**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN POST OP TUMOR CEREBRIHARI KE 0 DI RUANG 7 SYARAF**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**DIANA WAHYU AMALIA**

**NIM. 172.0034**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESESHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN POST OP TUMOR CEREBRIHARI KE 0 DI RUANG 7 SYARAF**

**RUMKITAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

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

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**DIANA WAHYU AMALIA**

**NIM. 172.0034**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

****

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Diana Wahyu Amalia

NIM : 172.0034

Program Studi : D-III Keperawatan

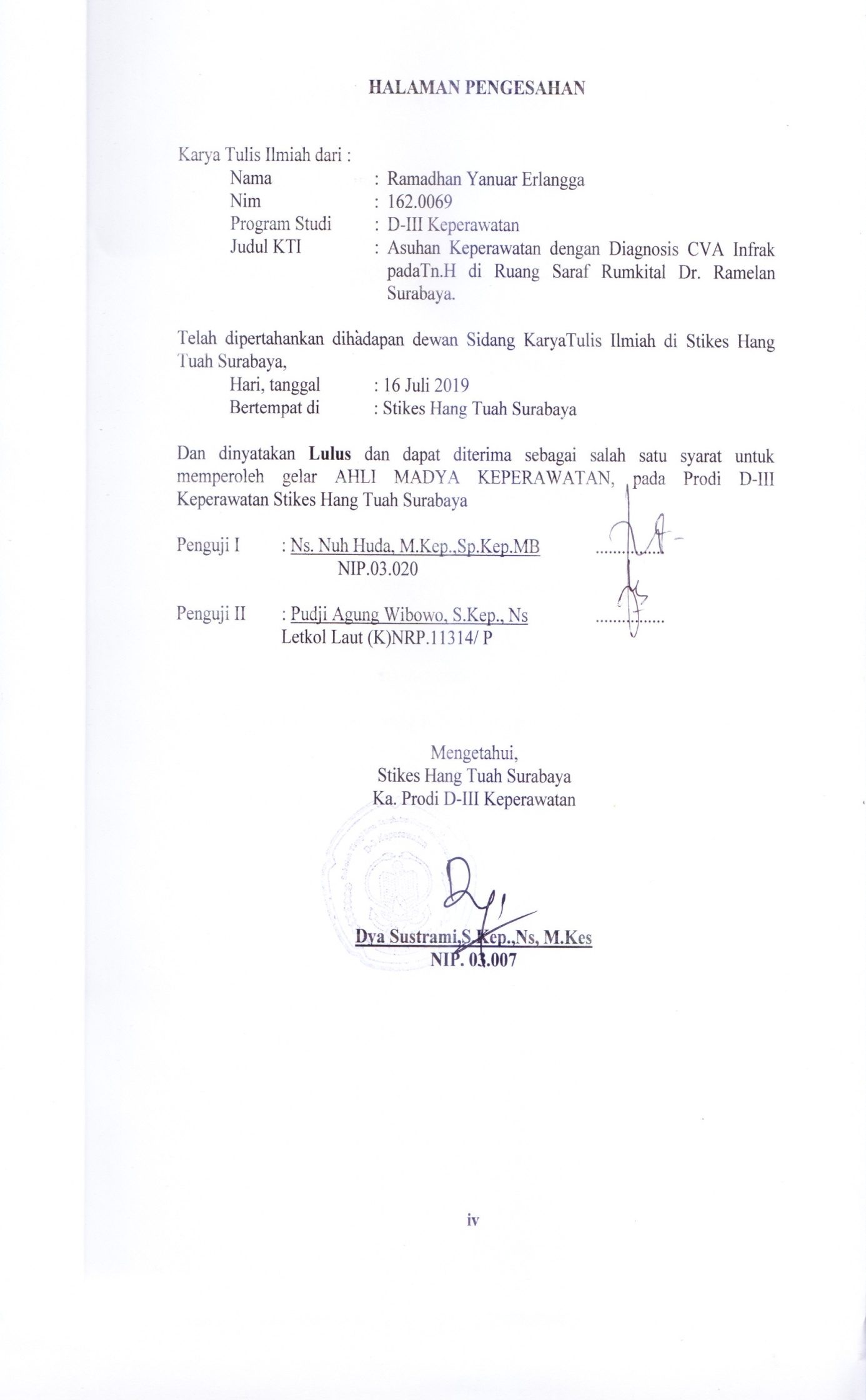
Judul KTI : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN TUMOR CEREBRI DI RUANG 7 SYARAF RSAL DR. RAMELAN SURABAYA**

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

Hari, tanggal : 20 Februari 2020

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat di terima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III



Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 Februari, 2020

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

**Nama : DIANA WAHYU AMALIA**

**Nim : 172.0034**

**Program Studi : D-III Keperawatan**

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN POST OP TUMOR CEREBRI HARI KE 0 DI RUANG 7 SYARAF RUMKITAL 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 (A.Md.Kep)**

Surabaya, 20 Februari 2020

Pembimbing



**Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB**

**NIP. 03.020**

**Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB**

**NIP. 03.020**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**“TALK LESS DO MORE!”**

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Bapak saya, Alm. Bapak Dwi Wahyu Widodoyang telah membuat saya termotivasi untuk segera menyelesaikan studi saya dan sebagai hadiah telah berhasil menyekolahkan saya hingga ke Perguruan Tinggi.
2. Ibu Wida Ningrum dan Kakak saya, Robby Wahyu Dharmawanyang telah berjuang untuk menyekolahkan saya, mendidik saya sebagai anak dan adik yang lebih baik lagi.
3. Saudara sepupu saya yang selalu menjadi *support system* dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini, Dimas dan Sasa.
4. Teman seperjuangan saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah, Agustyan, Selvi Rere, Rudi Irfan.
5. Teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang harus saya dahului untuk lulus, Arif Rahman dan Fara Nisrina.
6. Teman SMA yang selalu membuat saya termotivasi untuk tetap santai namun serius dalam mengerjakan pekerjaan, Amalia, Farenza, Akbar, Dion, Afi dll.

**KATA PENGANTAR**

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

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

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radio Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL,selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, M. Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk 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. Bapak Nuh Huda, S.Kep., Ns M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku pembimbing I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Letkol Laut(K) Puji Agung, S. Kep., Ns, selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
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 dauh 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, 20 Februari 2020**

Penulis,

**DAFTAR ISI**

**COVER i**

**HALAMAN JUDUL ii**

**HALAMAN PERNYATAAN iii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iv**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN v**

**KATA PENGANTAR vi**

**DAFTAR ISI ix**

**DAFTAR TABEL xi**

**DAFTAR GAMBAR xii**

**DAFTAR SINGKATAN xiii**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 3

1.3 Tujuan Penelitian 3

1.3.1 Tujuan Umum 3

1.3.2 Tujuan Khusus 3

1.4 Manfaat Penulisan 4

1.5 Metode Penulisan 5

1.6 Sistematika Penulisan 6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Anatomi Fisiologi 7

2.1.1 Anatomi Sistem Persarafan 7

2.1.2 Fisiologi Sistem Persarafan 14

2.2 Konsep Penyakit Tumor Cerebri 16

2.2.1 Pengertian Tumor Cerebri 16

2.2.2 Etiologi 17

2.2.3 Patofisiologi 18

2.2.4 Manifestasi Klinis 20

2.2.5 Klasifikasi tumor 21

2.2.6 Penatalaksaan 23

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang 25

2.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Tumor Cerebri 26

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 34

3.2 Analisa Data 47

3.3 Prioritas Masalah 49

3.4 Rencana Keperawatan 50

3.5 Tindakan Keperawatan 54

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 64

4.2 Diagnosa Keperawatan 67

4.3 Perencanaan 68

4.4 Pelaksanaan 69

4.5 Evaluasi 71

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 74

5.2 Saran 75

**DAFTAR PUSTAKA 79**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Genogram Ny. A 36

Tabel 3.2 Kemampuan Perawatan Diri Ny. A 42

Tabel 3.3 Laboratorium Ny. A 44

Tabel 3.4CT-Scan Ny. A 44

Tabel 3.5 Terapi Medis Ny. A 45

Tabel 3.6 Analisa Data 47

Tabel 3.7 Prioritas Masalah 49

Tabel 3.8 Rencana Keperawatan 50

Tabel 3. 9 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan 54

**DAFTAR GAMBAR**

* 1. Anatomi Sistem Persarafan 8
  2. Anatomi Otak 9
  3. Sistem Saraf Perifer 12
  4. Mekanisme Gerak Refleks 15
  5. Tumor Otak 16

**DAFTAR SINGKATAN**

CRT : Capillary Refill Time

DO : Data Obyektif

DS : Data Subyektif

D5% : Dextrose 5%

EWS : Early Warning Score

GCS : Glasgow Coma Scale

ICS : Inter Costa Spall

IGD : Instalasi Gawat Darurat

IV : Intra Vena

mmHg : Milimeter Merkuri Hydrargyrum

MRS : Masuk Rumah sakit

NGT : Naso Gastric Tube

RL : Ringer Laktat

Rumkital : Rumah Sakit Angkatan Laut

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

SpO2 : Saturasi Oksigen

WSD : Water Seal Drainage

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Tumor otak adalah keganasan berupa benjolan yang padat di dalam rongga kepala, yang merupakan suatu pertumbuhan abnormal dari sel-sel dalam otak atau sumsum tulang belakang. Singkatnya, tumor otak adalah pertumbuhan sel-sel otak yang tak normal (Anurogo, 2013). Tumor otak dapat terjadi pada area otak baik pada jaringan otak maupun pada jaringan pendukungnya. Seperti halanya jenis tumor-tumor yang lain, pada tumor otak ada yang berkembang sangat cepat dan berkembang lambat. Tumor otak dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu tumor otak primer yang berasal dari jaringan otak dan tumor sekunder yang merupakan tumor otak yang terjadi akibat metastase dari bagian lain (Tartowo, 2013). Masalah keperawatan yang muncul pada tumor otak adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial, hambatan mobilitas fisik, risiko infeksi dan defisit perawatan diri (*NANDA 2018-2020*, 2018)

Tumor otak meliputi sekitar 85-90% dari seluruh tumor susunan saraf pusat. Di Amerika Serikat insidensi tumor otak ganas dan jinak adalah 21.42 per 100.000 penduduk per tahun (7.25 per 100.000 penduduk untuk tumor otak ganas, 14.17 per 100.000 penduduk per tahun untuk tumor otak jinak) (*Kanker Kemenkes*, n.d.).

