



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA  
PASIEN NY.S DENGAN TUMOR OTAK DIRUANG  
IGD RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**

**OLEH:**

**GABRIELA SANDA NARI (NS2214901057)  
GABRIELLA (NS2214901058)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
MAKASSAR  
2023**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA  
PASIEN NY.S DENGAN TUMOR OTAK DIRUANG  
IGD RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**

**OLEH:**

**GABRIELA SANDA NARI (NS2214901057)  
GABRIELLA (NS2214901058)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
MAKASSAR  
2023**

**PERNYATAAN ORISINALITAS**

1. GABRIELA SANDA NARI (NS2214901057)
2. GABRIELLA (NS2214901058)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar benarnya

Makassar,

yang menyatakan



GABRIELA SANDA N



GABRIELLA

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.S dengan Tumor Otak di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM: GABRIELA SANDA NARI (NS2214901057)  
GABRIELLA (NS2214901058)

**Disetujui oleh**

Pembimbing 1



(Nikodemus Sili Beda.,Ns.M.Kep)  
NIDN: 0927038903

Pembimbing 2



(Fransisco Iwandy., Ns.,M.Kep)  
NIDN: 0910099002

**Menyetujui,**

**Wakil Ketua Bidang Akademik**

**STIK Stella Maris Makassar**



**Fransiska Anita E.R.Sa'pang,Ns.,Sp.Kep.MB**  
NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Gabriela Sanda Nari (NS2214901057)  
Gabriella (NS2214901058)

Program studi: Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien  
Ny.S dengan Tumor Otak Diruang IGD RSUD  
Labuang Baji Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Nikodemus Sili Beda, Ns.M.Kep (  )  
Pembimbing 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep (  )  
Penguji 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN (  )  
Penguji 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di: Makassar,

Tanggal : 9 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua, STIK Stella Maris Makassar



  
Sijrianus Abdu, S.Si.S.Kep., Ns, M.Kes  
NIDN : 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Gabriela Sanda Nari (NS2214901057)

Gabriella (NS2214901058)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat, dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

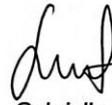
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 09 Juni 2023

Yang menyatakan



Gabriela Sanda Nari



Gabriella

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Tumor Otak Di Ruang UGD Rumah Sakit Labuang Baji Makassar”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dari Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan Karya Ilmiah Akhir hingga selesai.
5. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya Ilmiah Akhir ini hingga selesai.

6. Rosdewi, S.Kep.,MSN selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Yunita Gabriela Madu, Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di UGD Rumah Sakit Labuang Baji Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Teristimewa Orang Tua dari Gabriela Sanda Nari (Dominikus Sanda Nari dan Risma Aneks Palobo), Orang Tua dari Gabriella (Ancimus dan Marselina.K) serta kakak-kakak, keluarga, saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Ny.S dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2022 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran. Kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat.

Makassar, 09 Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan .....	4
1. Bagi Instalansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi Institusi Pendidikan. ....	4
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi.....	7

2. Anatomi fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	13
4. Patofisiologi.....	14
5. Manifestasi Klinik.....	16
6. Pemeriksaan Penunjang.....	18
7. Penatalaksanaan Medis.....	19
8. Komplikasi.....	21
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	22
1. Pengkajian.....	22
2. Diagnosis Keperawatan.....	24
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	24
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
1. Pengkajian.....	35
2. Analisa Data.....	50
3. Diagnosa keperawatan.....	52
4. Intervensi keperawatan.....	53
5. Implementasi Keperawatan.....	56
6. Evaluasi Keperawatan.....	60
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
A. Pembahasan Askep.....	63
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	73
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran.....	79
<b>C. DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan.....	51
Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan.....	54
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan.....	57
Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan.....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak berdasarkan Lobus.....	10
Gambar 2.2 Anatomi Cerebral.....	10
Gambar 2.3 Anatomi Cerebellum.....	11
Gambar 2.4 Anatomi Brainstem.....	12
Gabmbar 2.5 Anatomi Peredaran Darah Otak .....	13

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2: Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Tumor otak merupakan salah satu penyakit yang perlu diwaspadai karena mampu menekan Sistem Saraf Pusat (SSP) sehingga kemampuan dalam penerimaan informasi baik dalam bentuk rangsangan maupun stimulus akan terganggu. Gejala tumor otak sering diabaikan oleh masyarakat. Salah satunya gejala nyeri kepala. Nyeri kepala akibat tumor otak mirip dengan nyeri kepala bertipe tegang dan nyeri kepala migran meskipun nyeri kepala tersebut progresif semakin berat. Selain itu, penderita yang mengalami penurunan kesadaran dan sebelumnya disertai gejala mual dan muntah merupakan salah satu kegawatdaruratan neurologis (Dananjoyo et al., 2016). Oleh karena itu, diagnosis tumor otak baru dapat terdeteksi saat penderita berobat ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan kondisi yang cukup parah (Rostami et al., 2016).

Berdasarkan data secara global, insiden tumor bervariasi dengan rata-rata insidensinya 0,01-12,7/100.000 pada pria dan 0,01-10,7/100.000 pada wanita dan di Amerika Serikat terdapat 70.000 kasus baru tumor otak tiap tahunnya sedangkan di Indonesia belum banyak data nasional terkait insiden tumor otak. Sedangkan angka kematian akibat tumor otak di Sulawesi Selatan sebesar 4.78 kasus. Berdasarkan histopatologi, tumor otak dibagi menjadi dua yaitu tumor otak primer dan sekunder. Secara epidemiologi, tumor otak sekunder lebih banyak terjadi dibandingkan dengan tumor otak primer. Insiden metastasis otak diperkirakan 9-50% pada penderita dengan keganasan atau 100.000-170.000 terdiagnosis metastasis otak tiap tahunnya dan 3-10 kali lebih tinggi dibandingkan tumor primer otak tiap tahunnya. Hal ini dapat menyebabkan mortalitas dan morbiditas yang bermakna. Sebagian

besar penderita metastasis otak memiliki survival rate tidak lebih dari 6 bulan bahkan jika tidak dilakukan tatalaksana dengan baik rata-rata survival rate hanya 1 bulan diakibatkan dari komplikasi neurologi yang tidak terkontrol atau progresivitas penyakit sistemik (Diansari, 2019). Saat penderita tumor otak teridentifikasi maka dari waktu terdiagnosa sampai kepada kematian pada interval 1-55 bulan dan 30% pada kondisi premenopause dan 46% lainnya pada kondisi postmenopause. Prognosis tumor otak sangat bergantung dari lokasi, biologi tumor dan sifat invasinya. Prognosis yang semakin memburuk dapat dilihat gejala-gejala yang dialami oleh penderita. Sebanyak 32,2% hingga 71% terdapat nyeri kepala pada tumor otak primer dan sekunder. Nyeri kepala ini biasanya muncul dengan gejala neurologis lainnya seperti mual atau muntah, papil edema, kejang. Hal ini yang mengindikasikan penderita terjadi peningkatan tekanan intrakranial (Derajat et al., 2020).

Peningkatan tekanan intrakranial merupakan efek buruk bagi penderita tumor otak. Hal ini dapat terjadi bertambahnya volume atau massa tumor serta timbulnya edema. Peningkatan tekanan intrakranial akan meningkatkan tekanan pada kompartemen supratentorial atau infratentorial sehingga dapat terjadi penurunan kesadaran, herniasi, rusaknya jaringan, cedera neurologi bahkan kematian. Oleh karena itu, perlunya kemampuan tatalaksana yang baik seperti penentuan skoring prognostik oleh dokter untuk membantu memilih terapi yang tepat agar survival rate penderita dapat lebih lama (Diansari, 2019). Selain itu, pembedahan merupakan salah satu terapi yang bersifat elektif maupun emergensi atau cito untuk perbaikan kondisi klinis serta mampu menurunkan tekanan intrakranial dan mengurangi kecacatan (Derajat et al., 2020)

Perawat juga berperan aktif dalam penanganan pasien dengan gangguan neurologis terutama saat di IGD. Berhasilnya pertolongan terhadap pasien dengan gangguan neurologis terutama yang mengalami

penurunan kesadaran sangat tergantung dari ketepatan dan kecepatan saat melakukan primary survey sehingga perawat dapat mengetahui intervensi yang diperlukan untuk menunjang pemulihan pasien. Primary Survey bertujuan untuk memberikan metode perawatan yang tepat dan berfokus terhadap prioritas perawatan seperti menilai jalan napas, pernapasan, sirkulasi, tingkat kesadaran dan kontrol lingkungan (Vianney et al., 2020).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Mei 2022 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Labuang Baji Makassar didapatkan data pasien bernama Ny.S (55 tahun) datang ke IGD dengan penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu . Hasil wawancara didapatkan bahwa Ny.S telah muntah sebanyak 1x, mengalami kejang 1 bulan yang lalu ,badan terasa lemas serta kelemahan tubuh sebelah kiri sejak 1 tahun yang lalu dan sesak sejak tiba dirumah sakit . Saat awal kedatangan tidak terdapat permasalahan yang berarti di *Airway* dan *Circulation*. Namun di *Breathing* pasien mengalami sesak dimana pernapasan pasien 25x/menit dan saturasi oksigen 95%. Tingkat kesadaran pasien somnolen. Berdasarkan data diatas, perawat kemudian melakukan pengkajian dan menegaskan diagnosa sesuai dengan data yang ditemukan, membuat rencana asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini menjadi bahan bahasan di dalam Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.S dengan Tumor Otak Diruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak di Ruang IGD RSUD Labuang Baji Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan gawat darurat pada pasien dengan tumor otak.

## **C. Manfaat Penulisan**

### 1. Bagi Instansi RS

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi rumah sakit khususnya tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit khususnya pada pasien dengan Tumor Otak.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah ini diharapkan menjadi acuan untuk mengevaluasi efektifitas pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Tumor Otak.

### 3. Bagi institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dalam meningkatkan kemampuan mahasiswa memahami kasus tumor otak

dan juga menjadi pedoman dalam meningkatkan kualitas penulisan karya ilmiah selanjutnya.

#### **D. Metode Penulisan**

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini tentang asuhan keperawatan pada pasien tumor otak, penulis menggunakan metode:

##### **1. Studi Kepustakaan**

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru di internet dengan berbagai situs, materi dan literatur-literatur di perpustakaan mengenai isi dan karya Ilmiah Akhir ini.

##### **2. Studi Kasus**

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komperensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan dan evaluasi keperawatan

###### **a. Observasi**

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan

###### **b. Wawancara**

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

###### **c. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

###### **d. Diskusi**

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

###### **e. Dokumentasi**

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik.

## **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan teoritis, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Bab III tinjauan kasus ini, meliputi pengamatan kasus pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, (*evidence based*) implementasi keperawatan dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V terdiri dari simpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

##### **1. Pengertian**

Penyakit tumor otak merupakan perkembangan sel otak yang abnormal di dalam ataupun di dekat otak secara tidak normal serta tidak terkontrol. Tumor otak dibagi menjadi 2 ialah, tumor otak primer dan tumor otak sekunder. Tumor otak primer ialah perkembangan sel yang tidak wajar serta tidak terkendali yang berasal dari sel otak itu sendiri. Sebaliknya, tumor otak sekunder ialah tumor otak yang menyebar ke otak dari kanker badan bagian lain (Roulani et al., 2020).

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

Tumor otak merupakan salah satu penyakit yang perlu di waspadai karena mampu menekan Sistem Saraf Pusat (SSP) sehingga kemampuan dalam penerimaan informasi baik dalam bentuk rangsangan maupun stimulus akan terganggu (Heranurweni et al., 2018).

Berdasarkan definisi dari beberapa ahli diatas maka dapat disimpulkan bahwa tumor otak merupakan pertumbuhan massa abnormal di dalam kranium yang berasal dari otak atau struktur lain seperti meningen atau saraf kranialis. Massa abnormal tersebut memiliki pertumbuhan dan perkembangan sel tidak terkontrol. Tumor intrakranial dapat bersifat jinak atau ganas, namun karena efek desak ruang, tumor jinak dapat menyebabkan gangguan neurologis berat bahkan kematian.

## 2. Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi Fisiologi

Otak manusia memiliki berat 1200-1400 gram. Saat keadaan istirahat otak memerlukan oksigen sebanyak 20% dari seluruh kebutuhan oksigen tubuh dan memerlukan 70% glukosa tubuh. Setiap menit, oksigen yang diperlukan oleh otak sebanyak 800 cc dan glukosa sebanyak 100 mg. Otak memerlukan glukosa sebagai sumber energi dan menjadi sumber makanan bagi otak. Energi yang diperoleh ini dikelompokkan menjadi dua fungsi yaitu untuk mempertahankan integritas sel membran dan membuang produk toksik serta untuk proses sintesis dan membantu pelepasan neurotransmitter. (Heranurweni et al., 2018).

Otak terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling berhubungan yang bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual. Neuron merupakan sel-sel yang terdapat di otak. Otak adalah organ mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron di otak mati tidak mengalami regenerasi kemampuan adaptif atau plastisitas (Heranurweni et al., 2018).

Sistem saraf secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu Sistem Saraf Pusat (SSP) dan Sistem Saraf Tepi (SST). Otak dan medulla spinalis membentuk Sistem Saraf Pusat (SSP). Sistem Saraf Tepi (SST) merupakan sistem saraf yang berada disisi luar SSP (Heranurweni et al., 2018). Komponen dari otak adalah:

#### 1) *Cerebrum*

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar. Cerebrum terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri serta tersusun dari korteks yang ditandai dengan sulkus (celah) dan girus. Cerebrum terdiri dari beberapa lobus yaitu :

##### a) Lobus Frontalis

Fungsi lobus frontalis yaitu sebagai pusat intelektual seperti kemampuan dalam berpikir dan nalar, bicara serta emosi.

