

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab III penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan pre operasi tumor otak diruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 10 Juli sampai 15 Juli 2000.

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data (anmanesa mulai tanggal 10 juli 2000)

a. Identitas

Nama Ny. S, umur 38 tahun, agama islam, jenis kelamin perempuan, pendidikan sarjana, pekerjaan pegawai negeri sipil, alamat Sidomoro selatan IV/04, tanggal masuk rumah sakit (MRS) 22 Juni 2000, diagnosa tumor otak, nomer register 420517.

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan 20 hari yang lalu kepala terasa pusing secara terus menerus,terasa bertambah berat terutama dibelakang bagian kepala dan terasa lebih berat bila dibuat membungkuk. Sejak 6 bulan yang lalu pandangan mata mulai kabur,dan sekarang semakin parah. Sejak 5 bulan yang lalu telinga terasa mendengung terutama pada telinga kiri,serta wajah kiri terasa tebal dan klien mual-mual. Hingga akhirnya klien memeriksakannya ke RSUD Dr Soetomo Surabaya dan didiagnosa tumor otak.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan lalu

Klien kurang lebih tujuh tahun yang lalu pernah menderita penyakit hipertensi, klien jarang mengontrol penyakitnya dan klien tidak teratur minum obat. Klien tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak pernah operasi dan baru pertama kali masuk rumah sakit (MRS), klien tidak pernah menderita penyakit tumor di organ lain dalam tubuhnya.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dari anggota keluarganya baik bapak, ibu, dan anggota keluarga yang lainnya tidak ada yang pernah/ sedang menderita penyakit seperti yang dideritanya.

3) Riwayat psikososial

Klien mengatakan sangat cemas dan sedih karena penyakitnya dan pandangan yang kabur, klien merasa takut penyakitnya tidak bisa disembuhkan, klien selalu bertanya mungkinkah penyakitnya dapat disembuhkan, hubungan klien baik dengan keluarga maupun masyarakat luar tetap baik dan tidak ada masalah, begitu juga hubungan dengan pasien lainnya cukup baik.

d. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Sebelum MRS klien adalah seorang guru, mengajar di sebuah Sekolah Menengah Atas Negeri di daerahnya mulai jam 07.00 sampai dengan jam 12.00 siang. Klien selalu

memperhatikan kebersihan tubuhnya dan kesehatannya, klien mandi 3 kali sehari pakai air sumur dan sabun mandi, menggosok gigi 2 kali sehari, keramas 3 kali dalam seminggu. Jika klien sakit selalu berobat ke pelayanan kesehatan yang ada, klien tidak pernah merokok, minum alcohol ataupun obat-obatan terlarang, klien jarang melakukan olah raga.

Dirumah sakit klien tetap menjaga kebersihan tubuhnya, mandi 2 kali sehari dengan mandi seko air hangat, dan menyikat gigi setiap kali mandi, serta ganti baju setiap hari, dengan dibantu perawat dan keluarganya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Dirumah klien makan 3 kali sehari secara teratur dengan porsi sedang, klien suka makanan apa saja terutama buah, dan minum 2 liter perhari, dengan air putih, kadang minum es dan susu, dan tidak ada gangguan dalam makan dan minum.

Setelah MRS, klien sering mual-mual, makan 3 kali perhari, menu makan nasi putih, sayuran, lauk pauk, ikan juga ditambah buah-buahan, klien mendapat diet TKTP, klien makan dengan disuapi keluarganya, porsi makan habis, klien minum susu dan air putih 7 gelas dalam sehari.

3) Pola aktifitas

Sebelum masuk rumah sakit klien sehari-hari sebagai guru, bekerja sebagai guru mulai jam 07.00 sampai 12 siang, bila ada waktu senggang dibuat untuk istirahat tidur, nonton tv, baca koran, dan ngobrol dengan anak dan suaminya, setiap minggunya klien berangkat rekreasi bersama suami dan kedua anaknya ke tempat rekreasi yang disukai, dalam kesehariannya klien mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan dan tidak ada gangguan

Sesudah MRS klien dalam melakukan aktifitas dengan bantuan, karena kondisi klien yang lemah, nyeri kepala yang terus menerus dan harus bedres selain itu juga pandangan klien yang kabur, klien hanya bisa miring kanan dan kiri, dalam melakukan aktifitas klien dibantu petugas dan keluarga.