Angka insidens untuk tumor otak ganas di seluruh dunia berdasarkan angka standar populasi dunia adalah 3.4 per 100.000 penduduk. Angka mortalitas adalah 4.25 per 100.000 penduduk per tahun. Mortalitas lebih tinggi pada pria.

Dari seluruh tumor primer susunan saraf pusat, astrositoma anaplastik dan glioblastoma multiforme (GBM) meliputi sekitar 38% dari jumlah keseluruhan, dan meningioma dan tumor mesenkim lainnya 27%. Sisanya terdiri dari tumor otak primer yang bervariasi, meliputi tumor hipofisis, schwannoma, limfoma SSP, oligodendroglioma, ependimoma, astrositoma derajat rendah, dan meduloblastoma.Di Indonesia data tentang tumor susunan saraf pusat belum dilaporkan. Insiden tumor otak pada anak-anak terbanyak dekade 1, sedangkan pada dewasa usia 30-70 tahun dengan puncak usia 40-65 tahun.Sedangkan untuk di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya khususnya di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya prevalensi pasien dengan tumor otak data per bulan Januari 2019 sampai Januari 2020 sejumlah 10 pasien, diantaranya lebih banyak perempuan dibandingna laki-laki(*RISKESDAS*, 2013).

Pasien yang memiliki perhatian yang baik terhadap kesehatannya pada komponen fisik dan komponen mental setelah proses penyembuhan dari penyakit tumor otak dapat menunjukkan kemampuannya dalam melakukan aktivitas fisik yang merupakan salah satu indikator kualitas hidup yang baik.

Peran seorang perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting mengetahui penyebab terbentuk nya tumor otak sehingga hal ini perlu dilakukan pengkajian dan memberikan intervensi kepada pasien serta mengevaluasi kondisi kesehatan pasien guna mencegah kejadia tumor otak berulang yang dapat menyebabkan kerusakan otak permanen. Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk meneliti mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Post Op Tumor Cerebri Hari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Tumor Cerebri dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Tumor Cerebri Hari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya”

* 1. **Tujuan Penelitian**

Mahasiswa mampu menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny.A dengan Post Op Tumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

* + 1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Post Op Tumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien Ny. Adengan Post Op Tumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.A dengan Post Op Tumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. A dengan Post Op Tumor Cerebri Hari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. APost Op Batu Tumor Cerebri Hari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien Ny. A dengan Post OpTumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny.A dengan Post Op Tumor CerebriHari Ke 0 di Ruang 7 Syaraf RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya
   1. **Manfaat Penulisan**

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

1. Akademik

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien post op tumor cerebri

1. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
2. Bagi pelayanan keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien post op tumor cerebri dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien post op batu ureter.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien post op tumor cerebri

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. A pada tanggal 28 Januari 2020 yang meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
   1. Wawancara

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

* 1. Observasi

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

* 1. Pemeriksaan

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

1. Sumber Data
   1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

* 1. Data sekunder

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

1. Studi Kepustakaan

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan mamahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

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

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa post op tumor cerebri, serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan

BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran

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

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah post op tumor cerebri. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit post op tumor cerebri dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

* 1. **Anatomi Fisiologi** 
     1. **Anatomi Sistem Persarafan**

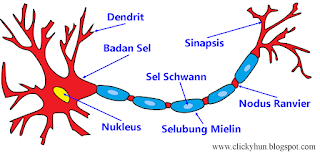
Sistem saraf adalah salah satu organ yang berfungsi untuk menyelenggarakan kerja sama yang rapih dalam organisasi dan koordinasi kegiatan tubuh. Dengan pertolongan saraf kita dapat mengisap suatu rangsangan dari luar pengendalian pekerja otot (Setiadi, 2007)

A. Sel-sel pada sistem saraf pusat

1. Neuron

Adalah unit fungsional sistem syaraf yang terdiri dari badan sel dan perpanjangan sitoplasma. Neuron ini terdiri dari komponen-komponen sebagai berikut:

1. Badan sel, yaitu bagian yang mengendalikan metabolism keseluruhan neuron.
2. Akson, yaitu suatu prosesus tunggal, yang lebih tipis dan lebih panjang dari dendrite. Bagian ini menghanatar impuls menjauhi badan sel ke neuron lain, ke sel lain atau ke badan sel neuron yang menjadi asal akson(arah menuju ke luar sel).
3. Dendrit, yaitu perpnjangan sitoplasma yang biasanya berganda dan pendek yang berfungsi sebagai penghantar impus ke sel tubuh. Permukaan dendrit penuh dengan spina dendrit yang dikhususkan untuk berhubungan dengan neuron lain.



Gambar 2.1Struktur Sel

1. Sel neuroglial

Sel penunjang tambahan pada susunan saraf pusat yang berfungsi sebagai jaringan ikat yang mensupport sel dari Nervous Sistem.

1. Sistem komunikasi sel

Daya kepekaan dan daya hantaran merupakan sifat utama dari makhluk hidup dalam bereaksi terhadap perubahan sekitarnya.rangsangan ini dinamakan respon. Alat penghantar stimulus yang berfungsi menerima rangsangan disebut reseptor, sedangkan yang menjawab stimulus disebut efektor seperti otot, sel, kelenjar, dan sebagainya.

B. Pembagian susunan saraf

1. Sistem saraf pusat

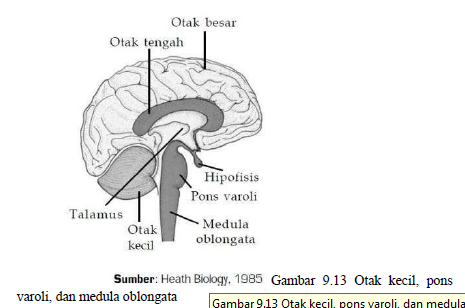
1. Otak

Otak merupakan suatu alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat tubuh, bagian dari saraf sentral yang terletak di dalam rongga tengkorak (cranium) yang dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Berat otak orang dewasa kira-kira 1400 gram.

1. Perkembangan otak

Otak terletak dalam rongga cranium (tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tigaa gejala pembesaran otak awal.

1. Otak depan menjadi hemisfer serebri, korpus striatum, thalamus serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
2. Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penghlihatan dan pendengaran. Otak ini menjadi tegmentum, krus serebrium, korpus kuadrigeminus.
3. Otak belakang (pons), bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan. Otak belakang dibagi menjadi 3 bagian yaitu, pons voraali yang berfungsi membantu meneruskan informasi, medulla oblongata yang berfungsi mengendalikan fungsi otomatis organ dalam dan serebelum yang berfungsi mengkoordinasikan pergerakan dasar.



Gambar 2.2 Otak

1. Pelindung otak

Otak dilindungi oleh kulit kepala dan rambut, tulang tengkorak dan columna vertebral, serta meningen (selaput otak).

1. Bagian-bagian otak
2. Hemisfer cerebral

Berpasangan (kanan dan kiri) bagian atas dari otak yang mengisi lebih dari setengah masa otak. Permukaannya berasal dari bagian yang menonjol (gyri) dan lekukan (sulci). Cerebrum terbagi menjadi 4 lobus yaitu:

1. Lobus frontalis, menstimuli pergerakan otot, yang bertanggung jawab untuk proses berpikir.
2. Lobus parietalis, merupakan area sensoris dari otak yang merupakan sensasi perabaan, tekanan dan sedikit menerima perubahan temperature.
3. Lobus occipitallis, mengandung area visual yang menerima sensasi dari mata.
4. Lobus temporalis, mengandung area auditori yang menerima sensasi dari telinga.
5. Cerebelum (otak kecil)

Terletak dalam fosa cranial posterior, di bawah tentorium cerebellum bagian posterior dari pons varoli dan medulla oblongata. Cerebellum mempunyai dua hemisfer yang dihubungkan oleh fermis. Berat cerebellum lebih kurang 150 gram dari otak seluruhnya.

Fungsi cerebellum mengembalikan tonus otot di luar kesadaran yang merupakan suatu mekanisme saraf yang berpengaruh dalam pengaturan dan pengendalian terhadap perubahan ketegangan dalam otot untuk mempertahankan keseimbangan dan sikap tubuh. Setiap pergerakan memerlukan koordinasi dalam kegiatan sejumlah otot. Otot antagonis harus mengalami relaksasi secara teratur dan otot sinergis berusaha memfiksasi sendi seusai dengan kebutuhan yang dipperlukan oleh bermacam pergerakan.

1. Ventrikel otak

Yaitu bebrapa rongga yang saling berhubungan di dalam otak dan berisi cairan serebrospinalis. Fungsi dari cairan serebrospinalis sebagai buffer dan melindungi otak serta sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.

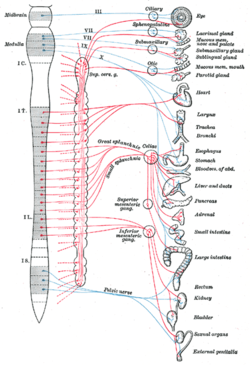
Ada tiga jenis kelompok saraf yang dibentuk oleh saraf cerebrospinalis yaitu:

1. Saraf sensorik, membawa impuls dari otak dan medulla spinalis ke perifer.
2. Saraf motorik, mengahntarkan impuls dari otak dan medulla spinalis ke perifer
3. Saraf campuran, mengandung serabut motorik dan sensorik, sehingga dapat menghantar impuls dalam dua jurusan.
4. Medula Spinalis

Disebut juga sumsum tulang belakang yang terlindung di dalam tulang belakang dan berfungsi untuk mengadakan komunikasi antara otak dan semua bagian tubuh serta berperan dalam gerak reflex, pengatur tekanan darah, muntah, menelan, pernafasan, denyut jantung, dan berisi pusat pengontrolan yang penting.

1. Saraf Perifer

Sistem saraf perifer menyampaikan informasi antara jaringan dan saraf pusat (CNS) dengan cara membawa sinyal dari dan ke CNS.



Gambar 2.3 Sistem Saraf Perifer

1. Saraf Somatic

Yaitu susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atay serat lintang. Jadi saraf ini melakukan sistem pergerakan otot yang disengaja atau tanpa disengaja. saraf ini meliputi gerakan reflex.

