**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan post op tumor otak hari ke-13, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Juni 2012 sampai dengan 29 Juni 2012 dengan data sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian Keperawatan** 
     1. **Pengumpulan Data**
     2. Identitas Klien

Nama Ny S umur 49 tahun berjenis kelamin perempuan. Beragama Islam dan bertempat tinggal di Sidoarjo. Klien sudah menikah memiliki 2 orang anak. Pendidikan terakhir klien pendidikan guru TK dan pekerjaan klien guru TK . Penanggung jawab dari biaya rumah sakit adalah askes. Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Juni 2012 jam 15.00 WIB.

* + 1. Riwayat Sakit dan Kesehatan

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan bahwa kepala terasa nyeri

1. Riwayat Penyakit Sekarang

suami klien mengatakan 3 bulan yang lalu klien mengeluh nyeri pada pipi sebelah kiri menjalar sampai ke mata kiri, tanggal 1 juni klien dibawa berobat ke poli syaraf oleh dokter dianjurkan untuk rawat inap dipaviliun VII A.

pukul 13.00 pasien tiba diruangan paviliun VII A, dikamar 2 dan langsung difoto MRI tanggal 2 juni hasil MRI menunjukkan di otak pasien ada tumor yang sudah mendesak ke mata dan jika tumor tersebut tidak diambil bisa mengakibatkan keadaan klien menjadi fatal kemudian klien dianjurkan operasi dan dikonsulkan ke dr bedah syaraf oleh dr bedah syaraf diperintahkan untuk foto CT Angiografi dan dari hasil foto dijelaskan bahwa tujuan operasi untuk mencegah kerusakan mata kanan. Klien juga dikonsulkan ke mata dean hasilnya mata kiri klien buta total.suami klien setuju dilakukan operasi. Pada tanggal 14 juni 2012 pasien melaksanakan operasi dari pukul 09.00 sampai dengan pukul 15.00. pada tanggal 15 juni 2012 pasien kembali keruangan paviliun VII A. tanggal 25 juni 2012 klien dilakukan MRI setelah itu kondisi klien gelisah kesadaran menurun dan dipindah ke ruang observasi. Pada tanggal 27 juni dilakukan pengkajian ke pasien, pada saat pengkajian terlihat agak gelisah saat mengerakkan kepala masih ada luka jahitan post op trepanasi kurang lebih sepanjang 15 cm di kepala sebelah kiri depan ada oedem di kelopak mata sebelah kiri.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien pernah mengalami penyakit sinusitis dan sudah di operasi 2 x pada tahun 2011

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada keluarga klien yang sakit tumor otak dan klien mengatakan tidak ada tumor di bagian tubuh yang lain, suami klien mengatakan bahwa mertuanya (bapak klien) mempunyai hipertensi.

1. Susunan Keluarga ( Genogram )



Keterangan :

Laki-laki Ada hubungan darah

Perempuan **X**  Meninggal dirumah

Klien

Tinggal serumah

Gambar 3.1 Susunan Keluarga (Genogram) Ny.S

1. Riwayat alergi.

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

* + 1. ROS (Review Of System/ Pemeriksaan Fisik)

1. Keadaan Umum

Klien sadar dengan kesadaran compos mentis

1. Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Suhu/ Nadi : 36,8o C/ 88x/menit

Pernapasan : 20x/menit

1. Atropometri

TB : 152 cm

BB Sebelum sakit : 52 kg

BB setelah sakit : 50 kg

* + 1. Pernapasan ( B1 : *Breathing*)

1. Bentuk dada : normochest, pergerakan simetris.
2. Otot bantu nafas : tidak ada.
3. Irama nafas : regular.
4. Suara nafas : vesikuler, tidak ada suara tambahan wheezing, ronchi,

batuk-, sputum-

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. Kardiovaskular ( B2 : *Blood* )

1. Ictus cordis : teraba pada midclavicula ICS 5, tidak ada tanda-tanda pembesaran jantung, irama jantung regular.
2. Nyeri dada : tidak ada.
3. Bunyi jantung : S1 S2 tunggal, CRT :< 2 detik
4. Sianosis : - Akral : hangat, kering, merah
5. Oedema : pada kelopak mata sebelah kiri

**Masalah : Resiko peningkatan tekanan intrakranial**

6. Persyarafan ( B3 : *Brain* )

1. GCS : 4, 5, 6 ( membuka mata spontan, bicara orientasi baik, gerakan motorik mengikuti perintah ) jumlah : 15
2. Reflek Fisiologis : patella+, bicep+, tricep+
3. Reflek patologis : babynsky-
4. Kepala : ada bekas luka jahitan 15 cm disebelah kiri atas
5. Nyeri kepala : ada

