

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y DENGAN KARSINOMA
LIDAH DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**



OLEH :

DIANA RAHMADINI

1514401027

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y DENGAN KARSINOMA
LIDAH DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

DIANA RAHMADINI

1514401027

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : DIANA RAHMADINI

NIM : 1514401027

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
NIK. 1440122078614104

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : DIANA RAHMADINI

NIM : 1514401027

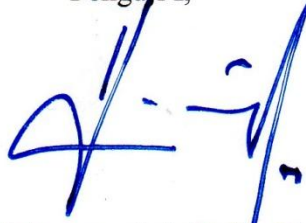
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Dosen Penguji

Penguji I,



Ns. Muhammad Arif, M. Kep
NIK. 142014098409051

Penguji II,



Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep
NIK. 1440122078614104

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi D III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**DIANA RAHMADINI
1514401027**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN KARSINOMA
LIDAH DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD DR.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018**

V Bab (115 Halaman) + 8 Tabel + 6 Gambar + 2 Lampiran

ABSTRAK

Karsinoma lidah adalah suatu tumor yang terjadi didasar mulut, kadang-kadang meluas kearah lidah dan menyebabkan gangguan mobilitas lidah. Faktor penyebab terjadinya karsinoma lidah yaitu tembakau, alkohol, infeksi virus dan faktor gigi dan mulut. Berdasarkan data yang didapat dari rekam medik di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni ditemukan sebanyak 3 orang yang terkena karsinoma lidah. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang tepat bagi klien dengan kanker lidah. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Setelah melakukan pengkajian selama 3 hari dari tanggal 06-08 Juni 2018 ditemukan 5 diagnosa keperawatan pada Ny. Y dengan karsinoma lidah yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, infeksi berhubungan dengan proses penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan, defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan. Stadium dini karsinoma lidah memberikan gejala yang tidak khas sehingga sering luput dari perhatian tenaga medis terutama bila karsinoma terletak pada sepertiga posterior lidah. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan dan evaluasi secara tepat dan benar.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Karsinoma Lidah, Nutrisi, Infeksi, Nyeri Akut.

Daftar Bacaan : 12 (2008-2015)

*Institute Of Health Science Perintis Padang
D III Study Program Of Nursing
Script Writing, July 2018*

**DIANA RAHMADINI
1514401027**

***NURSING CARE AT Ny. Y WITH TONGUE CARCINOMA IN SURGICAL
ROOM AMBUN SURI FLOOR 2 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI 2018***

V Chapter (115 Pages) + 8 Tables + 6 Images + 2 Attachments

ABSTRACT

Tongue carcinoma is a tumor that occurs in the lower part of the mouth, sometimes extending toward the tongue and causing impaired tongue mobility. Factors that cause tongue carcinoma of tobacco, alcohol, viral infections and tooth and mouth factors. Based on data obtained from medical records in the Surgical Room Ambun Suri Floor 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi year 2018 from January to June found as many as 3 people exposed to tongue carcinoma. Scientific Writing aims to determine the description of appropriate nursing care for clients with tongue cancer. Preparation of this paper using descriptive method Data collection techniques used were interviews, observation, physical examination and documentation study. After 3 days review from 06-08 June 2018 found 5 nursing diagnoses in Ny. Y with tongue carcinoma is less nutrients than the body needs associated with an inability to digest food, infection-related disease processes, acute pain associated with physical injury agents, verbal communication barriers associated with neurological decline and swallowing ability, self-care deficit: bathing-related weakness and fatigue Initial stages of tongue carcinoma provide symptoms that are not typical so often escape the attention of medical personnel, especially when carcinoma lies in the posterior third of the tongue. It is therefore advisable for hospitals to assess, plan, action and evaluate the right and proper.

Keywords : ***Nursing Care, Tongue Carcinoma, Nutrition, Infection, Acute Pain.***

References : ***12 (2008-2015)***

KATA PENGANTAR



Asalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Laporan Studi Kasus ini dapat terselesaikan. Laporan Studi Kasus ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Diploma (D III) Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang Tahun 2018 dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”**

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan berkat dukungan, dorongan, motifasi, bimbingan, nasehat dan semangat dari orang terdekat dan orang yang berada disekitar penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikannya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Ibu Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep, selaku pembimbing I dan Ibu Reni Susanti, SKp, M. Kep, Ns.Sp.Kep.MB selaku pembimbing klinik Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah

banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Dr. Khairul Said, Sp.M selaku direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Reni Susanti, SKp, M. Kep, Ns.Sp.Kep.MB selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR GAMBAR..... vi

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum..... 3

1.2.2 Tujuan Khusus..... 4

1.3 Manfaat 4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Tinjauan Teoritis

2.1.1 Konsep Dasar Kanker..... 6

2.1.2 Pengertian..... 9

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi..... 10

2.1.4 Etiologi..... 20

2.1.5 Manifestasi Klinis..... 23

2.1.6 Patofisiologi..... 24

2.1.7 Pemeriksaan penunjang..... 28

2.1.8	Penatalaksanaan	
	a. Keperawatan.....	28
	b. Medis.....	29
2.1.9	Komplikasi.....	31
2.2	Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1	Pengkajian.....	32
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	42
2.2.3	Intervensi.....	44
2.2.4	Implementasi.....	53
2.2.5	Evaluasi.....	54

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian.....	56
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	74
3.3	Intervensi.....	75
3.4	Implementasi.....	77
3.5	Evaluasi.....	77

BAB IV PEMBAHASAN

4.1	Pengkajian.....	95
4.2	Diagnosa.....	98
4.3	Intervensi.....	100
4.4	Implementasi.....	104
4.5	Evaluasi.....	109

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan.....	112
5.2	Saran.....	114

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1.3 Anatomi Lidah.....	10
Gambar 2.1.3 Otot Instrinsik Lidah	10
Gambar 2.1.3 Otot Ekstrinsik Lidah	11
Gambar 2.1.3 Vaskularisasi Lidah	16
Gambar 2.1.3 Bagian Perasa Lidah.....	17
Gambar 2.1.5 Tanda dan Gejala Karsinoma Lidah.....	23

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.2.3 Intervensi Secara Teoritis	44
Tabel 3.1 Data Biologis.....	64
Tabel 3.1 Hasil Labor.....	68
Tabel 3.1 Data Pengobatan	70
Tabel 3.1 Data Fokus	71
Tabel 3.1 Analisa Data.....	72
Tabel 3.3 Intervensi.....	75
Tabel 3.4 Implementasi.....	77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Riwayat Hidup

Lampiran II Lembaran Absensi

Lampiran II Lembaran Konsultasi Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker adalah penyakit akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Kanker sering dikenal oleh masyarakat sebagai tumor, padahal tidak semua tumor adalah kanker. Tumor adalah segala benjolan tidak normal atau abnormal. Tumor di bagi dalam dua golongan, yaitu tumor jinak dan tumor ganas. Kanker adalah istilah umum untuk semua jenis tumor ganas atau yang disebut juga dengan karsinoma (Brunicardi, *et al*, 2010).

