

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bedah kraniotomi merupakan pembedahan dengan pembuatan lubang di cranium untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial. Kraniotomi berpengaruh pada anatomi tubuh bagian kulit, periosteum, tulang, dura mater, arachnoid mater, pia mater, subdural, dan cairan serebrospinal (A'la et al., 2019). Tindakan kraniotomi merupakan pembukaan tengkorak melalui operasi yang bertujuan untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial. Terdapat dua pendekatan yang digunakan yaitu kraniotomi supratentorial dan fossa posterior. Kraniotomi supratentorial di atas tentorium ke dalam kompartemen supratentorial dan fossa posterior. Kraniotomi merupakan suatu tindakan operasi yang dilakukan dengan cara membuka sebagian tulang tengkorak (cranium) untuk mengetahui dan memperbaiki kerusakan yang terjadi pada otak (Boufakar, 2023).

Kraniotomi dapat dilakukan dengan dua indikasi yaitu adanya trauma kepala dan non trauma kepala. Penyebab trauma kepala terbanyak yang dilakukan tindakan kraniotomi yaitu perdarahan otak dan trauma otak. Sementara itu, penyebab non trauma terbanyak yang dilakukan tindakan kraniotomi yaitu tumor atau keganasan pada otak, aneurisma serebral, dan hidrosefalus. Meskipun jumlah total kraniotomi yang dilakukan setiap tahun di Amerika Serikat sulit untuk diperkirakan, di tahun 2018 perkiraan jumlah prosedur kraniotomi yang dilakukan setiap tahun di Amerika Serikat adalah sebagai berikut kraniotomi untuk tumor (70.849), kraniotomi untuk operasi vaskuler (2237) dan kraniotomi untuk tujuan lain (56.405) (Vacas & Van De Wiele, 2019).

Pada kasus kraniotomi dengan masalah epidural hematoma disebabkan oleh trauma/cidera kepala, dimana kejadian kraniotomi sebesar 1-5 % dari seluruh pasien cidera kepala (Fadly & Siwi, 2022). Berdasarkan Depkes RI (2018) insiden cedera kepala di Indonesia mencapai 11,9% dari 92.976 total kasus cedera yang berarti terjadi 11.064 kasus cedera kepala dengan kelompok populasi tertinggi adalah anak-anak kelompok umur 1-4 tahun. Sedangkan di provinsi Lampung insiden cedera kepala mencapai angka 12,12% dari 2.566 total kasus cedera yaitu 311 kasus.

Pasien post kraniotomi akan mengalami penurunan kesadaran dan gangguan mobilisasi untuk sementara waktu. Pasien dengan kondisi bedrest dapat terjadi penurunan kekuatan otot sehingga dapat mempengaruhi otot pernapasan (Asmadi, 2019). Untuk mencegah kelemahan otot atau penurunan kekuatan otot, perawat dapat memberikan program rehabilitasi fisik. Rehabilitasi fisik terdiri dari mobilisasi dini, latihan berjalan dengan alat bantu, latihan ambulasi, dan latihan Range of Motion (ROM).

Mobilisasi segera pasca-operasi diakui sebagai elemen penting yang mempercepat proses pemulihan dan menekan risiko komplikasi pascaoperasi. Latihan ringan di tempat tidur dan berjalan kaki di tahap awal pemulihan membawa berbagai keuntungan, seperti pemulihan luka yang lebih cepat dan reduksi risiko infeksi serta trombosis vena. Walaupun demikian, mobilisasi yang terlalu awal perlu dihindari karena bisa menghambat penyembuhan luka. Sebaliknya, mobilisasi yang teratur dan bertingkat, disertai latihan yang tepat, sangat dianjurkan untuk mendukung penyembuhan yang efisien (Garrison, 2014).

Studi sebelumnya menunjukkan bahwa mobilisasi dini dapat berpengaruh pada penyembuhan luka. Mustikarani et al. (2019) menemukan dalam penelitiannya bahwa pasien yang melakukan mobilisasi 3 dini cenderung memiliki durasi rawat inap yang lebih singkat dan kesembuhan luka yang lebih cepat dibandingkan dengan mereka yang tidak melakukan mobilisasi dini.