Pada lobus frontalis terdapat daerah broca yang bisa mengatur ekspresi dalam berbicara, lobus frontalis juga bisa mengatur perilaku sosial, berbicara, gerakan sadar, motivasi dan inisiatif.

b) Lobus Temporalis

Cakupan dari lobus temporalis adalah bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura lateral dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis. Fungsi dari lobus ini yaitu mengatur verbal, visual, daya ingat, pendengaran dan berperan dalam perkembangan dan pembentukan emosi.

c) Lobus Parietalis

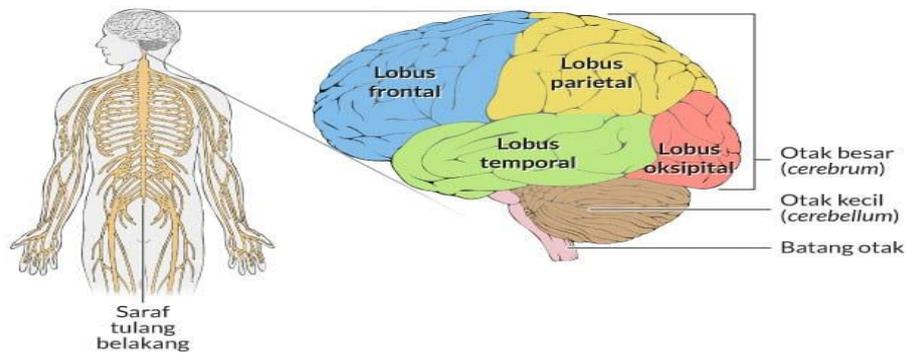
Lobus parietalis berada di gyrus postsentralis atau area sensorik primer yang merupakan daerah pusat untuk kesadaran sensorik berfungsi untuk rasa dalam perabaan dan pendengaran.

d) Lobus Oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk area asosiasi dan pusat penglihatan: nervus optikus menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan serta mengasosiasikan rangsangan ini dengan informasi yang di dapatkan dari saraf lain dan memori.

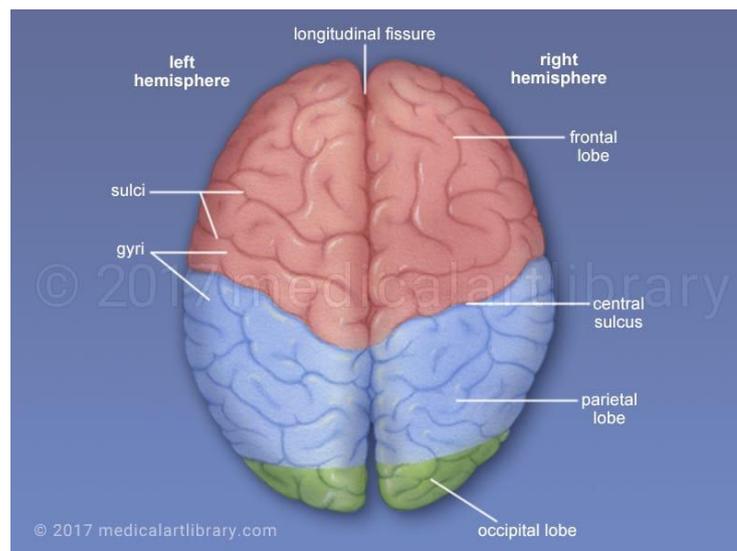
e) Lobus Limbik

Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memoriemosi dan bersama hipotalamus melakukan pengendalian atas susunan endokrin dan susunan autonom yang dapat menimbulkan perubahan.



Gambar 2.1 Anatomi Otak Berdasarkan Lobus

(Sumber: (Heranurweni et al., 2018))

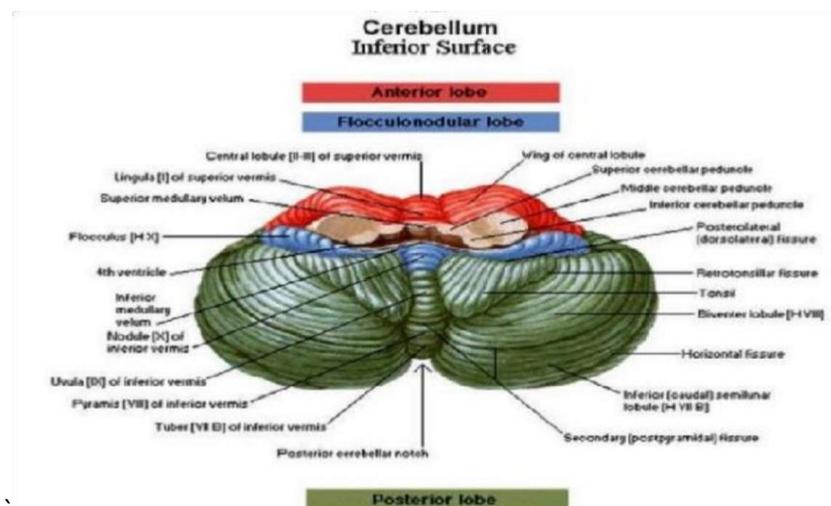


Gambar 2.2 Anatomi Cerebral

(Sumber: (Heranurweni et al., 2018))

## 2) Cerebellum

Secara keseluruhan *cerebellum* merupakan struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron. *Cerebellum* memiliki peran yaitu sebagai koordinasi dalam fungsi motorik didasarkan pada informasi somato sensoris yang diterima inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. *Cerebellum* merupakan pusat koordinasi sebagai keseimbangan dan tonus otot yang secara optimal melakukan kontraksi otot-otot volunter. *Cerebellum* memiliki bagian-bagian yaitu lobus anterior, lobus medialis dan lobus flocculonodularis (Heranurweni et al., 2018)

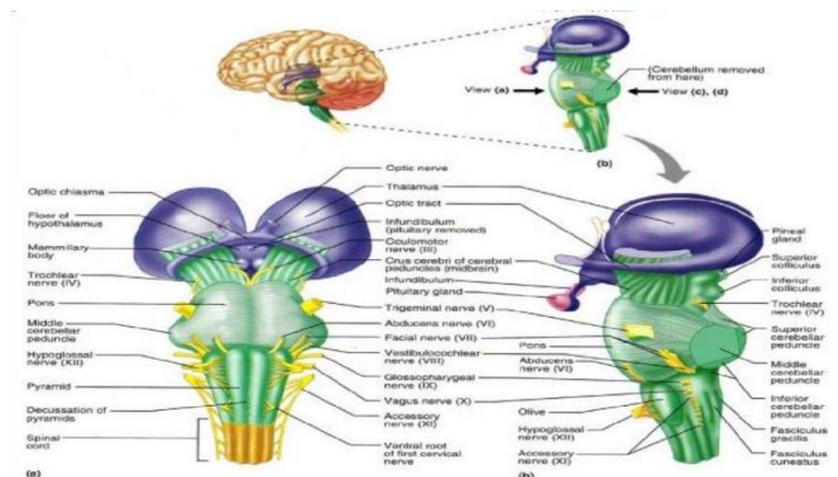


Gambar 2.3 Anatomi Cerebellum

(Sumber: (Heranurweni et al., 2018))

### 3) Brainstem

*Brainstem* merupakan batang otak yang berfungsi dalam mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Di atas brainstem terdapat diensefalon dan medulla spinalis dibawahnya. Jaras asenden dan desenden, traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial merupakan struktur-struktur fungsional penting yang terdapat di batang otak. *Brainstem* terdiri dari tiga segmen, yaitu medulla oblongata, pons dan mesensefalon (Heranurweni et al., 2018)



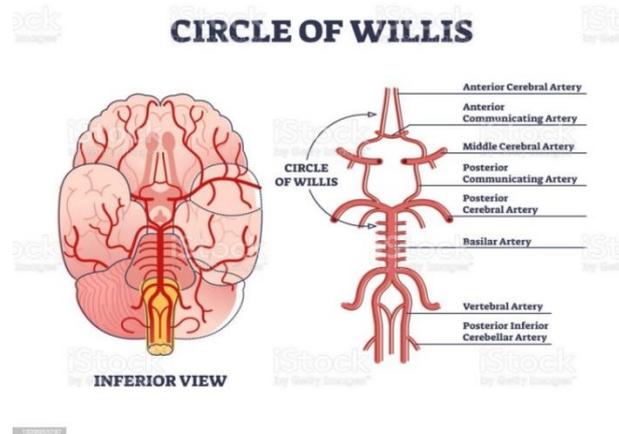
Gambar 2.4 Anatomi Brainstem

(Sumber: (Heranurweni et al., 2018))

### 4) Anatomi Peredaran Darah Otak

Darah mengangkut makanan, zat asam, dan substansi lainnya yang dibutuhkan untuk fungsi jaringan hidup yang baik. Karena kebutuhan otak sangat mendesak dan vital mengharuskan aliran darah terus konstan. Suplai darah arteri ke otak merupakan suatu jalinan pembuluh-pembuluh darah yang bercabang-cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain

sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel (Heranurweni et al., 2018)



Gambar 2.5 Anatomi Peredaran Darah Otak  
(Sumber: (Heranurweni et al., 2018))

### 3. Etiologi

Penyebab tumor hingga saat ini masih belum diketahui secara pasti, walaupun telah banyak penyelidikan yang dilakukan. Adapun faktor-faktor yang perlu ditinjau, yaitu (Nabilah, 2022):

#### a. Herediter

Riwayat tumor otak dalam satu anggota keluarga jarang ditemukan kecuali pada meningioma, astrositoma dan neurofibroma dapat dijumpai pada anggota-anggota sekeluarga. Sklerosis tuberosa 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.

#### b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. Substansi-substansi karsinogenik

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

f. Gaya hidup

Makanan yang diawetkan, daging asap atau acar berhubungan terhadap peningkatan resiko terjadinya tumor otak.

#### 4. Patofisiologi

Tumor otak menyebabkan gangguan neurologik progresif. Gangguan neurologik pada tumor otak biasanya dianggap disebabkan oleh dua faktor, gangguan fokal disebabkan oleh tumor dan kenaikan tekanan intracranial. 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 bertumbuh menyebabkan nekrosis jaringan otak. Gangguan suplai darah arteri pada umumnya bermanifestasi sebagai kehilangan fungsi secara akut dan mungkin dapat dikacaukan dengan gangguan serebrovaskuler primer. Serangan kejang sebagai gejala 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. Beberapa tumor dapat menyebabkan perdarahan. Obstruksi vena dan edema yang disebabkan oleh kerusakan sawar darah otak, semuanya menimbulkan kenaikan volume intracranial dan meningkatkan tekanan intracranial. Obstruksi sirkulasi cairan serebrospinal dari ventrikel lateral ke ruangan subaraknoid menimbulkan hidrosefalus. Peningkatan tekanan intracranial akan membahayakan jiwa. Mekanisme kompensasi memerlukan waktu lama untuk menjadi efektif dan oleh karena itu tak berguna apabila tekanan intrakranial timbul cepat. Mekanisme kompensasi ini antara lain bekerja menurunkan volume darah intracranial, volume cairan serebrospinal, kandungan cairan intrasel dan mengurangi sel-sel parenkim, kenaikan tekanan yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebelum yang timbul bilagirus medialis lobus temporalis bergeser ke inferior melalui insisura tentorial oleh massa dalam hemisfer otak. Herniasi menekan mesensefalon, menyebabkan hilangnya kesadaran dan menekan saraf otak ketiga. Kompresi medula oblongata dan henti pernafasan terjadi dengan cepat. Perubahan fisiologi lain terjadi akibat peningkatan intracranial yang cepat adalah bradikardia progresif, hipertensi sistemik (pelebaran tekanan nadi), dan gangguan pernafasan (Suta et al., 2019).

## 5. Manifestasi Klinis

### 1. Gejala tumor otak secara umum

Gangguan mental ringan (psikomotor asthenia) yang dapat terjadi pada penderita dengan tumor otak labil, pelupa, mudah tersinggung serta timbulnya ansietas dan depresi. Selain itu terdapat beberapa gejala umum lainnya (Heranurweni et al., 2018):

#### a. Nyeri kepala

Pada tumor otak, umumnya gejala awal pada pasien tumor otak berupa nyeri kepala. Nyeri kepala sangat bervariasi dari ringan hingga episodik berat. Nyeri kepala pada pasien tumor otak umumnya bertambah berat pada malam dan pagi hari saat bangun tidur serta dapat menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial. Psikomotor asthenia perubahan mental yang ringan yang timbul dengan nyeri kepala patut dicurigai sebagai tumor otak. Nyeri kepala terbagi menjadi dua jenis yaitu nyeri kepala primer dan sekunder. Nyeri kepala primer seperti tegang (terasa nyeri tumpul, tertekan dan seperti nyeri kepala sakit sinus), migrain serta nyeri kepala cluster sedangkan untuk nyeri kepala sekunder didasari karena adanya tumor intrakranial, ruptur aneurisma dan infeksi. Nyeri kepala yang timbul akibat adanya tumor otak lebih buruk pada pagi hari dan dapat diperparah oleh manuver valsava.

#### b. Muntah

Muntah dapat terjadi pada pasien dengan tumor otak diiringi dengan timbulnya nyeri kepala. Umumnya muntah pada peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK) bersifat proyektif tanpa disertai rasa mual.