Karsinoma lidah merupakan keganasan jenis karsinoma yang mengenai lidah dan hampir 95% berupa karsinoma sel skuamosa. Karsinoma lidah terletak sebagian besar pada dua pertiga anterior lidah, umumnya pada tepi lateral dan bawah lidah yaitu sekitar 40-75%. Keganasan ini menempati insiden 1% dari seluruh karsinoma tubuh dan merupakan keganasan rongga mulut yang paling sering ditemukan yaitu sekitar 25-45%. Sebagian besar karsinoma sel skuamosa rongga mulut merupakan tumor ganas yang insidennya terbanyak berasal dari lidah dan dasar mulut. Karsinoma ini memiliki 95% potensi merusak jaringan sekitar terutama bila terjadi di lidah (Sudiono, 2008).

Pada tahun 2009 di Amerika ditemukan 10.520 kasus baru karsinoma lidah dan diperkirakan terjadi 1900 kematian. Karsinoma lidah lebih sering terjadi pada laki-laki dengan perbandingan laki-laki dan wanita adalah 2 :

1 serta lebih sering ditemukan pada usia lanjut dari pada usia muda. Insiden pada penderita laki-laki di Perancis adalah 8 per 100.000 orang sedangkan di India adalah 6 per 100.000 orang.

Insiden karsinoma lidah di Indonesia masih belum diketahui dengan pasti tetapi bila dibandingkan dengan hasil penelitian di luar negeri dapat dikatakan bahwa insidennya masih jarang. Prevelensi nasional tumor/kanker lidah di Indonesia pada tahun 2007 adalah 0,4%. Sebanyak 9 provinsi mempunyai prevalensi penyakit tumor/kanker diatas prevelansi nasional yaitu Sumatra Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, Bali, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan.

Menurut Jelita (2010), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung terdapat 110 kasus kanker rongga mulut pada periode Januari 2006 sampai Desember 2010. Sementara itu, di Pulau Sumatra, di Provinsi Sumatra Utara, Kota Medan di RSUP Adam Malik terdapat lebih kurang 104 kasus kanker rongga mulut pada periode Januari 2008 sampai Desember 2013. Dan di Sumatra Barat khususnya di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2006-2008 didapatkan sebanyak 40 kasus kanker rongga mulut yang mana insiden terbanyak berasal dari lidah dan bibir.

Peran perawat pada klien yang mengalami karsinoma lidah yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan, sebagai advokat (pembela), sebagai edukator, sebagai kolaborator, sebagai konsultan dan sebagai pembaharu.

Berdasarkan data yang didapat dari rekam medik di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni ditemukan sebanyak 3 orang yang terkena Karsinoma Lidah.

Berdasarkan survei awal yang di dapat melalui wawancara pada klien dengan karsinoma lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 yaitu Ny. Y mengatakan bahwa terdapat benjolan pada bagian lidah sebesar buji kacang tanah dan tampak memerah. Ny. Y juga mengatakan bahwa terasa nyeri pada bagian lidahnya. Faktor penyebab kanker lidah tidak diketahui dengan pasti oleh Ny. Y. Namun terdapat beberapa faktor yang dapat mendorong terjadinya kanker lidah seperti iritasi kronis yang disebabkan oleh karies gigi, permukaan gigi yang tajam, dan gigi palsu yang tidak baik.

Berdasarkan fenomena dan data yang diatas maka penulis tertarik untuk membahas tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu memahami konsep teori tentang Karsinoma Lidah pada Ny. Y di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- d. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- f. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan memanfaatkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh pendidikan di STIKes Perintis Perintis Padang

terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan Karsinoma Lidah di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Karsinoma Lidah khususnya bagi pembaca di perpustakaan STIKes Perintis Padang.

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Karsinoma Lidah dan sebagai peningkatan mutu kesehatan di rumah sakit.

BAB II

KONSEP TEORI

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kanker

Kanker adalah penyakit akibat pertumbuhan tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Kanker sering dikenal oleh masyarakat sebagai tumor, padahal tidak semua tumor adalah kanker. Tumor adalah segala benjolan tidak normal atau abnormal. Tumor dibagi dalam dua golongan, yaitu tumor jinak dan tumor ganas. Kanker adalah istilah umum untuk semua jenis tumor ganas (Brunicardi, *et al*, 2010).

Dalam Brunicardi, *et al* (2010) terdapat faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko terkena kanker, yaitu bahan kimia yang terdapat pada asap rokok dapat menyebabkan berbagai jenis kanker pada perokok dan perokok pasif (orang bukan perokok yang tidak sengaja menghirup asap rokok orang lain) dalam jangka waktu yang lama. Bahan kimia untuk industri serta asap yang mengandung senyawa karbon dapat meningkatkan kemungkinan seorang pekerja industri menderita kanker.

Mekanisme pembentukan neoplasma atau tumor ganas disebut dengan karsinogenesis. Proses karsinogenesis adalah proses bertahap suatu *multisteps process*. Sedikitnya ada tiga tahapan, yaitu:

1. Inisiasi, proses inisiasi ini yaitu:
 - a. Karsinogen yang merupakan inhibitor adalah mutagen.

- b. Cukup terkena sekali paparan karsinogen.
 - c. Keadaan ini permanen dan *irreversible*.
 - d. Proses ini tidak mengubah ekspresi gen.
2. Promosi, sifat – sifat promoter adalah:
- a. Mengikuti kerja inisiator.
 - b. Perlu paparan berkali – kali.
 - c. Keadaan dapat *reversible*.
 - d. Dapat mengubah ekspresi gen seperti: hiperplasia, induksi enzim, induksi diferensiasi
3. Progresi
- Pada progresi ini terjadi aktivasi, mutasi, atau hilangnya gen. pada progresi ini timbul perubahan benigna menjadi pre-maligna dan maligna.

Staging tumor pada rongga mulut

Sistem yang dipakai adalah *American Joint Committee For Cancer Staging and End Result reporting (AJCCS)*. Sistem yang dipakai adalah T.N.M yaitu: T: Tumor primer, N: Kelenjar getah bening regional, M: Metastasis jauh tumor primer dan dipakai pada rongga mulut:

1. T – Tumor primer
 - a. TX : Tumor yang belum dapat dideteksi.
 - b. T0 : Tidak ada bukti tumor primer.
 - c. TIS : Karsinoma insitu (tumor permukaan).

- d. T1 : Tumor besarnya 2 cm atau lebih kecil.
 - e. T2 : Tumor lebih besar dari 2 cm tetapi lebih kecil dari 4 cm.
 - f. T3 : Tumor lebih besar dari 4 cm.
 - g. T4 :Tumor telah melibatkan struktur di sekitarnya seperti tulang kortikal atau otot – otot lidah.
2. N – Kelenjar getah bening regional
- a. NX :Kelenjar getah bening regional tidak dapat diperkirakan.
 - b. N0 : Tidak ada metastatis ke kelenjar getah bening regional.
 - c. N1 : Metastatis ke kelenjar getah bening unilateral tunggal dengan ukuran kurang dari 3 cm.
 - d. N2 : Metastatis ke kelenjar getah bening unilateral tunggal dengan ukuran 3- 6 cm atau bilateral atau melibatkan kelenjar getah bening multiple dengan ukuran kurang dari 6 cm atau melibatkan kelenjar getah bening kontra lateral dengan ukuran kurang dari 6 cm.
 - e. N2a : Metastatis ke kelenjar getah bening unilateral tunggal dengan ukuran 3 - 6 cm.
 - f. N2b : Metastatis ke kelenjar getah bening multiple dengan ukuran kurang dari 6 cm.
 - g. N2c : Metastatis ke kelenjar getah bening kontra lateral dengan ukuran kurang dari 6 cm.
 - h. N3 : Metastatis ke kelenjar getah bening dengan ukuran lebih dari 6 cm.