P : luka bekas operasi

Q : cekot-cekot

R : kepala kiri atas

S : 6 ( 1-10 )

T : saat mengerakkan kepala

1. Paralisis : tidak ada
2. Penciuman : Bentuk hidung simetris, septum ditengah lurus, polip tidak ada.
3. Wajah & penglihatan : Mata simetris, pupil mata kanan anisokor 3 mm, mata kiri medriasis 7,3 mm, reflek cahaya mata kanan +, mata kiri -, konjungtiva/sclera anemis-, ikterus-, lapang pandang mata kanan normal, mata kiri-.
4. Pendengaran : Telinga simetris, tidak ada kelainan, bersih, tidak ada gangguan dan tidak memakai alat bantu.
5. Lidah : bersih, uvula simetris, tidak ada kesulitan menelan, berbicara normal.

Saraf Kranial :

N I : Penciuman hidung kanan normal, hidung kiri berkurang

N II : Mata kiri klien terganggu ( pengelihatan - ), pupil mata kanan anisokor 3 mm, mata kiri medriasis 7,3 mm

N III : Parese N III kiri bola mata cenderung mengarah ke nasal.

N IV : Parese N IV yaitu ptosis pada mata kiri.

N V : Terasa tebal pada pipi kiri.

N VI : Klien mampu menggerakkan mata kanan kearah lateral

N VII : Klien mampu tersenyum tetapi mulut mencong ke kanan

N VIII : Pendengaran klien normal

N IX : Klien tidak ada kesulitan menelan dan tidak ada muntah

N X : Klien mampu menelan dengan baik dan tidak sulit membuka mulut.

N XI : Klien mampu menggerak Refleks.

Refleks Patella : Positif, respon kontraksi otot berupa ekstensi dari lutut

Refleks Biceps : Positif, respon kontraksi otot berupa fleksi sebagian dari siku.

Refleks Trisep : Positif, respon kontraksi otot berupa ekstensi dari siku

Refleks Babinski : Negatif, kelima jari kaki melakukan plantar fleksi

N XII : Klien mampu berbicara normal, bicara tidak pelo.

**Masalah : Gangguan rasa nyaman nyeri**

7. Perkemihan ( B4 : *Bladder* )

Bersih , eksresi ada pengeluaran, kandung kemih tidak distensi, nyeri tekan-.

Eliminasi uri SMRS frekuensi = 5-6x/hari, jumlah ±1200cc warna kuning jernih, MRS frekuensi-alat bantu chateter no 16 terpasang tanggal 24 juli 2012, jumlah 2000 cc

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

8. Pencernaan ( B5 : *Bowel* )

a. Mulut : bersih

b. Membran mukosa lembab.

c. Gigi/ gigi palsu : tanggal 2 buah bagian depan atas, karies-,gigi palsu- faring : pembesaran tonsil-, nyeri telan-.

d. Diit (makan & minum ) SMRS : frekuensi makan 3x/hari. Jenis :nasi biasa, lauk, sayur, habis 1 porsi. Klien mengatakan tidak ada makanan pantangan makanan yang disukai adalah ayam goreng. Minum frekuensi 6-7 gelas/hari, jumlah 2 liter/hari jenis air putih.

e. Diit di RS : Diit cair sonde, frekuensi 6x150cc, nafsu tidak terkaji, mual-, jenis cair, terpasang NT Tube no 16 dipasang tanggal 25 juni 2012, porsi yang dihabiskan 150cc tiap makan, frekuensi minum 6x200cc/hari, jumlah 1200cc/hari, jenis air putih.

f. Abdomen : bentuk perut datar, peristaltik 16x/menit tidak ada kelainan abdomen. tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien, dan tidak ada nyeri abdomen dan tidak ada nyeri dititik Mc. Burney.

g. Rektum dan anus : Tidak terdapat benjolan, lesi, haemoroid.

h. Eliminasi alvi SMRS : 1x/hari biasanya pagi hari, konsistensi lunak berwarna kuning, tidak terdapat colostomy

**Masalah : Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**.

9. Muskuloskletal & Integumen ( B6 : *Bone* )

Rambut,kulit kepala : hitam , ada luka jahitan bekas trepanasi 15 cm.

Warna kulit : sawo matang

Turgor kulit : elastic

ROM : bebas, tangan dan kaki dapat digerakkan bebas

Kekuatan otot

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | 5 |
| 5 | 5 |

Tulang : tidak ada fraktur, tidak ada krepitasi.

