JURNAL KEPERAWATAN

Jurnal Penelitian Disiplin Ilmu Keperawatan
https://jurnal.karyakesehatan.ac.id/JK
Volume 9 | Nomor 01 | November |2025
p-ISSN: 2407-4810 | e-ISSN: 2686-2093

Efektifitas Posisi Head Up 30° Pada Pasien Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Post Kraniotomi Tumor Otak Di NCCU RSJPDO OYK

Andi Umi Kalsum [1], Muhammad Syawal [2]

Corespondensi Author
Profesi Ners, Stikes Karya Kesehatan
Jl. Dr. Sutomo BTN Griya Permata Lampareng
Email:a.umikalsum@gmail.com

Keywords :
Kata Kunci: Head Up 30^0; Perawat; Asuhan Keperawatan; Tumor Otak

Abstrak. Berdasarkan data dari *The Global Cancer Observatory* (2020), tercatat ada kasus baru tumor otak dari keseluruhan kanker di seluruh dunia sebesar 296.851 (1,6%) dengan angka kematian sebesar 241.037 (2,5%). Salah satu pengobatan tumor otak dengan pembedahan yaitu kraniotomi merujuk pada suatu tindakan operasi umum di bidang bedah saraf. Pengaturan posisi kepala merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat digunakan pada masalah keperawatan nyeri kepala pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial post kraniotomi ekstirpasi tumor otak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah asuhan keperawatan dengan pemberian *head up* 30^0 efektif untuk mengatasi penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Metode penelitian menggunakan mendekatan asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa asuhan keperawatan pemberian *head up* 30^0 dapat menurun kan nyeri kepala pada pasien NY. W 35 tahun yang menandakan adanya peningkatkan kapasitas adaptif intrakranial.

Absctract. *Based on data from The Global Cancer Observatory (2020), there were 296,851 new cases of brain tumors (1.6%) from all cancers worldwide with a mortality rate of 241,037 (2.5%). One of the treatments for brain tumors is surgical namely craniotomy, refers to a general surgical procedure in the field of neurosurgery. Head positioning is one of the nursing interventions that can be used in the nursing problem of headaches in patients with decreased intracranial adaptive capacity after craniotomy brain tumor extirpation. This study aims to determine whether nursing care with the provision of head up 30^0 is effective in overcoming decreased intracranial adaptive capacity. The research method uses a nursing care approach. The results of this study can be seen that nursing care providing head up 30^0 can reduce headaches in patient Ms. W 35 years old which indicates an increase in intracranial adaptive capacity.*

Pendahuluan

Berdasarkan data dari *The Global Cancer Observatory* (2020), tercatat ada kasus baru tumor otak dari keseluruhan kanker di seluruh dunia sebesar 296.851 (1,6%) dengan angka kematian sebesar 241.037 (2,5%). Angka kejadian dan kematian akibat tumor otak dan kanker otak mengalami peningkatan pada tahun 2020 dengan insiden sebesar 308.102 kasus dengan jumlah kematian sebesar 251.329 kasus, sementara di Kawasan Asia kasus baru tumor otak sebesar 166.925 (1,8%) dengan angka kematian

sebesar 137.646 (2,4%), sedangkan di Indonesia kasus baru tumor otak sebesar 5.964 (2,3%) dengan angka kematian sebesar 5.298 (2%).[1] Berdasarkan data Riskesdas (2019), tercatat kasus tumor otak atau kanker otak di Sulawesi Tenggara sebanyak 3.693 kasus, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun (4,7%).[2] Sementara di RSJPDO Oputa Yi Koo dalam rangka pemanfaatan teknologi kesehatan mikroskop *neurosurgery* pertama di Sulawesi Tenggara, maka dilakukan pembedahan kranitomi tumor otak pada pasien Ny. W umur 35 Tahun dengan Tumor Otak.

