

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN  
ABSES SEREBELLUM POST OPERASI  
DI RUANG BAITUL IZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**

diajukan sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Suci Ainur Putri**

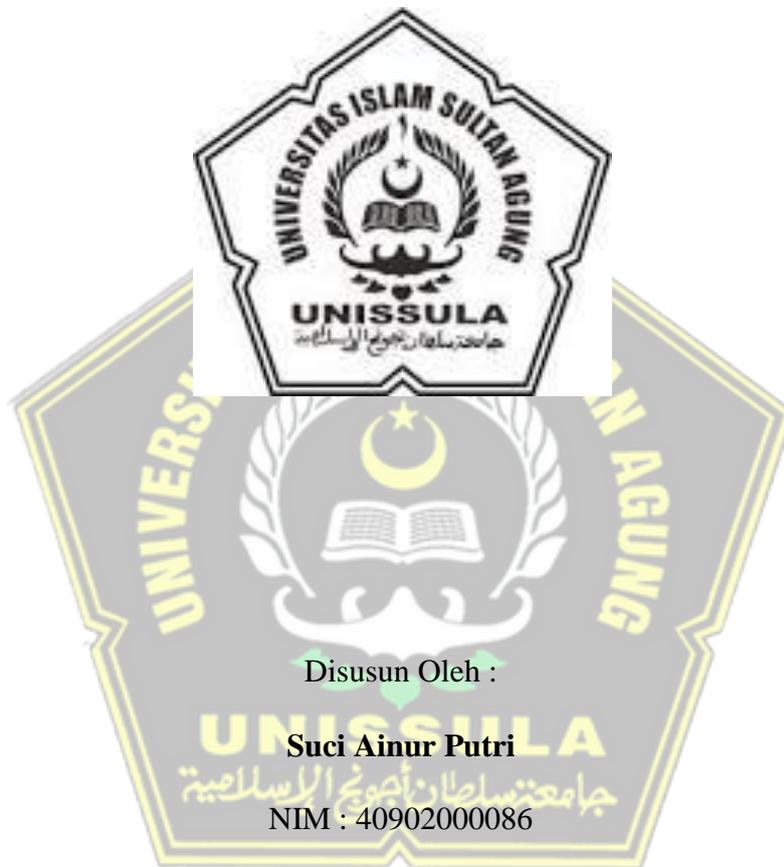
NIM : 40902000086

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN  
ABSES SEREBELLUM POST OPERASI  
DI RUANG BAITUL IZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**



Disusun Oleh :

**Suci Ainur Putri**

NIM : 40902000086

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 24 Mei 2023



(Suci Ainur Putri)

NIM. 40902000086

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN ABSES SEREBELLUM POST  
OPERASI DI RUANG BAITUL IZAH 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

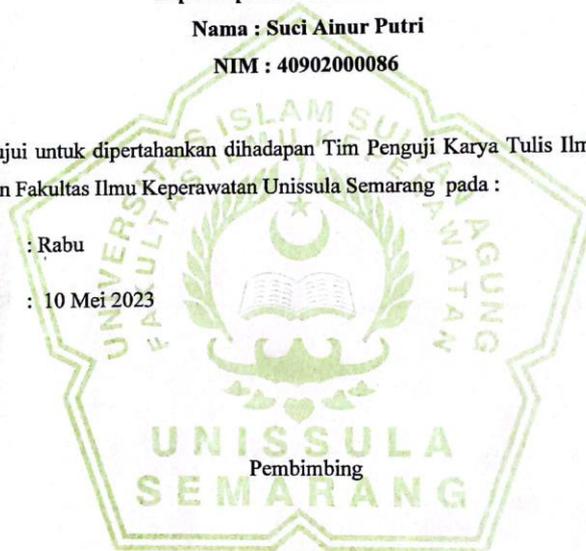
**Nama : Suci Ainur Putri**

**NIM : 40902000086**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII  
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 10 Mei 2023



Pembimbing

(Ns. Dyah Wiji Puspita sari, S.Kep.,M. Kep)

NIDN . 06-2207-8602

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Progam Studi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari tanggal dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji. Semarang, 2023

Penguji I

Ns. M. Abdurrouf, M. Kep

NIDN. 06-0505-7902

()

Penguji II

Ns. Retno Isroviatiningerum, M. Kep

NIDN. 060403-8901

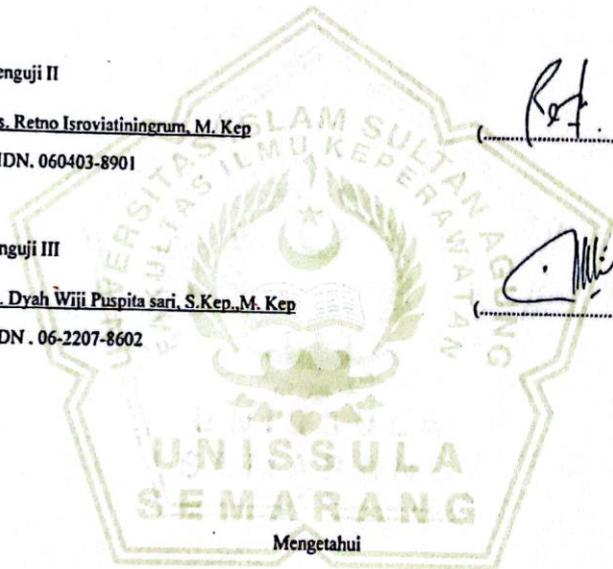
()

Penguji III

Ns. Dyah Wiji Puspita sari, S.Kep., M. Kep

NIDN . 06-2207-8602

()



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Arifan, SKM., M.Kep

NIDN. 0622087403

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr.Wb*

*Alhamdulillahirobil'alamin* puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan asuhan keperawatan Abses Serebellum post operasi diruang Baitul Izah 1 RSI Sultan Agung Semarang” Karya Tulis Ilmiah disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto SH., MH., selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SK.M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku ketua program studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ibu Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep., M.Kep.,Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluankan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah
5. Seluruh dosen pengajar dan staff karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah

6. Kepala ruang dan seluruh perawat diruang Baitul Izah 1 RSI Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan penulis mengambil kasus di ruang tersebut
7. Kepada kedua Orang tua saya Bapak Cipto Basuki dan ibu Muntafiah yang selalu memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada rekan rekan satu kelompok dosen bimbingan, suryo akbar, dan siti muhafatul yang senantiasa membantu dan bertukar pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Kepada teman teman prodi DIII Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang angkatan 2020 dan semua pihak yang telah banyak membantu, memotivasi dan memberi semangat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kata sempurna, penulis akan berterimakasih apabila para pembaca berkenan memberi masukan, baik dalam bentuk kritikan, maupun saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap Karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan dan bagi keperawatan.

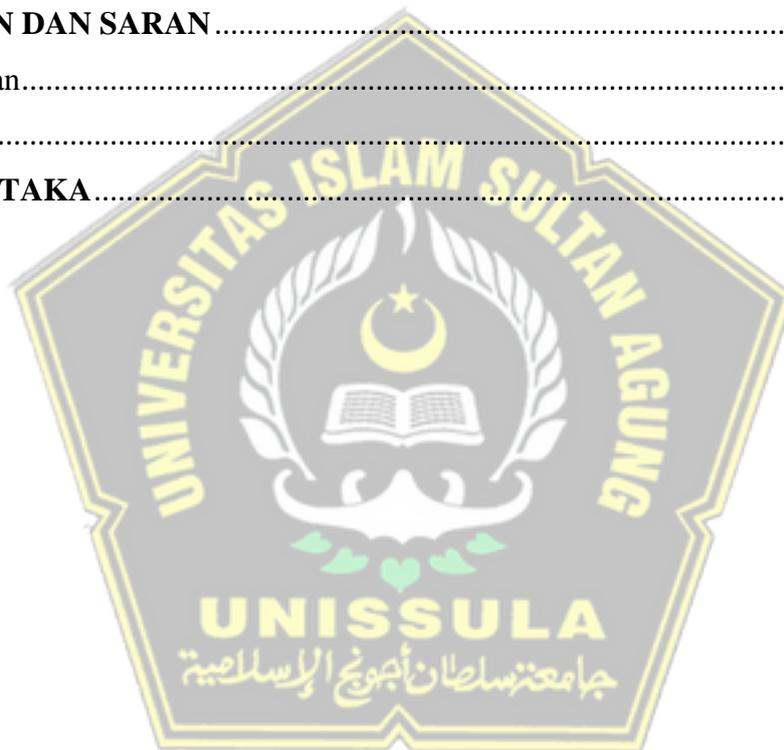
Semarang, 10 Mei 2023

(Suci Ainur Putri)