#### c. Kejang

Pasien dengan tumor otak umumnya mengalami bangkitan kejang dan dapat dicurigai apabila baru terjadi di usia 25 tahun

keatas, memiliki status epilepsi, resisten terhadap obat epilepsi dan bangkitan disertai dengan gejala Tekanan Intrakranial (TIK).

## 2. Gejala Tekanan Intrakranial

Tekanan Intrakranial timbul dengan keluhan adanya nyeri kepala pada area otak frontal dan oksipital yang muncul pada malam atau pagi hari disertai dengan muntah proyektil dan kesadaran menurun. Gejala yang timbul juga terdapat parase pada nervus VI. Peningkatan Tekanan intrakranial juga dapat dilihat dari deskripsi nyeri pasien, seperti nyeri muncul apabila dalam posisi supinasi, batuk atau mengejan

## 3. Gejala-gejala tumor otak yang spesifik

### a. Gejala Tumor Otak pada Lobus Frontal

- 1) Timbulnya gejala perubahan kepribadian seperti penderita menunjukkan gejala depresi atau masalah psikiatrik
- 2) Timbulnya kejang fokal akibat jaras motorik tertekan oleh tumor hemiparase kontra lateral
- 3) Tumor yang menekan pada permukaan media akan menimbulkan gejala inkontinentia
- 4) Tumor yang berada pada lobus dominan akan menimbulkan gejala afasia

### b. Gejala Tumor Otak pada Lobus Temporal

- 1) Timbulnya gejala *hemianopsia*
- 2) Timbulnya gejala neuropsikiatrik seperti dejavu, amnesia dan *hypergraphia*
- 3) Jika terdapat lesi pada lobus yang dominan menimbulkan afasia

### c. Gejala Tumor Otak pada Lobus Parietal

- 1) Timbulnya gangguan motorik dan sensorik yang kontra lateral

- 2) Ditemukan gejala *homonymous hemianopia* (hanya melihat satu sisi)
  - 3) Jika terdapat lesi pada yang dominan di lobus parietal menimbulkan gejala disfasia dan jika terdapat lesi pada lobus yang tidak dominan menimbulkan gejala *geographic agnosia* dan *dressing apraxia*
- d. Gejala Tumor Otak pada Lobus Oksipital
- 1) Pergerakan kontra lateral dari *homonymous hemianopia*
  - 2) Timbulnya gangguan penglihatan menjadi *object agnosia*
  - 3) Gejala Tumor Otak di Tumor di *Cerebello Pontin Angle*
  - 4) Pasien mengalami gangguan pada fungsi pendengaran
- e. Gejala Tumor Otak di Glioma Batang Otak
- Timbulnya gejala neuropati kranial seperti *diplopia*, kelemahan pada area wajah dan *dysarthria*.
- f. Gejala Tumor Otak pada Area Serebelum
- 1) Adanya gangguan berjalan dan timbulnya Tekanan Intrakranial (TIK) (mual, muntah dan timbul nyeri kepala hebat).
  - 2) Nyeri kepala pada area oksipital hingga ke leher dan terdapat spasme pada otot servikal.
6. Pemeriksaan Penunjang
- a. Pemeriksaan Laboratorium:
 

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat secara umum keadaan pasien dan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam terapi yang akan diberikan. Pemeriksaan dapat berupa pemeriksaan darah lengkap LDH, hemostasis, fungsi ginjal dan hati, kadar gula darah serta elektrolit lengkap (Ghozali & Sumarti, 2021)
  - b. Pemeriksaan Radiologi
    - 1) Pemeriksaan *Computered Tomography (CT) Scan*

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat adanya tumor pada langkah awal penegakan diagnosa, dapat melihat adanya kalsifikasi, timbulnya lesi atau destruksi pada tulang tengkorak

2) Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan ini menggunakan teknik pencitraan untuk pemeriksaan otak dan mempunyai resolusi kontras serta spasial yang tinggi. Pemeriksaan MRI dapat mendiagnosis tumor otak dan dapat memberikan informasi jika ditambahkan dengan *Magnetic Resonance Spectroscopy* (MRS). MRS ini dapat mengukur konsentrasi dari berbagai komponen biokimia dalam jaringan tubuh. Pemeriksaan ini mampu melihat gambaran jaringan lunak dengan jelas serta mampu melihat tumor infratentorial namun mempunyai keterbatasan dalam hal kalsifikasi.

3) Pemeriksaan *Diffusion Weighted Imaging* (DWI)

Pemeriksaan ini merupakan model pencitraan echoplanar yang mengukur gerakan acak molekul air. Saat melakukan diagnosis tumor otak, *Diffusion Weighted Imaging* (DWI) dapat mendiagnosis abses, nekrotik dan metastasis serta menilai usia iskemik otak.

4) Pemeriksaan *Digital Subtraction Angiography* (DSA)

Teknik ini menggunakan sinar-X bertujuan untuk mendeteksi pembuluh darah yang memberikan suplai ke tumor otak serta mengontrol embolisasi tumor hipervaskular.

## 7. Penatalaksanaan Medik

Pasien tumor otak harus dievaluasi dan diobati segera bila memungkinkan sebelum kerusakan neurologis. Tujuannya adalah mengangkat dan memusnahkan semua tumor, salah satu variasi pengobatan dapat digunakan pendekatan spesifik bergantung pada tipe tumor, lokasi dan kemungkinan untuk dicapai dengan mudah.

Kombinasi ini dapat digunakan sebagai modal (Ghozali & Sumarti, 2021).

a. Penatalaksanaan Non farmakologi

- 1) Pendekatan Pembedahan Konvensional (Kraniotomi)  
Craniotomy adalah perbaikan pembedahan, reseksi atau pengangkatan pertumbuhan atau abnormalitas didalam kranium terdiri atas pengangkatan dan penggantian tulang tengkorak untuk memberikan pencapaian pada struktur intrakranial. Pendekatan ini digunakan untuk mengobati pasien meningioma, neuroma akustik, astrositoma kistik pada serebelum, kista koloid pada ventrikel ketiga, tumor konginetal (kista dermoit, glanuloma). Untuk pasien-pasien dengan glioma maligna, pengangkatan tumor secara menyeluruh, dan pengobatan tidak mungkin, tetapi dapat masuk akal dengan tindakan yang mencakup pengurangan tekanan intra kranial, mengangkat jaringan nekrotik, dan mengurangi bagian yang besar dari tumor.
- 2) Pendekatan Stereotaktik  
Dapat digunakan Laser dan radiasi, radioisotop dapat ditempelkan langsung kedalam tumor untuk menghasilkan dosis tinggi pada radiasi tumor (brakhiterapi) sambil meminimalkan pengaruh pada jaringan otak disekitarnya.
- 3) Penggunaan Pisau Gamma  
Untuk bedah Radio Untuk tumor yang tidak dapat dimasukkan obat, tindakan tersebut sering dilakukan sendiri. Keuntungan metode ini tidak membutuhkan insisi pembedahan, kerugiannya waktu lambat diantara pengobatan dan hasil yang diharapkan.
- 4) Kemoterapi dan Radiasi Eksternal  
Hal ini bisa digunakan dengan satu model atau kombinasi. Terapi radiasi merupakan dasar pada pengobatan beberapa tumor otak, juga menurunkan timbulnya kembali tumor yang tidak lengkap

#### b. Penatalaksanaan Farmakologi

Pasien dengan tumor otak yang mengalami penurunan kesadaran, pupil anisokor, lateralisasi apabila mengalami kejang dapat diberikan *diazepam*, *fenitoin*. Jika terjadi Edema dapat diberikan *dexametason*, diuretik. *Dexametason* sebagai steroid dapat menjadi pilihan untuk mengatasi masalah neurologi dengan dosis besar 10-20 mg secara intravena. Dosis harian dapat naik hingga 100 mg jika perlu. Apabila pasien tumor otak kejang dapat diberikan diazepam dengan dosis 0.3-0.5 mg/kgBB secara intravena dengan kecepatan 0.5-1 mg/menit (3-5 menit). Jika, kejang tetap ada berikan fenitoin dengan dosis 10-20 mg/KgBB secara intravena dengan kecepatan 0.5-1 mg/kgBB/menit. Pasien tumor otak yang mengalami muntah dapat diberikan *Omeprazole* 40 mg/12 jam dengan jalur intravena atau obat *Ranitidin* dengan dosis 150 mg/6-8 jam dengan jalur intravena.

#### 8. Komplikasi

Tumor otak dapat menimbulkan beberapa komplikasi yaitu (Kristian et al., 2021):

##### a. Edema serebral

Edema serebral terjadi karena adanya cairan yang secara berlebihan pada otak sehingga terjadi penumpukan di sekitar lesi akibatnya massa semakin bertambah

##### b. Hidrosefalus

*Hidrosefalus* dapat timbul karena peningkatan intrakranial akibat adanya perkembangan massa di dalam rongga cranium.

##### c. Herniasi otak

Herniasi otak adalah perpindahan jaringan serebral dari lokasi semula atau normal namun jaringan tersebut mendesak area disekitarnya sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa penderita. Herniasi otak dapat menimbulkan kerusakan otak,

menekan saraf kranial dan pembuluh darah yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan atau iskemik ataupun obstruksi pada cairan serebrospinal yang dapat memproduksi atau terjadinya hidrosefalus. Herniasi diakibatkan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK). Oleh karena itu dapat terjadi kerusakan otak secara permanen bahkan kematian. Herniasi terdapat tanda *trias cushing* yaitu bradikardi, hipertensi dan pernafasan tidak teratur merupakan tanda herniasi yang mengancam.

- d. Epilepsi
- e. Metastase ke tempat lainnya

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### 1) Pengkajian

#### a. Data Umum

Berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, diagnosa medik, alamat, keluhan masuk, triage, alasan masuk rumah sakit, riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat alergi

#### b. Keadaan Umum

##### 1) *Airway*

- a) Mengkaji bagaimana kondisi jalan nafas pasien dimana dilakukan dengan memeriksa apakah adanya obstruksi jalan nafas akibat dari adanya benda asing, oedema, darah, muntahan, lidah, cairan. Jika pasien saat diberikan pertolongan tidak responsif, stabilkan kepala dan leher dan gunakan manuver dorong rahang untuk memastikan jalan napas terbuka. Jika tidak dicurigai adanya cedera tulang belakang, gunakan head tilt, chin lift manuver.
- b) Mengkaji bagaimana suara nafas pasien dan amati apakah terdapat snoring, gurgling, maupun crowning.

## 2) *Breathing*

- a) Mengkaji apakah pasien dapat bernafas dengan spontan atau tidak
- b) Memperhatikan gerakan dada pasien apakah simetris atau tidak
- c) Mengkaji irama nafas apakah cepat, dangkal atau normal
- d) Mengkaji keteraturan pola nafas
- e) Mendengarkan, mengamati, serta mengkaji suara paru apakah terdapat wheezing, vesikuler, maupun ronchi
- f) Mengkaji apakah pasien mengalami sesak nafas
- g) Mengkaji *respiratory rate* pasien.

## 3) *Circulation*

- a) Mengkaji nadi pasien apakah teraba atau tidak, jika teraba hitung berapa denyut nadi permenit
- b) Mengkaji tekanan darah pasien
- c) Mengamati apakah pasien pucat atau tidak
- d) Menghitung CRT pasien perdetik
- e) Menghitung suhu tubuh pasien dan rasakan akral pasien apakah teraba dingin atau hangat
- f) Mengamati apakah terdapat perdarahan pada pasien, dan kaji lokasinya serta jumlah perdarahan
- g) Mengkaji turgor pasien
- h) Mengkaji adanya diaphoresis
- i) Mengkaji riwayat kehilangan cairan berlebihan.

## 4) *Disability*

- a) Mengkaji tingkat kesadaran pasien
- b) Mengkaji nilai GCS pasien yang meliputi mata, verbal, dan motoriknya
- c) Mengkaji pupil pasien apakah isokor, unisokor, pinpoint, atau medriasis

d) Mengkaji adanya reflek cahaya

5) *Esposure*

Mengkaji adanya cedera lain yang dapat mempengaruhi kondisi pasien, seperti ada tidaknya laserasi, edema dan lainnya.

2) Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- b. Penurunan Kapasitas Adaptif Intracranial berhubungan dengan lesi menempati ruang
- c. Defisit Nutrisi burhubungan dengan faktor psikologis
- d. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
- e. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

a) Nyeri kronis b.d infiltrasi tumor (D.0078)

SLKI: hasil yang diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Pola napas membaik
- 6) Tekanan darah membaik

SIKI: Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri

#### Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Kompres dingin)

#### Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
- b) Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d lesi menempati ruang (D.0066)

SLKI: hasil yang diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049)

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Fungsi kognitif meningkat
- 3) Sakit kepala menuurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Tekanan darah membaik
- 6) Pola napas membaik
- 7) Tekanan intrakranial membaik

SIKI: Pemantauan neurologis (I.06197)

#### Observasi

- 1) Monitor tanda-tanda vital
- 2) Monitor keluhan sakit kepala

#### Terapeutik

- 1) Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial
- 2) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien

## Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

## c) Deficit nutrisi b.d factor psikologis D.0019)

SLKI: hasil yang diharapkan status nutrisi membaik  
(L. 03030)

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot mengunyah meningkat
- 3) Berat badan membaik
- 4) Nafsu makan membaik
- 5) Membran mukosa membaik

SIKI: Pemantauan nutrisi (I.03123)

## Observasi

- 1) Identifikasi pola makan (mis. Kesukaan/ktidaksukaan makanan, konsumsi makanan cepat saji)
- 2) Monitor mual muntah

## Terapeutik

- 1) Timbang BB
- 2) Hitung perubahan BB
- 3) Dokumentasikan hasil pemantauan

## Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*

## d) Ansietas b.d ancaman terhadap kematian (D.0080)

SLKI: hasil yang diharapkan tingkat ansietas menurun  
(L.09093)

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Perilaku gelisah menurun
- 3) Keluhan pusing menurun
- 4) Kontak mata membaik

SIKI: Terapi relaksasi (I.09326)

#### Observasi

- 1) Identifikasi penurunan energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

#### Terapeutik

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dari suhu ruang nyaman, jika memungkinkan

#### Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, napas dalam)
  - 2) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
  - 3) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
- e) Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis (D. 0005)  
SLKI: hasil yang diharapkan pola napas membaik (L.01004)
- 1) Dispnea menurun
  - 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
  - 3) Frekuensi napas membaik
  - 4) Kedalaman napas membaik
- SIKI: Pemantauan respirasi ( I. 01014)

#### Observasi

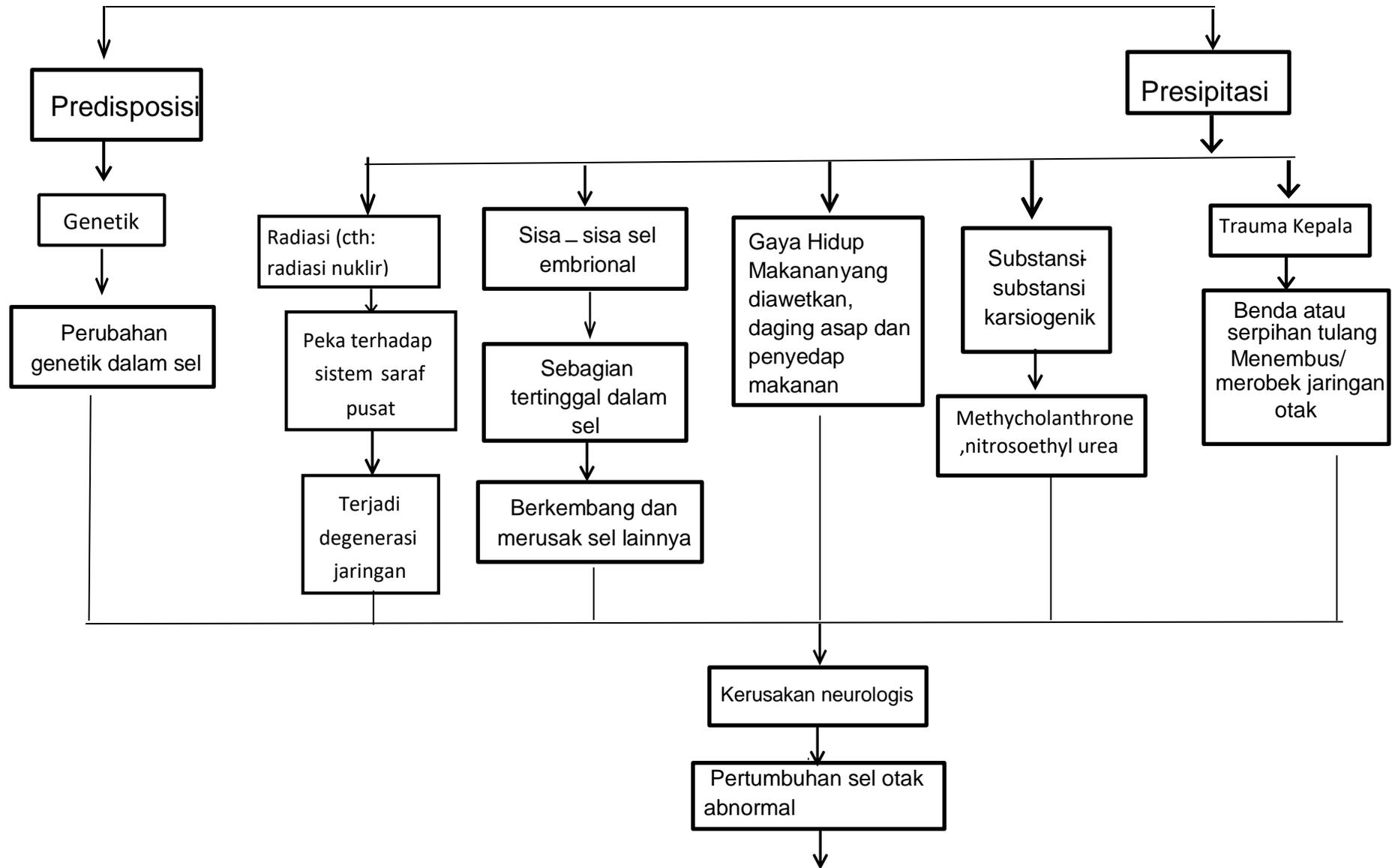
- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 3) Monitor saturasi oksigen

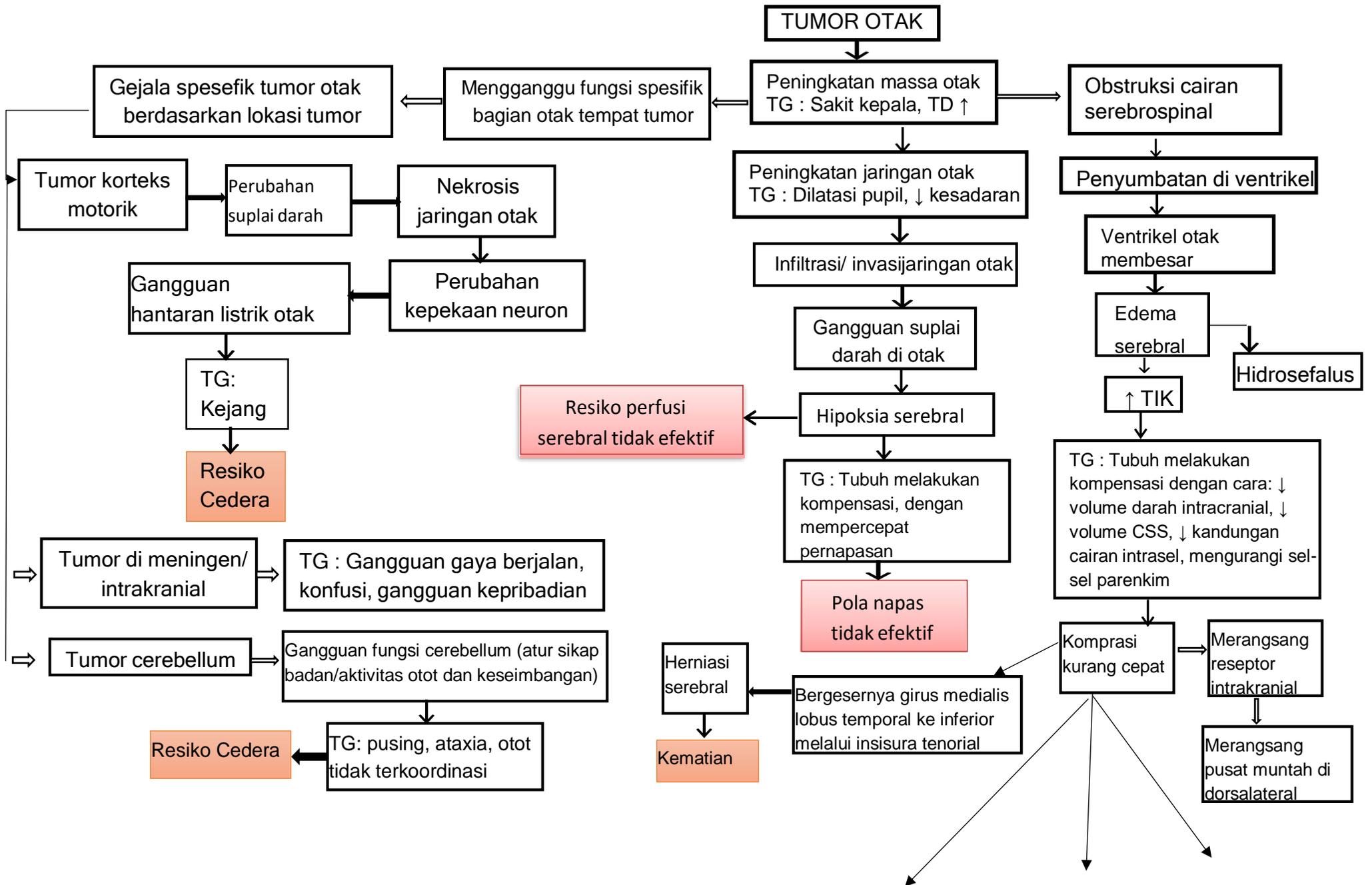
#### Terapeutik

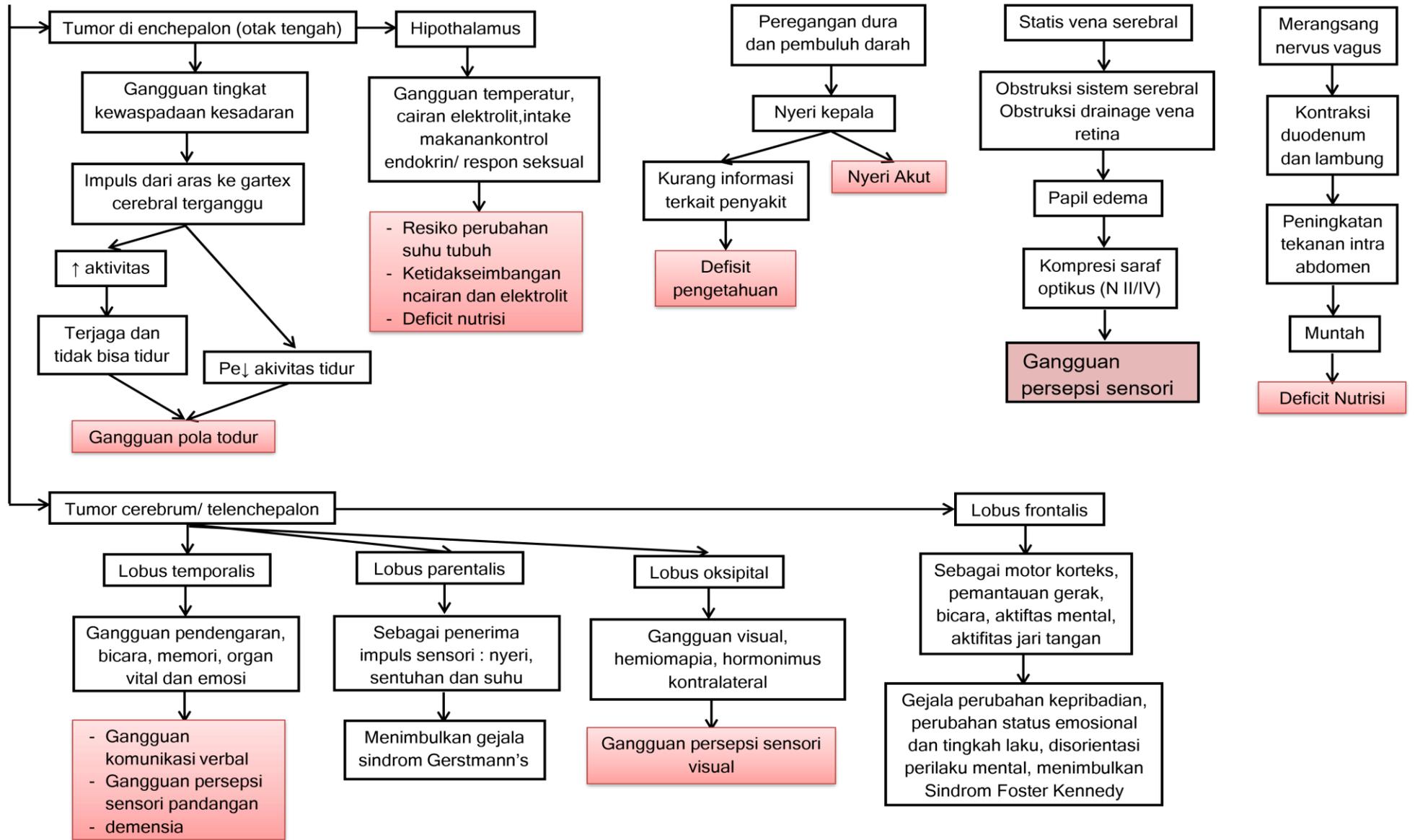
- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