3. M – Metastatis jauh tumor primer
 - a. MX : Adanya metastatis jauh tidak dapat diperkirakan.
 - b. M0 : Tidak ada metastatis jauh dari tumor primer.
 - c. M1 : Ada metastasis jauh dari tumor primer.

Dari TNM sistem di atas, maka derajat tumor dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. *Stage 1* : T1 N0 M0.
- b. *Stage 2* : T2 N0 M0.
- c. *Stage 3* : T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0.
- d. *Stage 4* : T4 N0 M0 T1, T2, atau T3 dengan N2 atau N3 dan M0
T1, T2 atau T3 N2 atau N3 dan M1.

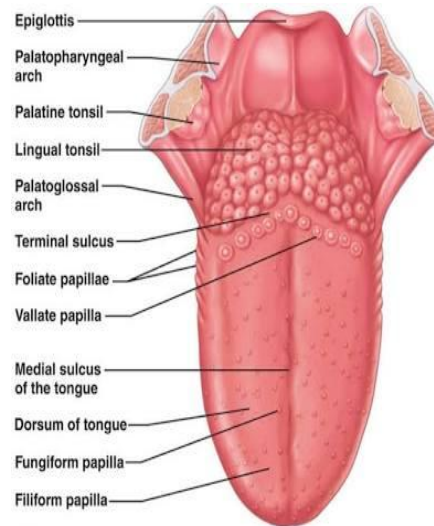
2.1.2 Pengertian

Kanker rongga mulut adalah keganasan yang terjadi di dalam rongga mulut yang dibatasi vermilion bibir dibagian depan dan arkus faringus anterior di bagian belakang. Kanker rongga mulut meliputi kanker bibir, lidah, bukal, dasar mulut, palatum, dan arkus faringus anterior (Muttaqin, 2011).

Kanker lidah adalah suatu tumor yang terjadi didasar mulut, kadang-kadang meluas kearah lidah dan menyebabkan gangguan mobilitas lidah. Kanker lidah (2/3 anterior). Sebagian besar (40%) dari kanker rongga mulut adalah kanker lidah. Lokasi tumor paling sering adalah tepi lateral pada perbatasan antara bagian tengah dengan 1/3 belakang lidah.

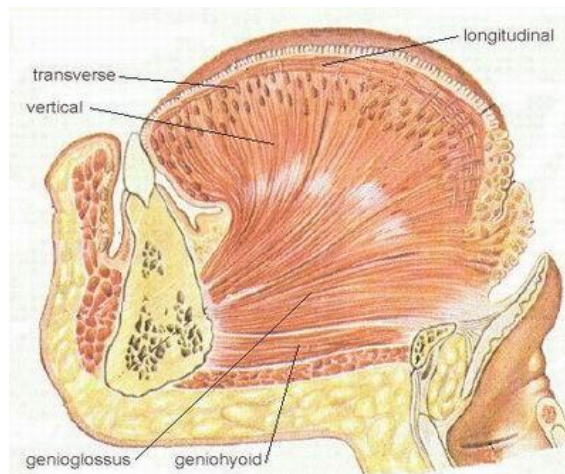
2.1.3 Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Lidah

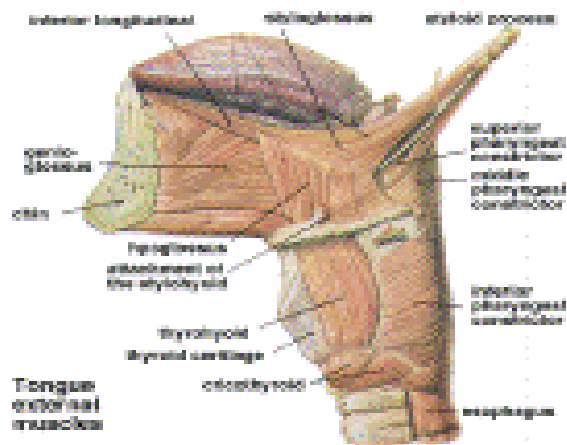


Gambar Anatomi Lidah

Lidah adalah salah satu dari panca indera yang berfungsi sebagai alat pengecap. Lidah terletak didasar mulut dan melekat pada tulang hioid. Lidah berwarna merah dan permukaannya tidak rata. Korpus lidah mengandung otot intrinsik dan ekstrinsik dan merupakan otot terkuat didalam tubuh (Irianto 2012).



Gambar Otot Intrinsik Lidah



Gambar Otot Extrinsik Lidah

Otot intrinsik berfungsi untuk melakukan semua gerakan lidah, otot ekstrinsik berfungsi mengaitkan lidah pada bagian-bagian sekitarnya serta membantu melakukan gerakan menekan makanan pada langit-langit dan gigi, kemudian mendorongnya masuk ke faring (Sufitni 2008).

Pada permukaan atas atau dorsal lidah terdapat alur berbentuk “V” yaitu sulkus terminalis, ujung “V”nya mengarah ke posterior. Sulkus ini membagi lidah menjadi bagian anterior dan bagian posterior. Sebagian besar lidah terdiri atas serat-serat otot rangka diliputi lendir dan kelenjar. Serat-serat otot lidah yang intrinsik, yaitu yang terdapat didalam lidah dan ekstrinsik yaitu yang lainnya yang berorigo diluar terutama pada mandibula, tulang hioid, dan berinsersi pada lidah. Diantara serat-serat otot, terdapat kelenjar. Kelenjar utama tersebut bersifat seperti mukosa terdapat pada pangkal lidah, dengan saluran keluar bermuara di belakang *sulkus terminalis*.

Kelenjar *serosa* terletak pada badan lidah, dengan saluran keluar bermuara di depan sulkus, sedangkan *asini campur* terletak di ujung lidah, dengan salurannya bermuara pada permukaan bawah lidah. Membran mukosa pada permukaan bawah lidah sifatnya licin dan di bawahnya terdapat *tunika submukosa*. Pada permukaan atas terlihat banyak tonjolan-tonjolan kecil disebut papila lidah.

Tonjolan tonjolan kecil pada permukaan lidah (*papilla*) terdapat sel-sel reseptor (tunas pengecap). Terdapat lebih dari 10.000 tunas pengecap pada lidah manusia, sel-sel ini tumbuh seminggu setelah itu digantikan oleh sel-sel yang baru. Sel-sel inilah yang bisa membedakan rasa manis asam, pahit, dan asin (Evelyn 2009).

Terdapat 4 jenis *papilla* pada manusia, yaitu:

1) *Papilla filiformis*

Terdapat di atas seluruh permukaan lidah, umumnya tersusun dalam barisan barisan sejajar dengan *sulkus terminalis* (Jacob 2010). *Papilla filiformis* bentuknya kurang lebih seperti kerucut, langsing dan tingginya 2-3 mm. Bagian tengahnya terdiri atas jaringan ikat *lamina propria*. Jaringan ikat ini juga membentuk papila sekunder. Epitel yang meliputi papila sebagian mengalami pertandukan yang cukup keras sifat nya.