Salah satu pengobatan tumor otak dengan pembedahan yaitu kraniotomi merujuk pada suatu tindakan operasi umum di bidang bedah saraf, di mana dilakukan pembuatan lubang yang cukup besar pada tempurung kepala atau tengkorak untuk mencapai akses ke dalam tengkorak. Istilah "kraniotomi" berasal dari area spesifik tempurung kepala atau *cranium* yang dibuka, dapat dilakukan di bagian intratentorial atau supratentorial, bahkan kombinasi keduanya.[3] Kranitomi dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti adanya peningkatan intracranial (TIK), adanya perdarahan hingga dapat menimbulkan kematian. Maka masalah keperawatan yang dapat timbul yaitu penurunan kapasitas adaptif intracranial, pola napas tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko perfusi serebral tidak efektif.[4]

Salah satu intervensi pada penurunan kapasitas adaptif intrakranial yaitu dengan manejemen peningkatan tekanan intrakranial, terapi non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu melakukan elevasi kepala 30 derajat. Posisi elevasi kepala setinggi 30 derajat yaitu memposisikan kepala pada ketinggian sekitar 30 derajat di atas permukaan tempat tidur, dengan tubuh berada dalam posisi sejajar dan posisi kaki lurus atau tidak dibengkokkan.[5] Posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung memudahkan proses aliran darah balik vena dari otak ke jantung, sehingga menurunkan tekanan intrakranial dan sirkulasi darah di kepala terpenuhi secara adekuat. Elevasi kepala juga dapat meningkatkan pasokan oksigen ke otak. Hal ini akan membuat tubuh menjadi relaksasi dan perhatian tidak berfokus pada rasa nyeri yang dialami. Sehingga tercipta perasaan nyaman yang mempengaruhi pada penurunan intensitas nyeri.[5]

Oleh karena itu peneliti bertujuan ingin melihat apakah ada pengaruh elevasi kepala 30 derajat terhadap penurunan tekanan intrakranial dengan menggunakan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial post *craniotomy* ekstirpasi tumor otak.

Metode

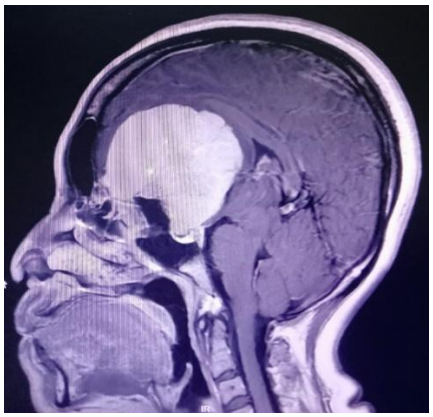
Metode penelitian yang digunakan adalah *case study* (studi kasus).[6] Penelitian studi kasus dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2025 di Ruang Nuro Critical Care Unit NCCU Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Oputa Yi Koo. Sampel pada studi kasus ini yaitu satu orang pasien wanita berusia 35 tahun dengan diagnosa Tumor Otak *post* kraniotomi yang mengalami sakit kepala. Pasien dan keluarga sudah memberikan persetujuan dan sudah mengisi lembar *informed consent* untuk dijadikan responden dalam penelitian ini.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu dengan pengkajian melalui wawancara kepada klien dan keluarga untuk mengkaji riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik pada pasien untuk mengkaji kondisi kesehatan pasien saat ini, dan dilengkapi dengan hasil pemeriksaan penunjang dan data rekam medis yang dilakukan selama pasien dirawat di RSJPDO Oputa Yi Koo.[7]

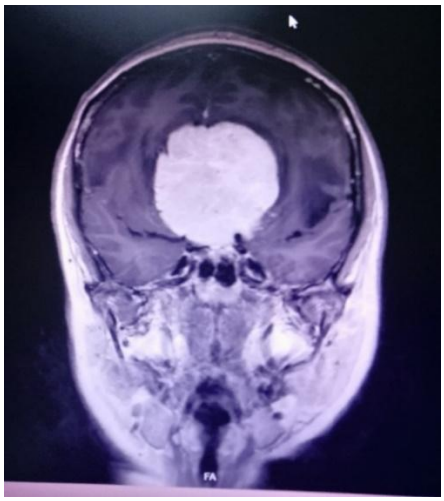
Hasil Dan Pembahasan

Pada pengkajian yang didapatkan dari kasus nyata bersumber dari pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik dan observasi langsung pada pasien. Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. “W” berumur 35 tahun, masuk rumah sakit pada tanggal 28 Juni 2025 dengan keluhan nyeri kepala yang dirasakan sejak 2 Bulan yang