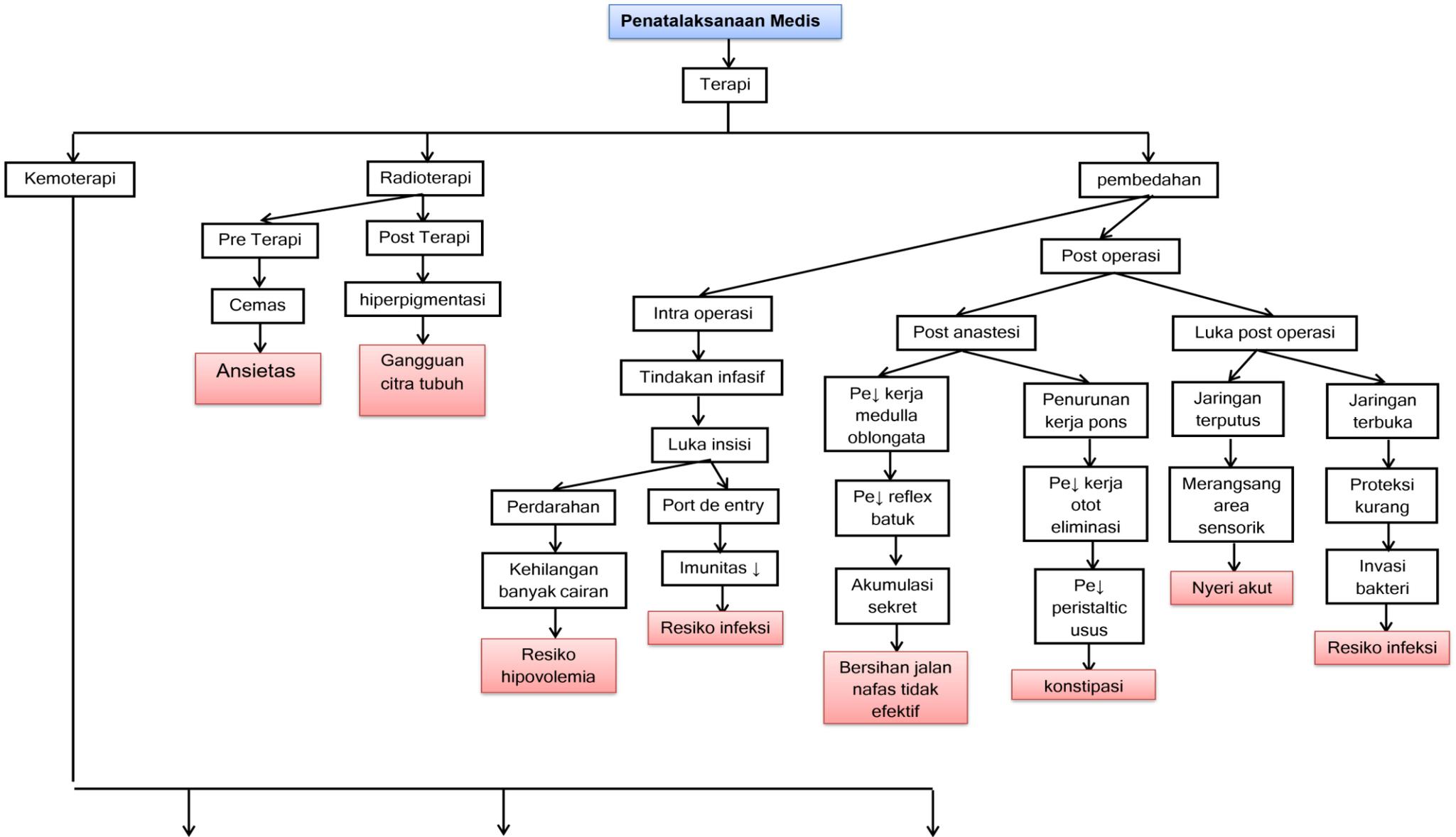
#### Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan











## **BAB III**

### **PENGAMATAN KASUS**

#### **A. PENGAMATAN KASUS**

Pasien Ny.S umur 55 tahun masuk rumah sakit Labuan Baji Makassar pada hari sabtu 13 Mei 2023 pukul 12.30 dengan diagnosa medis kesadaran menurun, Tumor Otak, Epilepsi Simptomatik dengan keluhan penurunan kesadaran dan muntah. Keluarga pasien mengatakan pasien mulai sesak sejak tiba di rumah sakit. Keluarga mengatakan pasien diberikan makan dan minum beberapa jam sebelum dibawa ke rumah sakit. Keluarga mengatakan keadaan pasien semakin lemah sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit.

Saat pengkajian keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat tumor otak sejak 2 tahun yang lalu dan sudah telah dilakukan operasi sejak 1 tahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien rutin meminum obat yang dibeikan dari rumah sakit, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien sesak, tampak mukosa bibir pasien kering, tampak nadi pasien teraba lemah, tampak turgor kulit pasien tidak elastis/menurun, tampak pasien terpasang NGT, tampak terpasang kateter urin dengan volume cairan 250 cc dengan warna kuning jernih, tampak terpasang oksigen dengan menggunakan nassal kanul 4 L/menit. Tampak pasien penurunan kesadaran GCS 11, kesadaran somnolen, dengan TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 107x/menit, S: 36.5<sup>0</sup>C, P: 25x/menit, SpO<sub>2</sub>: 95%.

Berdasarkan data-data tersebut maka penulis mengangkat dua diagnosa keperawatan yaitu: Pola Napas Tidak Efektif

berhubungan dengan gangguan neurologis, Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang. Intervensi yang telah diberikan adalah untuk pola napas tidak efektif: Monitor pola napas, Monitor suara napas tambahan, Posisikan semi fowler atau fowler, Berikan oksigenasi. Untuk penurunan kapasitas adaptif intrakranial: Identifikasi penyebab peningkatan TIK, Monitor tanda/gejala peningkatan TIK, Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma gasglow), Monitor tanda-tanda vital.

Hasil evaluasi untuk pola napas tidak efektif yaitu tampak pasien masih sesak, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur karena terjadinya penurunan kesadaran, tampak pasien diberikan terapi oksigen nassal kanul 4 L/menit, TTV: TD: 137/89 mmHg, N : 114 x/menit, P : 24 x/menit, S : 36.5°C, SPO2: 100%. Untuk penurunan kapasitas adaptif intrakranial yaitu tampak nadi teraba lemah, tampak frekuensi nadi meningkat dari 107x/menit menjadi 114x/menit, tampak tekanan darah pasien meningkat dari 110/80 mmHg menjadi 137/89 mmHg, tingkat kesadaran pasien somnolens dengan GCS: M 5 V3 E3: 11, tampak adanya benjolan abnormal di kepala sebelah kanan pasien.

## 1. PENGAJIAN GAWAT DARURAT

### A. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : Ny. S  
Umur : 55 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tanggal/Jam MRS : 13 Mei 2023/12.30 WITA  
Tanggal/Jam Pengkajian : 13 Mei 2023/12.40 WITA  
Diagnosa Medis : Tumor Otak

### B. Pengkajian

1. Keadaan Umum: Keadaan Umum Lemah

2. Triase

Prioritas 1  Prioritas 2  Prioritas 3  Prioritas 4  Prioritas 5

Alasan : Pasien mengalami penurunan kesadaran dan ada benjolan di sebelah kanan kepala pasien. Pasien mengalami kelemahan tubuh Sebelah kiri.

3. Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

Tidak ada  Neck collar  Bidai  Oksigen   
Infus  RJP  Lainnya:

4. Keluhan Utama: Penurunan Kesadaran + benjolan dikepala sebelah kanan

Riwayat Keluhan Utama: Pasien masuk rumah sakit dengan penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu disertai muntah, pasien mengalami sesak sejak tiba di rumah sakit dan pasien tampak lemah, tampak ada benjolan di sebelah kanan kepala pasien. Keluarga mengatakan pasien juga mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami kejang 1 bulan yang lalu.

5. Riwayat Penyakit Terdahulu:

Tumor Otak

## 6. Survey Primer

### a. *Airway dan Control Cervikal*

Paten

Tidak paten

Benda asing

Sputum

Cairan/darah

Lidah jatuh

Spasme

Lainnya:.....

Suara Napas:

Normal

Stridor

Snoring

Gurgling

Tidak ada suara napas

Lainnya: .....

Fraktur servikal

Ya

Tidak

### b. *Breathing*

Frekuensi : 25x/menit

Saturasi Oksigen: 95%

Napas Spontan

Apnea

Orthopne

Sesak

Tanda distress pernapasan:

Retraksi

dada/interkosta

Penggunaan otobantu

napas

Cuping hidung

Irama pernapasan

Teratur

Tidak teratur

Dalam

Dangkal

Pengembangan Dada

Simetris

Tidak Simetris

Suara Napas

Vesikuler

Broncho-vesikuler

Bronkhial

Vocal Fremitus:

Luka/Fraktur

Ya, sebutkan.....

Tidak

Data Lainnya:

Suara Tambahan

Wheezing

Ronchi

Rales

Lainnya:.....

Perkusi

Sonor

Pekak

Redup

Lokasi:.....

Krepitasi

Ya

Tidak

Distensi Vena Jugularis

Ya

Tidak

Jejas

Ya

Tidak

Lokasi:.....

c. *Circulation*

Tekanan Darah: 110/80 mmHg

Suhu: 36.5°C

Nadi

Frekuensi: 107 x/menit

 Tidak Teraba Kuat Lemah Teratur Tidak teratur

Mata cekung

 Ya Tidak

Turgor kulit

 Elastis Menurun Buruk

Bibir

 Lembab Kering

Nyeri Dada

 Tidak Ya (Jelaskan PQRST)

Data Lainnya:

Pasien diberikan oksigen nassal kanul 4 liter

Kulit dan ekstremitas

 Hangat Dingin Sianosis Pucat CRT >2 detik Edema Lainnya: .....

Diaphoresis

 Ya Tidak

Perdarahan

 Ya, Jumlah.....cc

Warna.....

Melalui.....

 Tidak

d. *Disability*

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif: Somnolen

Kuantitatif: M: 5

E: 3

V:3

 $\Sigma$ :11 Midriasis

Refleks cahaya

 Positif Negatif

Test Babinsky:

 Fisiologis Patologis

Pupil

 Isokor Anisokor

Kaku kuduk

 Ya Tidak

Uji Kekuatan Otot:

5	3
5	2

Kesimpulan:

Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri

e. *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*: Tidak ditemukan masalah Luka Jejas

f. *Foley Chateter*

Terpasang, Output: 250 cc/jam

Warna: kuning jernih

Tidak terpasang

g. *Gastric Tube*

Terpasang, Output:.....cc/jam

Warna:.....

Lainnya: untuk pemenuhan nutrisi

Tidak terpasang

h. *Heart Monitor*

Terpasang, Gambaran:.....

Lainnya: .....

Tidak Terpasang

## 7. Survey Sekunder (dilakukan jika survey primer telah stabil):

### Riwayat Kesehatan SAMPLE

Symptom:

Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu dan muntah. Pasien mulai sesak sejak tiba di rumah sakit.

Alergi:

Keluarga mengatakan pasien tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan sejauh ini.

Medikasi:

Keluarga mengatakan pasien minum obat secara teratur.

Past medical history:

Keluarga mengatakan pasien sebelumnya sudah pernah menjalani operasi tumor otak pada 1 tahun yang lalu.

Last Oral Intake:

Keluarga mengatakan sebelum di bawa ke rumah sakit pasien diberikan makan bubur dan minum air putih.

Events:

Pasien tidak memiliki masalah Riwayat Kesehatan keluarga seperti yang dialami pasien.

**Tanda-Tanda Vital:**

TD : 110/80 mmHg

FP : 25 x/menit

Nadi: 107 x/menit

Suhu: 36.5°C

Saturasi: 95 %

**Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):**

Tidak ada

Ya. Jelaskan:

P:

Q:

R:

S:

T:

**Pengkajian Psikososial:**

Tidak ada masalah

Cemas

Panik

Marah

Sulit berkonsentrasi

Tegang

Takut

Merasa Sedih

Merasa bersalah

- Merasa putus asa
- Perilaku agresif
- Menciderai diri
- Menciderai orang lain
- Keinginan bunuh diri

**Pengkajian *head to toe*:**

a. Pemeriksaan fisik :

- 1) Kebersihan rambut : tampak tidak ada rambut
- 2) Kulit kepala : Teraba massa yang keras di kepala bagian parietal dextra
- 3) Kebersihan kulit : Tampak kulit agak kering
- 4) Higiene rongga mulut : Tampak kotor
- 5) Kebersihan genetalia : Tampak bersih
- 6) Kebersihan anus : Tampak bersih
- 7) Hidrasi kulit : Tidak elastis
- 8) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra pasien tidak edema/Tampak anemis
- 9) Sclera : Tampak tidak ikterik
- 10) Hidung : Tampak bersih, tidak tampak adanya secret/polop/lesi
- 11) Gigi : Tampak gigi pasien berwarna putih kekuningan, tampak adanya karang gigi, tampak tidak adanya gigi palsu, tidak ada gigi yang tanggal.
- 12) Kemampuan mengunyah keras : Pasien tidak mampu mengunyah keras
- 13) Lidah : Tampak kotor
- 14) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- 15) Kelenjar getah bening : Tampak tidak adanya pembesaran pada kelenjar getah bening
- 16) Kelenjar parotis : tampak tidak adanya pembesaran pada kelenjar parotis
- 17) Abdomen :
  - a) Inspeksi : tampak simetris dan tidak ada luka
  - b) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 6x/menit
  - c) Palpasi : Tidak adanya nyeri tekan lepas
  - d) Perkusi : Terdengar bunyi Thympani

18) Kulit :

- a) Edema : Positif **Negatif**
- b) Icteric : Positif **Negatif**
- c) Tanda-tanda radang : Tampak tidak adanya tanda-tanda radang

19) Lesi : Tampak tidak ada lesi

20) Peristaltik usus : 6x/menit

21) Palpasi kandung kemih : Penuh **Kosong**

22) Nyeri ketuk ginjal : Sulit dikaji

23) Mulut uretra : Tampak bersih

24) Anus : Tampak bersih, tidak adanya peradangan dan tidak adanya hemoroid

- a) Peradangan : Tidak ada
- b) Hemoroid : Tidak ada
- c) Fistula : Tidak ada

2. Observasi :

1) Postur tubuh : sulit dikaji karena pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur

2) Gaya jalan : tidak dikaji karena pasien tidak dapat berjalan

3) Anggota gerak yang cacat : tampak tidak ada anggota gerak yang cacat.