Kelainan jaringan : tidak ada

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**.

11. Endokrin : tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada hiperglikemia, tidak ada

Hipoglikemia.

**Masalah tidak ada masalah keperawatan**.

12. Seksual - Reproduksi

Menstruasi terakhir bulan kemarin lupa tanggalnya, tidak ada masalah menstruasi, Pap Smear terakhir tidak pernah Pap Smear,tidak pernah melakuakan pemeriksaan payudara sendiri tiap bulan dan tidak ada masalah seksual yang berhubungan dangan penyakit.

**Masalah : tidak ada masalah keperawatan**

13. Kemampuan perawatan diri.

SMRS aktifitas mandi, berpakaian/dandan,toileting/eliminasi,mobilisasi ditempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja, pemeliharaan rumah dilakukan sendiri.

MRS selama dirumah sakit klien menghabiskan waktu ditempat tidur , klien dalam perawatan diri dibantu oleh keluarga pada saat sore hari klien diseka oleh keluarganya.

**Masalah : defisit perawatan diri mandi, toileting**.

14. Personal hygiene

SMRS klien mandi 2x/hari, keramas 2x/minggu, ganti pakaian 2x/hari, menyikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x/minggu.

MRS klien hanya diseka oleh suaminya 2x/hari, klien terakhir gosok gigi terakhir pada saat sebelum masuk ruang observasi,klien keramas dan potong kuku terakhir sebelum operasi tanggal 14 juni 2012.

**Masalah defisit perawatan mandi,sikat gigi, potong kuku.**

15. Istirahat-tidur

SMRS : klien mengatakan tidur siang selama 2 jam mulai jam 13.00 -15.00 WIB sedangkan tidur malam selama 7 jam mulai dari jam 21. 00-04.30 WIB jadi total tidur sehari ± 9 jam. Pada saat dirumah tidak ada keluhan pola istirahat dan tidur

MRS : suami klien mangatakan klien tidak dapat tidur selama dirumah sakit Klien dirumah sakit tidur selama ± 5 jam/hari tetapi sering bangun klien tidak bisa tidur karena sering merasakan nyeri.

**Masalah : gangguan pola tidur**

17. Kognitif perspektual- Psiko-sosial-spiritual

a. kognitif persepektual

Menurut klien sebelum klien sakit klien selalu menjaga kondisi badannya agar tetap sehat. Bagi klien kesehatan adalah penting. Melalui wawancara dengan suaminya bahwa klien sering bersepeda motor pulang pergi dari sidoarjo Surabaya saat bekerja dan di rumah juga sering kurang istirahat karena mengerjakan tugas kantor.

b. Konsep diri

1). Gambaran diri : klien menyukai semua bagian tubuhnya karena tubuhnya yang menciptakan adalah tuhan yang maha esa.

2). Peran diri : klien selama 3 minggu tidak bisa merawat anaknya dan tidak bisa mengajar lagi.

3). Identitas diri : klien seorang perempuan ,anak kedua dari 3 bersaudara dan sekarang sudah memiliki 2 orang anak, laki-laki dan perempuan.

4). Ideal diri : klien ingin cepat sembuh dan pulang

5). Harga diri : klien mengatakan malu kalau mengajar dan bertemu dengan teman, murid dan tetangganya.

c. Kemampuan bicara

Klien berbicara normal, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia.klien mampu membaca Tidak ada vertigo. Tingkat tingkat ansietas ringan sebab klien selalu ingin segera pulang, klien mengalami nyeri.

d. Kemampuan adaptasi terhadap masalah

1). Masalah utama selama masuk rumah sakit : klien mengatakan perawatan terhadap dirinya selama dirumah sakit dirawat dengan baik dan klien tidak memiliki masalah dengan biaya karena menggunakan Askes.

2). Kehilangan yang terjadi sebelumnya: klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa dan harus istirahat penuh dirumah sakit.

3). Kemampuan adaptasi : klien kurang mampu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit atau sekitarnya.

4). Anisetas : iya, klien mengatakan malu bila bertemu dengan teman, murid, dan tetanganya

e. Aktifitas sehari-hari

1. Pada saat SMRS klien bekerja sebagai guru TK, pada saat MRS klien hanya tiduran ditempat tidur
2. Rekreasi

Pada saat SMRS klien mengatakan pada saat hari libur klien sering jalan-jalan bersama suami dan anak-anaknya, dirumah sakit yang dilakukan klien untuk mengisi waktu luang mengobrol dengan suami dan keluarganya.