2) *Papilla fungiformis*

Letaknya tersebar di antara deretan *papilla filiformis*, dan jumlahnya makin banyak ke arah ujung lidah, bentuknya seperti jamur dengan tangkai pendek, dan bagian atas yang lebih lebar. Jaringan ikat di tengah-tengah *papilla* membentuk *papilla* sekunder sedangkan epitel di atasnya tipis sehingga pleksus pembuluh darah di dalam *lamina propria* menyebabkannya berwarna merah atau merah muda. *Taste buds* terdapat di dalam epitel. Papila ini diinervasi oleh nervus facialis (N.VII) (Jacob 2010).

Sebuah penelitian di China mengungkapkan bahwa adanya hubungan antara kepadatan *papilla fungiformis* dengan pemeriksaan rasa manis menggunakan larutan sukrosa pada pria dewasa muda. Penelitian ini menyimpulkan bahwa anatomi *papilla* sangat erat hubungannya dengan ambang sensitivitas rasa khususnya pada *papilla fungiformis* (Zhang Gen-H *et al.* 2008).

3) *Papilla sirkumvalata* (vallum = dinding)

Pada manusia jumlahnya hanya 10 sampai 14, dan letaknya di sepanjang sulkus terminalis. *Papilla* ini sensitif terhadap rasa asam dan pahit di 1/3 posterior lidah yang diinervasi oleh nervus *glossopharyngeal* (IX) (Jacob 2010).

Tiap *papilla* menonjol sedikit di atas permukaan dan dibatasi oleh suatu parit melingkar banyak *taste buds* pada epitel

dinding lateralnya. Saluran keluar kelenjar serosa (kelejar ebner) bermuara pada dasar alur itu. Kelenjarnya sendiri terletak pada lapisan yang lebih dalam. Sekret serosa cair kelenjar tersebut membersihkan parit dari sisa bahan makanan, sehingga memungkinkan penerimaan rangsang kecap baru oleh *taste buds*.

4) *Papilla foliata*

Terletak pada bagian samping dan belakang lidah, berbentuk lipatan-lipatan mirip daun, dengan *taste buds* di dalam epitel lekukan yang terdapat di lipatan. Sama seperti pada *papilla sirkumvalata*, kelenjar-kelenjar serosa bermuara pada dasar alur. Sensitivitas papila ini lebih dominan terhadap rasa asam yang diinervasi oleh nervus *glossopharyngeal* (IX) (Jacob 2010).

Semua *papilla* mengandung banyak saraf sensorik untuk rasa sentuhan dan *taste buds* terdapat pada semua *papilla* kecuali *papilla filiformis*.

b. *Taste buds*

Taste buds mengandung sel reseptor kecap (*gustatoris*), terletak di dalam epitel mulut (berlapis gepeng), terutama pada *papilla*, tetapi dapat juga dijumpai di tempat lain dalam rongga mulut, palatum, dan epiglottis. *Taste buds* memiliki beberapa tipe reseptor rasa, setiap tipe ini akan mendeteksi satu jenis rasa dari 4 rasa dasar yaitu, asam, asin, manis, pahit. Seluruh rasa ini dapat

dirasakan oleh seluruh permukaan lidah, tetapi satu jenis rasa akan lebih sensitif pada daerah tertentu (Jacewicz 2008).

Taste buds merupakan sel epitel yang telah dimodifikasi, beberapa diantaranya disebut sebagai sel *sustentakular* dan lainnya disebut sebagai sel reseptor. Sel-sel reseptor ini terus-menerus digantikan melalui pembelahan mitosis dari sel-sel epitel di sekitarnya dengan waktu paruh sekitar sepuluh hari (Guyton 2009).

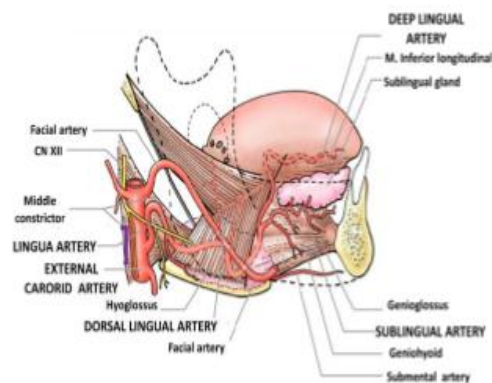
Taste buds terdapat tiga jenis sel epitel :

- 1) Sel penyokong atau sel *sustentakular*, terletak terutama di bagian perifer *taste buds*.
- 2) Sel pengecap *neuroepitel* yang biasanya hanya berjumlah 10 sampai 14 sel pada tiap *taste buds*.
- 3) Sel *basal* letaknya di perifer dekat *lamina basal*, dianggap sebagai sel induk (*stem*) sel jenis lainnya.

Pergantian sel di dalam *taste buds* berlangsung relatif cepat, masa hidup pada umumnya 10 hari, dan sel *sustentakular* mungkin merupakan suatu tahap perantara dalam perkembangan diferensiasi sel sensorik. Rangsang kimiawi sampai pada sel sensoris dan diteruskan oleh *neurotransmitter* ke ujung akhir saraf yang berbentuk putik dan terletak diantara sel-sel. Akhir – akhir ini telah dapat diperlihatkan bahwa satu kuncup kecap (satu *papilla*) dapat merasakan keempat macam rasa dasar; tentunya tak ada perbedaan struktural yang ditemukan untuk

menjelaskan perbedaan dalam rasa dasar tersebut. Saraf dari *taste buds* yang letaknya pada dua pertiga bagian depan lidah berjalan di dalam *chorda thympani*, cabang saraf fasialis, sedangkan dari *taste buds* pada sepertiga bagian belakang lidah berjalan dalam saraf *glossofaringes* yang membawa rasa kecap dari epiglotis dan faring bawah berjalan dalam saraf *vagus*.

c. Vaskularisasi Lidah



Gambar 4. Vaskularisasi lidah.¹⁶

Gambar Vaskularisasi Lidah

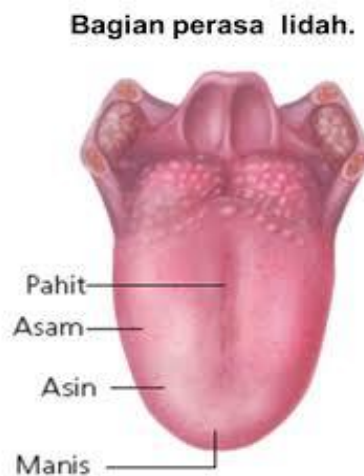
Vaskularisasi lidah berasal dari arteri *carotis interna*, arteri ini bercabang menjadi arteri *sublingualis* yang akan memberi vaskularisasi pada *musculus mylohyoid*, glandula *sublingualis*, dan mukosa membran mulut menuju vena jugularis interna.

Terdapat tiga vena yang menjadi percabangan dari nervus hypoglossi yaitu vena *lingualis profundus*, vena *lingualis dorsalis* dan vena *comitantes*. Vena *lingualis* inilah yang

mendampingi arteri *lingualis* menuju vena *lingualis intern* (Irianto 2012).