4) Pola eliminasi

Dirumah klien buang air besar (b.a.b) satu kali sehari, biasanya pagi hari dan terkadang sore hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning dan buang air kecil (b.a.k) 4-5 kali dalam sehari, warna kuning jernih, bau khas, b.a.b/b.a.k lancar, tidak ada gangguan maupun maupun kelainan.

Selama di rumah sakit klien sejak MRS, frekuensi b.a.b lebih jarang, klien b.a.b 2 kali dalam seminggu dan b.a.k 3 kali dalam sehari, dengan menggunakan pispot ditempat tidur, dalam b.a.b dan b.a.k tidak ada gangguan yang berarti.

5) Pola tidur dan istirahat.

Sebelum MRS klien biasa tidur jam 21.30 dan bangun jam 04.30 BBWI, klien tidak pernah tidur siang. Klien tidur ditemani suaminya dengan suasana yang temaram, memakai bantal dan guling. Klien tidak pernah memakai obat-obatan untuk tidur, klien tidur dengan nyaman tidak ada gangguan.

Selama dirumah sakit, klien bisa tidur tetapi tidurnya malam, sekitar jam 22.30 dan bangun jam 04.00 BBWI, Selain karena udaranya yang panas, klien juga merasa khawatir terhadap penyakitnya, sehingga klien sering terbangun bila tidur, Klien tidur memakai bantal dengan didampingi oleh suami/ keluarganya.

6) Pola persepsi dan kognitif

Dari kelima panca indra klien, daya penglihatan mengalami penurunan visus yaitu pada mata kiri (1/300) dan pada daya pendengaran pada telinga kiri terdapat penurunan pendengaran , sedang pada panca indra yang lainnya tidak ada gangguan.

Proses berfikir klien lancar, isi pikiran logis dan mudah dimengerti, daya ingat dan daya nilai baik, tidak ada gangguan. klien cukup memahami tentang penyakitnya, karena klien sering menanyakan tentang penyakitnya pada perawat dan dokter, juga sering membaca pada buku.

7) Pola persepsi dan Konsep diri

a) Body Image

Klien murung gelisah dan khawatir serta pandangan sayu pada waktu mengungkapkan perasaan tentang kesehatannya dan tentang perubahan fungsi dan struktur tubuhnya.

b) Identitas Diri

Klien berjenis kelamin perempuan dan berkerja sebagai seorang guru sekolah dasar, orientasi pada orang, waktu dan tempat baik.

c) Self Ideal (Ideal diri)

Klien merasa takut penyakitnya sulit untuk bisa disembuhkan dengan segera.

d) Self Esteem (Harga diri)

Tidak ada perasaan malu pada dirinya. penderita juga mau menerima saran-saran tentang dirinya yang harus berbuat sesuai dengan kelemahannya yang dialami saat ini. Klien juga menunjukkan kontak mata bila diajak berbicara dengan penderita lain.

e) Role (Peran)

Peran klien dirumah sebagai pencari nafkah tambahan karena klien juga berkerja untuk mencukupi kebutuhan keluarga.

8) Pola hubungan dan peran

Dirumah hubungan klien suami, keluarga maupun dengan orang lain harmonis dan baik, klien berperan sebagai ibu dari tiga anaknya dengan baik dan sebagai pengajar untuk muridnya.

Di rumah sakit hubungan klien dengan keluarga tetap baik dan harmonis ditandai dengan banyaknya tetangga, rekan dan muridnya yang menjenguknya, juga keluarga yang selalu menunggunya.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien adalah seorang perempuan yang berumur 38 tahun, sudah menikah, dan mempunyai 2 orang anak yang satu laki dan yang satu perempuan. Klien masih menarche teratur setiap bulan, klien ikut KB suntik secara teratur. Sebelum sakit klien dapat memenuhi kebutuhan seksual dengan suaminya dan tidak ada gangguan.