## DAFTAR ISI

<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....</b>	<b>vii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1. Latar Belakang.....	1
2. Rumusan Masalah.....	3
3. Tujuan Penulisan.....	4
<b>BAB II .....</b>	<b>5</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
A. Pengertian .....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi.....	6
D. Pathways .....	8
E. Manifestasi Klinis .....	9
F. Pemeriksaan diagnostik .....	9
G. Komplikasi.....	10
H. Penatalaksanaan Medis .....	11
I. Konsep Dasar Keperawatan.....	11
1. Pengkajian .....	11
2. Pemeriksaan Fisik Pasien .....	13
3. Diagnosa Keperawatan.....	14
4. Rencana Keperawatan .....	14
5. Implementasi Keperawatan .....	18
6. Evaluasi keperawatan .....	19
<b>BAB III .....</b>	<b>20</b>
<b>LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>20</b>
A. Pengkajian keperawatan.....	20

B. Analisa Data.....	25
C. Intervensi Keperawatan .....	26
D. Implementasi Keperawatan.....	28
E. Evaluasi keperawatan.....	32
<b>BAB IV</b> .....	<b>35</b>
<b>PEMBAHASAN</b> .....	<b>35</b>
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik .....	37
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasiv .....	37
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori.....	38
<b>BAB V</b> .....	<b>44</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>44</b>
A. Kesimpulan.....	44
B. Saran .....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>46</b>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang

Abses otak atau Abses serebelum merupakan suatu infeksi dalam intrakranial yang muncul pada area tertentu, abses serebellum biasanya disebabkan oleh bakteri, jamur, atau parasit. Organisme mikro bisa muncul dari infeksi di lokasi lain yang menyebar melalui jalur kontinuitas, melalui peredaran darah, atau secara langsung akibat cedera pada kepala (Andrea, v 2019). Abses serebelum merupakan suatu kondisi di mana terjadi infeksi pada daerah serebelum bagian dari otak yang berfungsi untuk mengontrol koordinasi gerakan tubuh dan keseimbangan. Kondisi ini dapat terjadi akibat adanya infeksi pada telinga tengah, sinus, gigi, atau infeksi lainnya yang menyebar ke otak (Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019).

Abses serebelum dapat menyebabkan beberapa komplikasi yang serius seperti Meningitis dikarenakan Infeksi dapat menyebar ke selaput otak dan sumsum tulang belakang, Kehilangan pendengaran, Abses serebelum yang besar dapat menekan saraf optik dan menyebabkan kehilangan penglihatan, apabila abses serebelum menyumbat pembuluh darah yang terdapat di otak, hal ini dapat menyebabkan stroke, apabila tidak segera diobati, abses serebelum dapat menyebabkan kematian. (Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019).

Menurut (Paulus, 2019) Lokasi yang paling lazim dari abses otak adalah pada lobus temporal (42%) dan serebellum (30%). Kejadian abses serebellum diperkirakan sekitar 0,3-0,9 per 100.000 penduduk per tahun pada negara-negara maju, yang berarti sekitar 300-900 kasus per tahun, dengan rasio pria dan wanita sekitar 2:1 hingga 3:1, dan rentang usia 30-40 tahun. Berdasarkan metaanalisis data literatur, distribusi bakteri patogen dalam abses otak tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara benua-benua, dan telah stabil selama 60 tahun terakhir. Sedangkan di Indonesia sendiri kasus abses serebellum merupakan kasus yang cukup jarang, Sering kali kasus ini tidak terdeteksi dini dan tidak dirasakan oleh

penderita. Angka kejadian abses serebelum hanya meliputi 1-2% kasus, atau sekitar 5 juta penduduk, namun 50% abses serebelum dapat terjadi akibat infeksi sekitar yang tidak teratasi (Dr. Paulus, S).

Peran perawat sebagai penyedia asuhan keperawatan memiliki tingkat penting yang sangat tinggi di antara peran-peran lainnya (tanpa mengabaikan pentingnya peran lain). Kualitas layanan profesional dalam profesi perawatan tidak hanya ditentukan oleh tingkat pendidikan yang tinggi., Menurut penelitian yang dilakukan (Jumariah (2017) untuk mencapai Untuk tujuan keperawatan, perawat harus melaksanakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hal ini diperlukan supaya peran perawat mampu berjalan dengan efektif dan efisien di lapangan. Perawat juga harus memastikan bahwa pasokan nutrisi yang diberikan pada klien mencukupi kebutuhannya, termasuk cairan, elektrolit, dan nutrisi lainnya. Perawat juga harus memperhatikan kebersihan dan kenyamanan pasien (Mardiyono, 2019).

Menurut (Mardiyono, 2019) Perawat harus selalu siap untuk mengatasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti kejang, edema otak, atau infeksi lainnya. Oleh karena itu, perawat harus selalu memantau kondisi kesehatan pasien dengan cermat dan memberikan perawatan yang tepat dan efektif untuk membantu pasien pulih secara optimal. Selain itu, perawat juga harus memberikan dukungan emosional dan psikologis pada klien dan keluarganya. Kondisi kesehatan yang serius seperti abses serebelum dapat menimbulkan kecemasan, ketakutan, dan stres pada pasien dan keluarganya. Oleh karena itu, perawat harus membantu mengurangi kecemasan dan ketakutan pasien dengan memberikan informasi yang jelas dan terperinci mengenai kondisi kesehatan pasien dan prosedur yang akan dilakukan.

Perawat juga harus memberikan dukungan moral dan psikologis pada keluarga pasien. Keluarga dapat merasa khawatir, dan bingung harus melakukan apa ketika anggota keluarganya sakit parah. Oleh karena itu, perawat harus memberikan informasi yang jelas dan

terperinci tentang kondisi kesehatan pasien, memberikan dukungan moral dan psikologis, serta memfasilitasi komunikasi antara pasien dan keluarganya. Mengikuti protokol dan pedoman yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dan profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan abses serebelum. Perawat harus memastikan bahwa semua tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan pedoman dan etika keperawatan, dan dilakukan dengan keamanan dan kualitas yang terjamin.

Peran perawat selain memberikan asuhan keperawatan, juga sebagai perawat kesehatan masyarakat yang memiliki peran penting sebagai pendidik atau penyuluh kesehatan sebagai bagian dari upaya promosi kesehatan. Oleh karena itu, setiap perawat kesehatan masyarakat harus memiliki kemampuan yang baik dan tepat dalam melakukan promosi kesehatan.(Jumariah (2017)). Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarganya telah mendapatkan informasi yang jelas dan tepat tentang perawatan dan kondisi kesehatan pasien, serta memiliki pemahaman yang baik tentang tindakan yang harus diambil selama masa pemulihan. memberikan edukasi pada pasien dan keluarganya tentang perawatan diri, pemantauan kondisi kesehatan, tanda-tanda dan gejala yang perlu diperhatikan, dan tindakan yang harus diambil jika terjadi masalah atau komplikasi. Sebab itu dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan abses serebelum, Perawat memainkan peran yang penting dan vital dengan memberikan perawatan yang holistik, terkoordinasi, dan efektif, perawat dapat membantu klien dalam memulihkan kondisinya dan mencapai kesehatan yang optimal.

## **2. Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui perawatan lebih lanjut dari kasus Abses Serebelum ini, penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Abses Serebelum Post Operasi di ruang Baitaul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang,

dengan rumusan masalah “Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan abses serebelum Post Operasi di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang?”

### **3. Tujuan Penulisan**

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

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan abses serebelum melalui penerapan asuhan keperawatan yang efektif di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. R dengan kasus abses serebellum post operasi di ruang Baitul Izzah 1 RSI Islam sultan agung Semarang.
- b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan pada Ny. R di ruang Baitul izzah 1 RSI Sultan agung semarang
- c. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny. R dengan kasus Abses serebellum diruang Baitul Izzah 1 RS Islam Sultan Agung Semarang
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. R dengan kasus Abses serebellum post operasi diruang Baitulizzah 1 RS Islam Sultan Agung Semarang
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. R dengan kasus Abses serebellum diruang Baitul Izzah 1 RS Islam Sultan Agung Semarang

#### **3. Manfaat penulisan**

##### **a. Bagi Penulis**

Hasil dari penulisan laporan ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi tentang masalah Abses Serebellum pada Ny. R diruang Baitul Izzah 1 RS Islam Sultan Agung Semarang

##### **b. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan**

Sebagai bahan pembelajaran dan sumber pengetahuan untuk penulis berikutnya

##### **c. Bagi Institusi Rumah Sakit**

Karya tulis ini sebagai bahan bacaan dan ilmu pengetahuan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasein Abses Serebellum saat melakukan tindakan keperawatan

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian**

Abses adalah infeksi bakteri yang menyebabkan kumpulan nanah di rongga tubuh. Nanah adalah cairan yang sangat kental yang kaya akan protein dan sel darah putih yang mati. Nanah biasanya berwarna putih kekuningan (Afif, 2019). Serebellum (cerebellum), juga disebut sebagai "otak kecil", adalah struktur di dekat bagian belakang otak yang berukuran sebesar kepalan tangan. Otak kecil berfungsi mengontrol otot untuk memastikan gerakan halus dan akurat juga membantu menjaga keseimbangan tubuh. Kerusakan otak kecil menyebabkan individu bisa kehilangan keseimbangan. Individu bisa kesulitan berjalan, menggunakan pensil, atau bahkan menjahit dengan jarum. (Prima 2018).