Gerak reflex merupakan bagian dari mekanisme pertahanan pada tubuh dan terjadi jauh lebih cepat dari gerak sadar, misalnya menutup mata pada saat terkena debu, menarik tangan pada saat terkena barang panas. Gerak reflex ini dapat dihambat oleh kemauan sadar, misalnya bukan saja tidak menarik tangan dari benda panas bahkan sengaja menyentuh permukaan benda panas itu.

Reflex tergantung pada terdapatnya arkus reflex yang terdiri dari organ sensoris dan serat-serat saraf yang membawa impuls ke sistem saraf pusat, saraf motorik yang membawa impuls ke otot. Reflex ini terjadi dari rangsangan sensoris langsung menuju jalur motoris tanpa melalui otak. Untuk terjadi gerak reflex dibutuhkan struktur sebagai berikut organ sensoris, yaitu kulit, serabut saraf sensoris, sumsum tulang belakang, sel saraf motorik dan organ motorik, yang melaksanakan gerakan karena dirangsang oleh impuls saraf motorik.

1. Saraf Otonom

Yaitu susunan saraf yang mempunyai peranan penting mempengaruhi pekerjaan otot sadar atau serat lintang. Dengan membawa informasi ke otot halus atau otot jantung yang dilakukan otomatis. Menurut fungsinya saraf otonom dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Sistem Saraf Simpatis

Terletak di depan kolumna vertebra dan berhubungan dengan sumsum tulang belakang melalui serabut-serabut saraf. Sistem saraf ini terdiri dari serangkaian urat kembar yang bermuatan ganglion, urat-urat ituberherak dari dasar tengkorak yang terletak di depan lokasi sebagai ganglion goksi. Ganglion-ganglion itu berpasangan dan disebarkan dari daerah leher 3 pasang ganglion servikal, daerah dada 11 pasang ganglion torakal, daerah pinggang 4 pasang ganglion lumbal, daerah pelvis 4 pasang ganglion sakral dan di depan koksi 1 pasang ganglion koksis.

1. Sistem Saraf Parasimpatis

Saraf kranialotonom adalah saraf cranial 3,7,9, dan 10. Saraf ini merupakan penghubung melalui serabut parasimpatis dalam perjalanan keluar dari otak menuju organ-organ yang sebagian dikendalikan oleh serabut-serabut menuju iris dan dengan demikian merangsang gerakan-gerakan saraf ke-3 yaitu saraf okulamotorik.

Melalui saraf ke-7, dasial serta saraf ke-9 glosofaringeus. Saraf vagus atau saraf cranial ke-10 adalah serabut saraf otonom terbesar. Saraf simpatis sacral keluar dari sumsum tulang belakang melalui daerah sacral, saraf-saraf ini membentuk urat saraf pada alat-alat dalam pevis dan bersama saraf-saraf simpatis; membentuk fleksus yang mempersarafi kolon rektrum dan kandung kemih (Setiadi, 2007).

* + 1. **Fisiologi Sistem Persarafan**

1. Fungsi sistem persarafan :
   1. menerima rangsangan (oleh indera)
   2. Meneruskan implus saraf ke sistem saraf pusat (oleh saraf sensorik)
   3. Mengolah rangsangan untuk menentukan tanggapan (oleh sistem saraf pusat)
   4. Meneruskan rangsangan dari sistem saraf ke efektor (oleh saraf motorik)
2. Proses terjadinya gerak

Salah satu bentuk reaksi terhadap rangsang adalah gerak. Misalnya saat dipanggil namanya, seseorang akan menjawab. Saat terkena panas api pada lilin yang terjadi secara tidak sengaja tangan tersebut akan secepat kilat kita angkat. Gerakan mulut untuk menjawab pertanyaan dan gerakan tangan tersebut merupakan bentuk reaksi dalam menanggapi adanya rangsangan. Namun, kedua jenis tersebut berbeda. Gerak pertama merupakan gerak biasa yang dilakukan dengan kesadaran, sedangkan gerak kedua merupakan gerak refleks yang terjadi tanpa kita sadari.

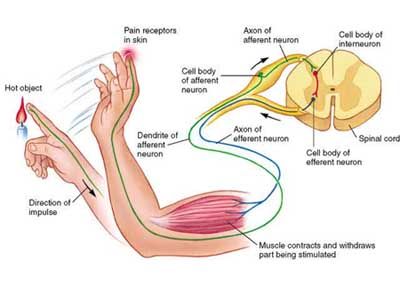
1. Gerak Biasa

Gerak biasa atau gerak sadar umumnya terjadi lebih lambat daripada gerak refleks karena perjalanan rangsang pada gerak sadar melalui proese yang panjang. Mula-mula, rangsang yang diterima oleh reseptor akan diteruskan ke saraf sensori, lalu dihantarkan ke saraf pusat (otak). Di otak, rangsang itu akan diolah dan hasilnya yang berupa tanggapan akan dikirim oleh otak melalui saraf motor untuk dilksanakan oleh efektor (otot).

2. Gerak Refleks

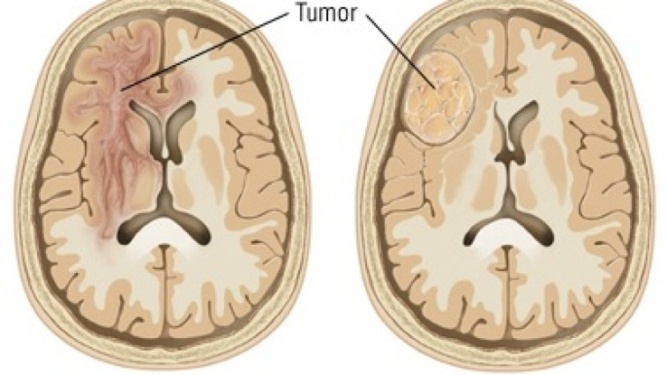
Gerak refleks merupakan bagian dari mekanisme pertahanan tubuh dan proses terjadinya lebih cepat daripada gerak biasa. Gerak refleks adalah gerak yang terjadi tanpa dipengaruhi kehendak dari otak. Gerak ini terjadi sangat cepat karena jalan yang ditempuh oleh rangsang lebih pendek daripada gerak biasa.

Jalan pintas yang ditempuh oleh gerak refleks tersebut dinamakan busur refleks. Pada gerak refleks, rangsang yang diterima oleh reseptor dibawa ke saraf sensori. Dari situ, rangsang diteruskan ke saraf konektor yang ada di sumsum tulang belakang, kemudia dibawa ke saraf mtotor untuk disampaikan ke efektor otot (Mardani, 2013).



Gambar 2.4Mekanisme GerakRefleks

* 1. **Konsep Penyakit Tumor Cerebri**
     1. **Pengertian Tumor Cerebri**



Gambar 2.5 Tumor Otak

Tumor Otak adalah tumbuhnya sel abnormal pada otak. Banyak jenis tumor yang berbeda-beda. Beberapa tumor otak bukan merupakan kanker (jinak) dan beberapa tumor otak lainnya adalah kanker (ganas). Tumor otak dapat berasal dari otak (tumor otak primer) atau kanker yang berasal dari bagian tubuh lain dan merambat ke otak (tumor otak sekunder / metastatik).

Tumor otak adalah terdapatnya lesi yang ditimbulkan karena ada desakan ruang baik jinak maupun ganas yang tumbuh di otak, meningen, dan tengkorak(Price, Sylvia A. Wilson, 2005).

Tumor otak adalah suatu lesi ekspansif yang bersifat jinak (benigna) ataupun ganas (maligna) membentuk massa dalam ruang tengkorak kepala (intra cranial) atau di sumsum tulang belakang (medulla spinalis). Neoplasma pada jaringan otak dan selaputnya dapat berupa tumor primer maupun metastase. Apabila sel-sel tumor berasal dari jaringan otak itu sendiri disebut tumor otak primer dan bila berasal dari organ-organ lain (metastase) seperti kanker paru, payudara, prostate, ginjal, dan lain-lain disebut tumor otak sekunder (Price, Sylvia A. Wilson, 2005).

* + 1. **Etiologi Tumor Otak**

Tidak ada faktor etiologi jelas yang telah ditemukan untuk tumor otak primer. Walaupun tipe sel yang berkembang menjadi tumor sering kali dapat diidentifikasi, mekanisme yang menyebabkan sel bertindak abnormal tetap belum diketahui. Kecenderungan keluarga, imunosupresi, dan faktor-faktor lingkungan sedang diteliti. Waktu puncak untuk kejadian tumor otak adalah decade kelima dan ketujuh. Selain itu, pria terkena lebih sering dari pada wanita.

Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Adapun 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. Dibawah 5% penderita glioma mempunyai sejarah keluarga yang menderita brain tumor. Sklerosis tuberose atau penyakit *Sturge-Weber* yang dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru, memperlihatkan faktor familial 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 (*Embryonic Cell Rest*)

Bangunan-bangunan embrional berkembang menjadi bangunan-bangunan yang mempunyai morfologi dan fungsi yang terintegrasi dalam tubuh. Tetapi ada kalanya sebagian dari bangunan embrional tertinggal dalam tubuh, menjadi ganas dan merusak bangunan di sekitarnya. Perkembangan abnormal itu dapat terjadi pada kraniofaringioma, teratoma 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 bahwa 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 antara infeksi virus dengan perkembangan tumor pada sistem saraf pusat.

1. Substansi-substansi Karsinogenik

Penyelidikan tentang substansi karsinogen sudah lama dan luas dilakukan. Kini telah diakui bahwa ada substansi yang karsinogenik seperti *methylcholanthrone, nitroso-ethyl-urea*. Ini berdasarkan percobaan yang dilakukan pada hewan.

1. Trauma kepala

Trauma kepala yang dapat menyebabkan hematoma sehingga mendesak massa otak akhirnya terjadi tumor otak (Ariani, 2014).

* + 1. **Patofisiologi Tumor Otak**

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologis progresif yang disebabkan oleh dua faktor yaitu gangguan fokal oleh tumor dan kenaikan tekanan intracranial (TIK).Gangguan fokal terjadi apabila terdapat penekanan pada jaringan otak dan infiltrasi atau invasi langsung pada parenkim otak dengan kerusakan jaringan neuron.

