

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan kritis pada Ny. T, perempuan usia 43 tahun dengan kondisi pascaoperasi kraniotomi dan pengangkatan tumor serebri suspek meningioma regio frontotemporal sinistra yang dirawat di Ruang ICU Tulip 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang selama enam hari, yaitu tanggal 6–11 April 2026, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian dilakukan secara sistematis melalui pendekatan pengkajian primer ABCDE dan pengkajian sekunder. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien berada dalam kondisi kritis pascaoperasi dengan jalan napas artifisial, sekret banyak, refleks batuk lemah, serta ketergantungan terhadap ventilasi mekanik mode PC-BIPAP akibat kondisi penurunan kesadaran dan pengaruh sedasi. Pada sistem sirkulasi, pasien masih membutuhkan dukungan vasopresor norepinefrin, disertai bradikardia dan pelebaran tekanan nadi yang perlu diwaspadai sebagai tanda perubahan dinamika intrakranial. Pada sistem neurologis, pasien dalam kondisi tidak sadar pascaoperasi, dengan pupil isokor dan refleks cahaya positif. Nyeri dinilai menggunakan Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) karena pasien tidak mampu melaporkan nyeri secara verbal. Selain itu,

ditemukan hipokalemia dengan kadar kalium 3,1 mmol/L yang menjadi masalah kolaboratif dalam pemberian asuhan keperawatan.

2. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada Ny. T berdasarkan SDKI adalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan disfungsi neuromuskular, Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan depresi pusat napas akibat efek agen sedasi, Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang, edema serebral, dan hidrosefalus, serta Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur kraniotomi dan pemasangan VP shunt. Adapun hipokalemia dikelola sebagai masalah kolaboratif karena penanganannya memerlukan kolaborasi medis dalam pemberian terapi koreksi elektrolit.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan SIKI meliputi manajemen jalan napas, dukungan ventilasi, manajemen peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan neurologis, manajemen nyeri, pemberian analgesik, serta terapi pijat sebagai intervensi nonfarmakologis. Selain itu, dilakukan pula intervensi kolaboratif berupa pemantauan elektrolit, balance cairan, dan pemberian koreksi kalium sesuai instruksi medis.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama enam hari sesuai dengan rencana intervensi dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Implementasi pada masalah bersihan jalan napas dilakukan melalui tindakan suction secara aseptik, hiperoksigenasi, oral hygiene,

pengaturan posisi head up, dan pemantauan sekret. Pada masalah gangguan ventilasi spontan dilakukan pemantauan status respirasi, pengaturan ventilator, serta weaning bertahap hingga pasien dapat diekstubasi pada hari ketiga. Pada masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial dilakukan pemantauan tingkat kesadaran, pupil, tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, posisi kepala netral head up 15–30°, minimalisasi stimulus, serta kolaborasi pemberian sedasi, analgesik, dan deksametason. Pada masalah nyeri akut dilakukan pemantauan nyeri menggunakan CPOT, pemberian analgesik sesuai instruksi, serta penerapan terapi *foot massage* selama 10 menit setiap hari sebagai upaya nonfarmakologis untuk meningkatkan relaksasi, kenyamanan, dan membantu menurunkan respons nyeri. Evaluasi nyeri dilakukan 30 menit setelah tindakan.

5. Evaluasi keperawatan selama enam hari menunjukkan adanya perbaikan pada seluruh masalah keperawatan. Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, ditandai dengan sekret berkurang, batuk efektif mulai muncul, dan kebutuhan oksigen menurun hingga pasien menggunakan nasal kanul 2 L/menit dengan SpO₂ 96–98%. Gangguan ventilasi spontan teratasi sebagian, ditandai dengan pasien mampu bernapas spontan setelah ekstubasi dan hasil analisis gas darah menunjukkan kondisi yang adekuat. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian dan menunjukkan perbaikan, ditandai dengan peningkatan kesadaran hingga compos mentis kooperatif, pupil

isokor reaktif, hemodinamik lebih stabil, serta tidak ditemukan tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti trias Cushing. Nyeri akut teratasi sebagian dan terkendali, ditandai dengan penurunan skor CPOT pada fase tersedasi setelah pemberian analgesik dan *foot massage*, serta keluhan nyeri ringan saat pasien mulai sadar. Masalah kolaboratif hipokalemia juga menunjukkan perbaikan dengan peningkatan kadar kalium dari 3,1 mmol/L menjadi 3,9 mmol/L tanpa komplikasi aritmia.