Setelah masuk rumah sakit klien menyadari bahwa kegiatan seksual harus dihindari karena kondisi dan situasi yang tidak memungkinkan. Dan tidak ada penurunan / gangguan fungsi seksualnya.

10) Pola penanggulangan stress

Sebelum MRS bila ada masalah klien selalu memusyawarahkan dan memecahkan masalah dengan suami dan keluarga bila perlu.

Sesudah MRS bila ada masalah klien selalu mendiskusikan dengan suaminya, bila ada masalah yang tidak dimengerti klien selalu menanyakan pada perawat atau dokter.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien beragama islam dan taat menjalankan ibadah sholat lima waktu tiap hari. Selama dirumah sakit klien tidak dapat melakukan ibadah sholat lima waktu karena keadaan yang lemah. Klien selalu memohon kesembuhan penyakitnya kepada Allah SWT.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan klien lemah, pre operasi, kesadaran kompos mentis, GCS 4-5-6, Komunikasi lancar, proses berpikir baik, klien berbaring lemah ditempat tidur, dengan tekanan darah, 140/90 mmHg, nadi 112 X/ menit, suhu 37,5 C, respiratory rate 20 X/menit, berat badan 62 kg, tinggi badan 150 cm, visus kiri 1/300, visus kanan 6/6.

2) Kepala

Inspeksi : Bentuk tidak simetris,terdapat benjolan abnormal, warna kulit lebih mengkilat, ada odema didaerah oksipital.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan, teraba lunak dan ada benjolan abnormal.

3) Leher

Inspeksi : Bentuk pendek dan simetris, vena jugularis tidak tampak, trakea berada ditengah.

Palpasi : Tidak terdapat kaku kuduk tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, arteri carotis teraba teratur.

2) Sistem Respirasi

Inpeksi : Dinding dada bergerak secara simetris, mengikuti irama pernafasan , tidak ada tonjolan atau retraksi atau pergerakan otot-otot Bantu pernafasan, trakea berada digaris tengah, Pernafasan eupnea.

Palpasi : Trakea berada digaris tengah, tidak teraba massa dileher, ataupun pembesaran nodul. Palpasi pada thorak : terasa kuat, tidak ada nyeri tekan, massa, dan tidak teraba tonjolan pulsasi.

Perkusi : Bunyi resonan pada paru , sedang suara pekak pada hati dan jantung.

Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler diatas paru dan tidak ditemukan suara nafas tambahan.

3) Sistem kardiovaskuler

Inpeksi : Tidak ada sianosis dan tidak ditemukan odema dipermukaan kulit, konjungtiva tidak pucat, tidak terdapat jari tabuh.

Palpasi : Tidak ditemukan murmur jantung dan nyeri tekan pada daerah dada.

Perkusi : Batas jantung kiri ICS III, IV,V tidak ada perubahan kepekakan.

Auskultasi : Bunyi jantung terdengar teratur.

4) Sistem Gastrointestinal.

Inspeksi : Abdomen simetris, warna kulit sama dengan warna kulit sekitarnya, permukaan kulit halus, umbilicus secara sentral berada antara prosessus xipoides dan simpisis pubis, bentuk inversi / menonjol.

Palpasi : Abdomen lunak, tidak teraba massa dan tidak terdapat nyeri tekan.

Perkusi : Perkusi diatas lambung dan daerah intestinal terdapat timpani, pekak diatas limpa dan ginjal..

Auskultasi : Bising usus pada frekwensi 20X/menit, berupa bunyi dengan nada tinggi dengan intensitas bervariasi, bunyi vaskuler tidak terdengar.

5) Sistem Muskuluskeletal.

Inspeksi : Tidak terdapat kelumpuhan pada anggota gerak, tidak terjadi tremor, tidak ada atropi atau kontraktur otot, kekuatan otot baik.

Palpasi : Sensasi raba baik, nadi melemah dan takikardi.

6) Sistem Endokrin

Inspeksi : Tidak terdapat hiperpigmentasi local/umum pada wajah, pertumbuhan rambut rata dan leher simetris tidak ada odema.