Perubahan suplai darah akibat tekanan yang ditimbulkan tumor yang tumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak.Akibatnya terjadi kehilangan fungsi secara akut dan dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskular primer.

Serangan kejang sebagai manifestasi perubahan kepekaan neuron akibat kompresi, invasi, dan perubahan suplai darah ke dalam jaringan otak.

Peningkatan TIK dapat diakibatkan oleh beberapa faktor seperti bertambahnya massa dalam tengkorak, edema sekitar tumor, dan perubahan sirkulasi CSS. Tumor ganas menyebabkan edema dalam jaringan otak yang diduga disebabkan oleh perbedaan tekanan osmosis yang menyebabkan penyerapan cairan tumor.Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar di otak, menimbulkan peningkatan volume intracranial dan meningkatkan TIK.

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

Herniasi unkus timbul jika girus medialis lobus temporalis bergeser ke inferior melalui insisura tentorial karena adanya massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ke-3. Pada herniasi serebellum, tonsil serebellum tergeser ke bawah melalui foramen magnum oleh suatu massa posterior.

Kompresi medulla oblongata dan terhentinya pernapasan terjadi dengan cepat. Perubahan fisiologis lain yang terjadi akibat peningkatan intrakranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan (Ariani, 2014).

* + 1. **Manifestasi Tumor Otak**

Manifestasi Klinis mungkin tidak spesifik yang dapat disebabkan oleh edema dan peningkatan TIK atau spesifik yang disebabkan oleh lokasi anatomi tertentu.

* + - 1. Perubahan Status Mental

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

* + - 1. Sakit kepala

Merupakan gejala awal pada 20% penderita dengan tumor otak yang kemudian berkembang menjadi 60%. Nyerinya tumpul dan intermitten. Nyeri kepala berat juga sering diperhebat oleh perubahan posisi, batuk, maneuver valsava dan aktivitas fisik. Muntah ditemukan bersama nyeri kepala pada 50% penderita. Nyeri kepala ipsilateral pada tumor supratentorial sebanyak 80 % dan terutama pada bagian frontal. Tumor pada fossa posterior memberikan nyeri alih ke oksiput dan leher.

Sakit kepala dapat terbatas atau keseluruhan. Biasanya intermiten dengan durasi meningkat dan dapat diperparah dengan perubahan posisi atau mengejan. Sakit kepala parah dan berulang pada klien yang sebelumnya bebas sakit kepala atau sakit kepala berulang di pagi hari yang frekuensi dan keparahannya meningkat dapat menandakan suatu tumor intrakranial dan membutuhkan pengkajian lebih lanjut.

c. Mual dan Muntah

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

* + - 1. Papiledema

Kompresi pada nervus kranialis kedua, nervus optik, dapat menyebabkan papiledema. Mekanisme patofisiologis yang mendasari hal ini masih belum diapahami. Peningkatan tekanan intrakranial mengganggu aliran balik vena dari mata dan menumpuk darah di vena retina sentralis. Juga dikenal sebagai “*Choked disc*”, papiledema umum pada klien dengan tumor intrakranial dan mungkin merupakan manifestasi awal dari peningkatan tekanan intrakranial. Papiledema awal tidak menyebabkan perubahan ketajaman penglihatan dan hanya dapat dideteksi dengan pemeriksaan oftalmologis. Papiledema parah dapat bermanifestasi sebagai penurunan tajam penglihatan (Ariani, 2014).

**2.2.5 Klasifikasi Tumor**

Tumor otak dapat diklasifikaikan sebagai tumor primer (berasal dari dalam kranium) tumor metastasis (berasal dari lur kranium) dengan derajat maligna (stadium I sampai stadium IV maligna). Tumor intrakrsial (berasal dari substansi otak dan mempengaruhi otak dengan infiltrasi), sedangkan lawannya adalah ekstraaksial (berasal dari tengkorak, menginerns, saraf kranial dan daerah pituitary).

1. Glioma

Glioma adalah peningkatan sel-sel glia atau jaringan penghubung. Tumor ini berasal dari otak dan jumlahnya sekitar 50% dari semua neoplasma otak pada usia dewasa, jarang terjadi pada anak-anak.

2. Astrocytomas

Astrocytomas stadium I dan II jumlahnya sekitar 20&dari semua gliomas. Tumor ini tumbuhnya lambat. Pada usia dewasa astrocytomas biasanya terjadi di dalam serebrum dewasa dengan menyusup ke jaringan sekitarnya dan memiliki variasi derajat maglinannya.

3. Glioblastoma

Astrocytomas stadium III dan IV diketahui sebagai glioblastoma dengan berbagai bentuk. Glioblastoma pertumbuhannya sangat cepat. Tumor infiltrasi yang jumlahnya sekitar 50% dari semua glioma. Pada usia dewasa, glioblasyoma lebih sering terjadi pada pria diatas usia 35 tahun, dengan paling banyak lokasi tumor ini jarang terjadi dan biasanya lokasinya di serebellum.

4. Ependymonas

Ependymonas stadium I dan IV jumlahnya sekitar 10% dari semua glioma. Tumor ini mempengaruhi semua kelompok umur, sebagian besar terjadi pada anak, dengan angka kejadian yang pling tinggi pada pria. Lokasi tumor ini di fosaa posterior dan ventrikel IV.

5. Oligodendrogliomas

Oligodendrogliomas stadium I dan IV jumalhanya sekitar 5% dari semua glioma. Tumor ini pertumbuhannya sangat lambat. Oligodendrogliomas biasanya terjadi dalam lobus frontal pada dewasa.

6. Mendullablastomas

Mendullablastomas jumlahnya sekitar 10% dari semua glioma. Tumor ini invasif dan sangat maglinan. Medullablastomas terjadi pada anak dibawah 10 tahun dan lebih sering terjadi pada pria. Tumor ini biasanya dimulai dari serebellum dan invasi ke ventrikel IV, III, dan ventrikel lateral, kemudian metastasis ke ruang subraknoid (Widagdo, 2008).

* + 1. **Penatalaksanaan Tumor Otak**

Langkah pertama pada pengobatan tumor otak ialah pemberian kortikostreoid yang bertujuan untuk memberantas edema otak. Pengaruh kortikostreoid terutama dapat dilihat pada keadaan-keadaan seperti nyeri kepala yang hebat, deficit motorik, afasia dan kesadaran yang menurun. Beberapa hipotesis yang dikemukakan: meningkatkan transportasi dan reasirbsi cairan serta memperbaiki permeabilitas pembuluh darah. Jenis kortikostreoid yang dipilih yaitu glukokortikoid; yang paling banyak dipakai ialah deksametason, selain itu dapat diberikan prednisone atau prednisolon. Dosis deksametason biasa diberikan 4-20 mg intravena setiap 6 jam untuk mengatasi edema vasogenik (akibat tumor) yang menyebabkan tekanan tinggi intracranial (Greenberg et al., 1999). Selain itu terapi suportif yang dapat dilakukan yaitu IVFD RL XX tetes/menit (makro), ceftriaxon vial 1 gram/12 jam, ranitidine ampul 1 gram/12 jam, dexamethason 1 ampul/6 jam.

Untuk tumor otak metode utama yang digunakan dalam penatalaksaannya, yaitu :

1. Pembedahan

Tumor jinak sering kali dapat ditangani dengan eksisi komplet dan pembedahan merupakan tindakan yang berpotensi kuratif, untuk tumor primer maligna, atau sekunder biasanya sulit disembuhkan. Pembedahan tumor biasanya harus melalui diagnosis yang histologis terlebih dahulu.

1. Terapi Medikamentosa

a. Antikonvulsan untuk epilepsi

b. Kortikosteroid (dekstrametason) untuk peningkatan tekanan intrakranial. Steroid juga dapat memperbaiki defisit neurologis fokal sementara dengan mengobati edema otak

c. Kemoterapi diindikasikan pada beberapa kasus glioma, sebagai ajuvan pembedahan dan radioterapi dengan pengawasan unit spesialistik neuro onkologi.

1. Terapi Radiasi

Radioterapi konvensional menghantarkan radiasi menggunakan akselerator linier. Dosis standar untuk tumor otak primer kurang lebih 6.000 Gy yang diberikan lima kali seminggu selama 6 minggu. Untuk klien dengan tumor metastasis, dosis standar radiasi kurang lebih 3.000 Gy. Dosis pasti akan bergantung pada karakteristik tumor, volume jaringan yang harus diradiasi biasanya diberikan dalam periode yang lebih pendek untuk melindungi jaringan normal di sekitarnya. Bentuk lain dari terapi radiasi, walaupun tidak dianggap konvensional dan belum tersedia luas, adalah terapi radiasi partikel berat, radioterapi neutron cepat, terapi fotodinamik, dan terapi tangkapan neutron boron.Walaupun penggunaannya luas, terapi radiasi bukan tanpa konsekuensi (Price, Sylvia A. Wilson, 2005).

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

1. CT Scan dan MRI

Memperlihatkan semua tumor intrakranial dan menjadi prosedur investigasi awal ketika penderita menunjukkan gejala yang progresif atau tanda-tanda penyakit otak yang difus atau fokal, atau salah satu tanda spesifik dari sindrom atau gejala-gejala tumor. Kadang sulit membedakan tumor dari abses ataupun proses lainnya.

1. Foto Polos Dada

Dilakukan untuk mengetahui apakah tumornya berasal dari suatu metastasis yang akan memberikan gambaran nodul tunggal ataupun multiple pada otak.

1. Pemeriksaan cairan serebrospinal

Dilakukan untuk melihat adanya sel-sel tumor dan juga marker tumor. Tetapi pemeriksaan ini tidak rutin dilakukan terutama pada pasien dengan massa di otak yang besar. Umumnya diagnosis histologik ditegakkan melalui pemeriksaan patologi anatomi, sebagai cara yang tepat untuk membedakan tumor dengan proses-proses infeksi (abses cerebri).

1. Biopsi Stereostatik

Dapat digunakan untuk mendiagnosis kedudukan tumor yang dalam dan untuk memberikan dasar-dasar pengobatan dan informasi prognosis.

1. Angiografi Serebral

Memberikan gambaran pembuluh darah serebral dan letak tumor serebral.

1. Elektroensefalogram (EEG)

Mendeteksi gelombang otak abnormal pada daerah yang ditempati tumor dan dapat memungkinkan untuk mengevaluasi lobus temporal pada waktu kejang (Mardani, 2013).