4) Fiksasi : Tidak ada

5) Tracheostomi : tampak tidak terpasang tracheostomi

6) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak berkeringat dingin

Basah : Tampak tidak basah

7) JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan: Perfusi jantung memadai

8) Perfusi pembuluh kapiler kuku : < 3 detik

9) Thorax dan pernapasan

a) Inspeksi:

Bentuk thorax : Normal chest

Retraksi interkostal: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada sianosis

Stridor : Tidak ada

b) Palpasi :

Vocal premitus: Teraba kedua lapang paru sama getarannya

Krepitasi : Tidak adanya krepitasi

c) Perkusi :

√ **Sonor**       Redup       Pekak

Lokasi: Kedua lapang paru

d) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar vesikuler

Suara ucapan : Tidak ada

Suara tambahan: Tidak ada

10) Jantung

a) Inspeksi :

Ictus cordis: Tidak tampak

b) Palpasi :

Ictus cordis: teraba pada intercostal 5 linea anterior axilaris sinistra

c) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 sternalis desxtra

Batas bawah jantung : ICS 5 sternalis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 3 sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 4 axila anterior

d) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Regular

Bunyi jantung II P : Regular

Bunyi jantung I T : Regular

Bunyi jantung I M : Regular

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar  
 Mur-mur : tidak terdengar  
 Bruit aorta renalis : tidak terdengar  
 Bruit femoralis : tidak terdengar

#### 11) Lengan dan tungkai

- a) Atrofi otot :  $\sqrt{\text{Positif}}$  Negatif
- b) Rentang gerak : Terbatas  
 Kaku sendi : Tidak tampak  
 Nyeri sendi : Sulit dikaji  
 Fraktur : Tidak adanya fraktur  
 Parese : Parese pada ekstremitas kiri (tangan dan kaki)  
 Paralisis : tidak tampak adanya paralisis
- c) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	3
	5	2

Kaki

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- d) Refleks fisiologi : Sulit dikaji

- e) Refleks patologi :

Babinski, Kiri : Sulit dikaji

Kanan : Sulit dikaji

- f) Clubbing jari-jari : Tampak tidak adanya clubbing jari-jari
- g) Varises tungkai : Tampak tidak adanya varises tungkai

12) Columna vetebralis:

- a) Inspeksi :  Lordosis  Kiposis   
Skoliosis (**SULIT DIKAJI**)
- b) Palpasi : Tidak dikaji
- c) Kaku kuduk : Positif terdapat tahanan

8. Pemeriksaan Penunjang

a. CT-Scan

Kesan: defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai lesi hipodens luas sugestif brain edema yang menyebabkan herniasi brain dan penekanan serta penyempitan ventrikel lateralis sisi ipsilateral dan menyebabkan midline shift ke kiri sejauh +/- 16.0 mm

b. EKG

Didapatkan hasil EKG pasien yaitu Sinus Takikardia

c. Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	8.83 [ $10^3/ul$ ]	4.11-11.30
RBC	3.73 [ $10^6/ul$ ] (L)	4.10-5.10
HGB	11.4 [g/dL] (L)	12.3- 15.3
HCT	29.1 [%] (L)	35.9-44.6
MCV	78.0 [fl] (L)	80.0-96.1
MCH	30.6 [pg]	27.5-33.2
MCHC	38.2 [g/dL] (H)	33.4-35.0
PLT	148 [ $10^3/ul$ ] (L)	172-450

RDW-SD	39.7 [fl]	37.0-54.0
RDW-CV	14.0 [%]	11.6-14.6
PDW	11.3 [fl]	9.0-17.0
MPV	9.7 [fl]	9.0-13.0
P-LCR	23.9 [%]	13.0-43.0
PCT	0.14 [%] (L)	0.17-0.35
NEUT	7.95 [ $10^3$ /ul] 90.0 [%]	1.80-7.70
LYMPH	0.38 [ $10^3$ /ul] 4.3 [%] (L)	1.00-480
MONO	0.47 [ $10^3$ /ul] 5.3 [%]	0.00-0.80
EO	0.03 [ $10^3$ /ul] 0.3 [%]	0.00-0.60
BASO	0.01 [ $10^3$ /ul] 0.1 [%]	0.00-0.20
IG	0.07 [ $10^3$ /ul] 0.8 [%]	0.00-7.00
RET	0.63 % 0,0235 [ $10^6$ /ul]	0.50-1.50
IRF	7.1 [%]	3.1-15.5
LFR	92.9 [%]	87.0-98.6
MFR	5.0 [%]	2.8-12.4
HFR	2.1 [%]	0.1-1.5
RET-He	26.1 [pg]	30.2-36.2
IPF	8.2 [%]	1.0-6.1

9. Farmakoterapi (nama obat/dosis/waktu/jalur pemberian):

- a. Infus NaCl 0,9% 20 tpm
- b. Dexametasone 1 ampul/8 jam/iv
- c. Santagesik 1 ampul/8 jam/iv
- d. Pehavral 2x1/ oral
- e. Divalpi syrup 3x250 mg / oral
- f. Omeprazole 1 vial/12 jam/iv
- g. Atorvastatin 20 mg 1x1 / oral
- h. Piracetam 12 gr/8 jam/iv

Terapi Lainnya (jika ada):

Nasal kanul 4 liter

## 2. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengalami sesak sejak tiba di rumah sakit.</li> <li>2. Keluarga pasien mengatakan pasien muntah sebelum dibawa ke rumah sakit</li> <li>3. Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien sesak</li> <li>2. Tampak pasien terbaring di tempat tidur.</li> <li>3. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter</li> <li>4. TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD :110/80 mmHg</li> <li>N:107x/menit</li> <li>S: 36.5°C</li> <li>P: 25 x/menit</li> <li>SPO2: 95%</li> </ul> </li> </ol>	Gangguan neurologis (Tumor otak )	Pola Napas Tidak Efektif

2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>2. Keluarga mengatakan ada benjolan di kepala sebelah kanan</li> <li>3. Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri</li> <li>4. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kejang 1 bulan yang lalu sebelum dibawa ke RS</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>2. Tampak ada benjolan di kepala sebelah kanan</li> <li>3. Defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai lesi hipodens.</li> <li>4. TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD :110/80 mmHg</li> <li>N:107x/menit</li> <li>S: 36.5°C</li> <li>P: 25 x/menit</li> <li>SPO2: 95%</li> </ul> </li> </ol>	Lesi menempati ruang (Tumor Otak)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
----	---	-----------------------------------	--

**3. DIANGNOSIS KEPERAWATAN**

1.	Pola Napas Tidak Efektif b.d gangguan neurologis (D.0005)
2.	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d lesi menempati ruang (D.0066)

#### 4. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 3 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>3. Frekuensi napas membaik</li> <li>4. Kedalaman napas membaik</li> </ol>	Pemantauan Respirasi Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> </ul> Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> </ul> Manajemen Jalan Napas Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor bunyi napas tambahan</li> </ul> Terapeutik Berikan oksigen

2.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d Lesi menempati ruang (Tumor otak)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 3 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Tekanan intrakranial membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK ( mis. Tekana darah meningkat, tekana nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul> <p>Pemantauan Neurologis</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil</li> <li>- Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan skala koma gasglow)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor tanda-tanda vital</li></ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial</li></ul> <p>Pemantauan Tekanan Intrakranial</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li></ul>
--	--	--	---

## 5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
13 Mei 2023	I	12.30	Memonitor tanda – tanda vital Hasil: TD: 110/80 mmHg N : 107 x/menit S : 36.5°C P: 25 x/menit SPO2: 95%	
	I	12.40	Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Hasil : frekuensi napas pasien 25x/menit,	
	I	12.45	Memberikan oksigen Hasil : terpasang oksigen menggunakan nasal kanul 4 L/menit	
	I	12.50	Memonitor saturasi oksigen Hasil : SPO2 : 100%	
	I	12.55	Memonitor bunyi napas tambahan	

			Hasil : tidak terdengar bunyi napas tambahan	
	II	01.00	Memonitor tingkat kesadaran Hasil: tampak pasien somnolens dengan GCS: M 5 V3 E3: 11	
	I	01.05	Palpasi kesimetrisan ekspansi paru Hasil : Teraba sama antara kiri dan kanan	
	II	01.15	Mempertahankan posisi kepala dan leher netral Hasil : Tampak leher dan kepala pasien sejajar	
	I	01.25	Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Hasil: Pemantauan respirasi setiap 1 jam.	
	II	01.30	Memonitor Tanda-tanda Vital Hasi: TD: 137/89 mmHg N : 114 x/menit P : 24 x/menit S : 36.5°C SPO2: 100%	
	II	01.45	Mempertahankan suhu tubuh normal	

			hasil : Tampak suhu tubuh pasien dalam batas normal yaitu 36.5°C	
	II	02.00	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: Tampak defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai lesi hipodens	
	II	02.25	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK ( mis. Tekana darah meningkat, tekana nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Hasil: tampak tekanan darah meningkat dari 110/80 mmHg menjadi 137/89 mmHg, tekanan darah meningkat dari 107 x/menit menjadi 114 x/menit, pola napas tidak teratur, tampak kesadaran menurun.	
	II	02.30	Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil Hasil : pupil isokor 2,5 mm/2,5mm	
	II	03.00	Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial Hasil : tampak pasien berbaring di tempat tidur	
	II	03.00	Memonitor Tanda-tanda Vital Hasi:	

			TD: 137/89 mmHg N : 114 x/menit P : 24 x/menit S : 36.5°C SPO2: 100%	
--	--	--	--	--

## 6. EVALUASI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tanggal	Jam	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	TTD
I	13 Mei 2023	04.00	Pola napas tidak efektif b/d gangguan neurologis S : - Keluarga mengatakan pasien masih sesak - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu. O: - Tampak pasien masih sesak - Tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran - Tampak pasien berbaring di tempat tidur - Tampak terpasang oksigen nassal kanul 4 liter - TTV TD: 137/89 mmHg N : 114 x/menit P : 24 x/menit S : 36.5°C SPO2: 100%	

			<p>A: Pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi pemantauan respirasi</p>	
II	13 Mei 2023	04.00	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d Lesi menempati ruang (Tumor otak)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien masih mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri</li> <li>- Keluarga mengatakan masih ada benjolan di kepala sebelah kanan pasien</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran pasien somnolens dengan GCS: M 5 V3 E3: 11</li> <li>- tampak pasien mengalami kelemahan tubuh sebelah kiri</li> <li>- tampak adanya benjolan abnormal di kepala sebelah kanan pasien</li> <li>- TTV:</li> </ul>	

			<p>TD: 137/89 mmHg N : 114 x/menit P : 24 x/menit S : 36.5°C SPO2: 100%</p> <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi pemantauan TIK dan Pemantauan Neurologis</p>	
--	--	--	--	--

**Pasien di Transfer ke : ICU**

## BAB IV

### PEMBAHASAN KASUS

#### A. Pembahasan Askep

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Ny.S berusia 55 tahun dengan diagnosa medis Tumor Otak di ruang IGD Rumah Sakit Labuang Baji Makassar selama 3 jam dari tanggal 13 Mei 2023. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan 5 tahap yakni pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien serta penulis juga menemukan data dari hasil pemeriksaan penunjang. Pada dasarnya teori maupun kasus tidak jauh berbeda. Berikut pengkajian kegawatdaruratan yang terdiri dari *Airway*, *Breathing*, *Circilation*, *Disability*, dan *Exposure* (Wahana, 2020):

##### a. *Airway* (Jalan napas)

Pengkajian jalan nafas bertujuan menilai apakah jalan nafas paten (longgar) atau mengalami obstruksi total atau partial sambil mempertahankan tulang servikal. Pasien yang dapat merespon dengan suara yang normal artinya jalan napasnya paten. Jalan napas yang tidak paten dapat diakibatkan karena adanya obstruksi parsial atau kompleks. Pasien dengan penurunan kesadaran umumnya dikarenakan adanya obstruksi jalan napas dan

mengeluarkan suara *snoring*. Jalan napas yang tidak paten dapat diatasi dengan melakukan *suction* untuk menghilangkan obstruksi dan dapat melakukan posisi *head-tilt chin-lift*. Pengkajian jalan napas dikaji berupa pasien dapat berbicara dengan normal, waspada terhadap ketidaknormalan bunyi napas (*wheezing, snoring, gurgling* atau *snoring* bahkan tidak mengeluarkan suara), inspeksi mulut dan kaji kemungkinan adanya cedera tulang belakang

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.S terdapat adanya kesenjangan antara teori dan askep seperti tidak terdapat masalah pada jalan napas, hasil pengkajian jalan napas pada Ny.S paten (longgar), dan bunyi napas, hasil paengkajian bunyi napas pada Ny.S normal.

b. *Breathing* (Pernapasan)

Pengkajian *breathing* dilakukan setelah penilaian jalan nafas. Pengkajian pernafasan dilakukan dengan melakukan pemeriksaan inspeksi, palpasi, perkusi, dan asukultasi. Inspeksi dada korban jumlah, ritme, tipe pernafasan, kesimetrisan pengembangan dada, jejas atau kerusakan kulit, dan retraksi intercostalis. Palpasi dada korban adakah nyeri tekan, penurunan ekspansi paru. Auskultasi bagaimanakah bunyi nafas (normal atau vesikuler menurun), adakah suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, pleural friksionrub. Perkusi, dilakukan di daerah thorak dengan hati-hati, beberapa hasil yang akan diperoleh adalah sonor (normal), hipersonor atau timpani bila ada udara di thorak, pekak atau dullnes bila ada konsolidasi atau cairan. Jika pernapasan tidak memadai dapat dibantu dengan ventilasi berupa pemberian *rescue*

*breathing* serta bisa menggunakan *Bag Valve Mask* (BVM).