Palpasi : Kulit hangat, turgor kulit normal, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada nodul yang teraba, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid.

7) Sistem Persarafan

Inspeksi : Klien kesadaran kompos mentis, dengan GCS 4-5-6, tidak terjadi kejang, terdapat papil edema pada mata kiri sehingga visus mata kiri menjadi turun (1/300), terjadi pembesaran kepala abnormal (Hidrocephalus)

Palpasi : Nadi melemah dan takikardi, pada wajah bagian kiri terasa tebal, kepala teraba lunak dan terdapat benjolan (hidrocephalus)

Perkusi : Reflek patela positif.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pada tanggal 8 Juli 2000

a) Pemeriksaan Foto Thorak AP

(1) Cor : Besar dan bentuk terkesan normal.

(2) Pulmo : Tidak tampak infiltrat, tak tampak kelainan.

(3) Sinus phrenicostalis kanan dan kiri tajam.

2) Pada tanggal 7 Juli 2000

a) CT scan kepala dengan kontras

(1) Irisan sejajar OM line kontras IV cepat.

(2) Massa didaerah fossa kranii posterior ukuran 3,5 X 2,7 cm mendesak ventrikel IV menimbulkan hidrocephalus, dengan pemberian kontras terjadi enhancement ringan.

(3) Dilatasi ventrikel III-II-I.

(4) Mid Line Struktur masih ditengah.

Kesimpulan : Tumor fossa posterior 3,5 X 2,7 cm mendesak ventrikel IV sehingga terjadi hidrocephalus.

3) Tanggal 22 Juni 2000

a) Pemeriksaan MRI

MRI kepala irisan axial, coronal, sagital pada T1 dan T2 tanpa dan dengan kontras :

(1) Terdapat diantara pons dan cerebellum yang meluas keatas kearah ventrikel III dan kearah bawah menutupi ventrikel IV.

(2) Dimensi tumor/ massa kurang lebih 3,66 (cranio caudal) X 2,20 cm (anteroposterior) X 2,74 cm (kanan dan kiri)

(3) Pada T1 massa tersebut menunjukkan signal intensity yang inhomogenous hipointens dimana pada T2 menjadi hiperintense. Batas jelas, reguler agak loburated dengan penambahan kontras Gd, terdapat enhancement yang inhomogen. Ada gambaran yang patchy dan ada yang berbentuk rim enhancement.

(4) Terlihat adanya infiltrasi ke vormis cerebelli dan bagian posterior pons.

- (5) Sistem ventrikel saat ini tidak ada pelebaran simetris ujung VP shunt tampaknya pada cornu anterior ventrikel lateralis kiri.

Kesimpulan : MRI menunjukkan suatu pineal body tumor.

4) Tanggal 28 Juni 2000

a) Darah Lengkap

- (1) Hb : 14,2 g/dl
- (2) Lekosit : $10,9 \times 10^9$ g/dl
- (3) Trombosit : 338×10^9 g/l
- (4) Glukosa darah Acak : 118 mg/dl
- (5) SGOT : 14 U/L
- (6) BUN : 14 mg/l
- (7) Kreatinin serum : 0.70 mg/l

b) Elektrolit

- (1) Kalium : 3.02 meq/L
- (2) Natrium : 142 meq/L

c) Pemeriksaan mata

- (1) Visus OD : 1/300 PI BSA, TOD : 17,3 mmHg dan visus OS : 6/6, PI meragukan, TOS : 17,3 mmHg.
- (2) Segmen anterior ODS : Pupil isokor, diameter 3 mm, RC menurun, lensa jernih.

d) Fundoscopy ODS :

- (1) FR +/+, pupil N II batas kabur / kabur, elevasi 3D/3D.
- (2) Warna : Hyperemi +/+.

(3) Vaskuler : Tourtonsity +/+, 8 spinter hemoraghe.

Kesimpulan : Saat ini dibidang mata secara oftalmoscopy, didapatkan ODS pupil edema (dengan elevasi 3D/3D)

1. Pemeriksaan Jantung

Kesimpulan : Saat ini dibidang jantung didapat hipertensi jantung III dengan Hemodinamika sail.