Tergantung lokasinya pada lidah, *taste buds* dapat disarafi oleh akson sensoris oleh *nervus kranialis fasialis* (N.VII), *glossofaringeus* (N.IX), atau *vagus* (N.X). Persarafan sensoris umum lidah, anterior dari *sulkus terminalis* melalui cabang lingual dari mandibularis (N.V), sementara sensasi *gustatoris* daerah ini, kecuali untuk *papilla sirkumvalata*, adalah melalui cabang *chorda thympani* dari *nervus fasialis* (N.VII), yang menyertai *nervus lingualis*. *Taste buds* pada *papilla sirkumvalata* dan bagian faringeal lidah disarafi cabang lingual dari *nervus glossopharingeus* (N.XI). *Taste buds* pada *epiglottis* dan bagian paling posterior lidah disarafi oleh cabang laringeal superior dari *nervus vagus* (N.X) (Evelyn 2009).

d. Fisiologi Lidah



Gambar Bagian Perasa Lidah

Terdapat 4 tipe rasa dasar pada lidah yaitu asam, asin, manis, dan pahit. Seluruh rasa ini dapat dirasakan oleh seluruh permukaan lidah. Rasa manis dan rasa asin dirasakan pada ujung lidah, asam pada samping lidah dan pahit pada daerah sekitar *papilla sirkumvalata*. Keempat rasa ini dikenal dengan istilah sensasi rasa primer.

a) Rasa Manis

Gula atau pemanis buatan tidak langsung masuk sel rasa, tetapi memicu dulu perubahan di dalam sel. Senyawa tersebut akan terikat reseptor pada permukaan sel rasa yang digandeng dengan molekul Gprotein. Dinamakan G-protein karena untuk aktivitasnya protein ini diatur oleh Guanin Trifosfat (Irianto 2012).

Beberapa jenis zat kimia yang menyebabkan rasa ini meliputi gula, glikol, alkohol, aldehida, keton, amida, ester, asam amino, asam sulfonat, asam halogen, dan garam anorganik dari timah hitam dan berilium. Hampir semua zat yang menyebabkan rasa manis merupakan zat kimia organik, satu-satunya zat anorganik yang menimbulkan rasa manis merupakan garam-garam tertentu dari timah hitam dan berillium (Guyton 2009).

b) Rasa Asam

Ion hidrogen dalam larutan dapat menyebabkan sensasi rasa asam. Ion ini bereaksi terhadap sel rasa dalam tiga cara

yaitu, dapat masuk ke dalam sel secara langsung, memblokir kanal ion kalium pada mikrovili, dan mengikat kanal bukaan di mikrovili, sehingga ion-ion positif dapat masuk dalam sel rasa. Muatan positif ini akan berakumulasi dan mendorong terjadinya depolarisasi yang dapat melepaskan *neurotransmitter* dan menyalurkan sinyal ke otak (Irianto 2012).

c) Rasa Asin

Garam dapur atau Natrium Klorida (NaCl) adalah satu contoh dari garam yang dapat menimbulkan sensasi rasa asin. Ion natrium masuk melalui kanal ion pada mikrovili bagian apikal, atau lewat kanal pada basolateral (sisi) sel rasa, hal inilah yang akan membangunkan sel rasa tersebut (Irianto 2012).

Kualitas rasa asin sedikit berbeda dari satu garam dengan garam lainnya karena beberapa jenis garam juga mengeluarkan rasa lain di samping rasa asin (Guyton 2009).

d) Rasa Pahit

Seperti rasa manis, rasa pahit tidak disebabkan suatu jenis agen kimia. Pembagian kelas zat yang sering menyebabkan rasa pahit adalah zat organik rantai panjang yang berisi nitrogen dan alkaloid yang terdiri dari banyak obat yang digunakan dalam kedokteran seperti kuinin, kafein, strikmin, dan nikotin (Irianto 2012), misalnya kuinin, zat ini bereaksi

melalui G-protein bersama reseptor dan *second messenger*. Namun, hanya *second messenger* yang mampu mendorong pelepasan ion kalsium dari retikulum endoplasma. Depolarisasi pun terjadi akibat terakumulasinya ion kalsium, dan terjadi juga pelepasan *neurotransmitter* (Guyton 2009).

2.1.4 Etiologi

Beberapa faktor yang berperan terhadap timbulnya karsinoma lidah adalah sebagai berikut :

a. Tembakau

Penggunaan tembakau dalam waktu lama merupakan faktor utama yang penting dan berhubungan erat dengan timbulnya karsinoma lidah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hampir 90% penderita karsinoma lidah mempunyai riwayat penggunaan tembakau dan meningkat dengan kebiasaan merokok. Insiden karsinoma lidah pada penderita yang merokok diperkirakan 6 kali lebih sering terjadi dibandingkan pada penderita yang tidak merokok. Tembakau digunakan dengan cara dikunyah atau dihisap. Efek penggunaan tembakau yang tidak dibakar ini erat hubungannya dengan timbulnya leukoplakia dan lesi mulut lainnya termasuk lidah.

Tembakau mengandung banyak molekul karsinogenik seperti hidrokarbon polisiklik, nitrosamin, *nitrosodictanolamine*, *nitrosoproline* dan *polonium*. Paparan tembakau menyebabkan perubahan yang progresif dari mukosa mulut dan penggunaan

dalam waktu lama menyebabkan transformasi keganasan terutama perubahan dalam ekspresi mutasi p53.

Efek karsinogenik dari tembakau sebagian besar dirangsang oleh zat kimia yang terdapat pada asap rokok. Asap rokok merangsang perubahan genetik termasuk mutasi gen, gangguan kromosom, mikronuklei, perubahan kromatin, rusaknya rantai DNA. Mutasi gen menyebabkan hiperaktif onkogen, gangguan proliferasi, mencegah apoptosis dan gangguan kelangsungan hidup sel. Selain itu juga mutasi gen akan menginaktifkan tumor supresor yang secara normal berperan untuk mencegah perubahan sel-sel menjadi ganas.

Nitrosamin merupakan zat kimia utama yang bersifat mutagen dalam asap rokok. Zat kimia yang lain adalah *tobacco-specific nitrosamines* (TSNAs) yang berasal dari alkaloid utama tembakau, nikotin, nornikotin, anabasin dan anatabin. Nitrosonomikotin dan 4-(*N-methyl-N-nitrosamino*)-1-(3-pyridyl)-1-butanone berasal dari nikotin dan karsinogen poten. Asap rokok mengandung berbagai mutagenik dan karsinogenik termasuk *nitroso-compounds*, hidrokarbon aromatik polisiklik heterosiklik amin. Sebagian besar karsinogen dan mutagen dimetabolisme menjadi bentuk yang lebih aktif dalam tubuh manusia dan menyebabkan gangguan kromosom.

b. Alkohol

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara konsumsi alkohol yang tinggi terhadap terjadinya karsinoma sel skuamosa lidah. Minuman alkohol mengandung bahan karsinogen seperti etanol, nitrosamin, *urethane contaminant*. Alkohol merupakan zat pelarut yang dapat meningkatkan permeabilitas sel terhadap bahan karsinogen dari tembakau. Alkohol merupakan salah satu faktor yang memudahkan terjadinya leukoplakia karena penggunaan alkohol dapat menimbulkan iritasi pada mukosa.

Selain itu penggunaan alkohol dalam waktu lama dapat meningkatkan respon enzim sitokrom p450 yang berfungsi untuk mengaktivasi protokarsinogen menjadi karsinogen.

Kemungkinan mekanisme yang lain adalah rusaknya aktivitas makrofag dan berkurangnya jumlah T limfosit. Alkohol juga menurunkan aktivitas enzim yang berperan untuk perbaikan DNA sehingga terjadi peningkatan kerusakan kromosom.