6. Secara khusus, status oksigenasi pasien menunjukkan perbaikan progresif sepanjang enam hari perawatan: dimulai dari ketergantungan penuh terhadap ventilator mekanik mode PC-BIPAP dengan FiO_2 40% pada hari pertama, beralih ke non-rebreathing mask (NRM) 10–12 L/menit pascaekstubasi pada hari ketiga, hingga akhirnya hanya memerlukan nasal kanul 2 L/menit dengan SpO_2 98–99% pada hari keenam. Tren penurunan kebutuhan suplementasi oksigen ini secara konsisten disertai nilai analisis gas darah yang tetap adekuat, sehingga dapat disimpulkan bahwa fungsi oksigenasi dan pertukaran gas pasien mengalami pemulihan yang baik selama periode implementasi asuhan.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman dan keterbatasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan kritis pada Ny. T, disampaikan beberapa saran berikut.

1. Bagi Perawat Klinis di Ruang ICU

Perawat klinis diharapkan melaksanakan pengkajian primer ABCDE secara sistematis dan berkala, disertai pemantauan neurologis meliputi GCS, respons pupil, dan tanda peningkatan TIK minimal setiap satu hingga dua jam pada hari-hari awal pascaoperasi kraniotomi. Penerapan bundle pencegahan VAP secara konsisten dan pemantauan elektrolit berkala perlu diintegrasikan sebagai bagian dari asuhan keperawatan rutin pada pasien dengan ventilasi mekanik.

Pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi verbal, penilaian nyeri menggunakan CPOT dianjurkan dilakukan minimal setiap empat jam dan sebelum-sesudah prosedur yang menimbulkan nyeri, dengan skor ≥ 2 sebagai ambang batas intervensi. Berdasarkan hasil penelitian Momeni et al. (2020), *foot massage* dengan teknik Swedish massage pada kedua tungkai selama 10 menit (5 menit per tungkai) sekali sehari selama enam hari berturut-turut terbukti aman dan dapat ditoleransi oleh pasien ICU tanpa efek samping yang merugikan, sehingga dapat diintegrasikan sebagai intervensi nonfarmakologis pendukung dalam asuhan keperawatan kritis. Pencatatan parameter hemodinamik sebelum dan sesudah tindakan perlu dilakukan secara terstruktur untuk menilai respons pasien secara objektif.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Rumah sakit, khususnya RSUP Dr. M. Djamil Padang, diharapkan mendukung pengembangan standar prosedur operasional (SPO) yang komprehensif untuk penatalaksanaan pasien pascaoperasi kraniotomi di ICU, mencakup protokol pemantauan neurologis, manajemen ventilasi mekanik dan weaning, pencegahan VAP, manajemen elektrolit, serta integrasi terapi nonfarmakologis berbasis bukti. Selain itu, institusi diharapkan menambahkan kolom penilaian nyeri menggunakan instrumen CPOT pada flowsheet pemantauan pasien ICU yang sudah berjalan, sehingga dokumentasi nyeri pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi verbal termasuk pasien pascakraniotomi dengan ETT dan sedasi dapat dilakukan secara terstruktur, konsisten, dan terstandar di seluruh shift dinas. Ketersediaan fasilitas pemantauan yang memadai monitor hemodinamik invasif, peralatan suction yang adekuat, dan akses pemeriksaan laboratorium elektrolit yang cepat tetap merupakan prasyarat penting bagi asuhan kritis yang optimal.

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Institusi pendidikan diharapkan lebih menekankan penerapan proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI dalam pembelajaran klinis, sehingga mahasiswa kompeten menyusun asuhan yang sistematis dan berstandar nasional. Pengembangan modul

berbasis kasus nyata, termasuk kasus pascaoperasi kraniotomi, dapat meningkatkan kesiapan mahasiswa menghadapi setting ICU.

Institusi pendidikan juga diharapkan mendorong eksplorasi intervensi nonfarmakologis berbasis bukti seperti *foot massage*, manajemen nyeri nonfarmakologis, dan teknik relaksasi sebagai bagian praktik keperawatan holistik. Penelitian dengan desain yang lebih ketat, seperti uji klinis acak terkontrol dengan pengendalian waktu pelaksanaan dan variabel perancu, sangat dibutuhkan untuk memperkuat dasar bukti efektivitas intervensi nonfarmakologis pada pasien kritis.