2. Analisa dan Sintesa Data

a. Kelompok data pertama (Tanggal 11 Juli 2000).

1) Data Subyektif

- a) Klien mengatakan kepalanya terasa pusing.
- b) Klien mengatakan mata kirinya terasa berat dan pandangan menjadi kabur.
- c) Klien mengatakan muka kirinya terasa tebal

2) Data obyektif

- a) Klien dengan diagnosa tumor otak
- b) Kesadaran kompos mentis, GCS 4-5-6.
- c) Visus mata 1/300 mmHg.
- d) Pemeriksaan MRI tedapat tumor fossa posterior yang mendesak ventrikel IV sehingga terjadi hidrocephalus.
- e) Pada pemeriksaan fundoskopi tedapat ODS dengan pupil edema dengan elevasi 3D.
- f) Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi melemah 112 X/menit, suhu 37,5 C.

3) Kemungkinan penyebab : peningkatan tekanan intrakranial sekunder terhadap tumor otak.

4) Masalah : Perubahan perfusi jaringan.

b. Kelompok data kedua (tanggal 11 Juli 2000)

1) Data Subyektif.

a) Klien mengatakan kepalanya terasa nyeri dan pusing secara terus-menerus.

b) Klien mengatakan tubuhnya terasa lemah dan pegal-pegal.

2) Data Obyektif

a) Klien dengan diagnosa tumor otak.

b) Ekspresi wajah klien menyeringai kesakitan.

c) Muka pucat dan keluar keringat dingin.

d) Pemeriksaan MRI ditemukan tumor fossa posterior mendesak ventrikel IV sehingga terjadi hidrocephalus.

e) Pemeriksaan fundoscopy didapatkan ODS pupil edema dengan elevasi 3D.

d) Tekanan darah pada lengan kanan dengan posisi berbaring 140/90 mmHg, Nadi pada lengan kanan 112X/menit, pernafasan 20X/menit dan suhu aksila 37,5 C.

3) Kemungkinan Penyebab : peregangan/ kompresi pada jaringan dan pembuluh darah.

4) Masalah : Perubahan rasa nyaman: nyeri (sakit kepala).

c. Kelompok data ketiga (tanggal 11 Juli 2000)

1) Data Subyektif.

- a) Klien mengatakan khawatir dan takut terhadap penyakit yang dideritanya sekarang.
- b) Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah merasakan nyeri seperti sekarang ini.
- c) Klien sering bertanya tentang penyakitnya dan sampai kapan dirawat dirumah sakit.

2) Data Obyektif.

- a) Klien dengan diagnosa tumor otak
- b) Klien murung dan cemas serta pandangan mata sayu pada waktu mengungkapkan perasaanya tentang kesehatannya.
- b) Klien gelisah dan tidak tenang.
- c) Tekanan darah pada lengan kanan posisi berbaring 140/90 mmHg, Nadi lengan kanan 112 X/menit, pernafasan 20 X/menit.

3) Kemungkinan penyebab : Ancaman biologis atau psikologis yang dirasakan.

4) Masalah : Ansietas

3. Diagnosa Keperawatan.

- a. Perubahan perfusi jaringan sehubungan dengan peningkatan tekanan intra cranial sekunder terhadap tumor.
- b. Perubahan rasa nyaman: nyeri (Sakit kepala) sehubungan dengan trauma jaringan cerebral dan peregangan/kompresi jaringan dan

- pembuluh darah, ditandai dengan adanya ungkapan rasa nyeri yang terus-menerus, ekspresi wajah menyeringai kesakitan.
- c. **Anxietas** sehubungan dengan ancaman biologis dan psikologis yang dirasakan, ditandai dengan adanya ungkapan khawatir dan takut terhadap penyakitnya dan tentang kemungkinan penyakitnya bisa disembuhkan, klien murung dan pandangan mata sayu waktu mengungkapkan perasaan tentang kesehatannya.
 - d. **Intoleransi aktifitas** sehubungan dengan ketidak seimbangan suplay oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan adanya keluhan nyeri , lemah dan seluruh tubuh pegal-pegal, kebutuhan klien dibantu perawat dan keluarga.