Abses otak adalah infeksi fokal, yang biasanya dimulai sebagai cerebritis lokal, berkembang menjadi pembentukan dan akumulasi nanah yang dikelilingi oleh kapsul dengan vaskularisasi yang baik pada fase akhir, mereka adalah salah satu infeksi bakteri intrakranial yang serius. (Daniel 2021). Berdasarkan penjelasan di atas, abses cerebellum adalah penumpukan nanah di otak kecil atau serebellum, area otak yang bertugas mengendalikan gerakan dan keseimbangan. Abses cerebellum jarang terjadi tetapi merupakan kondisi serius yang dapat terjadi akibat infeksi di otak atau menyebar dari bagian tubuh lain.

#### **B. Etiologi**

Menurut (Valentino & Angraini, 2019). Beberapa agen infeksi telah dilaporkan menyebabkan abses otak. Penyebab infeksi ini bervariasi tergantung pada sumber utama infeksi, patogenesis penyakit dan faktor predisposisi individu. Namun, pada 25% kasus abses otak, bahkan tidak menunjukkan adanya mikroorganisme. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan Abses serebellum atau Abses otak kecil antara lain adalah :

1. Infeksi Bakteri : Sebagian besar abses otak di sebabkan oleh infeksi bakteri, yang dapat terjadi ketika bakteri masuk ke dalam otak melalui pembuluh darah, infeksi telinga, sinus, gigi, atau luka pada kepala
2. Infeksi jamur : Abses otak dapat disebabkan oleh infeksi jamur, yang umum terjadi pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah.
3. Infeksi parasit : Abses otak juga bisa di sebabkan oleh infeksi parasit seperti Toxoplasma gondii, meskipun kasus abses otak yang di sebabkan oleh infeksi parasit jarang terjadi.

### **C. Patofisiologi**

Abses serebellum adalah infeksi pada otak yang terbentuk ketika bakteri atau virus masuk ke dalam jaringan otak, dan menumpuk padadaerah serebellum atau otak kecil, yaitu terletak di bawah tengkorak dan di atas tulang belulang.

Proses terjadinya abses ini dimulai saat bakteri atau virus masuk ke dalam tubuh melalui berbagai cara, seperti melalui luka, infeksi telinga, sinus atau melalui infeksi yang menyebar dari bagian tubuh lainnya. Setelah masuk ke dalam tubuh, bakteri atau virus dapat menyebar ke serebellum melalui aliran darah atau melalui sistem syaraf.

Apabila bakteri atau virus telah menyebar ke daerah serebelum, maka sistem kekebalan tubuh akan mengeksekusi serangan untuk melawan infeksi tersebut. Proses ini dapat menyebabkan peradangan dan pembengkakan di sekitar daerah infeksi. Jika peradangan dan pembengkakan terjadi di dalam jaringan otak, maka hal tersebut dapat menghasilkan banyak nanah atau abses.

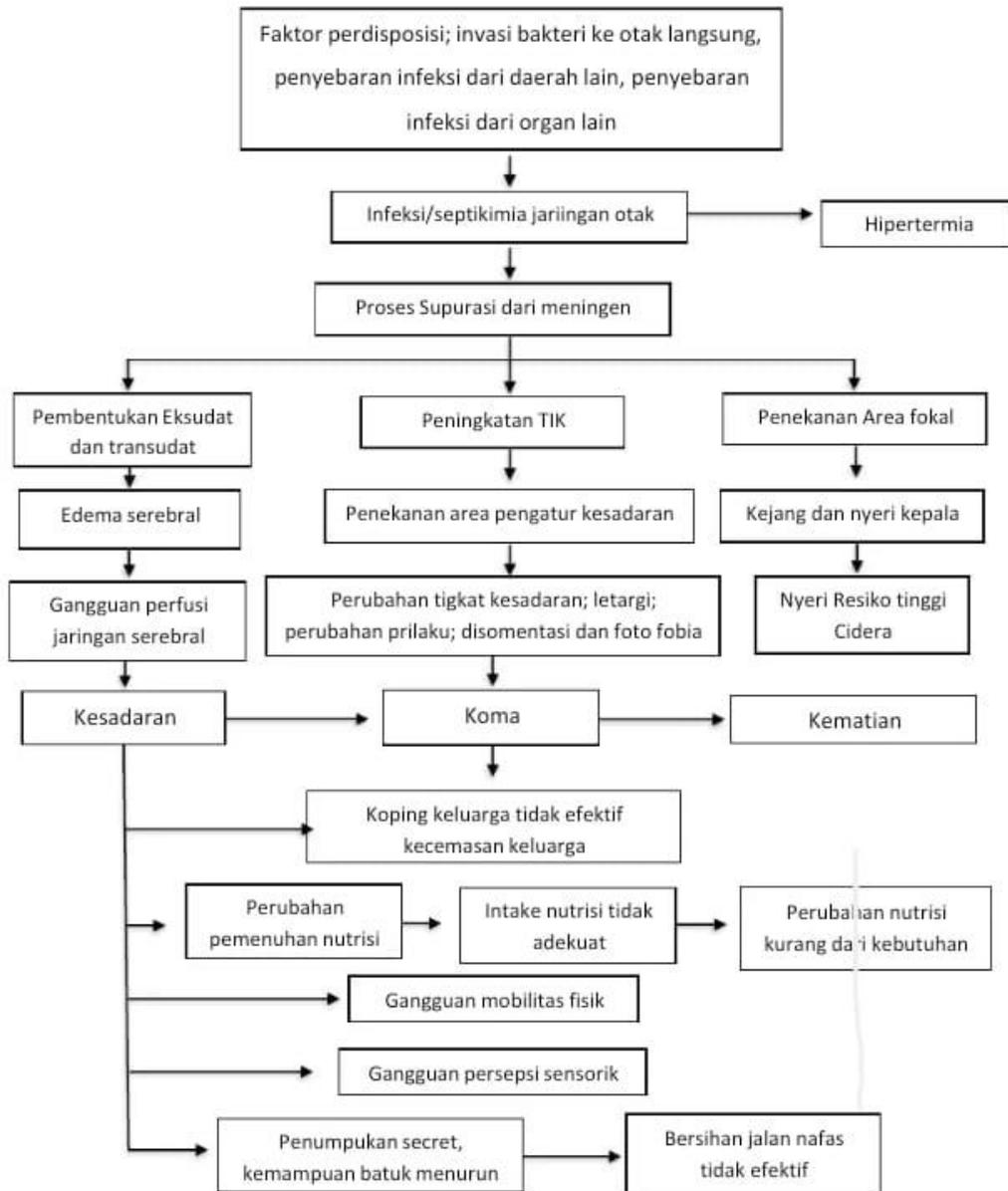
Abses pada otak dapat memiliki dampak yang serius pada kesehatan seseorang dan dapat mengancam nyawa. Beberapa dampak dari abses pada otak antara lain:

1. Gejala neurologis: Abses pada otak dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk berbicara, melihat, dan bergerak. Seseorang dengan abses pada otak juga dapat mengalami kejang dan kesulitan mengingat.

2. Infeksi sistemik: Infeksi yang menyebabkan abses pada otak juga dapat menyebar ke seluruh tubuh dan menyebabkan gejala yang lebih umum seperti demam, kelelahan, dan kedinginan.
3. Tekanan dalam otak: Abses pada otak dapat menyebabkan peningkatan tekanan dalam otak, yang dapat menyebabkan sakit kepala yang hebat, muntah, dan bahkan kejang.
4. Kerusakan otak permanen: Jika abses pada otak tidak diobati dengan cepat, bisa mengakibatkan kerusakan otak permanen dan bahkan kematian.



## D. Pathways



### **E. Manifestasi Klinis**

Menurut Kiking (2006) gejala klinis dari Abses serebellum ditandai dengan adanya nyeri kepala yang semakin memburuk, demam, muntah, papiledema (pembengkakan diskus optik), bradikardia (detak jantung yang lambat), serta hemiparesis (lemah pada setengah bagian tubuh) dan homonymous hemianopia (kehilangan penglihatan setengah lapang mata pada kedua mata). Gejala klinisnya mencakup tanda-tanda infeksi seperti demam, kehilangan nafsu makan, dan rasa lemah, peningkatan tekanan intrakranial, serta gejala neurologis fokal sesuai dengan lokasi abses (Ananta (2017)). Abses serebellum juga dapat menimbulkan gejala neurologis lainnya yang mempengaruhi kemampuan berbicara, penglihatan, dan gerakan seseorang. Individu yang mengalami abses di otak juga mungkin mengalami kejang dan kesulitan dalam mengingat.