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.S terdapat adanya kesamaan teori dan askep yaitu pada hasil pengkajian *breathing* dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, didapatkan adanya peningkatan frekuensi napas yaitu 25x/menit, pasien tampak sesak, serta adanya penggunaan otot bantu napas tambahan yaitu interkosta. Terdapat juga adanya kesenjangan antara teori dan askep yaitu tidak adanya suara napas tambahan, perkusi pada daerah thorax didapatkan hasil pengkajian sonor (nomal).

c. *Circulation* (Sirkulasi)

Pengkajian sirkulasi bertujuan untuk mengetahui dan menilai kemampuan jantung dan pembuluh darah dalam memompa darah ke seluruh tubuh. Pengkajian sirkulasi meliputi tes *Capillary Refill Time* (CRT), ukur denyut jantung pasien untuk mengetahui apakah terdapat masalah pada sirkulasi, inspeksi perubahan warna kulit, penurunan kesadaran, monitoring *Electrocardiography* (EKG) dan pengukuran tekanan darah. Akses Intravena harus segera dilakukan dengan memposisikan supine atau mengangkat kaki pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.S terdapat adanya kesamaan antara teori dan askep seperti adanya kesadaran dengan nilai GCS 11(somnolen), turgor kulit menurun, dan bibir tampak kering.

d. *Disability* (Disabilitas)

Tingkat kesadaran pasien dapat dengan cepat diukur dengan metode AVPU ataupun *Glasgow Coma Scale* (GCS).

*Alert (A), Voice Responsive (V), Pain Responsive (P)* atau *Unresponsive (U)*.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.S terdapat adanya kesamaan teori dan askep seperti menilai tingkat kesadaran pasien dan hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny.S tingkat kesadaran kualitatif somnolen, kuantitatif dengan nilai GCS 11, terdapat adanya kaku kuduk.

e. *Exposure*

Lihatlah tanda trauma, perdarahan, dan reaksi kulit. Jika menemukan pasien dengan permasalahan tertentu, lepaskan pakaian dan lakukan pengkajian *head to toe*. Ukur suhu tubuh dengan menggunakan thermometer. Pengkajian *exposure* dapat dilakukan dengan mengukur suhu tubuh, pengkajian *head to toe*, reaksi kulit dan gejala Deep Venous Thrombosis (DVT).

Dari hasil pengkajian umum pada Ny. S tidak ditemukan tanda-tanda trauma namun didapatkan kesadaran menurun menjadi keluhan utama disertai sesak dan ada benjolan dikepala sebelah kanan, dari hasil CT-Scan didapatkan kesan defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai lesi hipodens luas sugestif brain edema. Pasien pernah menjalani operasi tumor otak sebelumnya sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu.

2. Diagnosa keperawatan

Ada beberapa diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan tumor otak yaitu (Kristian et al., 2021):

a. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

- b. Penurunan Kapasitas Adaptif Intracranial berhubungan dengan lesi menempati ruang
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis
- d. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
- e. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S dengan tumor otak, maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

- 1) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis ditandai dengan Dispnea (sesak), didapatkan adanya peningkatan frekuensi napas yaitu 25x/menit, tampak terpasang nasal canul 4liter, serta adanya penggunaan otot bantu napas tambahan yaitu interkosta. Penulis mengangkat diagnosa ini menjadi diagnosa prioritas karena penulis mendapatkan data-data yang mendukung dari hasil observasi dan pengkajian yaitu pasien dengan kondisi sesak. Kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi berupa bingung hingga penurunan kesadaran, jika kondisi ini tidak segera ditangani maka sesak dapat menyebabkan komplikasi yang lebih serius seperti hipoksemia.
- 2) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi yang menempati ruang ditandai dengan penurunan kesadaran, didapatkan benjolan dikepala sebelah kanan, kelemahan pada sisi tubuh sebelah kiri, kejang sejak 1 bulan yang lalu, hasil pemeriksaan CT Scan tampak Defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai hipodens, brain edema dan herniasi brain midline shift kiri +/- 16.0 mm.

Penulis mengangkat diagnosa ini karna penulis mendapatkan data-data yang mendukung dari hasil obsersevasi dan pengkajian.

Adapun beberapa diagnosis pada tinjauan teoritis yang penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti:

- a. Defisit Nutrisi burhubungan dengan faktor psikologis
- b. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
- c. Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pasien di Instalasi Gawat Darurat tidak tampak adanya data-data yang mendukung diagnosis tersebut.

### 3. Intervensi

Perencanaan asuhan keperawatan yang dibuat berdasarkan (Kristian et al., 2021) tidak berbeda dengan masalah yang dialami pasien, rencana keperawatan yang dibuat penulis yaitu mencakup observasi, tindakan terapeutik, edukasi, dan tindakan kolaborasi.

#### a. Pemantauan Respirasi

Perencanaan yang ada pada teori dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis tidak berbeda selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny.S, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang ada. Perencanaan yang dibuat oleh penulis selama pasien Ny.S berada di Instalasi Gawat Darurat yaitu memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, memonitor saturasi oksigen, mengatur interval pamantauan respirasi sesuai kondisi pasien, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Adapun perencanaan yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat pada Ny.S yaitu memonitor frekuensi, irama, dan kedalaman upaya napas, memonitor saturasi oksigen, dan diberikan oksigen Nasal Canul 4Liter.

b. Manajemen Jalan Napas

Perencanaan yang ada pada teori dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis tidak berbeda selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny.S, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang ada. Perencanaan yang dibuat oleh penulis selama pasien Ny.S berada di Instalasi Gawat Darurat yaitu memonitor bunyi napas tambahan, dan memberikan terapi oksigen nasal canul 4L.

Adapun perencanaan yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat pada Ny.S yaitu memonitor bunyi napas tambahan, memonitor saturasi oksigen, dan memberikan terapi oksigen Nasal Canul 4 Liter.

c. Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Perencanaan yang ada pada teori dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis tidak berbeda selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny.S, sehingga tidak ada keseimbangan antara teori dengan kasus nyata yang ada. Perencanaan yang dibuat oleh penulis selama pasien Ny.S berada di Instalasi Gawat Darurat yaitu mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (misalnya, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (misalnya, tekanan darah, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun),

memberikan posisi, semi fowler, mempertahankan suhu tubuh normal, mengkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu.

Adapun perencanaan yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat pada Ny.S yaitu memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (misalnya, tekanan darah, tekanan nadi, bradikardi, pola napas, kesadaran menurun), dan memberikan posisi semi fowler.

d. Pemantauan Neurologis

Perencanaan yang ada pada teori dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis tidak berbeda selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny.S, sehingga tidak ada keseimbangan antara teori dengan kasus nyata yang ada. Perencanaan yang dibuat oleh penulis selama pasien Ny.S berada di Instalasi Gawat Darurat yaitu memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, memonitor tingkat kesadaran (misalnya, menggunakan skala koma gasglow), memonitor tanda-tanda vital, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, dan menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Adapun perencanaan yang dilakukan oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat pada Ny.S pada intervensi ini tidak jauh dengan tindakan keperawatan yang dilakukan pada intervensi sebelumnya yaitu intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial.

4. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan, penulis menyesuaikan dengan perencanaan atau intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi yang dialami pasien.

- a. Pada masalah keperawatan yang pertama mengenai pola napas tidak efektif, beberapa rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik selama pasien Ny.S berada diruang Instalasi Gawat Darurat yaitu memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 110/80mmHg, Nadi 107x/menit, suhu 36,5, pernapasan 25x/menit, Spo2 95%, memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas dengan hasil frekuensi napas pasien 25x/menit, palpasi kesimetrisan ekspansi paru dengan hasil teraba sama antara kiri dan kanan, pemberian terapi oksigen dengan hasil terpasang oksigen menggunakan nasal canul 4L/menit, memonitor saturasi oksigen dengan hasil Spo2 100%, memonitor bunyi napas tambahan dengan hasil tidak terdengar bunyi napas tambahan, mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien dengan hasil pemantauan respirasi setiap 1 jam.
- b. Pada masalah keperawatan kedua mengenai penurunan kapasitas adaptif intracranial, beberapa rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah dilaksanakan dengan baik selama pasien Ny.S berada diruang Instalasi Gawat Darurat yaitu memonitor tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 137/89 mmHg, Nadi 114x/menit, suhu 36,5, pernapasan 24x/menit, Spo2 100%, mempertahankan kepala dan leher tetap netral dengan hasil tampak kepala dan leher pasien sejajar, suhu tubuh normal dengan hasil tampak suhu tubuh pasien dalam batas normal yaitu 36,5, mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial dengan hasil defek skull pada regio frontoparietalis dextra disertai lesi hipodens, memonitor tanda dan gejala peningkatan

tekanan intrakranial dengan hasil tampak tekanan darah meningkat dari 110/80 mmHg menjadi 137/89 mmHg, nadi meningkat dari 107x/menit menjadi 114x/menit, pola napas tidak teratur, tampak penurunan kesadaran, memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil dengan hasil pupil isokor 2,5mm/2,5mm, memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tampak pasien somnolen dengan GCS M5 V3 E3 = 11, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dengan hasil tampak keluarga pasien memahami apa yang dijelaskan oleh perawat, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial dengan hasil tampak pasien berbaring di tempat tidur.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria yang tercantum pada rencana keperawatan. Maka dari itu penulis melakukan evaluasi pada setiap masalah keperawatan yang ada.

##### a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

Pada saat pengkajian, data-data yang didapatkan pada pasien Ny.S yaitu keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu, tampak Dispnea (sesak), didapatkan adanya peningkatan frekuensi napas yaitu 25x/menit, tampak terpasang nasal canul 4liter, serta adanya penggunaan otot bantu napas tambahan yaitu interkosta.

Dari hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak, hasil observasi tampak penurunan kesadaran, tampak pasien masih berbaring lemas ditempat tidur, tampak terpasang oksigen nasal canul 4L, tanda-tanda

vital : Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 107x/menit, pernapasan 25x/menit, suhu 36,5, Spo2 95%. Pola napas tidak efektif belum teratasi, dan lanjutkan intervensi pemantauan respirasi.

- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang

Pada saat pengkajian, data-data yang didapatkan pada pasien Ny.S yaitu keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak 3 hari yang lalu, tampak ada benjolan dikepala sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada salah satu sisi tubuh sebelah kiri, keluarga mengatakan pasien mengalami kejang 1 bulan yang lalu sebelum dibawa ke Rumah Sakit.

Dari hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS M5 V3 E3 = 11, keluarga mengatakan pasien masih mengalami kelemahan salah satu sisi tubuh sebelah kiri, tampak adanya benjolan dikepala sebelah kanan, tanda-tanda vital : Tekanan darah 137/89, nadi 114x/menit, suhu 36,5, pernapasan 24x/menit, Spo2 100%. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi, lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrakranial dan pemantauan neurologis.

## **B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)**

### **1. Judul EBN**

Keefektifan pemberian terapi oksigen Nasal Kanul untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Tumor Otak

## 2. Diagnosis Keperawatan

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis

## 3. Luaran yang diharapkan:

- a. Dispnea menurun
- b. Penggunaan otot bantu napas menurun
- c. Frekuensi napas membaik
- d. Kedalaman napas membaik

## 4. Intervensi prioritas

Salah satu intervensi prioritas yang direncanakan oleh penulis adalah melakukan pemberian terapi oksigen Nasal Kanul untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien Tumor Otak

## 5. Pembahasan tindakan keperawatan pada *Evidence Based Nursing* (EBN)

### a. Pengertian Tindakan

Terapi oksigen nasal kanul merupakan alat terapi oksigen (O<sub>2</sub>) dengan sistem arus rendah yang digunakan secara luas serta pasien yang bisa bernapas spontan. Alat ini dapat menjadi alternatif bila tidak terdapat sungkup muka, terutama bagi pasien yang membutuhkan konsentrasi oksigen (O<sub>2</sub>) rendah oleh karena tergolong sebagai alat yang sederhana, murah dan mudah dalam pemakaiannya. Nasal kanul arus rendah mengalirkan oksigen ke nasofaring dengan aliran 1-6 liter/ menit dengan fraksi oksigen (O<sub>2</sub>) (Fi-O<sub>2</sub>) 18 antara 24-44%.) dan nasal kanul merupakan salah satu prosedur yang sering dilakukan pada tata laksana pasien gawat darurat.

### b. Tujuan

Pemberian terapi oksigen Nasal Kanul bertujuan untuk mengatasi atau mencegah hipoksemia sehingga meningkatkan ketersediaan oksigen bagi jaringan tubuh. Nasal kanul adalah bagian dari sistem pengiriman oksigen aliran rendah (*low-flow oxygen delivery*) yang secara parsial membantu meningkatkan fraksi

oksigen dalam udara yang dihirup pasien. Dengan demikian, sistem oksigen aliran rendah tidak memberikan konsentrasi oksigen yang dihirup pada tingkat yang konstan, dengan variabilitas yang dipengaruhi oleh pernapasan pasien.

c. PICOT *Evidence Based Nursing*

1) Judul Artikel

Efektivitas terapi oksigenasi nasal kanul terhadap saturasi oksigen pada penyakit *acute coronary syndrome* (ACS) di IGD (Darmawan & Milasari, 2019).