lalu, setelah dilakukan pemeriksaan pasien didiagnosa tumor otak yang didukung oleh pemeriksaan CT-Scan kepala.[8]



Gambaran MRI Kepala Lateral
Sumber : Data Primer 2025



Gambaran MRI Kepala Anterior
Sumber : Data Primer 2025

Pada tanggal 29 Juni 2025 pasien dilakukan tindakan operasi *craniotomy* dan dipindahkan ke ruangan *Neuro Critical Care Unit (NCCU)* Pasien masuk di ruang NCCU dari ruang Operasi pada pukul 16.00 WITA setelah dilakukan operasi kraniotomi Ekstirpasi Tumor Otak. Pasien masih terpasang ETT dan bantuan pernafasan ventilator dengan keasadaran samnolen GCS E3 VETT M5. Pada pukul 23.00 WITA pasien sadar penuh, persiapan pelepasan ventilator setelah pernafasan spontan. Pada pukul 23.30 ventilator telah dilepas, digantikan dengan NRM 10 LPM dengan TTV TD: 113/60 mmHg, N: 146x/m, P:18x/m, S: 36,5^{0}C. Pasien mengeluh sakit kepala dan tampak gelisah. Pada Tanggal 30 Juli pukul 03.00 Pasien sangat gelisah, mengeluh sakit kepala hebat seperti tertekan, merasa panas diseluruh badan seperti terbakar, dan sangat khawatir dengan kondisinya.

Hasil pengumpulan data kemudian dianalisis untuk menentukan diagnosa keperawatan. Menurut Shehaan dan Lunsford, (2021) ada 6 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakan pada kasus tumor otak yaitu penurunan kapasitas adaptif, pola napas tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko nutrisi dan risiko perfusi serebral tidak efektif.[9] Namun dalam kasus ini diagnosa yang muncul yaitu Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial,Nyeri Akut, Gangguan rasa nyaman dan Ansietas. Hal ini dapat terjadi karena pada pengkajian pasien tidak menunjukan data-data yang menunjang untuk diangkatnya diagnosa tersebut, maka penulis hanya mengangkat diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kebutuhan pasien.

Diagnosa keperawatan utama dalam kasus ini adalah Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial yang diangkat menjadi acuan untuk menentukan rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari tujuan asuhan keperawatan dan intervensi keperawatan. Intervensi utama yang diberikan adalah Pemberian *Head Up 30^0* Kemudian dilakukannya implementasi keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang sudah disusun dan didukung oleh *Evidence Based Practice* (EBP).[10]

Implementasi diagnosa pertama : penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral (pascaoperasi).

1) Pemantauan neurologis
   a) Monitor keluhan sakit kepala : Hasil Pasien mngeluh sakit kepala hebat pada pukul 24.00 WITA.
   b) Monitor MAP, Hasil : MAP dalam rentang Normal
   c) Monitor MAP (mean arterial pressure)

(LIHAT: Kalkulator MAP) Hasil :(2 x Tekanan Diastolik + Tekanan Darah Sistolik)/3 = (2x61 + 110) / 3 = 77.33 (rentang normal MAP 70-100)

d) Monitor status pernapasan, Hasil : extube ventilator pukul 24.00 WITA, pernafasan spontan di bantu dengan NRM 10 lpm untuk optimalkan perfusi jaringan otak.