**2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

**2.3.1 Pengkajian**

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sitematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Dalam tahap ini dilakukan pengumpulan data dengan cara anamnesa yang diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta mempelajari status klien. Hal ini diakibatkan karena kebanyakan kasus penyakit tumor cerebri (Raharjo, 2013).

Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan tumor cerebri meliputi :

* 1. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsur meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komperhensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

* 1. **2 Anamnesa**

1. Data Demografi

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

1. Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh nyeri kepala yang hilang timbul dan durasinya makin meningkat

1. Riwayat penyakit saat ini

Klien mengeluh nyeri kepala saat perubahan posisi dan dapat meningkat dengan aktivitas, vertigo, muntah proyektil, perubahan mental seperti disorientasi, letargi, papiledema, penurunan tingkat kesadaran, penurunan penglihatan atau penglihatan double, ketidakmampuan sensasi (parathesia atau anasthesia), hilangnya ketajaman atau diplopia.

1. Riwayat penyakit dahulu

Klien pernah mengalami pembedahan kepala atau trauma kepala

1. Riwayat penyakit keluarga

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

1. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

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

* + 1. **Pemeriksaan Fisik ( ROS : Review of System )**

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

1. Pernafasan B1 (Breath)

Adanya peningkatan irama pernafasan (pola napas tidak teratur) dan sesak napas terjadi karena tumor mendesak otak sehingga hermiasi dan kompresi medulla oblongata. Bentuk dada dan suara napas klien normal, tidak menunjukkan batuk, adanya retraksi otot bantu napas, dan biasanya memerlukan alat bantu pernapasan dengan kadar oksigen 2 LPM.

1. Kardiovaskular B2 (Blood)

Desak ruang intracranial akan menyebabkan peningkatan tekanan intracranial sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu terjadi ketidakteraturan irama jantung (irreguler) dan bradikardi. Klien tidak mengeluhkan nyeri dada, bunyi jantung normal, akral hangat, nadi bradikardi.

3. Persyarafan B3 (Brain)

Penurunan penglihatan, hilangnya ketajaman atau diplopia, terganggu bila mengenai lobus temporal, mengeluh bau yang tidak biasanya, pada lobus frontal, ketidakmampuan sensasi (parathesia atau anasthesia)

4. Perkemihan B4 (Bladder)

Gangguan control sfinter urine, kebersihan bersih, bentuk alat kelamin normal, uretra normal, produksi urin normal

5. Pencernaan B5 (Bowel)

Mual dan muntah terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sehingga menekan pusat muntah pada otak. Gejala mual dan muntah ini biasanya akan diikuti dengan penurunan nafsu makan pada pasien. Kondisi mulut bersih dan mukosa lembab

6. Muskuloskeletal/integument B6 (Bone**)**

Keterbatasan pergerakan anggota gerak karena kelemahan bahkan kelumpuhan. Kemampuan pergerakan sendi bebas, kondisi tubuh kelelahan.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**
  1. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial
  2. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, pembedahan tumor, edema serebri, hipoksia seebral.
  3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan pergerakan dan kelemahan
  4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
     1. **Intervensi Keperawatan**

Dx 1: Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

Tujuan: Nyeri yang dirasakan berkurang

Kriteria Hasil:

o   Klien mengungkapkan nyeri yang dirasakan berkurang atau dapat diadaptasi ditunjukkan penurunan skala nyeri. Skala = 2

o   Klien tidak merasa kesakitan.

o   Klien tidak gelisah

Intervensi:

1. Teliti keluhan nyeri: intensitas, karakteristik, lokasi, lamanya, faktor yang memperburuk dan meredakan.
2. Observasi adanya tanda-tanda nyeri non verbal seperti ekspresi wajah, gelisah, menangis/meringis, perubahan tanda vital.
3. Instruksikan pasien/keluarga untuk melaporkan nyeri dengan segera jika nyeri timbul.
4. Berikan kompres dingin pada kepala.
5. Mengajarkan  tehnik relaksasi dan metode distraksi
6. Kolaborasi pemberian analgesic

Dx 2: Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, pembedahan tumor, edema serebri, hipoksia seebral.

Tujuan: Perfusi jaringan membaik ditandai dengan tanda-tanda vital stabil

Kriteria hasil:

o   Tekanan perfusi serebral  >60mmHg, tekanan intrakranial <15mmHg, tekanan arteri rata-rata 80-100mmHg

o   Menunjukkan tingkat kesadaran normal

o   Orientasi pasien baik

o   RR 16-20x/menit

o   Nyeri kepala berkurang atau tidak terjadi

Intervensi:

1. Pantau status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan nilai standar.
2. Pantau tanda vital tiap 4 jam.
3. Pertahankan posisi netral atau posisi tengah, tinggikan kepala 200-300.
4. Pantau ketat pemasukan dan pengeluaran cairan, turgor kulit dan keadaan membran mukosa.
5. Bantu pasien untuk menghindari/membatasi batuk, muntah, pengeluaran feses yang dipaksakan/mengejan.
6. Perhatikan adanya gelisah yang meningkat, peningkatan keluhan dan tingkah laku yang tidak sesuai lainnya.
7. Kolaborasi:

o   Kolaborasi dalam pemberian oksigen

o   Berikan sedative atau analgetik dengan kolaboratif.

Dx 3: Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan pergerakan dan kelemahan

Tujuan : Gangguan mobilitas fisik teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan  
Kriteria Hasil :

Pasien mendemonstrasikan tehnik / prilaku yang memungkinkan dilakukannya kembali aktifitas.

Intervensi:

1. Kaji derajat mobilisasi pasien dengan menggunakan skala ketergantungan  
   ( 0-4 )
2. Letakkan pasien pada posisi tertentu untuk menghindari kerusakan karena tekanan.
3. Bantu untuk melakukan rentang gerak
4. Tingkatkan aktifitas dan partisipasi dalam merawat diri sendiri sesuai kemampuan
5. Berikan perawatan kulit dengan cermat, massage dengan pelembab.

Dx 4 : Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, klien mampu melakukan perawatan diri mandiri.

Kriteria Hasil :

1. Makan : 5
2. Berpakaian : 5
3. Toileting : 5
4. Mandi : 5
5. Berhias : 5
6. Higiene : 5
7. Kebersihan mulut : 5
8. Ambulasi : kursi roda : 5
9. Ambulasi : berjalan : 5
10. Berpindah : 5

**Keterangan :**

1 : Tergentung, tidak ada partisipasi

1. : Memerlukan bantuan orang dan alat

3 : Memerlukan bantuan orang

4 : Tidak tergantung, dengan bantuan alat

5 : Tidak tergantung sempurna/mandiri

Intervensi :

1. Libatkan klien dalam pemenuhan ADLnya
2. Libatkan orang yang berarti dan layanan pendukung bila dibutuhkan
3. Gunakan sumber-sumber atau fasilitas yang ada untuk mendukung self care
4. Ajari klien untuk melakukan self care secara bertahap
5. Ajarkan penggunaan modalitas terapi dan bantuan mobilisasi secara aman (lakukan supervisi agar keamnanannya terjamin)
6. Evaluasi kemampuan klien untuk melakukan self care di RS

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op tumor cerebri, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari sampai 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 28 Januari 2020 jam 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 00.64.XX.XX sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian** 
     1. Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. A, usia 53 tahun, beragama Katolik, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah anak kedua dari Alm. Tn. Jdan Almh. Ny. M, pasien tinggal di daerah Surabaya, pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, pasien MRS pada tanggal 24 Januari2020 jam 23.00 WIB.

* + 1. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri

* + 1. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan sejak tanggal 24 Januari 2020 merasakan nyeri pusing di kepala dan terasa berat. Pasien masuk dari IGD dengan diantar anaknya tanggal 24 Januari 2020 pukul 23.00 dilakukan tindakan observasi pasien dengan hasil tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 72x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,90C, kesadaran compos mentis, CRT <2 detik, SpO2 99%, EWS 1, konsul dokter spesialis, pemasangan infus RL 21 tpm/24 jamdi tangan kiri. Pasien pindah ke ruang perawatan 7 Syaraf jam 24.00 WIB. Di ruangan pasien di observasi kembalipukul 01.30 WIB dengan hasil tekanan darah 150/80 mmHg, nadi 74x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,90C, kesadaran compos mentis, CRT <2 detik,SpO2 99%, EWS 1, terapi sesuai jadwal. Saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Januari 2020 pukul 15.00 WIB pasien mengeluh mual dan nyeri setelah operasi, jenis anestesi sedang. Terpasang infus NS 21 tpm/8 jam, hasil observasi tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78x/menit, pernafasan 23x/menit, suhu 37,40C, kesadaran compos mentis, CRT <2 detik, SpO2 98%, EWS 1, pasien terlihat lemas.

* + 1. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan belum pernah dirawat sebelumnya, memiliki riwayat penyakit hipertensi. Tidak ada riwayat penyakit diabetes.

* + 1. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan memiliki keturunan dengan penyakit hipertensi.

* + 1. Genogram

Tabel 3.1 Genogram Ny. A

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

: Meninggal

: Tinggal serumah

* + 1. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

* + 1. Keadaan umum

Keadaan pasien cukup, kesadaran composmentis.

* + 1. Tanda-tanda vital

Tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78x/menit, pernafasan 23x/menit, suhu37,40C, kesadaran compos mentis, CRT <2 detik, SpO2 98%, EWS 1, pasien terlihat lemas.

* + 1. Pemeriksaan fisik

1. B1 : Breath (pernafasan)

Inspeksi : bentuk dada pasien normochest, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, tidak ada sputum, kemampuan batuk efektif baik, tidak terpasang selang WSD, palpasi : teraba jelas di daerah paru kanan, auskultasi : irama nafas reguler pernafasan 23x/menit (normal 16-30x/menit), pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, tidak ada sesak nafas, tidak ada suara nafas tambahan seperti stridor, ronchi, rales, crowing, dan gargling, perkusi : perkusi dada sonor.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B2 : Blood (sirkulasi)

Inspeksi : tidak ada nyeri dada, konjengtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpasi : CRT <2 detik, akral teraba hangat kering merah, ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavicula sinistra, irama nadi reguler, auskultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B3 : Brain (persyarafan)

Inspeksi : GCS E:4 V:5 M:6 total 15, reflek cahaya (+/+), upil isokor, palpasi dan perkusi : reflek fisiologi patella (+/-) respon berupa kontraksi otot quadriceps femoris yaitu ekstensi dari lutut, trisep (+/-), biceps (+/-), achilles (+/+) respon normal berupa gerakan plantar fleksi kaki, babinski (+/-, reflek patologis kaku kuduk (+/-), brudzinski I (+/-) bila kedua tungkai bawah akan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut, brudzinski II (+/-) fleksi tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut, kernig (+/-).