### **F. Pemeriksaan diagnostik**

Menurut Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019) Penegakan diagnosis abses otak dapat ditentukan melalui hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang sebagai berikut :

#### **1. Anamnesis**

Pada Anamnesis, Gejala umum yang dapat di temukan seperti demam, kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan. Gejala neurologis yang mungkin terjadi adalah kehilangan kesadaran, sakit kepala, mual, muntah dan kejang. Sumber infeksi dapat dinilai berdasarkan riwayat pasien, seperti trauma tembus otak, kraniotomi pasca operasi, infeksi telinga dan mastoid, infeksi hidung dan sinus, infeksi gigi, dan pneumonia. Faktor predisposisi juga dapat ditentukan jika pasien memiliki kelainan jantung bawaan, diabetes, kemoterapi, penggunaan kortikosteroid, penggunaan implan dan penggunaan antibiotik (Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019)).

## 2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik seperti TTV (Tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi nafas), status generalis (Head to toe) untuk mengetahui adanya infeksi dan pemeriksaan neurologis seperti tingkat kesadaran, tanda rangsangan, sensorik, motorik, reflek patologi dan fisiologi serta fungsi otonom.

## 3. Pemeriksaan penunjang

Pada klien dengan abses serebellum dapat dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan Darah, pemeriksaan pungsi lumbal, CT Scan, dan MRI. Hasil Pemeriksaan Yang harus di follow up pada pemeriksaan CT Scan dan MRI adalah Derajat ring enhancement, edema, efek masa, dan ukuran lesi dengan cara membandingkan minggu pertama dan minggu berikutnya.

### G. Komplikasi

Menurut Kiking, R. (2006) Abses serebelum dapat menyebabkan beberapa komplikasi yang serius seperti :

1. Meningitis: Infeksi dapat menyebar ke selaput otak dan sumsum tulang belakang, menyebabkan meningitis.
2. Kehilangan pendengaran: Kehilangan pendengaran dapat terjadi jika abses serebelum menyebabkan kerusakan pada saraf pendengaran.
3. Kehilangan penglihatan: Abses serebelum yang besar dapat menekan saraf optik dan menyebabkan kehilangan penglihatan.
4. Stroke: Jika abses serebelum menyumbat pembuluh darah pada otak, hal ini dapat menyebabkan stroke.
5. Kematian: Jika tidak diobati, abses serebelum dapat menyebabkan kematian.

## **H. Penatalaksanaan Medis**

Pemberian antibiotik dan langkah-langkah untuk mengontrol tekanan intrakranial diperlukan sebelum pembentukan dan lokalisasi abses. Jika abses telah terbentuk, pengobatan utama tetap eksisi bedah atau drainase dengan antibiotik jangka panjang (biasanya 4-8 jam). Beberapa ahli bedah saraf lebih menganjurkan evakuasi bedah lengkap dari abses, sementara yang lain lebih memilih aspirasi berulang. (Ananta, F. B. (2017).

Penatalaksanaan untuk abses otak mungkin termasuk perawatan medis dan prosedur pembedahan. Saat ini angka kematian abses otak berkisar antara 0% sampai 10%. Meskipun demikian, defisit neurologis permanen terjadi pada sekitar 45% abses otak. (Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019).

## **I. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Dalam proses keperawatan terdapat 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahapan pertama yang dilakukan yaitu pengkajian dimana pengkajian ini adalah tahap mengkaji data-data mengenai kondisi pasien secara aktual dan akurat. (Seri (2019).

Pengkajian keperawatan adalah proses pencatatan hasil pengkajian yang dilakukan untuk mendapatkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang kondisi pasien, serta mencatat respons kesehatan pasien. Pengkajian yang menyeluruh dan teratur akan membantu mengidentifikasi masalah-masalah yang relevan pada pasien. Masalah-masalah ini kemudian diformulasikan sebagai diagnosa keperawatan berdasarkan data pengkajian sebagai dasar (Hasian, L., & Yanti, A. (2019).

#### **a . Identitas pasien**

Pada identitas klien, biasanya perawat melakukan pengkajian meliputi Nama, umur, tempat dan tanggal lahir, alamat, tempat tinggal, pekerjaan dan pendidikan.

#### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yaitu keluhan yang paling di rasakan oleh klien pada saat di lakukannya pengkajian, pada klien dengan Abses serebelum keluhan utama yang biasa di rasakan oleh klien adalah nyeri pada kepala.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

Kaji tentang uraian penyakit yang di derita pasien, mulai dari awal timbul penyakit di rasakan hingga akhirnya di bawa ke Rumah sakit. Kaji juga apakah klien pernah di bawa ke rumah sakit lain dan pengobatan apa saja yang telah di lakukan oleh klien.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah klien pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya, atau apakah klien memiliki riwayat penyakit lain.

3. Riwayat kesehatan keluarga (Genogram)

Melakukan pengkajian terhadap keluarga pasien, ada atau tidak keluarga yang menderita penyakit yang sama seperti yang di alami pasien.

d. Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi

Pola persepsi merupakan gambaran bagaimana pasien menilai atau menanggapi tentang penyakit yang di alami.

2. Pola Nutrisi

Menilai bagaimana kemampuan pasien dalam mengkonsumsi makanan, seberapa banyak pasien mengkonsumsi makanan, apakah pasien mengalami penurunan berat badan secara drastis, dan apakah pasien mengalami mual muntah saat makan.

3. Pola eliminasi

Menilai pola eliminasi pasien seperti apakah pasien mengalami konstipasi dan apakah pasien mengalami gangguan saat buang air kecil maupun besar

## 2. Pemeriksaan Fisik Pasien

a. Keadaan Umum pasien

b. Tingkat kesadaran pasien

Menilai GCS pasien dengan cara melihat respon membuka mata, respon motorik, dan respon verbal.

c. Pemeriksaan Head To Toe, meliputi ;

d. Kepala dan leher menggunakan teknik inspeksi dan palpasi

e. Mata : menilai apakah terdapat luka atau pembengkakan, menilai reflek pupil terhadap cahaya, menilai kondisi kelopak mata dan warna seklera

f. Hidung : menilai kebersihan hidung, adakah pernafasan cuping.

g. Mulut : menilai kebersihan gigi dan mulut, bagaimana kelembaban mukosa bibir

h. Leher : melihat apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau adakah terdapat pembendungan vena

i. Pemeriksaan Dada Pasien

1) Inspeksi : menilai bentuk dada, kesimetrisan dada, liata apakah terdapat luka

2) Palpasi : menilai apakah terdapat nyeri tekan pada dada pasien

3) Perkusi : menilai dengan cara mengetukan jari di sejumlah area dada.

4) Auskultasi : mendengarkan apakah terdapat suara vesikuler, ronchi ataupun wezhing.

j. Kardiovaskuler atau jantung

1) Inspeksi : melihat apakah tampak ictus cordis atau tidak.

2) Palpasi ; melihat apakah terdapat nyeri tekan, menghitung frekuensi jantung

3) Perkusi : menilai bunyi dengan Normal Lup dup

4) Auskultasi : mendengarkan irama jantung

k. Pemeriksaan Abdomen

- 1) Inspeksi : menilai apakah ada pembesaran pada abdomen, melihata apakah terdapat jejas atau luka, menilai apakah terdapat masa ( tumor atau testes).
- 2) Auskultasi : mendengarkan bunyi usus dengan normal 5-35× per menit
- 3) Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan pada abdomen, apakah tumpul teraba apakah lien teraba
- 4) Perkusi : abdomen normal berbunyi tympani, jika terdapat massa pada abdomen suara akan menjadi pekak.

l. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

- 1) Pemeriksaan kekuatan fleksi dan ekstensi otot
- 2) Warna dan suhu kulit

Menilai apakah terdapat nyeri saat menggerakkan ekstremitas

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis yang mencerminkan respons klien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial atau proses kehidupan. Tujuan diagnosis terapeutik adalah untuk memperoleh reaksi individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan abses serebellum post operasi adalah :

- a. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (**D.0077**)
- b. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif (**D.0142**)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan persepsi sensori (**D.0054**)

### 4. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian proses keperawatan, yang mengarahkan kegiatan keperawatan untuk membantu, memfasilitasi, memecahkan masalah, atau memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

No.	Diagnosa kep	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agenpencederafisik (D. 0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...diharapkan nyeri menurun dengan</p> <p>Kriterishasil (D.L.08066) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas menurun</li> <li>2)Keluhan nyeri menurun</li> <li>3) Pasien tampak meringis menurun</li> <li>4) Frekuensi nadi membaik</li> <li>5) Pola nafas membaik</li> <li>6) Tekanan darah membaik</li> <li>7) Fungsi berkemih membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (D.I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Identifikasi skala nyeri</p> <p>Identifikasi respons nyeri non verba</p> <p>Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</p> <p>Monitor efek samping penggunaan analgesic</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi</p>

		<p>8) Perilaku membaik</p> <p>9) Pola tidur membaik</p>	<p>music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing</p> <p>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Fasilitasi istirahat Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	---	--