Kombinasi kebiasaan merokok dan minum alkohol menyebabkan efek sinergis sehingga mempunyai resiko yang lebih besar untuk terjadinya karsinoma lidah. Alkohol menyebabkan dehidrasi dan rasa panas yang mempengaruhi selaput lendir mulut. Peningkatan permeabilitas mukosa ini menimbulkan rangsangan menahun dimana timbul proses kerusakan dan pemulihan jaringan yang berulang-ulang sehingga mengganggu keseimbangan sel dan sel mengalami displasia.

c. Infeksi virus

Virus dapat menyebabkan keganasan dengan mengubah struktur DNA dan kromosom sel yang diinfeksi. Virus human papilloma (HPV) berhubungan dengan timbulnya karsinoma lidah. HPV subtipe 16, 18, 31 dan 33 merupakan jenis yang dilaporkan paling sering berhubungan dengan timbulnya displasia dan karsinoma sel skuamosa. Virus human papilloma merupakan virus DNA rantai ganda yang menyerang sel pitel.

d. Faktor Gigi dan Mulut

Keadaan rongga mulut dengan higien yang jelek ikut berperan memicu timbulnya karsinoma lidah. Iritasi kronis yang terus menerus berlanjut dari gigi yang kasar atau runcing, gigi yang karies, akar gigi dan gigi palsu yang letaknya tidak sesuai akan dapat memicu terjadinya keganasan.

2.1.5 Manifestasi Klinis

- a. Tanda awal umumnya berupa ulkus tanpa nyeri yang tidak sembuh-sembuh. Kemudian membesar dan menekan atau menginfiltrasi jaringan sekitar yang megakibatkan nyeri lokal, otalgia ipsilateral dan nyeri mandibula (Suyatno, 2010).



Gambar Ulkus Pada Lidah

- b. Infiltrasi ke otot-otot ini mengakibatkan gerakan lidah terbatas sehingga proses menelan bolus makanan dan bicara terganggu. Kanker ini dapat menginfiltrasi jaringan sekitarnya seperti dasar mulut (*floor of mouth*, FOM), dasar lidah dan tonsil (Suyatno, 2010).
- c. Sejalan dengan kemajuan kanker pasien dapat mengeluhkan nyeri tekan, kesulitan mengunyah, menelan, dan berbicara, batuk dengan sputum bersemu darah atau terjadi pembesaran nodus limfe servikal.

2.1.6 Patofisiologi

Dasar lidah memainkan peran penting dalam berbicara dan menelan. Selama fase faring menelan, makanan dan cairan yang mendorong ke arah oropharing dari rongga mulut oleh lidah dan otot-otot pengunyahan. Laring terangkat, efektif menekan katup tenggorok dan memaksa makanan, cair, dan air liur ke dalam kerongkongan hypopharynx dan leher rahim.

Meskipun laring menghasilkan suara, lidah dan faring adalah organ utama yang membentuk suara. Kerugian jaringan dari dasar daerah lidah mencegah penutupan yang kedap air dengan laring selama tindakan menelan. Ketidaksesuaian ini memungkinkan makanan dan cairan untuk melarikan diri ke dalam faring dan laring, koreografer dengan hati-hati mengubah refleks menelan dan sering mengakibatkan aspirasi. Baik neurologis penurunan dan perubahan dalam tindakan terkoordinasi menelan dari penyakit berbahaya di

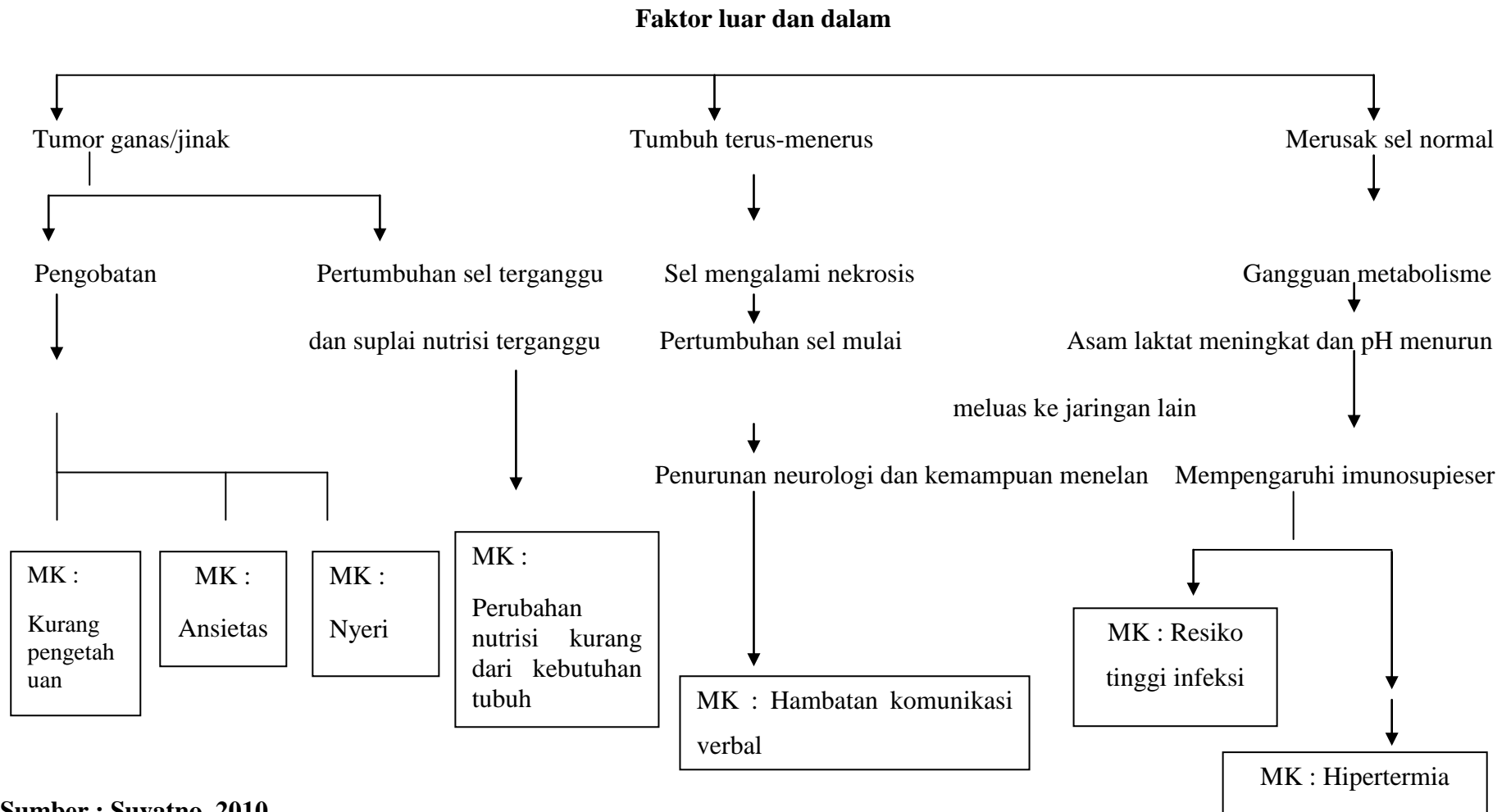
daerah ini dapat merusak mempengaruhi pada kemampuan berbicara dan menelan.