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, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu bergerak ke arah lateral, 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 XI pasien mampu mengangkat bahu kanan namun tidak dengan kiri dan menoleh dapat menoleh ke kanan namaun tidak dengan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri.Terdapat nyeri kepala. P = Nyeri kepala bagian bawah belakang, Q = Seperti ditusuk-tusuk, R = Kepala bagian bawah belakang, S = 4(1-10), T = Hilang timbul.

**Masalah keperawatan : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial**

1. B4 : Bladder (perkemihan)

Frekuensi berkemih pasien terpasang selang kateter urine ukuran 18, pola minum cukup 1500l/hari, kencing keluar banyak, inspeksi : genetalia bersih (pasien tidak merasa gatal dibagian genetalia), jumlah urine 1000cc/24jam, warna kuning kecoklatan, bau khas menyengat, palpasi : tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

**Masalah keperawatan : Risiko Infeksi**

1. B5 : Bowel (pencernaan)

Pada saat pengkajian didapatkan hasil bentuk perut soopel, pengkajian pola nutrisi didapatkan pola diit sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah melaksanakan diit khusus dengan makan 3x/hari sebanyak 1 porsi di habiskan, nafsu makan baik, pasien tidak terpasang selang NGT, pasien minum air putih 1500cc/24 jam, auskultasi : bising usus 12x/menit, palpasi : tidak ada pembesaran hepar dan lien, konsistensi feses lembek, warna coklat.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B6 : Bone (muskuluskeletal)

Inspeksi : tidak terdapat edema, kemapuan pergerakan sendi terbatas, tidak ada atrofi atau hipertrofi, tidak ada paralisis dan hemiparase, tidak ada deformitas,terdapat nyeri sendi, tidak ada nyeri tulang, tidak ada riwayat fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada alat bantu seperti gips, kekuatan otot

0000 5555

0000 5555

palpasi : turgor kulit elastis, tidak ada krepitasi

Keterangan :

0 : otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : tampak sedikit kontraksi dan gerak

2 : mampu menahan tegak dan menahan gaya gravitasi

3 : mampu menggerakkan otot dengan tahanan minimal

4 : dapat bergerak dan melawan hambatan ringan

5 : kekuatan otot penuh

**Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik**

1. Sistem integumen

Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kulit kepala bersih, terdapat drain pada bekas luka post op,terdapat bekas luka post op, tidak ada rambut karena bekas op, warna kulit putih pucat.

**Masalah keperawatan : Risiko Infeksi**

1. Pola istirahat tidur

Jam tidur SMRS : siang 14.00-15.00 WIB malam 21.00-04.00 WIB total tidur pasien SMRS 8 jam. Jam tidur MRS : siang 12.0-14.00 WIB malam 20.00-04.00 WIB total tidur pasien selama 10 jam.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem penginderaan

Mata (penglihatan) : pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya +/+, lapang pandang luas, telinga (pendengaran) : telinga bersih, bentuk telinga simetris, tidak banyak serumen, tidak ada kelainan pendengaran, tidak ada lesi di telinga, tidak ada alat bantu pendengaran, hidung (penciuman) : bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, tidak ada gangguan penciuman, lidah (pengecap) : kondisi lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, uvula di tengah, bicara normal tidak ada kesulitan.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak didapatkan adanya pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada hiperglikemia maupun hipoglikemia.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem reproduksi/genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan jenis kelamin pasien perempuan dan tidak ada kelainan di reproduksi seperti keputihan, menstruasi terakhir 5 tahun yang lalu, tidak ada masalah dalam menstruasi, menarch usia 14 tahun, belum pernah melakukan pap smear

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Personal hygine

SMRS : pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas1x/2hari, memotong kuku 1x/minggu, MRS : saat dilakukan pengkajian pasien mandi 1x/hari (diseka), gosok gigi 1x/hari dibantu anak dan keluarganya, ganti pakaian 2x/hari dengan dibantu orang lain.

**Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

1. Psikososiocultural

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mampu menghadapi dan mengatasi masalah denga baik. Gambaran diri : pasien mengatakan menerima penyakit yang dialami saat ini dan sadar akan kemampuan diri sendiri, identitas diri : pasien seorang perempuan usia 53 tahun, peran diri : pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, ideal diri : pasien dan keluarga yakin pasti akan sembuh dari sakit yanng dialaminya saat ini, harga diri : pasien tampak tenang dalam proses penyembuhan akan penyakitnya dan tidak ada rasa malu.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Pola fungsi kesehatan
2. Persepsi terhadap kesehatan

Pasien mengatakan bahwa sehat-sakit 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**

1. Pola aktivitas dan latihan
   1. Kemampuan perawatan diri

Tabel 3.2 Kemampuan Perawatan diri Ny. A

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktivitas | SMRS | MRS  Skor :  1 : Mandiri  2 : Alat bantu  3 : Dibantu orang lain dan alat  4: Tergantung/tidak mampu |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian/dandan | 1 | 3 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 2 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 3 |
| Berpindah | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 4 |
| Naik tangga | 1 |  |
| Berbelanja | 1 |  |
| Memasak | 1 |  |
| Pemeliharaan rumah | 1 |  |

Alat bantu berupa : Selang Kateter

**Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik**

* 1. Kebersihan diri

SMRS : pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas1x/2hari, memotong kuku 1x/minggu, MRS : saat dilakukan pengkajian pasien mandi 1x/hari (diseka), gosok gigi 1x/hari dibantu anak dan keluarganya, ganti pakaian 2x/hari dilakukan sendiri.

**Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

* 1. Aktivitas

Sebelum sakit, jika ada waktu luang digunakan untuk berkumpul dengan keluarga dan pasien bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* 1. Rekreasi

Pasien melakukan rekreasi saat ada hari libur bersama keluarganya..

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* 1. Berolahraga

Pasien jarang berolahraga jika tidak ada yang mengajak untuk berolaharaga maka pasien akan mengikutinya.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

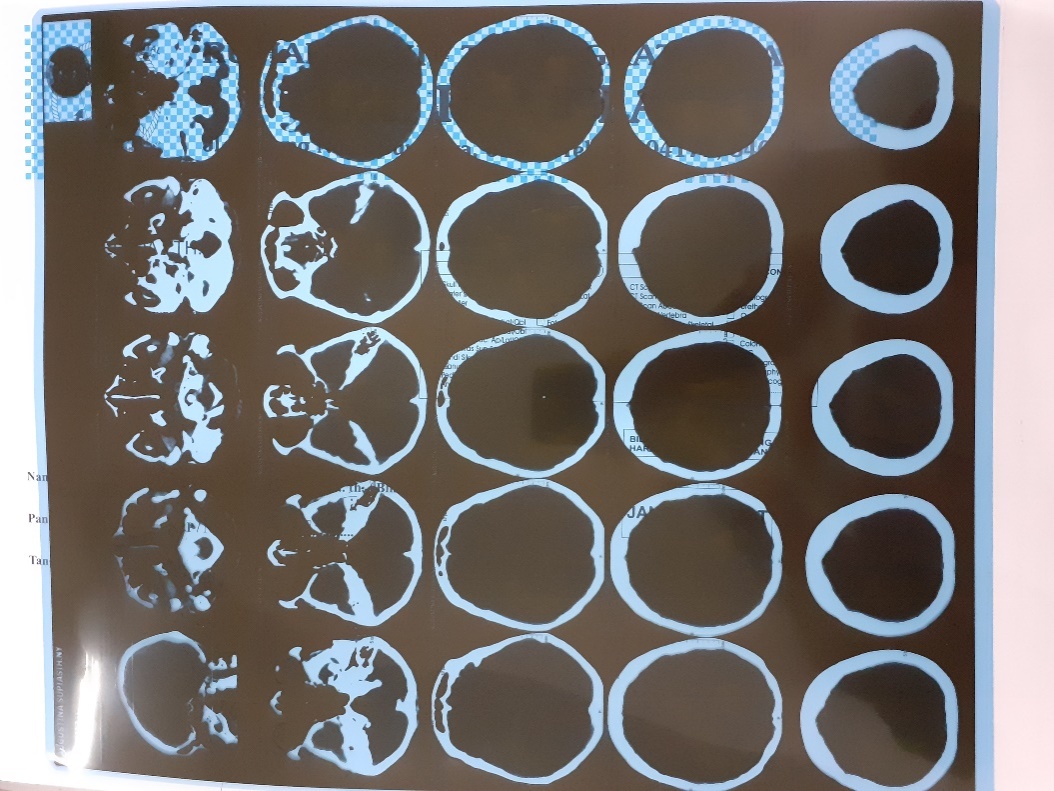
* + 1. Data penunjang

Tabel 3.3 Laboratorium Ny. A tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Analisa data** | **Hasil** | **Unit** | **Nilai normal** |
| Bas# | 0.04 | 10^3/µL | 0.0-0.1 |
| Bas% | 0.1 | % | 0.0-1.0 |
| Eos# | 0.01 | 10^3/µL | 0.02-0.5 |
| Eos% | 0.0 | % | 20.0 – 40.00 |
| HCT | 30.1 | % | 37.0-54.0 |
| HGB | 9.6 | g/dL |  |
| IMG | 0.62 | 10^3/µL | 0.0-999.99 |