B. Perencanaan.

Penentuan rencana keperawatan penulis urutkan berdasarkan pada keadaan yang mengancam kehidupan dan kesehatan sumber daya dan praktek keperawatan serta berdasarkan pada keluhan klien dan gejala yang penulis temukan saat pengkajian. Pada perencanaan ini hanya dicantumkan tiga diagnosa keperawatan sedangkan yang lainnya ada pada lampiran.

- 1. **Diagnosa Keperawatan pertama:** Potensial terjadi perubahan perfusi jaringan sehubungan dengan peningkatan tekanan intra cranial sekunder terhadap tumor ditandai dengan klien mengatakan kepalanya terasa pusing, mual pandangan kabur, hasil pemeriksaan MRI terdapat tumor fossa posterior yang mendesak ventrikel IV.
 - a. **Tujuan** : Memperlihatkan peningkatan perfusi jaringan klien menjadi normal dan selama 2 X 24 jam.

b. Kriteria hasil :

- 1) Tanda neurologis dalam batas normal (kesadaran kompos mentis, nadi 80-100 X/ menit, pernafasan 16-20 X/ menit, pupil isokor, akral hangat)
- 2) Klien berorientasi dan sadar.
- 3) Tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan tekanan intra cranial (mual,muntah, bradikardi, tekanan darah meningkat dan terjadi penurunan kesadaran.)

c. Rencana tindakan

- 1) Catat riwayat gejala penyakit dan tindakan kemajuan klien.
- 2) Kaji tingkat kesadaran klien setiap 4-5 jam.
- 3) Kaji kualitas dan kekuatan otot wajah dan ekstremitas setiap 4-5 jam.
- 4) Pantau tekanan darah, nadi, pernafasan dan lakukan pemeriksaan neurologi setiap 2-4 jam.
- 5) Pantau dan lakukan tindakan ketika terjadi peningkatan tekanan intrakranial.
- 6) Pertahankan tindakan kewaspadaan terhadap kejang .
- 7) Berikan posisi kepala lebih tinggi (15-45 derajat) dari jantung.

d. Rasional

- 1) Dengan mengetahui kemajuan status neurologi, dapat memprediksi komplikasi / kegawatan, sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya.

- 2) Tingkat kesadaran menentukan status neurologi sehingga prognosa klien dapat diketahui.
 - 3) Kualitas, kekuatan otot wajah dan ekstremitas
 - 4) Tekanan darah yang meningkat, nadi lemah dan bradikardi merupakan tanda peningkatan TIK sehingga dapat mendeteksi secara dini peningkatan tekanan intrakranial.
 - 5) Peningkatan tekanan intrakranial lebih lanjut dapat mengakibatkan herniasi otak.
 - 6) Keadaan kejang dapat menimbulkan trauma/cidera pada muskuloskeletal sehingga ditingkatkan kewaspadaan.
 - 7) Peninggian kepala akan membantu drainage otak untuk mengurangi kompresi cerebrovaskuler, sehingga akan menurunkan tekanan intrakranial.
2. Diagnosa Keperawatan kedua : Perubahan rasa nyaman: nyeri (sakit kepala) sehubungan dengan peregangan/kompresi jaringan dan pembuluh darah.
- a. Tujuan : Rasa nyaman (sakit kepala) hilang atau berkurang dalam waktu 1X 24 jam.
 - b. Kreteria hasil :
 - 1) Klien tenang, tidak gelisah.
 - 2) Klien mengatakan nyeri kepalanya berkurang
 - 3) Klien dapat beristirahat dengan tenang.
 - c. Rencana tindakan :

- 1) Kaji mengenai lokasi, intensitas, penyebaran dan tingkat kegawatan serta keluhan-keluhan klien
- 2) Ajarkan klien tehnik relaksasi seperti latihan napas dalam dan relaksasi otot-otot.
- 3) Buat posisi kepala lebih tinggi 15-45 derajat dari jantung.
- 4) Kurangi stimulus yang tidak menyenangkan dari luar dan berikan tindakan yang menyenangkan seperti massase daerah kaki.
- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.