2.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137) : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kadar sel putih membaik 3. Kemerahan menurun 4. Kebersihan badan meningkat 5. Demam menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun	<b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b>  <b>Observasi</b> Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik  <b>Edukasi</b> Anjurkan membatasi pengunjung Ajarkan cara merawat kulit pada daerah yang edema Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat Anjurkan mengelola antibiotic sesuai resep Ajarkan cara mencuci tangan
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan persepsi sensori	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan Ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	<b>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

			<p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><b>Trapeutik</b></p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p><b>Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</b></p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
--	--	--	---

## 5. Implementasi Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien sesuai dengan kriteria dan hasil perencanaan yang telah ditetapkan. Prosedur ini meliputi pemantauan respon pasien terhadap pengobatan dan

pencatatan prosedur pengobatan yang dilakukan. Pelaksanaan kegiatan dibagi menjadi beberapa kriteria, yaitu: Intervensi dependen yang dilakukan sesuai perintah dari pemberi layanan kesehatan lain, Kolaboratif (interdependen) yaitu intervensi dilakukan dengan tenaga kesehatan lain, dan Intervensi Mandiri dilakukan sesuai prosedur oleh perawat dan sering dikombinasikan dengan perintah dokter (Riska Safitri, S)

## **6. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memastikan bahwa kebutuhan klien terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur hasil proses keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Jika selama evaluasi menjadi jelas bahwa tujuan tidak tercapai, perlu diperhatikan, Hal ini mungkin disebabkan oleh beberapa faktor, seperti tujuan yang tidak realistis, intervensi pengobatan yang tidak tepat, atau faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.



## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian Keperawatan

##### 1. Data Umum

###### a. Pengkajian

Pengkajian di lakukan oleh penulis terhadap pasien dengan menggunakan metode Autoanamnesa dan juga dengan melihat data rekam medis pasien. Pengkajian di lakukan pada tanggal 5 Maret 2023, dengan hasil klien bernama Ny. R, umur 30 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA, Alamat di Mbonang, Purwodadi, sehari hari berprofesi sebagai Ibu rumah tangga, dan di diagnosa medis Abses serebellum, masuk ke rumah sakit pada tanggal 4 Maret 2023.

###### b. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi di bagian kepalanya.

###### c. Alasan masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan sering merasakan nyeri pada kepalanya, Nyut nyutan di seluruh bagian kepalanya, penglihatan klien mulai tidak jelas atau kabur, dan klien tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan. Sebelum di bawa ke RSI Sultan Agung Semarang, pasien sudah 1 minggu di rawat di RSUD Demak hingga akhirnya di rujuk ke RSI Islam Sultan Agung Semarang.

###### d. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan yang sama seperti yang saat ini di derita oleh pasien.

e. Riwayat kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang memiliki penyakit sama seperti yang di derita oleh klien, keluarga klien juga mengatakan anggota keluarga lain tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Militus.

2. Pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan keadaan

Klien mengatakan kesehatan adalah hal penting yang harus di jaga.

b. Pola Nutrisi dan metabolik

1. Pola makan

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi 1 piring

Setelah sakit : klien mengatakan porsi makannya menurun, sehari makan 3x dengan porsi 4-5

Sendok

2. Pola Minum :

Sebelum sakit : klien mengatakan minum kurang lebih 1 Liter air dalam sehari

Setelah sakit : klien mengatakan hanya minum saat selesai makan.

3. Berat Badan :

Sebelum sakit : klien mengatakan berat badan klien sebelum sakit 49kg

Setelah sakit : klien mengatakan berat badan klien menurun dari 49kg menjadi 47kg.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1x dalam satu hari

Setelah sakit : Klien mengatakan selama 3 hari di rawat di RS klien baru 1x BAB

2) Pola BAK

Sebelum sakit : klien mengatakan dalam satu hari bisa BAK sebanyak 2 sampai 3 kali. tidak ada rasa sakit saat BAK, warna urine kuning normal.

Setelah sakit : klien mengatakan BAK normal tanpa rasa sakit, hanya saja volumenya menjadi lebih sedikit.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sehari hari Ny. R menjalani aktivitasnya sebagai Ibu rumah tangga

2) Keluhan dalam beraktivitas

Klien mengeluh tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur pukul 21.30 , bangun tidur saat subuh dan tidak ada keluhan saat tidur.

Setelah sakit : setelah sakit klien mengatakan lebih banyak tidur untuk menghilangkan rasa nyeri di kepala

f. Pola Kognitif – perseptual sensori

1) Pasien mengataka. Pandangan kabur saat merasa pusing

2) Kognitif : klien mampu berbicara dengan jelas, memahami perkataan orang lain dengan jelas, mamlu mengingat hari dan tanggal saat pengkajian di lakukan.

g. Pola mekanisme koping

Dalam mengambil keputusan, klien bermusyawarah terlebih dahulu dengan suami dan keluarga

h. Pola seksual Reproduksi

1) Klien memiliki 2 orang anak

2) Klien mengatakan menstruasi lancar setiap bulan

i. Pola nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam, dan Shalat 5 waktu

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan klien

Saat di lakukan pengkajian di dapatkan hasil pemeriksaan fisik dengan Tekanan darah : 128/77 mmHg, Nadi : 82x/ menit, suhu : 36 c, dan Spo2 : 99%. Klien mengatakan merasa nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala bagian kanannya, dan juga susah menggerakkan tangan dan kaki kanannya. Pasien tampak pucat dan lemah

##### b. Pemeriksaan Kepala :

Terdapat luka post operasi pada bagian kanan kepala, terdapat nyeri tekan pada area luka

##### c. Mata

Pasien mengatakan penglihatan kabur jika terasa pusing, pupil isokor, konjungtiva Anemis.

##### d. Hidung

Hidung bersih, tidak ada secret dan tidak ada polip

##### e. Telinga

Bentuk kanan dan kiri simetris, pendengaran normal, tidak ada lesi, dan juga tidak menggunakan alat bantu dengar.

##### f. Mulut dan tenggorokan

Tidak ada gangguan bicara, mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan, mukosa bibir kering, tidak ada keluhan menelan.

##### g. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada pembendungan vena pada leher

##### h. Kardiovaskuler atau jantung

1. Inspeksi : tampak ictus cordis

2. Palpasi ; terdapat nyeri tekan pada bagian kanan dada

3. Perkusi : terdengar bunyi pekak

4. Auskultasi : S1, S2 Reguler, terdengar bunyi lup dup

i. Paru

1. Inspeksi : bentuk dada simetris, terdapat luka balut pada dada sebelah kanan, ekspansi dada simetris.

2. Palpasi : terdapat nyeri tekan pada bagian kanan

3. Perkusi : terdenga suara sonor

4. Auskultasi : Terdengar suara nafas vesikuker

j. Abdomen

1. Inspeksi : tidak terlihat adanya lesi ataupun jejas

2. Auskultasi : terdengar bising usus 12x/ menit

3. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa ataupun benjolan

4. Perkusi : terdengar suara tympani

k. Ekstremitas atas dan bawah

1. Ekstremitas atas : kulit bersih,tidak ada lessi, terpasang infus pada tangan bagian kiri, turgor kulit kembali kurang dari 3 detik, tangan bagian kanan tidak dapat di gerakan. Tidak ada edema.

2. Ekstremitas bawah : kulit bersih,tidak ada lessi, turgor kulit kembali kurang dari 3 detik, tangan bagian kanan tidak dapat di gerakan. Tidak ada edema.

### 3. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuam	Ket.
Golongan	AB/Positif			
Daerah				
PPT				
PT	10.9	9.3-11.4	Detik	

PT Control	10.3	9.2-12.4	Detik	
APTT	22.2	21.8-28.4	Detik	
APTT Control	25.7	20.3-27.5	Detik	
Kimia Klinik				
Glukosa Darah Sewaktu	149	<200	Mg/dL	
imunologi				

**b. Pemeriksaan X PhotoThoraxAP ( Asimetris)**

Trakhea di tengah

COR : Ukuran, bentuk, dan letak normal.

Pulmo : Corakan Bronkhovaskuler meningkat, tampak corak pada perihilar paracardial kanan kiri.

Diafragma kanan kiri normal

Sinus kostofrenikis tajam

Soft tissue dan tulang yang terlihat tak tampak kelainan.

Kesan : Cor konfigurasi normal

**c. Terapi**

1. Infus ns 1000 ml/ 24 jam
2. Ketorolac 30mg/ 24 jam
3. Omeprazole 40mg/ 24 jam
4. Ceftriaxine 29mg/ 24 jam
5. Metronidazole 500mg/ 24 jam

**B. Analisa Data**

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 5 Maret 2023 pada pukul 07.30 wib, di dapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada kepala sebelah kanannya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan “ Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera Fisik”.

Data fokus yang kedua pada saat di lakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 5 Maret 2023, pada pukul 07.30 di dapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanannya, dab di dapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan “ Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek prosedur infasiv”.

