleh menggunakan kassa yang sama, saat membersihkan insisi atau luka untuk yang kedua kalinya
      5. Untuk membersihkan area drain, perawat mengusap sekeliling drain dengan gerakan memutar dari tempat yang terdekat dengan drain kearah luar

**2.      BALUTAN**

Menggunakan balutan yang tepat perlu disertai pemahaman tentang penyembuhan luka. Apabila balutan tidak sesuai dengan karakteristik luka, maka balutan tersebut dapat mengganggu penyembuhan luka. Pilihan jenis balutan dan metode pembalutan luka akan mempengaruhi kemajuan penyembuhan luka.

Karakteristik balutan luka yang ideal :

* + - 1. Dapat menyerap drainase untuk mencegah terkumpulnya eksudat
      2. Tidak melekat
      3. Impermeable terhadap bakteri
      4. Mampu mempertahankan kelembaban yang tinggi pada luka
      5. Penyekat suhu
      6. Non toksik dan non alergenik
      7. Nyaman dan mudah disesuaikan
      8. Mampu melindungi luka dari trauma lebih lanjut
      9. Biaya ringan
      10. Awet

**PROSEDUR**

**A. MENGGANTI BALUTAN KERING**

**1. Tahap pre interaksi**

**A. Menyiapkan alat**

1. Seperangkat set perawatan luka steril
2. Sarung tangan steril
3. Pinset 3 ( 2 anatomis, 1 sirurgis )
4. Gunting ( menyesuaikan kondisi luka )
5. Balutan kassa dan kassa steril
6. Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih
7. Salp antiseptic  ( bila diperlukan )
8. Depress
9. Lidi kapas
10. Larutan pembersih yang diresepkan ( garam fisiologis, betadin )
11. Gunting perban / plester
12. Sarung tangan sekali pakai
13. Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan
14. Bengkok
15. Perlak pengalas
16. Kantong untuk sampah
17. Korentang steril
18. Alcohol 70%
19. Troli / meja dorong

**2. Tahap orientasi**

1. Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya
2. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga

**3. Tahap kerja**

1. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya  sebelum kegiatan dimulai
2. Susun semua peralatan yang diperlukan di troly dekat  pasien ( jangan membuka peralatan steril dulu )
3. Letakkan bengkok di dekat pasien
4. Jaga privacy pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekkitar pasien,  serta pintu dan jendela
5. Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril
6. Mencuci tangan secara seksama
7. Pasang perlak pengalas
8. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset
9. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas alcohol
10. Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor  jauh dari penglihatan klien
11. Jika balutan lengket  pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl
12. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan
13. Buang balutan kotor pada bengkok
14. Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok
15. Buka bak instrument  steril
16. Siapkan larutan yang akan digunakan
17. Kenakan sarung tangan steril
18. Inspeksi luka
19. Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis
20. Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril
21. Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan
22. Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi
23. Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka
24. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara seperti di atas
25. Berikan salp antiseptic bila dipesankan / diresepkan, gunakan tehnik seperti langkah pembersihan
26. Pasang kassa steril kering pada insisi atau luka
27. Gunakan plester di atas balutan,fiksasi dengan ikatan atau balutan
28. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya
29. Bantu klien pada posisi yang nyaman

**4. Tahap terminasi**

1. Mengevaluasi perasaan klien
2. Menyimpulkan hasil kegiatan
3. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
4. Mengakhiri kegiatan
5. Mencuci dan membereskan alat
6. Mencuci tangan

**5. Dokumentasi**

1. Mencatat tanggal dan jam perawatan luka
2. Mencatat Kondisi luka

**DAFTAR PUSTAKA**

Fajar, N.A.(2011). Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun Pada Masyarakat di Desa Senuro. *Jurnal Pembangunan Manusia Vol 5 No1*.

Hastuti, P., Aini, N., Nuraisah, N., Antika, L., & Shinta, O. (2020). *Pendayagunaan Partisipasi Pasien Dan Keluarga Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Melalui Pelaksanaan Cuci Tangan*. *3*. Retrieved from http://jpk.jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id