2) Manajemen peningkatan tekanan intracranial
   a) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) hasilnya : Pasien masuk di ruang NCCU pada pukul 16.00 dengan GCS E:3 V:ETT M:5, TTV TD: 113/60 mmHg, N: 140/m, S:36.5^{0}C, P:18x/m. Pasien diberikan posisi *head up* 30^0 posisi kepala netral, Hasilnya:Pasien sadar penuh pada pukul 23.00 WITA, extube pada pukul 24.00 WITA. Pasien mengeluh nyeri kepala hebat, kemudian kolaborasi pemberian *analgetic* PCT infus 1 gr/IV.
   b) Meminimalkan stimulus, Hasil: pencahayaan lampu di atur <250 lux, tidak ada pembesuk.
   c) Pertahankan suhu tubuh normal, Hasil: 36,5^{0}C
   d) Hindari valsava manuver, Hasil : tidak ada batuk, tidak ada bersin dan tidak ada keinginan untuk mengejan.

Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan. Kemudian dilakukan evaluasi sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan untuk melihat adanya pengaruh dari intervensi yang telah diberikan.

Hari Pertama : Posisi *head up* 30^0 membantu perfusi jaringan intrakranial membaik, terbukti dengan adanya peningkatan GCS pada saat awal masuk E3 VETT M5 setelah menjalani perawatan selama 8 jam GCS E4 V5 M6.

Hari Kedua : Posisi *head up* 30^0 tetap di pertahankan, keasadaran pasien meningkat GCS E4 V5 M6, namum pasien mengeluh nyeri kepala hebat seperti tertekan dan pasien tampak gelisah. Reaksi pupil 3+/3+ (lambat).

Hari Ketiga: Pasien mengatakan nyaman dengan posisi tersebut dan merasa pusing bisa kepalanya lebih rendah dari posisi tersebut. GCS Pasien bertahan E4 V5 M6. Pasien mulai belajar miring kanan dan kiri dengan posisi kepala tetap *head up* 30^0, karena kesadaran pasien stabil dan dan tidak ada tanda-tanda PTIK maka pasien dipersiapkan untuk pindah keruangan rawat inap.

Kesimpulan Dan Saran

Pada dasarnya penerapan *head Up* 30^0 pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial post *craniotomy* ekstirpasi tumor otak dapat membantu meningkatkan kapasitas adaptif pasien.

Dengan disusunnya dokumentasi asuhan keperawatan pemberian *head up* 30^{0}pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial *post craniotomy* ekstirpasi Tumor Otak sebagai karya ilmiah akhir Ners diharapkan dapat memberikan masukan terutama bagi Rumah Sakit, Bagi Profesi Keperawatan, Bagi Institusi Keperawatan.

Daftar Rujukan

1. The Global Cancer Observatory. (2020). *Cancer incident in Indonesia*. *International agency for research on Cancer*, 858, 1-2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/
2. Riskesdas. (2019). *Laporan provinsi Sulawesi Tenggara*. BALITBANGKES. https://layanandata.kemkes.go.id/katalog-data/rifaskes/ketersediaan-data/rifaskes-2019
3. Pratama, R., Laksono, B., & Fatoni, A. (2020). Manajemen Nyeri akut Pasca-Kraniotomi. *Journal of Anaesthesia and Pain*, Vol 1(3). https://doi.org/10.21776/ub.jap.2020.001.03.04
4. Shehaan, J. P., & L, D. L (2021). *Intracranial stereotactic radiosurgery*. CRC Press.
5. Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. Jurnal Ilmu 56 Keperawatan Dan Kebidanan, 10(2), 417. https://doi.org/10.26751/jikk.v10i2.699.

6. Yin, Robert. K. (2018). Case Study Research and Applications Design and Methods (Sixth Editions). Singapore: SAGE Publications, Inc
7. Sugiyono. 2018. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatig, dan R&D, penerbit Alfabeta,Bandung
8. Yueniwati. (2017). *Pencitraan pada Tumor Otak (Modalitas dan Interpretasinya)*. UB Press.
9. Shehaan, J. P., & L, D. L (2021). *Intracranial stereotactic radiosurgery*. CRC Press.
10. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standat Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan eperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.