Data fokus yang ke tiga pada saat di lakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 5 Maret 2023, pada pukul 07.30 di dapatkan data subjektifpasien sulit menggerakkantangan dan kaki sebelah kanannya, data objektif pasien tampak belum bisa duduk, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan “ Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori”.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Setelah melakukan pengkajian pada Analisa data, selanjutnya pada tanggal 5 Maret 2023 pukul08.00, telah di ditetapkan rencana keperawatan, berdasarkan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan ke satu yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil :Keluhan nyeri menurun, pasien tampak meringis menurun. Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri.
2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing
4. Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu.

Diagnosa keperawatan ke Dua yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur infasiv , tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : . Kebersihan tangan meningkat, Kadar sel putih membaik, Kemerahan menurun, Kebersihan badan meningkat, Demam menurun, Nyeri menurun, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, ajarkan cara merawat kulit pada daerah yang edema, Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat, ajarkan cara mencuci tangan.

Diagnosa keperawatan ke tiga yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :Pergerakan Ekstremitas meningkat dan Kekuatan otot meningkat, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan

mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Hari Senin, 6 Maret 2023, pukul 10.30 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala bagian kanan, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengajarkanteknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, di dapatkan respons pasien dengan data subjektif : klien mengatakan memahami instruksi yang di berikan, lalu di dapatkan data objektif : klien mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam u tuk memperingan nyeri.

Hari Senin, 6, Maret 2023 pukul 10.40 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasiv, Implementasi 1 yaitu : Memonitor karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan data subjektif : klien mengatakan luka terasa nyeri, data objektif : tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu Mengedukasi tanda dan gejala i feksi, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, data objektif : klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.

Hari Senin, 6, Maret 2023 pukul 10.50 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki bagian kanan, lalu di dapatkan data objektif : pasien tampak lemah, aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan data objektif : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan data subjektif : keluarga pasien mengatakan membantu klien mobilisasi dari berbaring ke posisi duduk, lalu di dapatkan data objektif : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

Hari Selasa, 7 Maret 2023, pukul 15.30 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasa Nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala bagian kanan, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 6, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 88x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, di dapatkan respons pasien dengan data subjektif : klien mengatakan memahami instruksi yang di berikan, lalu di dapatkan data objektif : klien mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam untuk memperingan nyeri.

Hari Selasa, 7 Maret 2023 pukul 15.45 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu Risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif, Implementasi 1 yaitu : Memonitor karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan data subjektif : klien mengatakan luka terasa nyeri, data objektif : tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 120/80mmHg, Nadi : 88x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu Mengedukasi tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, data objektif : klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.

Hari Selasa 7 Maret 2023 pukul 15.50 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan sulit menggerakkan sudah mampu duduk sedikit demi sedikit di bantu oleh keluarga, lalu di dapatkan data objektif : pasien tampak lemah, aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan data objektif : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan data subjektif : keluarga pasien mengatakan membantu klien mobilisasi dari berbaring ke posisi duduk, lalu di dapatkan data objektif : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

Hari rabu, 8 Maret 2023, pukul 10.30 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan Nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala bagian kanan, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 5, T : Nyeri di rasakan sudah hilang dan timbul. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, di dapatkan respons pasien dengan data subjektif : klien mengatakan memahami instruksi yang di berikan, lalu di dapatkan data objektif : klien mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam untuk memperingan nyeri.

Hari rabu, 8 Maret 2023 pukul 10.40 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif, Implementasi 1 yaitu : Memonitor karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan data subjektif : klien mengatakan luka terasa nyeri, data objektif : tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 125/88mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu Mengedukasi tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, data objektif : klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.

Hari rabu,8, Maret 2023 pukul 10.50 WIB, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di

dapatkan respon pasien dengan data subjektif : klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, lalu di dapatkan data objektif : pasien tampak lemah, beberapa aktivitas pasien masih di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan data subjektif : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan data objektif : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan data subjektif : keluarga pasien mengatakan membantu klien di beberapa aktivitasnya, lalu di dapatkan data objektif : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

#### **E. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari Senin, 6 Maret 2023, pukul 10.30 WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada kepala sebelah kanannya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua di lakukan pada hari Senin, 6 Maret 2023, pukul 10.40WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanannya, dan di dapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%.Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari Senin, 6 Maret 2023, pukul 10.50WIB, di dapatkan data subjektif pasien pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah

kanannya, data objektif pasien tampak belum bisa duduk, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari Selasa, 7 Maret 2023, pukul 14.30 WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada kepala sebelah kanannya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 6, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 88x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ke dua di lakukan pada hari Selasa, 7 Maret 2023, pukul 15.40WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanannya, dan di dapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, pasien mengatakan luka terasa panas, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 88x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

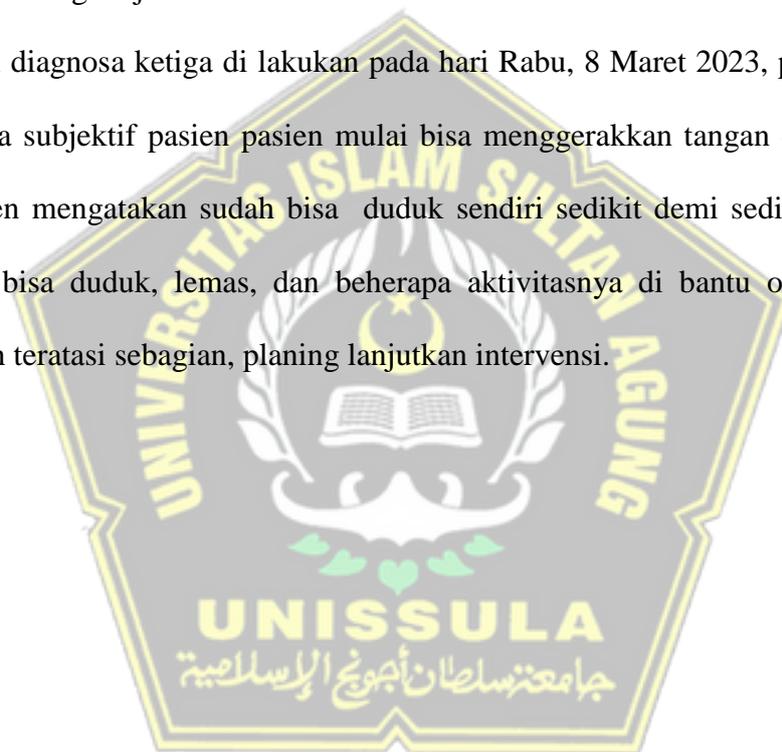
Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari Selasa, 7 Maret 2023, pukul 15.50WIB, di dapatkan data subjektif pasien pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya, pasien mengatakan sudah latihan duduk di bantu keluarganya, data objektif pasien tampak bisa duduk di bantu keluarga, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari Rabu, 8 Maret 2023, pukul 10.30 WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada kepala sebelah kanannya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 5, T : Nyeri di rasakan sudah hilang dan timbul, Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit,

Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah teratasi sebagian , planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua di lakukan pada hari , Rabu 8 Maret 2023, pukul 10.40WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanannya, dan di dapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, nyeri pada luka hilang dan timbul, Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari Rabu, 8 Maret 2023, pukul 10.50WIB, di dapatkan data subjektif pasien pasien mulai bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya, pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, data objektif pasien tampak bisa duduk, lemas, dan beberapa aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV penulis membahas hasil analisis asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa keperawatan Abses serebelum yang dilakukan pada tanggal 5 Maret 2023 dan disesuaikan dengan teori yang diperoleh. Dalam bab ini Penulis mengulas mengenai kekurangan dan hambatan yang ditemui saat memberikan perawatan pada Ny. R dengan diagnosa medis Abses serebelum dan memberikan referensi tambahan, terutama pada tindakan yang dilakukan, dengan memperhatikan aspek-aspek penting dalam penyusunan seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap menelaah informasi kondisi pasien secara lengkap, aktual, dan akurat mulai dari awal pasien dirawat sampai selesai perawatan di Rumah Sakit (SB Sinulingga 2019). Dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada klien, penting untuk melakukan pengumpulan data dan pengkajian secara menyeluruh. Hal ini dilakukan agar kebutuhan klien dapat dipahami dengan baik dan asuhan keperawatan yang diberikan dapat sesuai dengan keluhan atau masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Dengan melakukan pengkajian yang baik, perawat dapat memahami kondisi klien secara lebih mendalam dan dapat merencanakan intervensi yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan klien (Nubuwah 2019). Pada saat melakukan pengumpulan data, penulis melakukan kajian dan analisa kepada Ny. R dengan menggunakan metode observasi, wawancara kepada pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik pada pasien serta dengan melihat buku catatan medis pasien. Sehingga di dapatkan hasil sebagai berikut :

Pasien bernama Ny. R, berumur 30 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA, Alamat di Mbonang, Purwodadi, sehari-hari berprofesi sebagai Ibu rumah tangga, masuk ke rumah sakit pada tanggal 4 Maret 2023. Sebelumnya Ny. R tidak memiliki riwayat penyakit abses serebellum dan penyakit ketrunan lain seperti hipertensi dan diabetes melitus, pihak keluarga juga mengatakan tidak memiliki penyakit sama seperti yang di derita oleh Ny. R.