d. Rasional

- 1) Mengkaji mengenai lokasi, intensitas, penyebaran dan tingkatan kegawatan klien serta keluhan-keluhan klien sehingga diketahui permasalahan lebih konkrit membuat intervensi keperawatan lebih aktual.
- 2) mengurangi ketegangan saraf sehingga klien tampak lebih rileks dan dapat mengurangi rasa nyeri kepala. Dan napas dalam dapat membantu pemasukan oksigen lebih banyak terutama untuk oksigenasi otak.
- 3) Posisi kepala lebih tinggi dapat memperlancar aliran balik pembuluh darah vena dari kepala sehingga dapat mengurangi edema dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intra cranial.
- 4) Respon yang tidak menyenangkan menambah ketegangan saraf dan masase (kaki) akan mengalihkan rangsangan terhadap nyeri.
- 5) Obat analgetik untuk meningkatkan ambang rasa nyeri.

3. Diagnosa Keperawatan ketiga : Anxietas sehubungan dengan ancaman biologis dan psikologis yang dirasakan.

a. Tujuan : Anxietas dapat berkurang/diatasi dalam waktu 1X24 jam.

b. Kriteria hasil :

- 1) Klien tidak mengeluh khawatir dan takut terhadap penyakitnya.
- 2) Klien mengungkapkan perasaannya, tidak murung dan gelisah.
- 3) Tanda-tanda vital normal (Tekanan darah 120/90 mmHg, Nadi 100X/menit, pernafasan 16-20 X/menit, suhu 36-37 C.

c. Rencana tindakan :

- 1) Kaji tingkat anxietas klien.
- 2) Bina hubungan saling percaya antara klien dan perawat.
- 3) Dorong klien untuk menggunakan mekanisme koping yang adaptif (mis ; berjalan, bicara, menangis)
- 4) Kurangi stimulus yang berlebihan yang dapat menurunkan anxietas.(mis ; cahaya yang berlebihan, bunyi yang terlalu keras)
- 5) Berikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

d. Rasional

- 1) Untuk mengetahui derajat kecemasan klien sehingga dapat diketahui tindakan lebih lanjut sesuai dengan tingkat kecemasan.
- 2) Rasa saling percaya dapat membina suatu hubungan yang terapeutik, sehingga dapat dengan mudah melakukan tindakan keperawatan.
- 3) Memberi ketenangan hati dan kenyamanan pada klien.
- 4) Stimulus yang berlebihan dapat meningkatkan anxietas bagi klien.

- 5) Dengan mengungkapkan perasaannya, klien merasa diperhatikan dan merasa berguna sehingga klien merasa termotivasi untuk lebih optimis tentang kesembuhannya.

C. Pelaksanaan

1. Diagnosa keperawatan pertama (11 Juli 2000)

Potensial terjadi perubahan perfusi jaringan sehubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial sekunder dari tumor otak.

Pelaksanaan tanggal 11 Juli 2000

- a. Mencatat riwayat gejala penyakit dan tanda kemajuan dari keadaan klien dengan menanyakan secara langsung pada klien dan keluarga klien.
- b. Mengobservasi tingkat kesadaran klien setiap 4 jam dengan (kesadaran klien kompos mentis, tidak terjadi penurunan kesadaran)
- c. Mengobservasi kualitas dan kekuatan otot wajah dan ekstremitas setiap 4 jam dengan melakukan pemeriksaan fisik pada wajah dan ekstremitas. (tidak terjadi kelumpuhan/tremor pada wajah dan ekstremitasnya)
- d. Memantau tekanan darah, nadi dan pernafasan serta melakukan pemeriksaan neurologi setiap 4 jam dengan cara mencatat dan mengobservasi adanya perubahan abnormal (tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 76 X/menit, pernafasan 20 X/ menit)
- e. Memantau dan memberi tindakan ketika timbul tanda peningkatan tekanan intrakranial dengan cara memberi posisi kepala lebih tinggi sehingga dapat menghindari terjadinya odema

- f. Mempertahankan tindakan kewaspadaan terhadap kejang.
(memberikan pagar pada tempat tidur dengan bantalan, memberikan restrain yang lembut)
- g. Memberikan posisi kepala (15-45 derajat) dari posisi jantung.