**Problem/Population**

Penelitian dengan masalah pada pasien yaitu perburukan saturasi karena plak yang menempel pada arteri yang rusak sehingga menghambat darah yang kaya oksigen ke arah jantung atau *22 population*

**Intervention**

Pemberian terapi oksigen nasal kanul

**Comparison**

Adanya perbedaan hasil sebelum dan sesudah pemberian oksigen nasal kanul. Di dalam artikel/jurnal tersebut, sebelum pasien diberikan teraori oksigenasi nasal kanul didapatkan nilai mean sebesar 91.59% dan setelah diberikan didapatkan nilai mean sebesar 93,9%. Pada hasil pengukuran sebelum dan sesudah didapatkan nilai rata-rata kenaikan saturasi oksigen sebesar 2.40. Pada saat IGD Rumah Sakit Labuan Baji dilakukan tindakan pemberian terapi oksigen menggunakan Nasal Kanul terjadi peningkatan saturasi oksigen dari 95% menjadi 99%.

**Output**

Rata – rata saturasi oksigen dari 22 responden sekitar <95%

**Time**

Oktober 2019

## 2) Judul Artikel

Efektifitas Pemberian Oksigen Posisi *Semi Fowler* Dan *Fowler* Terhadap Perubahan Saturasi Pada Pasien Asma Bronkial Persisten Ringan (Suhendar & Sahrudi, 2022).

**Problem/Population**

Penurunan saturasi oksigen karena asma bronkial persisten ringan, dan dilakukan analisis perbedaan efektifitas pemberian oksigen pada posisi *semi fowler* dengan *fowler* / 10 responden

**Intervention**

Pemberian terapi oksigen dengan posisi *semi fowler* dan *fowler*

**Comparison**

Tidak adanya perbedaan hasil pada pemberian oksigen dengan posisi *semi fowler* dan *fowler*. Di dalam artikel/jurnal tersebut, pasien mengalami peningkatan saturasi oksigen setelah diberikan tindakan. Pada saat IGD Rumah Sakit Labuan Baji dilakukan tindakan pemberian terapi oksigen menggunakan NRM dan posisi *semi fowler* 15° dan terjadi peningkatan saturasi oksigen dari 68% menjadi 70%.

**Output**

Rata – rata saturasi oksigen dari 10 responden sekitar 93% dan setelah memberikan terapi oksigen dengan posisi *semi fowler* dan *fowler* saturasi pasien naik menjadi 98%.

**Time**

30 April 2019

## 3) Judul Artikel

Penerapan pemberian terapi oksigen dan posisi *semi fowler* dalam mengatasi masalah pola napas tidak efektif di IGD (Suhendar & Sahrudi, 2022).

**Problem/Population**

Masalah yang terjadi adalah pasien yang mengalami ketidakefektifan pola napas dengan gejala-gejala seperti sesak

napas, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, SPO2 88%/2 partisipan

### **Intervention**

Pemberian terapi oksigen dan posisi semi fowler **Comparison** Tidak ada perbandingan. Di dalam artikel tersebut, pasien mengalami peningkatan saturasi oksigen dan pada saat praktek langsung di lapangan yaitu di ruang IGD Rumah Sakit lalu melakukan tindakan pemberian terapi oksigen NRM, pasien juga mengalami peningkatan saturasi oksigen.

### **Output**

Masalah pola napas tidak efektif serta penurunan saturasi oksigen dapat teratasi sebagian dengan pemberian terapi oksigen menggunakan NRM 10 menit/Liter.

### **Time**

7 Juli – 8 Juli 2022.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Tumor Otak di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Labuang Baji Makassar, maka penulis menarik kesimpulan dan mengajukan saran sebagai berikut:

#### A. Simpulan

1. Dari hasil pengkajian kasus didapatkan pada Ny.S yaitu keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat penyakit post op tumor otak sejak 1 tahun yang lalu. Obserbasi tanda-tanda vital keadaan umum pasien tampak lemah, tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, tampak sesak, kesadaran somnolen (GCS: M 5 V3 E3: 11), TD: 110/80 mmHg, N : 107 x/menit,S : 36.5°C,P: 25 x/menit,SPO2: 95%.
2. Setelah melakukan pengkajian, penulis mengangkat dua diagnosis keperawatan yang terdapat pada Ny.S yaitu:
  - a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis
  - b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Lesi menempati ruang (Tumor otak)
3. Rencana keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny.S pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis sesuai dengan kondisi pasien. Rencana keperawatan itu meliputi tindakan keperawatan mandiri, terapeutik, edukasi dan kolaborasi seperti: monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, monitor saturasi oksigen, pemberian terapi oksigen (Nasal Kanul 4L/menit), atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, jelaskan tujuan dan prosedur

pemantauan, identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, monitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial, berikan posisi semi fowler(15<sup>0</sup>), pertahankan suhu tubuh normal (36.5<sup>0</sup>C), kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, monitor tingkat kesadaran (GCS 11), monitor tanda-tanda vital, hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan namun tetap disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan keluarga pasien dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. Implementasi keperawatan: selama 3 jam perawatan Ny.S diberikan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah diberikan.
5. Evaluasi keperawatan : evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah ada perubahan yang terjadi pada pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. Namun berdasarkan kasus Ny.S setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 jam, intervensi belum teratasi. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak, tampak pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang lebih baik, kepada beberapa pihak terkait yaitu:

1. Bagi Institusi RS

Pihak rumah sakit diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini pasien masu dan mendapat perawatan khususnya di IGD Rumah sakit Labuang Baji dengan melakukan Tindakan keperawatan secara continue mencakup observasi,

terapeutik, edukasi dan kolaborasi, khususnya pada pasien dengan diagnosis Tumor Otak selama mendapatkan perawatan di ruangan, sehingga dapat meningkatkan derajat Kesehatan semaksimal mungkin dengan harapan pada waktu pasien dirawat bahkan sampai pulang ke rumah, pasien beserta keluarga bisa melakukan apa yang diedukasikan di rumah sakit.

## 2. Pasien dan keluarga

Diharapkan pasien serta keluarga dapat menerima proses asuhan keperawatan yang dilakukan, memahami setiap edukasi kesehatan yang diberikan serta dapat menerapkannya sehingga kesembuhan bagi pasien Tumor Otak bisa tercapai.

## 3. Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat bermanfaat untuk menilai diri atau mengevaluasi diri bahwa sejauh mana pemahaman penulis dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan pada pasien Tumor Otak di Instalasi Gawat Darurat.

## 4. Institusi Pendidikan

Diharapkan agar institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas Pendidikan, dengan memberikan materi yang *up to date* pada mahasiswa tentang penyakit Tumor Otak sehingga mahasiswa/mahasiswi mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik dan tepat di Rumah Sakit serta ruang lingkup masyarakat khususnya pada pasien dengan Tumor Otak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dananjoyo, K., Tama, W. N., Malueka, R. G., & Asmedi, A. (2016). Nyeri Kepala pada Tumor Otak. *Berkala Neurosains*, 18(2), 3–4.  
<http://erepo.unud.ac.id/5213/>
- Darmawan, I., & Milasari. (2019). Efektivitas Terapi Oksigenasi Nasal Kanul Terhadap Saturasi Oksigen pada Penyakit Acute Coronary Syndrome (ACS) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin. *Caring Nursing Journal*, 3(2), 68–73.
- Derajat, P., Tumor, K., & Pola, T. (2020). Pengaruh derajat keganasan tumor terhadap pola gambaran elektroensefalografi pada penderita tumor otak primer di Sumatera selatan. 38(1).
- Diansari, Y. (2019). Manfaat Skoring Prognostik Dalam Penentuan Tata Laksana Kasus Metastasis Otak. *Majalah Kedokteran Neurosains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*, 36(2), 124–128.  
<https://doi.org/10.52386/neurona.v36i2.65>
- Ghozali, M., & Sumarti, H. (2021). Pengobatan Klinis Tumor Otak pada Orang Dewasa. *Jurnal Phi*, 2(1), 1–14.
- Heranurweni, S., Destyningtias, B., & Kurniawan Nugroho, A. (2018). Klasifikasi Pola Image Pada Pasien Tumor Otak Berbasis Jaringan Syaraf Tiruan ( Studi Kasus Penanganan Kuratif Pasien Tumor Otak ). *Elektrika*, 10(2), 37.  
<https://doi.org/10.26623/elektrika.v10i2.1169>
- Kristian, M., Andryana, S., & Gunaryati, A. (2021). Diagnosa Penyakit Tumor Otak Menggunakan Metode Waterfall Dan Algoritma Depth First Search. *JIPi (Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Pembelajaran Informatika)*, 6(1), 11–24.  
<https://doi.org/10.29100/jipi.v6i1.1840>
- Nabilah, N. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA Ny. T DENGAN TUMOR OTAK DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSU UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Rostami, R., Mittal, S., Rostami, P., Tavassoli, F., & Jabbari, B. (2016). Brain metastasis in breast cancer: a comprehensive literature review. *Journal of Neuro-Oncology*, 127(3), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s11060-016-2075-3>
- Roulani, G. J., Kalangi, L., & Pinatik, S. (2020). Jurnal 5. In *Indonesia Accounting Journal* (Vol. 2, Issue 2, p. 66).
- Suhendar, A., & Sahrudi, S. (2022). Efektivitas Pemberian Oksigen Posisi Semi Fowler dan Fowler Terhadap Perubahan Saturasi pada Pasien Tuberculosis di IGD RSUD Cileungsi. *Malahayati Nursing Journal*, 4(3), 576–590.  
<https://doi.org/10.33024/mnj.v4i3.6043>
- Suta, I. B. L. M., Hartati, R. S., & Divayana, Y. (2019). Diagnosa Tumor Otak Berdasarkan Citra MRI (Magnetic Resonance Imaging). *Majalah Ilmiah*

- Teknologi Elektro*, 18(2). <https://doi.org/10.24843/mite.2019.v18i02.p01>
- Vianney, Y. M., Aty, B., & Blasius, G. (2020). *Hubungan Ketepatan Perawat Melakukan Primary Survey dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Penurunan Kesadaran*. 6(1), 32–42.
- Wahana, H. (2020). *Journal of Nursing Invention*. *Journal of Nursing Invention*, 1(2), 41–47.
- Widodo, D., Andriani, R., & Haq, I. B. I. (2019). Pedoman nasional pelayanan kedokteran tumor otak. *Komite Penanggulangan Kanker Nasional*, 1–206. <https://braintumorindonesia.com/wp-content/uploads/2019/09/PNPK-Tumor-Otak-final-20-MAY-2019.pdf>

**LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama mahasiswa : Gabriela Sanda Nari (NS2214901057)  
 Gabriella (NS2214901058)

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan  
 Tumor Otak Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum  
 Daerah Labuang Baji Makassar

Pembimbing : Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Peneliti	
				I	I
1.	Selasa, 16 Mei 2023	Laporan Kasus (ACC)			
2.	Jumat, 19 Mei 2023	Konsultasi hasil pengkajian			
3.	Selasa, 30 Mei 2023	Konsultasi revisi BAB III : a. Menambahkan analisa data b. Menambahkan diagnosa c. Menambahkan intervensi			
4.	Rabu, 31 Mei 2023	Konsul revisi BAB IV : a. Menambahkan Teori dan menyesuaikan dengan kasus b. Menambahkan diagnosa teori yang sering digunakan c. Menambahkan intervensi teori yang sering digunakan			
5.	Senin, 5 Juni 2023	a. Konsultasi Revisi penambahan alasan pengangkatan diagnosa b. Konsultasi revisi			

		intervensi			
6.	Selasa, 6 Juni 2023	Konsultasi revisi penomoran dan pengkajian			
7.	Rabu, 7 Juni 2023	Konsultasi hasil revisi BAB I,II,III,IV dan V (ACC)			

**LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama mahasiswa : Gabriela Sanda Nari (NS2214901057)  
 Gabriella (NS2214901058)

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Pasien dengan  
 Tumor Otak Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum  
 Daerah Labuang Baji Makassar

Pembimbing : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing II	Peneliti	
				I	II
1.	Selasa, 30 Mei 2023	Konsultasi revisi BAB I dan BAB II : a. Memperbaiki penulisan dan bagian teori Bab I b. Mempebaiki penulisan dan pengetikan c. Menambahkan teori dibagian BAB II			
2.	Rabu, 31 Mei 2023	Konsul BAB I dan II : a. Menambahan teori dibagian BAB II b. Konsul revisi Pathway			
3.	Jumat, 2 Juni 2023	a. Konsul BAB I dan II (ACC) b. Konsul revisi pathway			
4.	Selasa, 6 Juni 2023	Konsul Pathway (ACC)			

## RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas Pribadi

Nama : Gabriela Sanda Nari  
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar/ 09 September 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Paccerakkang

### II. Identitas Orang Tua

#### A. Ayah

Nama : Dominikus Sanda Nari  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : PNS  
Alamat : Jl. Paccerakkang

#### B. Ibu

Nama : Risma Aneks Palobo  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : -  
Alamat : Jl. Pacerakkang

### III. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SD Negeri Daya 1 Makassar : Tahun 2006-2012  
SMP Negeri 11 Makassar : Tahun 2012-2015  
SMA Negeri 18 Makassar : Tahun 2015-2018  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-2023

## RIWAYAT HIDUP



### IV. Identitas Pribadi

Nama : Gabriella  
Tempat/Tanggal Lahir : Makassar/ 09 Juni 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Cendrawasih Ir. 7a

### V. Identitas Orang Tua

#### A. Ayah

Nama : Ancimus  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Buruh Harian  
Alamat : Jl. Cendrawasih Ir. 7a

#### B. Ibu

Nama : Marselina  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Jl. Cendrawasih Ir. 7a

### VI. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SD Katolik Yakobus Makassar : Tahun 2006-2012  
SMP Katolik Belibis Makassar : Tahun 2012-2015  
SMK Kesehatan Plus Prima Makassar : Tahun 2015-2018  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-2023