Saat pemeriksaan fisik dilakukan ditemukan beberapa masalah keperawatan yang dapat digunakan untuk memperkuat pengangkatan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian yang dilakukan kepada Ny. R diperoleh kondisi umum pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala bagian kanannya, klien juga mengeluh tidak dapat menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki sebelah kanannya. Penulis merumuskan tiga diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori.

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. R merupakan pengkajian dengan menggunakan pola Gordon, meski demikian, masih terdapat banyak kekurangan. Pasien dan keluarga bersikap kooperatif dalam melaksanakan prosedur tindakan, akan tetapi penulis sedikit terkendala pada saat melakukan prosedur tindakan dikarenakan pasien lebih banyak tidur.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Selesai melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien, penulis melanjutkan asuhan keperawatan ke tahap menentukan Diagnosa Keperawatan kepada pasien. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis yang dibuat mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik dalam bentuk yang aktual maupun potensial (Nafi'ah 2021). Sedangkan pada Ny. R penulis merumuskan tiga diagnosa sebagai berikut :

## **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**

Setelah di lakukan pengkajian kepada Ny. R di dapatkan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di buktian dengan klien mengatakan Nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanan. Menurut menurut (PPNI,2017) Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan dan berkembang dari ringan hingga berat dan berlangsung kurang dari 3 bulan. Menurut (PPNI,2017) Disebut nyeri akut jika pasien memiliki gejala tanda mayor yang signifikan seperti mengeluh nyeri, meringis, waspada, gelisah, detak jantung meningkat dan gangguan tidur. Nyeri akut juga dapat dirujuk ketika pasien memiliki gejala tanda minor seperti tekanan darah meningkat, pola pernapasan berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, egois, berkeringat.

Diagnosa nyeri akut ditegakan karena pada pengkajian yang dilakukan, di dapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, skala nyeri yang di rasakan adalah 8, dan juga di dapatkan data objektif klien tampak meringis, tekanan darah : 128/77mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%. Alasan penulis memilih Nyeri akut sebagai diagnosa utama di karenakan menurut (Tanra, 2020) Walaupun nyeri akut adalah respon normal terhadap kerusakan jaringan, nyeri tersebut dapat menyebabkan gangguan fisik, psikologis, dan emosional. Jika tidak dikelola dengan baik, nyeri akut dapat berkembang menjadi nyeri kronik.

## **2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasiv**

Setelah di lakukan pengkajian kepada Ny. R di dapatkan diagnosakeperawatan ke 2 yaitu : Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif di tandai dengan terdapat luka jahitan post operasi pada kepala bagian kanan klien. Pada diagnosa kedua ini penulis melakukan kesalahan pada saat perumusan atau penulisan Diagnosa Keperawatan, menurut

(PPNI,2017) Perumusan atau penulisan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Seperti penulisan diagnosa 3 bagian yang dilakukan jenis diagnosa aktual, serta penulisan diagnosa 2 bagian yang digunakan pada jenis diagnosa risiko dan promosi kesehatan. Pada diagnosa ke Dua ini seharusnya penulis menggunakan penulisan diagnosis dua bagian dikarenakan diagnosa keperawatan kedua ini merupakan jenis diagnosis risiko, jadi penulisan diagnosa keperawatan yang seharusnya adalah “Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasiv”.

Menurut (PPNI,2017) risiko infeksi adalah Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang sering terjadi pada pasien paska pembedahan (Safitri, 2019).

Diagnosa ini ditegaskan karena adanya luka jahitan post operasi pada kepala bagian kanan yang di balut perban, faktor resiko dari adanya luka jahitan post operasi pada pasien yaitu, Penyakit kronis, efek prosedur infasiv, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ke tidak adekuatkan pertahanan tubuh primer dan sekunder (PPNI,2017).

Pada diagnosa risiko infeksi ini, seharusnya penulis menjadikan diagnosa risiko infeksi ini sebagai diagnosa ke tiga di karenakan menurut (NANDA) penentuan Diagnosa prioritas dalam asuhan keperawatan berdasarkan pada kategori diagnosa keperawatan seperti mengutamakan diagnosa aktual, lalu diagnosa keperawatan risiko, diagnosa keperawatan kemungkinan, dan diagnosa keperawatan sejahtera.

### 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori

Setelah di lakukan pengkajian kepada Ny. R di dapatkan diagnosa keperawatan ke 3 yaitu :gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori di tandai dengan pasien mengeluh tidak dapat menggerakkan ekstremitaskaki dan tangan kanannya.

Menurut (PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik merujuk pada keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih anggota tubuh. Aktivitas sehari-hari seperti berolahraga, berdandan, makan, mengisi waktu luang, berpartisipasi dalam rekreasi, mandi, dan buang air kecil serta besar, biasanya terkait dengan pola aktivitas dan latihan (Albab, 2022).

Diagnosa ini ditegakan karena di dapatkan data subjektif pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kaki dan tangan kanannya, gerakan terbatas, aktivitas klien dibantu oleh keluarganya. Menurut (PPNI, 2017) dapat dikatakan gangguan mobilitas fisik jika pasien memiliki gejala tanda mayor seperti mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dengan data objektif kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, serta terdapat gejala dan tanda minor nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dengan data objektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada diagnosa ketiga ini penulis melakukan kesalahan pada saat merumuskan etiologi atau penyebab dari diagnosa keperawatan tersebut, Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori kurang tepat dikarenakan Menurut (Oktaviani, 2020) gangguan persepsi sensori di antaranya adalah halusinasi. Sedangkan Ny. R Tidak mengalami halusinasi atau tidak ada gangguan pada persepsi sensorinya, menurut penulis diagnosa keperawatan dan etiologi yang tepat adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Gangguan neuromuskuler adalah kondisi yang mempengaruhi otot rangka, saraf tepi, atau sambungan neuromuskuler (Azizah 2021).

### **C. Intervensi Keperawatan**

#### **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**

Pada Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, pasien tampak meringis menurun. Adapun intervensi yang akan dilakukan yaitu :Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasiterbimbing, Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu.

## 2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasiv

Intervensi keperawatan yang di terapkan pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur infasiv , yaitu : Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Ajarkan cara merawat kulit pada daerah yang edema, Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat, Ajarkan cara mencuci tangan dengan tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : . Kebersihan tangan meningkat, Kadar sel putih membaik, Kemerahan menurun, Kebersihan badan meningkat, Demam menurun, Nyeri menurun. Dalam pencegahan infeksi adalah sangat efektif. Terbukti bahwa cuci tangan pakai sabun dapat menurunkan resiko infeksi, dalam mengimplementasikan tindakan cuci tangan pakai sabun maka pentingnya pengetahuan, sikap, dan perilaku yang baik dalam diri seseorang tentang CTPS agar terhindar dari penyakit. (Ariyanto 2020).

## 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori

Intervensi yang di terapkan pada Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, dengan tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat

infeksi menurun dengan kriteria hasil :Pergerakan Ekstremitas meningkat dan Kekuatan otot meningkat, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi dan mencapai kondisi kesehatan yang optimal sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan (Ariyanto 2020). Pada diagnosa satu Dalam penanganan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik penulis menggunakan tehnik relaksasi tarik nafas dalam, Penanganan nyeri dengan melakukanteknik Relaksasi adalah suatu intervensi keperawatan yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. Penanganan nyeri melalui relaksasi melibatkan penggunaan teknik nafas dalam dan *guided imagery*. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam mengurangi rasa nyeri setelah operasi.(Saputri 2022). Saat peneapan implementasi penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 3 shift, sedangkan seharusnya penulis melakukan implemenatasi 3x24 jam agar penerapan implementasi keperawatan lebih maksimal.

Pada diagnosa kedua, Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur kegiatan invasif Dalam penanganannya, penulis mengedukasi pasien tentang tanda dan gejala infeksi luka post operasi, bagaimana cara merawat luka post operasi yang benar, dan mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar, menurut (Remson Sihombing. (2014) tanda dan gejala infeksi adalah nyeri, pembengkakan lokal, kemerahan atau hangat, dan pembedahan dengan sengaja membuka insisi superfisial, kecuali hasil kultur negatif.

Pada diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan persepsi sensori, dalam penanganannya penulis melakukan implementasi kepada pasien yaitu mengidentifikasi apakah terdapat nyeri saat menggerakkan ekstremitas kaki dan tangan kanan pasien, mengedukasi dan membantu pasien mobilitas fisik yaitu latihan duduk, berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk membantu pasien mobilisasi fisik. Menurut (Garrison 2017) Mobilisasi penting dilakukan untuk mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

### **E. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah proses mengevaluasi kinerja asuhan keperawatan untuk memastikan bahwa klien mencapai tujuan yang diharapkan (Shafrin (2019). Evaluasi diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Evaluasi yang didapatkan setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3 shift didapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada kepala sebelah kanannya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada kepala bagian kanan S : skala nyeri 5, T : Nyeri dirasakan sudah hilang dan timbul, Lalu didapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah teratasi sebagian , planing lanjutkan intervensi.