Squamous sel carcinoma pada lidah sering timbul pada daerah epithelium yang tidak normal, tetapi selain keadaan tersebut dan mudahnya dilakukan pemeriksaan mulut, lesi sering tumbuh menjadi lesi yang besar sebelum pasien akhirnya datang ke dokter gigi. Secara histologis tumor terdiri dari lapisan atau kelompok sel-sel eosinopilik yang sering disertai dengan kumpanan keratinasi. Menurut tanda histology, tumor termasuk dalam derajat I – IV (Broder). Lesi yang agak jinak adalah kelompok pertama yang disebut carcinoma verukcus oleh Ackerman. Pada kelompok ini, sel tumor masuk, membentuk massa papileferus pada permukaan. Tumor bersifat pasif pada daerah permukaannya, tetapi jarang meluas ke tulang dan tidak mempunyai anak sebar. Lidah mempunyai susunan pembuluh limfe yang kaya, hal ini akan mempercepat metastase kelenjar getah bening dan dimungkinkan oleh susunan pembuluh limfe yang saling berhubungan kanan dan kiri.

Tumor yang agak jinak cenderung membentuk massa papiliferus dengan penyebaran ringan ke jaringan didekatnya. Tumor paling ganas menyebar cukup dalam serta cepat ke jaringan didekatnya dengan penyebaran permukaan yang kecil, terlihat sebagai ulser nekrotik yang dalam. Sebagian besar lesi yang terlihat terletak diantara kedua batas tersebut dengan daerah nekrose yang dangkal

pada bagian tengah lesi tepi yang terlipat serta sedikit menonjol. Walaupun terdapat penyebaran lokal yang besar, tetapi anak sebar tetap berjalan. Metastase haematogenus terjadi pada tahap selanjutnya.

Pathway Keperawatan



Sumber : Suyatno, 2010

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- a. CT-scan atau MRI dilakukan untuk menilai detail lokasi tumor, luas ekstensi tumor primer.
- b. USG hepar, Foto thorax dan bone scan untuk evaluasi adanya metastasis jauh.
- c. Biopsi
 - a) FNAB (Fine Needle Apiration Biopsy), dilakukan pada tumor primer yang metastasis ke kelenjar getah bening leher.
 - b) Biopsi insisi atau biopsi cakot (punch) dilakukan bila tumor besar (>1 cm).
 - c) Biopsi eksisi dilakukan pada tumor yang kecil (1 cm atau kurang) (Suyatno, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Keperawatan

Perawatan pemulihan setelah operasi :

- 1) Setelah operasi pasien kanker rongga mulut diberikan makanan cair, setelah satu minggu kemudian berubah menjadi semi cair.
- 2) Setelah operasi perhatikan warna, suhu dan elastisitas flap pasien kanker rongga mulut, apabila suhu flap menurun, menunjukkan warna hijau keunguaan dan semakin memburuk, segera laporkan ke dokter.

3) Apabila pasien kanker rongga mulut setelah operasi tidak dapat berbicara, tidak dapat mengatakan gejala tidak enak yang dirasakan, perlu secara teliti mengamati ada tidaknya gejala dysphoria (cemas, gelisah, tidak tenang), nasal inflamasi dan gejala penyumbatan saluran pernafasan lainnya pada kanker rongga mulut dan segera melaporkan kepada dokter.

b. Penatalaksanaan Medis

1) Lesi kecil (T1, T2) terapi utama adalah pembedahan dan radioterapi.

Radioterapi mungkin dapat memberikan hasil kuratif pada lesi T1 dan T2 dengan preservasi struktur anatomi dan fungsi yang normal. Namun radioterapi sering menimbulkan komplikasi berupa edema lidah yang memerlukan trakeostomi, xerostomia, disgeusia dan osteoradionekrosis, hal ini mengakibatkan tindakan kurang diminati (Suyatno, 2010).

2) Terapi pembedahan pada kanker lidah adalah eksisi luas dengan batas sayatan bebas tumor (konfirmasi potong beku).

Tindakan ini memerlukan partial glossectomy dan umumnya pasca operasi fungsi baik. Lokal kontrol untuk 5 tahun pada T1 adalah 85% dan T2 adalah 80%. Pada T3 dan T4 terapi utama adalah pembedahan. Hasil kuratif hanya bisa dicapai

dangan reseksi en bloc yang komplet daris emua tumor dan jaringan sekitar dengan sayatan secara mikroskopis bebas tumor. RND (Radical Neck Dissection) harus dilakukan pada klinis N positif, RND adalah pengangkatan kelenjar getah bening leher level I sampai V, musculus sternokleidomastoid, vena jugularis interna, dan nervus assesoris (en bloc). Batas diseksi, superior adalah musculus trapezius, anterior adalah tepi lateral musculus sternohiod dan batas bagian dalam adalah fasia servikal yang menutupi musculus levator scapulae dan scalenus. SND (selective neck dissection) level 1-3 dilakukan pada N0 SND harus dilakukan oleh tingginya insiden occult metastasis kelenjar getah bening leher.

SND adalah pengangkatan kelenjar getah bening pada level tertentu yang mempunyai risiko tinggi metastasis dengan mempertahankan nervus assesorius, vena jugularis interna dan musculus sternokleidomastoid. Pembedahan memberikan kuratifitas yang lebih baik dibandingkan radioterapi dan memungkinkan untuk evaluasi patologi dari faktor prognositik. Terkadang dibutuhkan rekonstruksi langsung (myocutaneous flap atau vacular free flap) untuk mempertahankan fungsi dan kosmetik (Suyatno, 2010).

2.1.9 Komplikasi

1. Komplikasi akut yang mungkin terjadi :

a. Muskositis oral

Merupakan inflamasi pada mukosa mulut berupa eritema dan adanya ulser.

b. Kandidiasis oral

Disebabkan oleh jamur candida albicans dan ditemukan pada pasien yang menerima radioterapi.

c. Dysgeusia

Merupakan respon awal hilangnya rasa pengecap, dimana salah satunya dapat disebabkan oleh terapi radiasi.

d. Xerostomia atau mulut kering

Ditemukan pada pasien yang menerima radio terapi tergantung pada dosis yang diterima kelenjar saliva dan volume jaringan kelenjar yang menerima radiasi.

2. Komplikasi kronis yang dapat terjadi :

a. Karies gigi atau radiasi

Disebabkan oleh paparan radiasi dimana mempunyai onset dan progresi yang cepat sampai mengalami kerusakan yang lengkap pada semua gigi.

b. Osteonekrosis atau ORN

Merupakan nekrosis iskemik tulang yang disebabkan oleh radiasi yang menyebabkan rasa sakit karena kehilangan banyak struktur tulang.

c. Necrose pada jaringan lunak

Merupakan ulser yang terdapat pada jaringan yang teradiasi, tanpa adanya proses keganasan. Timbulnya nekrose pada jaringan lunak ini berhubungan dengan dosis, waktu, dan volume kelenjar yang teradiasi.

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nursalam, 2009 : 26).

Berikut ini adalah pengkajian pada klien dengan karsinoma lidah :

a. Pengumpulan data

1. Identitas

Data klien, mencakup : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, status perkawinan, alamat, diagnosa medis, No MR, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan ruangan tempat klien dirawat.

Data penanggung jawab, mencakup nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, suku bangsa, hubungan dengan klien dan alamat.