* + 1. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.4 Foto CT-Scan



* + 1. Terapi Medis

Tabel 3.5 Terapi Medis Ny. A

| **Waktu** | **Nama obat** | **Dosis** | **Cara masuk** | **Indikasi** | **Kontra indikasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 28-Januari 2020  08.00-16.00-24.00 | Fartison | 3x1  gram | IV | Fartison merupakan obat yang digunakan untuk membantu mengobati penyakit rematik. | Tidak boleh di gunakan pada pasien yang memiliki Hipersensitif (reaksi berlebihan, tidak diinginkan karena terlalu senisitifnya respon imun. |
| 28-Januari 2020  08.00-16.00-24.00 | Santagesik | 3x1  ampul | IV | Nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi & nyeri pasca cedera | Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat Santagesik. |
| 28- Januai 2020  08.00-20.00 | Ranitidine | 2x1  ampul | IV | Untuk tukak lambung dan tukak duodenum | Untuk tukak lambung dan tukak duodenum |
| 28-Januari 2020  08.00-16.00-24.00 | Cinam | 3x1,5 | IV | untuk perawatan infeksi bakteri dan kondisi lainnya. | Hipersensitivitas pada cinam |
| 28-Januari-2020  08.00-16.00-24.00 | Phenytoin di drip NS 100 | 3x1 |  | Mengatasi kejang akibat epilepsi | Memiliki riwayat hipersensitif/[alergi](https://www.honestdocs.id/mengenai-alergi) terhadap kandungan obat ini. |
| 28-Januari- 2020 | Manitol | 4x100 |  | Mengurangi tekanan dalam kepala | Memiliki riwayat hipertensi, dehidrasi berat, edema paru |
| 28 Januari 2020 | RL | 500cc/  8 jam | IV | Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi | Hipertermia, kelainan ginnjal, kerusakan sel hati, laktat asidosis |

* 1. **Analisa Data**

Tabel 3.6 Analisa Data Ny. A

| **No** | **Data (sympthom)** | **Penyebab (etiologi)** | **Masalah (problem)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | DS :  Pasien mengatakan kepalanya terasa panas setelah post op  DO :   * Pasien tampak menyeringai menahan nyeri * Pasien tampak gelisah * Pemeriksaan TTV, hasil * TD : 100/70 mmHg * Nadi : 78x/menit * Pernafasan : 23x/menit * Suhu : 37,40C * Kesadaran : compos mentis * CRT : <2 detik * SpO2 98% * EWS : 1 | Lesi menempati ruang (tumor otak, abses)  (SDKI, D0066) | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (SDKI, D0066) |
| 2. | DS :  Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan  DO :   * Pasien tampak lemah * Saat dilakukan pengkajian, tangan dan kaki kiri pasien sulit digerakkan * Kaki dan tangan kiri pasien tampak kaku * Terdapat oedema pada bagian kaki kiri pasien | Penurunan kekuatan otot (SDKI, D0054) | Gangguan mobilitas fisik  (SDKI, D0054) |
| 3. | DS :  Pasien mengatakan kepalanya terasa panas  DO :   * Pasien terpasang drain di daerah bekas operasi * Pasien terpasang cateter uk 18 * Pasien terpasang infus abocath uk 20 di tangan kiri * Suhu axilla : 37,40C | Prosedur invasif  (SDKI, D0142) | Risiko infeksi  (SDKI, D0142) |
| 4. | DS :  Pasien mengatakan saat mandi dan melakukan aktivitas lainnya banyak dibantu oleh keluarganya  DO :   * Saat dilakukan pengkajian, pasien sedang dimandikan oleh keluarganya * Terpasang kateter * Saat pasien hendak makan, keluarga menyuapi pasien | Gangguan muskuloskletal (SDKI, D0109) | Defisit perawatan diri |

* 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3.7 Prioritas Masalah Ny. A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** |  | **Paraf** |
|  |  | **Ditemukan** | **Teratasi** |  |
| 1. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (akibat tumor otak, abses)  (SDKI, D0066) | 28 Januari 2020 | Belum teratasi | *Diana* |
| 2. | Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif  (SDKI, D0142) | 28 Januari 2020 | Belum teratasi | *Diana* |
| 3. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal (SDKI, D0109) | 28 Januari 2020 | Belum teratasi | *Diana* |

**3.4 Intervensi**

Tabel 3.8 Rencana Keperawatan

| NO. DX | Masalah Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penurunan kapasitas adaptif intrakranial dapat berkurang dengan kriteria hasil :   * Pasien tidak gelisah * Pasien tidak mengeluh sakit kepala * Pasien dalam keadaan sadar | 1. Manajemen peningkatan intrakranial 2. Pemantauan tanda vital 3. Pemantauan neurologis 4. Pengaturan posisi |
| 2. | Risiko infeksi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :   * Tidak ada tanda-tanda infeksi * Tidak terpasang kateter dan selang drainase | 1. Pencegahan infeksi 2. Perawatan selang 3. Pemantauan nutrisi |
| 3. | Defisit perawatan diri | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :   * Pasien dapat mandi dengan mandiri * Pasien dapat berganti pakaian dengan mandiri | 1. Dukungan perawatan diri 2. Pencegahan jatuh 3. Perawatan tubuh |

* 1. **Implementasi**

Tabel 3.9 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

| **No. DX** | **Masalah Keperawatan** | **Tgl dan Waktu** | **Implementasi** | **Tgl dan Waktu** | **Evaluasi** | **TTD** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | 28-01-20  15.00 | 1. Memonitor MAP dan tanda vital  2. Menghindari manuver valsava  3. Memonitor tingkat kesadaran  4. Memonitor karakteristik bicara  5. Mengubah posisi setiap 2 jam sekali | 28-01-20  19.00 | S :   * Pasien mengatakan sudah mengubah posisi dari miring sebelah kanan menjadi terlentang   O :   * Saat dilakukan pengkajian kembali, pasien tampak lancar berbicara dengan perawat * Keadaan umum baik, GCS 456, kesadaran composmentis, TD : 140/90mmHg, N : 77x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,8 * MAP = 106,3   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 2. | Risiko infeksi | 28-01-20 | 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 2. Mengajarkan cuci tangan yang benar 3. Mengajarkan perawatan selang drainase dan kateter 4. Memonitor jumlah, warna, konsistensi selang 5. Memonitor mual dan muntah | 28-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan memahami bagaimana cara merawat selang dan jika sudah terisi setengahnya segera untuk dikosongkan * Pasien mengatakan sedikit mual setelah dioperasi   O :   * Jumlah selang drainase 100cc, warna merah, konsistensi cair * Jumlah kateter urine 200ml, warna kuning kecoklatan, bau khas   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 3. | Defisit perawatan diri | 28-01-20 | 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Melibatkan keluarga untuk emnyiapkan kebutuhan pasien 3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri 4. Menganjurkan keluarga pasien untuk menyiapkan kebutuhan pasien | 28-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan sudah menyiapkan kebutuhan pasien selama MRS   O :   * Mandi : 3 * Berpakaian : 3 * Toileting : 2 * Mobilitas di tempat tidur : 3   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 1 | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | 29-01-20  15.00 | 1. Memonitor MAP dan tanda vital  2. Menghindari manuver valsava  3. Memonitor tingkat kesadaran  4. Memonitor karakteristik bicara  5. Mengubah posisi setiap 2 jam sekali | 29-01-20  19.00 | S :   * Pasien mengatakan sudah bisa makan dan tidak ada mual muntah * Pasin mengatakan badannya terasa sakit karena terlalu banyak miring ke kanan   O :   * Saat dilakukan pengkajian kembali, pasien tampak tidur dengan posisi terlentang * Keadaan umum baik, GCS 456, kesadaran composmentis, TD : 130/90mmHg, N : 81x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,4 * MAP = 103,3   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 2. | Risiko infeksi | 29-01-20 | 1.Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  2.Mengajarkan cuci tangan yang benar  3. Mengajarkan perawatan selang drainase dan kateter  4. Memonitor jumlah, warna, konsistensi selang  5. Memonitor mual dan muntah | 29-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan sudah membuang kantung urine dan sebeum melakukan tindakan sudah cuci tangan * Pasien mengatakan sudah tidak ada mual dan muntah   O :   * Jumlah selang drainase 50cc, warna merah, konsistensi cair * Jumlah kateter urine 40ml, warna kuning kecoklatan, bau khas   A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 3. | Defisit perawatan diri | 29-01-20 | 1.Memonitor tingkat kemandirian  2. Melibatkan keluarga untuk menyiapkan kebutuhan pasien  3. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri  4. Menganjurkan keluarga pasien untuk menyiapkan kebutuhan pasien | 29-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan selalu terlibat dalam perawatan diri pasien * Pasien mengatakan selalu ganti baju 2x sehari setelah di seka   O :   * Mandi : 3 * Berpakaian : 3 * Toileting : 2 * Mobilitas di tempat tidur : 3   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 1 | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | 30-01-20  15.00 | 1. Memonitor MAP dan tanda vital  2. Menghindari manuver valsava  3. Memonitor tingkat kesadaran  4. Memonitor karakteristik bicara  5. Mengubah posisi setiap 2 jam sekali | 30-01-20  19.00 | S :   * Pasien mengatakankepala masih terasa panas   O :   * Saat dilakukan pengkajian kembali, pasien tampak lebih rileks * Keadaan umum baik, GCS 456, kesadaran composmentis, TD : 130/80mmHg, N : 80x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,8 * MAP = 96,6   A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 2. | Risiko infeksi | 30-01-20 | 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  2. Mengajarkan cuci tangan yang benar  3. Mengajarkan perawatan selang drainase dan kateter  4. Memonitor jumlah, warna, konsistensi selang  5. Memonitor mual dan muntah | 30-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan selalu cuci tangan saat sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta selalu membersihkan daerah perineal dengan bersih * Keluarga pasien mengatakan sudah membuang kantung urine dan drainase * Pasien mengatakan lega saat tidak memakai selang kateter   O :   * Aff kateter dan selang drainase   A : Masalah teratasi  P : Lanjutkan intervensi | Diana |
| 3. | Defisit perawatan diri | 30-01-20 | 1.Memonitor tingkat kemandirian   1. Melibatkan keluarga untuk menyiapkan kebutuhan pasien 2. Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri 3. Menganjurkan keluarga pasien untuk menyiapkan kebutuhan pasien | 30-01-20 | S :   * Keluarga pasien mengatakan sudah memandikan pasien * Pasien mengatakan badannya lebih segar dan terasa lebih baik hari ini   O :   * Mandi : 3 * Berpakaian : 3 * Toileting : 2 * Mobilitas di tempat tidur : 3   A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi | Diana |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesengajaan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis post op tumor cerebri di Ruang 7 Syaraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, pelaksanaan, tindakan, evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti secara kooperatif.