Pada diagnosa kedua, setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x shift, kembali dilakukan evaluasi pada hari , Rabu 8 Maret 2023, pukul 10.40WIB, didapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di kepala bagian kanannya, dan didapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, nyeri pada luka hilang dan timbul, Tekanan Darah :

125/88mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36<sup>0</sup>c dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3x shift, penulis melakukan Evaluasi kembali yang di lakukan pada hari Rabu, 8 Maret 2023, pukul 10.50WIB, di dapatkan data subjektif pasien pasien mulai bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya, pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, data objektif pasien tampak bisa duduk, lemas, dan beberapaaktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan pada Ny. R dilakukan dengan cara pengumpulan data yang didapatkan dengan melakukan wawancara kepada pasien, keluarga pasien dan juga dengan melihat catatan medis pasien, dilakukan pada tanggal 5 Maret 2023 didapatkan data Ny. R mengeluh nyeri pada luka post operasi yang berada di kepala sebelah kanannya, Ny R juga mengeluh tidak bisa menggerakkan ekstremitas kaki dan tangan sebelah kanan nya.
2. Analisi data yang diperoleh terkait diagnosis utama nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik, diagnosa yang ke dua adalah resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasiv, dan diagnosis keperawatan yang ke tiga adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Rencana tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk mencapai tujuan yang di inginkan sesuai dengan kebutuhan pasien, contoh intervensi untuk mengatasi nyeri dengan melakukan teknik pernapasan dalam-dalam, risiko infeksi Mengajari klien cara mencuci tangan yang benar dan gangguan mobilitas fisik dengan membantu dan mengajarkan klien latihan mobilisasi.
4. Catat kemajuan atau evaluasi tindakan yang dilakukan, Pernapasan dalam dapat mengurangi nyeri yang dialami klien, memastikan tangan harus selalu bersih, dan melakukan latihan mobilisasi untuk membantu agar pasien mampu melakukan aktivitas sehari hari tanpa bantuan dari keluarga. Selama pelaksanaan asuhan keperawatan, klien dan keluarga bersikap kooperatif dan mau mengikuti instruksi dan saran yang diberikan oleh penulis.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

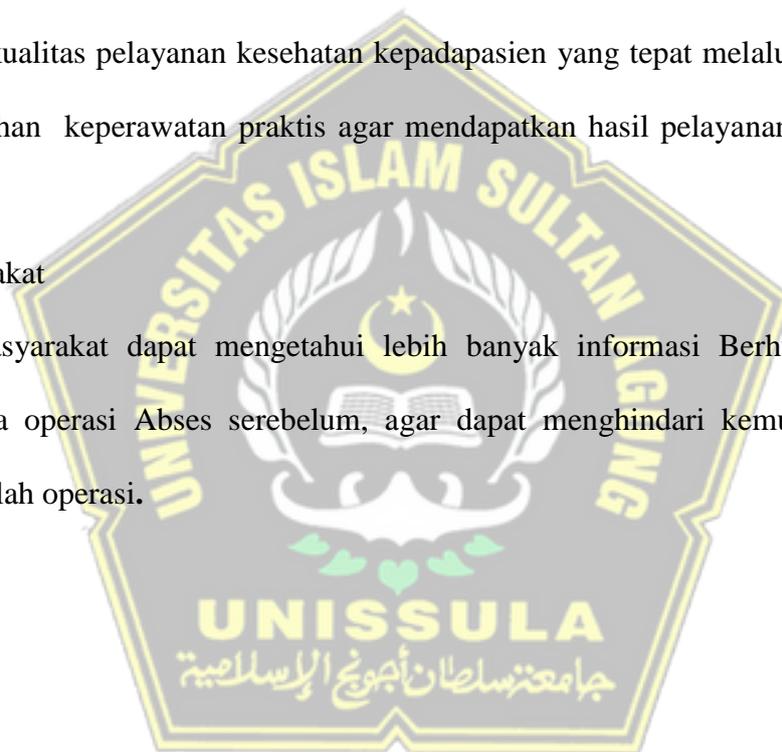
Diharapkan karya tulis ilmiah yang disusun dengan sedemikian mungkin oleh penulis bisa dijadikan acuan referensi bagi institusi akademik Ilmu Keperawatan UNISSULA dan mendukung mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan dengan kasus serupa.

### **2. Bagi Instansi Kesehatan**

Pelayanan keperawatan kepada pasien sudah cukup baik, di harapkan instansi kesehatan terus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepadapasien yang tepat melalui pengembangan dasar-dasar asuhan keperawatan praktis agar mendapatkan hasil pelayanan kesehatan yang berkualitas.

### **3. Bagi Masyarakat**

Diharapkan masyarakat dapat mengetahui lebih banyak informasi Berhubungan dengan kesehatan pasca operasi Abses serebelum, agar dapat menghindari kemungkinan adanya komplikasi setelah operasi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Nafi'ah Salsabila. (2021). *Diagnosa keperawatan*.
- Seri Bulan. (2019). Pengkajian keperawatan dan tahapannya dalam proses keperawatan.
- Tini Jumariah. (2017). Peran perawat dalam pelaksanaan kesehatan Masyarakat, 1(7).
- Friderikus Zebua. (2020). Pentingnya perencanaan dan implementasi keperawatan terhadap kepuasan pasien di rumah sakit. *Jurnal perencanaan dan implementasi keperawatan*.
- Garrison. (2017, August 23). Mobilisasi dini. RSUD Pariaman.
- Ulil Albab. (2022). Gangguan neuromukular. *Jurnal ilmiah multidisiplin*, 8(1), 2767.
- Ulil Albab. (2022). Gangguan neuromukular. *Jurnal ilmiah multidisiplin*, 8(1), 2767.
- Remson Sihombing. (2014). Infeksi luka operasi. Departemen bedah fakultas kedokteran unsri, 3(46).
- Rendi Ariyanto. (2020). Efektifitas cuci tangan menggunakan sabun sebagai upaya pencegahan infeksi. *Jurnal kesehatan karya husada*, 2(8), 96.
- Riska Safitri, S. *IMPLEMENTASI KEPERAWATAN SEBAGAI WUJUD DARI PERENCANAAN KEPERAWATAN GUNA MENINGKATKAN STATUS KESEHATAN KLIEN* , Retrieved April 11, 2023.
- Ike Prafitia Sari. (2019). Efektifitas kepatuhan perawat dengan kejadian infeksi post op di ruang mawar RSi Nashrul umah Lamaongan. *Medical majapahit*, 2(11), 29. Retrieved May 4, 2023.
- SDKI DPP PPNI. (2016). Standar diagnosis keperawatan indonesia. (1st ed.) Tim PPNI.
- Hasian, L., & Yanti, A. (2019). *Modul Dokumentasi Keperawatan*. Universitas Kristen Indonesia.
- Seri, B. S. (2019, March 31). Pengkajian keperawatan dan tahapan dalam proses keperawatan. OSF Preprints.

Ananta, F. B. (2017). Abses cerebri pada anak. Media informasi ilmu kedokteran dan kesehatan, 2(2), Retrieved March 30, 2023.

Kiking, R. (2006). Diagnosa dan penatalaksanaan meningitis otogenik. *Majalah kedokteran Nusantara*, 3(39), Retrieved March 30, 2023.

Juarèz, Rebollar Daniel. "Brain Abscess review," *International journal of medical science and current research*, vol. 4, no. 1, 2021, Accessed 30 Mar. 2023.

Ellen, Prima. "Ritme Otak dan musik dalam proses belajar," *Jurnal dakwah dan komunikasi*, vol. 12, no. 1, 2018, Accessed 30 Mar. 2023.

Afif, N. H. (2019). *Infeksi bakteri di kulit*. (1st ed., 41) Fakultas kedokteran, Universitas Airlangga.

Dr. Paulus, S. (n.d.). Abses serebelum kasus dengan angka yang baik namun jarang terdeteksi dini. Universitas Airlangga. Retrieved March 25, 2023, from <https://unair.ac.id/abses-serebelum-kasus-dengan-angka-kesembuhan-yang-baik-namun-jarang-terdeteksi-dini/>

Putri, I., & Paulus, S. (2021). Manajemen Non-Operatif Abses Serebelum, 3(38), Retrieved March 25, 2023.

Dr. Rudi, Y. (n.d.). Abses Otak : Gejala, mencegah dan Mengobati. <https://primayahospital.com>. Retrieved March 25, 2023.

Andrea, V., & Gebby, P. A. (2019). Abses Otak. *Jurnal Ilmu Kedokteran*, 2(13), Retrieved March 25, 2023.