Lebih jauh lagi, mobilisasi dini bertujuan tidak hanya untuk mengurangi nyeri dan mempercepat pemulihan tetapi juga untuk mencapai tujuan yang lebih luas dalam konteks perawatan pasca bedah. termasuk mengurangi risiko komplikasi pascaoperasi, meminimalkan nyeri, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi tubuh pasien ke kondisi optimal sebelum operasi, mempertahankan konsep diri, dan mempersiapkan pasien untuk pulang. Pentingnya mobilisasi awal dalam proses pemulihan ini menjadi fokus sejak pasien berada di ruang pemulihran pasca-operasi (Smeltzer & Bare, 2010).

Ketidakaktifan atau kekurangan mobilisasi setelah operasi dapat menyebabkan berbagai masalah pada fungsi tubuh. Salah satu dampak negatif dari ketidakaktifan adalah penghambatan aliran darah, yang dapat meningkatkan nyeri di area luka operasi, memperpanjang proses penyembuhan luka, dan memperpanjang durasi perawatan di rumah sakit. Dengan demikian, pentingnya

mobilisasi awal dan teratur menjadi kunci untuk meminimalkan waktu pemulihan (Priharjo, 2010).

Kurangnya motivasi tentang pentingnya mobilisasi dini pada pasien pasca operasi dapat menyebabkan pasien enggan atau tidak mampu melaksanakan latihan mobilisasi yang diperlukan (Tarmisih dan Hartini, 4 2024). Banyak pasien mungkin tidak menyadari bahwa aktivitas fisik yang terbatas dapat menghambat proses penyembuhan mereka. Oleh karena itu, intervensi mobilisasi dini sangat penting untuk meningkatkan partisipasi pasien dalam proses pemulihan mereka dan mengurangi risiko komplikasi pasca operasi.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan analisis dengan judul “Analisis Tingkat Kemampuan Mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi dengan intervensi mobilisasi dini di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada analisis ini adalah “Bagaimakah Tingkat Kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi dengan intervensi mobilisasi dini di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum karya ilmiah ini untuk menganalisis Tingkat Kemampuan Mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi dengan intervensi mobilisasi dini.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor penyebab penurunan kemampuan mobilisasi.
- b. Menganalisis tingkat penurunan kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi.
- c. Menganalisis intervensi mobilisasi dini terhadap tingkat kemampuan mobilisasi .

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Setelah dilakukan studi kasus diharapkan dapat menambah wawasan, pemahaman dan pengalaman mengenai proses dalam melakukan asuhan keperawatan perioperatif, khususnya mengenai analisa Tingkat Kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi dengan intervensi mobilisasi dini, sehingga dapat digunakan sebagai data dalam menerapkan intervensi mandiri Mobilisasi Dini.

2. Manfaat Praktik

a. Bagi Perawat

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan untuk menerapkan Ilmu keperawatan khususnya pada keperawatan perioperatif.

b. Bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat bermanfaat dalam mengatasi pasien post operasi kraniotomi dengan intervensi mobilisasi dini di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025.

c. Bagi Institusi

Pendidikan Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan dan bermanfaat sebagai acuan untuk dapat meningkatkan keilmuan mahasiswa Profesi Ners dan riset keperawatan tentang tingkat kemampuan mobilisasi pada pasien post operasi kraniotomi dengan pemberian intervensi mobilisasi dini di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup karya ilmiah ini adalah keperawatan bedah-perioperatif yang berupa asuhan keperawatan. Dimana dalam asuhan keperawatan ini berfokus pada perawatan pasien setelah dilakukan tindakan operasi (post operasi) kraniotomi. Subjek dari asuhan ini adalah pasien post operasi kraniotomi yang mengalami masalah penurunan tingkat kemampuan mobilisasi. Waktu perawatan yaitu selama empat hari yang dilaksanakan di RS Urip Sumoharjo Provinsi Lampung Tahun 2025.