2. Diagnosa keperawatan kedua tanggal 11 Juli 2000

Perubahan rasa nyaman : nyeri (sakit kepala) sehubungan dengan peregangan atau kompresi jaringan dan pembuluh darah.

- a. Mengkaji mengenai lokasi, intensitas, penyebaran, tingkat kegawatan, dan keluhan-keluhan klien.(klien masih merasa pusing secara terus menerus)
- b. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara latihan nafas dalam dan relaksasi otot-otot. (klien kooperatif sewaktu diajarkan tindakan)
- c. Memberikan posisi kepala lebih tinggi dari jantung. (15-45)
- d. Mengurangi stimulus yang tidak menyenangkan dari luar (membatasi cahaya, suara dan pengunjung yang berlebihan) dan memberikan tindakan yang menyenangkan seperti massase daerah kaki.
- e. Memberikan obat analgesik.(parasetamol)

3. Diagnosa keperawatan ketiga tanggal 11 Juli 2000

Anxietas sehubungan dengan ancaman biologis dan psikologis yang dirasakan.

- a. Mengkaji tingkat kecemasan klien. (tingkat kecemasan sedang)
- b. Membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat. (klien kooperatif sewaktu diajak menyelesaikan masalahnya)

- c. Mendorong klien untuk menggunakan mekanisme yang biasa digunakannya. (klien menangis)
- d. Mengurangi stimulus yang berlebihan yang dapat mengurangi kecemasannya. (memasang korden, mengurangi rangsangan dari luar seperti cahaya, suara bising)
- e. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya. (klien menceritakan segala keluhannya pada petugas, rasa khawatir klien berkurang, klien merasa lebih tenang)

D. Evaluasi

1. Catatan perkembangan

- a. Diagnosa keperawatan pertama.(13 Juli 2000)

Perubahan perfusi jaringan sehubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial sekunder tumor otak.

1) Data subyektif

- a) Klien mengatakan sakit kepalanya berkurang dan penglihatannya masih kabur.
- b) Klien mengatakan perutnya masih terasa mual.

2) Data obyektif

- a) Kesadaran kompos mentis.
- b) Visus mata 1/300.
- c) Tekanan darah 140/90mmHg, nadi 88 X/menit, suhu 37 C.

3) Asessment

Klien masih mengatakan pandangan kabur, mual, tekanan darah masih tinggi (140/90 mmHg), sehingga masalah hanya dapat teratasi sebagian.

4) Planning

Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6 dan 7 dilanjutkan

b. Diagnosa keperawatan kedua. (tanggal 12 Juli 2000)

1) Data Subyektif

- a) Klien mengatakan sakit kepalanya masih terasa tetapi sudah berkurang.
- b) Klien mengatakan tubuhnya sudah tidak terasa capek dan pegal-pegal.

2) Data Obyektif

- a) Ekspresi wajah klien lebih tenang dan tidak menyeringai kesakitan.
- b) Muka tidak pucat.
- c) Tidak ditemukan keringat dingin.
- d) Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 88 X/menit, suhu 37 C.

3) Asessment : Masalah teratasi sebagian.

4) Planning

Rencana tindakan 1,2,3,4,5 dan 6 dihentikan.

c. Diagnosa keperawatan ketiga. (tanggal 12 Juli 2000)

Anxietas sehubungan dengan ancaman biologis dan psikologi yang dirasakan

1) Data Subyektif

- a) Klien mengatakan khawatir dan rasa takut terhadap penyakit yang dideritanya sudah berkurang
- b) klien lebih mengerti tentang penyakitnya dan lebih optimis terhadap kesembuhan penyakitnya.

2) Data Obyektif

- a) Klien tidak gelisah dan lebih tenang.
- b) Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 88 X/menit, suhu 37 C.

3) Asessment

Masalah teratasi.

4) Planning

Rencana tindakan 1,2,3,4,5 dan 6 dihentikan