Ny. A mengalami keluhan mual, pusing serta nyeri pada bagian kepala post op tumor cerebri dan pasien mengalami kesulitan dalam menggerakakan ekstremitas atas bagian kiri. Hal ini dikarenakan adanya tekanan pada syaraf di medulla oblongata yang menyebabkan pasien mengalami pusing, nyeri, mual serta tidak dapat menggerakkan ekstremitas atas bagian kiri. Pasien juga memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi (Widagdo, W. 2008).

Pada teori, pasien dengan diagnosa tumor cerebri biasanya ditemukan data adanya peningkatan irama pernafasan (pola nafas tidak teratur) dan sesak nafas terjadi karena tumor mendesak otak sehingga herniasi dan kompresi medullaoblongata. Sedangkan pada kasus, pasien tidak mengalami adanya peningkatan irama pernafasan.

Pada teori, ditemukan data pengkajian pada B2 dengan adanya desak ruang intracranial akan mnyebabkan peningkatan tekanan intracranial sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu terjadi ketidakteraturan irama jantung (irreguler) dan bradikardi. Bunyi jantung normal, akral hangat. Sedangkan pada kasus, ditemukan masalah keperawatan yang berhubungan dengan pengkajian teori pada pasien (Widagdo, W. 2008).

Biasanya pada kasus tumor cerebri, pasien akan mengalami masalah pada muskuloskeletalnya. Yang dimana tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya dan mengalami keterbatasan gerak dikarenakan adanya desakan pada ruang intracranialnya. Hal ini sesuai dengan tinjauan kasus, pada pasien Ny. A tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri dan harus dibantu dengan pihak keluarganya (Widagdo, W. 2008).

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, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu bergerak ke arah lateral, 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 XI pasien mampu mengangkat bahu kanan namun tidak dengan kiri dan menoleh dapat menoleh ke kanan namaun tidak dengan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri.Terdapat nyeri kepala. P = Nyeri kepala bagian bawah belakang, Q = Seperti ditusuk-tusuk, R = Kepala bagian bawah belakang, S = 4(1-10), T = Hilang timbul. Tidak terdapat edema, kemapuan pergerakan sendi terbatas, tidak ada atrofi atau hipertrofi, tidak ada paralisis dan hemiparase, tidak ada deformitas,terdapat nyeri sendi, tidak ada nyeri tulang, tidak ada riwayat fraktur, tidak ada dislokasi, tidak ada alat bantu seperti gips, kekuatan otot

0000 5555

0000 5555

palpasi : turgor kulit elastis, tidak ada krepitasi

Keterangan :

0 : otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : tampak sedikit kontraksi dan gerak

2 : mampu menahan tegak dan menahan gaya gravitasi

3 : mampu menggerakkan otot dengan tahanan minimal

4 : dapat bergerak dan melawan hambatan ringan

5 : kekuatan otot penuh

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, terdapat 4 diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (akibat tumor otak, abses). Masalah ini menjadi masalah keperawatan utama karena secara teori pada tinjauan pustaka yang dikutip dari (Ariani, T. A. (2014) tentang kematian sel yang dipengaruhi oleh kurangnya suplai oksigen pada otak dalam waktu 3-10 menit otak tidak mendapatkan oksigen maka akan mengalami kematian sel secara permananen. Hal ini dimaksudkan karena pasien mengeluh sakit kepala pada bagian operasi akibat adanya tumor otak.

Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, hal ini seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen**.** Karena pada pasien terdapat bekas luka post op maka penulis mengambil diagnose kedua dengan risiko infeksi (Widagdo, W. (2008).

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskletal, dikutip dari (Widagdo, W. (2008) keadaan dimana seseorang tidak dapat melakukan tindakan perawatan diri karena adanya gangguan pada muskuloskletal. Penulis mengambil diagnosa keperawatan ini dikarenakan pasien tidak dapat melakukan segala aktivitasnya dengan mandiri dan memerlukan bantuan pihak keluarga.

* 1. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam interensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor)

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

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang (akibat tumor, abses). Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan tujuan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pasien dapat teratasi. Kriteria hasilnya pasien tidak mengeluh sakit kepala, pasien tidak gelisah, nafsu makan kembali normal pasien menghabiskan 1 porsi yang telah disediakan, tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah sistolik 101-159 mmHg, nadi 51-100x/menit, pernafasan 12-20x/menit, suhu 36,050C-370C, kesadaran compos mentis, CRT <2 detik, SpO2 100%, EWS 0.

Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan tujuan risiko infeksi dapat diminimalisir. Kriteria hasilnya pasien tidak selang drain, pasien tidak terpasang selang cateter, pasien tidak terpasang infus, suhu tubuh normal 36, 050C-370C.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Kriteria hasilnya pasien mampu membersihkan badannya secara mandiri, pasien mampu berganti baju tanpa bantuan orang lain.

* 1. **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 pelaksaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhankeperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan dari tim kesehatan lainnya, tersedianya saran dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Penunuran kapasitas adaptif intrakranial berhbungan dengan lesi menmpati ruang (akibat tumor orak, abses) dilakukan tindakan keperawatan memonitor MAP dan tanda vital, menghindari manuver valsava, memonitor tingkat kesadaran, memonitor karakteristik bicara, mengubah posisi setiap 2 jam sekali.

Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dilakukan tindakan keperawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengajarkan cuci tangan yang benar, mengajarkan perawatan selang drainase dan kateter, memonitor jumlah, warna, konsistensi selang, memonitor mual dan muntah.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal

dilakukan tindakan keperawatan memonitor tingkat kemandirian, melibatkan keluarga untuk menyiapkan kebutuhan pasien, membantu pasien dalam melakukan perawatan diri, menganjurkan keluarga pasien untuk menyiapkan kebutuhan pasien.

**4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

1. Diagnosa 1

Penunuran kapasitas adaptif intrakranial berhbungan dengan lesi menempati ruang (akibat tumor orak, abses). Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan sudah mengubah posisi dari miring sebelah kanan menjadi terlentang. Keadaan umum baik, GCS 456, kesadaran composmentis, TD : 140/90mmHg, N : 77x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,8, MAP = 106,3. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan

1. Diagnosa 2

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif. Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan lega saat tidak memakai selang kateter, aff kateter dan selang drainase. Masalah teratasi dan lanjutkan intervensi

1. Diagnosa 3

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskletal. Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan badannya lebih segar dan terasa lebih baik hari ini Mandi : 3, Berpakaian : 3, Toileting : 2, Mobilitas di tempat tidur : 3. Masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat teratasi sebagian karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan seara langsung pada klien dengan kasus post op tumor cerebri di Ruang 7 Syaraf Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan kasus post op tumor cerebri.

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post op tumor cerebri, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti. Adapun 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. Dibawah 5% penderita glioma mempunyai sejarah keluarga yang menderita brain tumor. Sklerosis tuberose atau penyakit *Sturge-Weber* yang dapat dianggap sebagai manifestasi pertumbuhan baru, memperlihatkan faktor familial 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 (*Embryonic Cell Rest*)

Bangunan-bangunan embrional berkembang menjadi bangunan-bangunan yang mempunyai morfologi dan fungsi yang terintegrasi dalam tubuh. Tetapi ada kalanya sebagian dari bangunan embrional tertinggal dalam tubuh, menjadi ganas dan merusak bangunan di sekitarnya. Perkembangan abnormal itu dapat terjadi pada kraniofaringioma, teratoma 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 bahwa 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 antara infeksi virus dengan perkembangan tumor pada sistem saraf pusat.

* 1. Trauma kepala

Trauma kepala yang dapat menyebabkan hematoma sehingga mendesak massa otak akhirnya terjadi tumor otak (Ariani, 2014).

2. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan diagnose Penunuran kapasitas adaptif intrakranial berhbungan dengan lesi menmpati ruang (akibat tumor orak, abses) dilakukan tindakan keperawatan memonitor MAP dan tanda vital, menghindari manuver valsava, memonitor tingkat kesadaran, memonitor karakteristik bicara, mengubah posisi setiap 2 jam sekali. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dilakukan tindakan keperawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengajarkan cuci tangan yang benar, mengajarkan perawatan selang drainase dan kateter, memonitor jumlah, warna, konsistensi selang, memonitor mual dan muntah. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal dilakukan tindakan keperawatan memonitor tingkat kemandirian, melibatkan keluarga untuk menyiapkan kebutuhan pasien, membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya.

Penunuran kapasitas adaptif intrakranial berhbungan dengan lesi menempati ruang (akibat tumor orak, abses). Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan sudah mengubah posisi dari miring sebelah kanan menjadi terlentang. Keadaan umum baik, GCS 456, kesadaran composmentis, TD : 140/90mmHg, N : 77x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,8, MAP = 106,3. Masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif. Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan lega saat tidak memakai selang kateter, aff kateter dan selang drainase. Masalah teratasi dan lanjutkan intervensi. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskletal. Tanggal 30 Januari 2020, pasien mengatakan badannya lebih segar dan terasa lebih baik hari ini Mandi : 3, Berpakaian : 3, Toileting : 2, Mobilitas di tempat tidur : 3. Masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

1. Pada akhir evaluasi semua tujuan di capai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny. A masalah teratasi sebagian dan sudah teratasi.
   1. **Saran**

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan , diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op tumor cerebri .
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
4. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anurogo, dr. D. (2013). *45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. ANDI.

Ariani, T. A. (2014). *SISTEM NEUROBEHAVIOUR* (A. Suslia (ed.)). Salemba Medika.

*Kanker Kemenkes*. (n.d.). http://kanker.kemenkes.go.id/guideliness/PNPKOtak.pdf

Mardani, R. S. (2013). *MENGENAL SARAF PADA MANUSIA* (C. Farmadiani (Ed.); 1st ed.). Trans Idea Publishing.

*NANDA 2018-2020*. (2018).

Price, Sylvia A. Wilson, L. M. (2005). *PATOFISIOLOGIS KONSEP KLINIS PROSES-PROSES PENYAKIT*. PENERBIT BUKU KEDOKTERAN:EGC.

*RISKESDAS*. (2013). www.depkes.go.id

Setiadi. (2007). *Anatomi dan Fisiologi Manusia* (1st ed.). Graha Ilmu.

Tartowo. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah* (Mariyam (Ed.)). Sagung Seto.

Widagdo, W. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan* (Natawijaya (Ed.)). Trans Info Media.