Olahraga : SMRS olahraga di sekolah tempat mengajar

MRS tidak olahraga

f. Pola nilai dan kepercayaan

Klien beragama islam dalam pelaksanaan ibadah sebelum masuk rumah sakit klien menjalankan sholat tetapi kata suami klien selama masuk rumah sakit klien tidak dapat menjalankan sholat hanya berdoa saja, suami klien juga mengatakan alasan klien sholat tapi tidak rutin dikarenakan klien sering lupa Tidak ada pantangan apapun dalam agamannya serta klien tidak meminta kunjungan ke rohaniawan

**Masalah : Gangguan konsep diri**

18. Pemeriksaan penunjang

a). Laboratorium

1). Hematologi (25 Juni 2012)

1. Leukosit\*) : 14300/mm3 ( N : 4000-10.000/mm3)
2. Hemoglobin : 9,4 g% ( N : 13-17 g %)
3. Hematokrit \* ) : 36,4 % ( N : 40-54 %)
4. Trombosit : 329.000/mm3 ( N : 150.000-400.000/mm3)

2). Kimia Klinik (27 Juni 2012)

1. GDP\*) :86 mg/dL ( N : 76-110mg/dL)
2. BUN :14,6 mg/dL ( N : 6-19mg/dL)
3. Kreatinin : 0,99 mg/dL ( N : 0,5-1,5 mg/dL)
4. Na : 117,3 mmol/L ( N : 135-145 mol/L)
5. K : 4,48 mmol/L ( N : 3,5-5 mmol/L)
6. Cl : 59.8 mmol/L ( N : 95-108 mol/L)

3). Kimia Klinik (28 Juni 2012)

1. GDP\*) : 90 mg/dL (N: 76-110mg/dL)
2. GD 2JPP\*) : 94 mg/dL (N: 80-125mg/dL)
3. Albumin : 3,9 mg/dL ( N : 3,5-5 mg/dL)
4. Bilirubin Normal : 0,44 mg/dL ( N : 0,2-1 mg/dL)
5. SGOT\*) : 37 U/l ( N : 0-35 U/l)
6. SGPT : 35 U/l ( N : 0-37 U/l)
7. BUN :14,1 mg/dL ( N : 6-19mg/dL)
8. Kreatinin : 0,91 mg/dL ( N : 0,5-1,5 mg/dL)
9. Na : 138,2 mmol/L ( N : 135-145 mol/L)
10. K : 3,18 mmol/L ( N : 3,5-5 mmol/L)
11. Cl : 99,3 mmol/L ( N : 95-108 mol/L)

Keterangan :

\*) menyatakan bahwa hasil tidak sesuai harga normal

4). Photo

1. MRI ( 2 Juni 2012)

Kesimpulan :

Mass yang menempel dan mendesak ICA, menempel dan mendesak MCA, kiri ke cranial yang masuk conus orbitalis kiri sisi posterior, mengincase nervus optikum kiri, menempel origo otot-otot periorbital didaerah tersebut masuk ke sinus sphnenoidalis.

1. CT Angiografi ( 10 juni 2012 )

Kesimpulan :

Massa extra axial yang besar di frontal temporal kiri disertai perifokal oedema yang luas dan menyebabkan deviasi midline shif ke sisi kanan sebesar 1,33 yang kesan meluar ke cavum orbita kiri dan sinus sphenoidalis kiri.

1. Hasil Patologi Anatomi ( 16 juni 2012 )

Kesimpulan :

Metastase Undifferennted Carsinoma.

4). MRI ( 25 juni 2012 )

Kesimpulan :

Edema yang menempati daerah frontotemporal kiri dapat oleh karena post ops, area hypointense pada T1w, T2w/flar kesan : menempati sebagian temporobasal kiri, yang mendesak pons yang meluas s/d conus orbitalis kiri sisi posterior kesan mengincase nervus optikus kiri dan menyebabkan ptosis orbita kiri.

Pemeriksaan EKG tanggal 12 Juni 2012

Hasil : Sinus takhikardi, HR = 100x/mnit, Tekanan darah = 140/90mmHg

19. Penatalaksanaan

Tanggal 27 Juni 2012

1. Infus Tutufusin ops : panamin G : NS = 1 :1 :1 21tts/menit cabang drip Kcl 3% 8 tetes /menit
2. Inj. Brainact 3x500 mg per IV
3. Inj Dexa 3x1 amp per IV
4. Inj losec 1x1 amp per IV ( pagi ) 15 menit sebelum makan pagi
5. Syr antacid 3xcc per oral