2. Riwayat Kesehatan Klien

Riwayat kesehatan pada klien dengan kanker lidah adalah sebagai berikut :

a) Keluhan Utama

Alasan spesifik untuk kunjungan klien ke klinik atau rumah sakit. Biasanya klien dengan kanker lidah mengeluhkan adanya luka pada lidah yang tidak sembuh-sembuh.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama dan data yang menyertai dengan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu :

P: *Paliatif / Propokative*: Merupakan hal atau faktor yang mencetuskan terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan. Pada klien dengan kanker lidah biasanya klien mengeluh nyeri pada bagian lidah dan merambat ke leher, rahang, serta nyeri menelan yang menyebabkan klien sulit untuk menelan.

Q: *Qualitas*: Kualitas dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Pada klien dengan

kanker lidah biasanya nyeri yang di rasakan seperti terbakar.

R: *Region* : Daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan. Pada klien dengan kanker lidah biasanya nyeri dirasakan pada daerah lidah.

S: *Severity* : Derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Skala nyeri biasanya 5.

Time : Waktu dimana keluhan dirasakan, time juga menunjukkan lamanya atau kekerapan. Keluhan nyeri pada klien dengan kanker lidah biasanya dirasakan kadang-kadang.

c) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Apakah klien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, apakah pernah menderita alergi serta tindakan yang dilakukan untuk mengatasinya selain itu perlu juga dikaji kebiasaan klien.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit-penyakit keluarga perlu diketahui terutama yang menular dan merupakan penyakit turunan.

3. Data Biologis dan Fisiologis

Meliputi hal-hal sebagai berikut :

a) Pola Nutrisi

Dikaji mengenai makanan pokok, frekuensi makan, makanan pantrangan dan napsu makan, serta diet yang diberikan. Pada klien dengan kanker lidah pola ini biasanya mengalami gangguan mengunyah dan menelan, sehingga mengakibatkan berat badan menurun.

b) Pola Eliminasi

Dikaji mengenai pola BAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan pada pola BAB yang dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan bau serta keluhan-keluhan yang dirasakan. Pada klien dengan kanker lidah biasanya eliminasinya tidak ada masalah. Frekuensi lancar, warna, bau, konsistensinya normal.

c) Pola Istirahat dan Tidur

Dikaji pola tidur klien, mengenai waktu tidur, lama tidur, kebiasaan mengantar tidur serta kesulitan dalam hal tidur. Pada klien dengan kanker lidah biasanya mengalami gangguan pola istirahat tidur karena adanya nyeri.

d) Pola Aktivitas

Dikaji perubahan pola aktivitas klien. Pada klien dengan kanker lidah biasanya pola ini tidak ada masalah karena pasien bisa melakukan aktivitas sehari-hari.

e) Pola *Personal Hygiene*

Dikaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (mandi, oral hygiene, gunting kuku, keramas). Pada klien dengan kanker lidah biasanya ia jarang menyikat giginya karena lidah klien yang nyeri.

4. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

1) Rambut

Pada klien dengan kanker lidah biasanya pemeriksaan pada bagian rambut tidak ada masalah, karena biasanya klien mampu untuk mencuci rambut sehingga rambut klien tampak bersih dan tidak berminyak.

2) Mata

Pada klien dengan kanker lidah pada pemeriksaan mata, penglihatan klien baik, mata simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik.

3) Telinga

Pada klien dengan kanker lidah tidak ada gangguan pendengaran, tidak adanya serumen, telinga klien simetris, dan klien tidak merasa nyeri ketika di palpasi.

4) Hidung

Klien dengan kanker lidah biasanya pemeriksaan hidung simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pembengkakan.

5) Mulut

- Bibir

Pemeriksaan mulai dengan inspeksi terhadap bibir untuk kelembaban, hidrasi, warna, tekstur, simetrisitas, dan adanya ulserasi atau fisura. Bibir harus lembab, merah muda, lembut dan simetris.

- Gusi

Gusi diinspeksi terhadap inflamasi, perdarahan, retraksi, dan perubahan warna. Bau napas juga dicatat.

- Lidah

Lidah dorsal diinspeksi untuk tekstur, warna, dan lesi. Papila tipis, lapisan putih, dan besar berbentuk V pada bagian distal dorsal lidah. Selanjutnya dibagian permukaan ventral lidah

dan dasar mulut lidah. Adanya lesi pada mukosa yang melibatkan vena superfisial pada permukaan bawah lidah terlihat. Spatel lidah digunakan untuk menekan lidah guna mendapatkan visualisasi adekuat terhadap faring. Biasanya pada klien dengan kanker lidah terdapat luka seperti sariawan dan ada kemerahan pada bagian lidah.

b) Leher

Klien dengan kanker lidah biasanya terdapat pembengkakan pada kelenjer getah bening.

c) Thorak

1) Paru- paru

Inspeksi :Klien dengan kanker lidah dadanya simetris kiri kanan.

Palpasi :Pada klien dengan kanker lidah saat di lakukan palpasi tidak teraba massa.

Perkusi :Pada klien dengan kanker lidah saat diperkusi diatas lapang paru bunyinya normal.

Auskultasi :Klien dengan kanker lidah suara nafasnya normal (vesikuler).

2) Jantung

Inspeksi : Klien dengan kanker lidah ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi : Klien dengan kanker lidah ictus cordis tidak teraba.

Perkusi : Suara jantung dengan kasus kanker lidah berbunyi normal.

Auskultasi: Reguler, adakah bunyi tambahan/tidak.

d) Abdomen

Inspeksi :Klien dengan kanker lidah abdomen tidak membesar atau menonjol, tidak terdapat luka operasi tertutup perban.

Auskultasi :Peristaltik normal.

Palpasi :Klien dengan kanker lidah tidak ada nyeri tekan.

Perkusi :Klien dengan kanker lidah suara abdomen nya normal (Timpani).

e) Ekstermitas

Klien dengan kanker lidah biasanya ekstremitasnya dalam keadaan normal.

f) Genitalia

Pada klien dengan kanker lidah klien tidak ada mengalami gangguan pada genitalia.

5. Data Psikologis

Menurut (Keliat, 2006 : 77) konsep diri terdiri atas lima komponen yaitu :

a) Citra tubuh

Sikap ini mencakup persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Biasanya klien dengan kanker lidah menyadari akan keterbatasan aktivitasnya.

b) Ideal diri

Persepsi klien terhadap tubuh, posisi, status, tugas, peran, lingkungan dan terhadap penyakitnya. Klien dengan kanker lidah berharap akan sembuh seperti sediakala.

c) Harga diri

Penilaian/penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain. Biasanya klien dengan kanker lidah mengalami penurunan harga diri.

d) Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya. Biasanya klien dengan kanker lidah merasa terganggu dengan keadaannya karena fungsinya tidak bisa berjalan dengan baik.

e) Peran

Seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas. Biasanya klien dengan kanker lidah merasa terganggu dalam melaksanakan tugas dan peran tersebut karena penyakitnya sekarang.

6. Data Sosial dan Budaya

Dikaji mengenai hubungan atau komunikasi klien dengan keluarga, tetangga, masyarakat dan tim kesehatan termasuk gaya hidup, faktor sosio kultural dan support sistem (Keliat, 2006 :78).

7. Stresor

Setiap faktor yang menentukan stress atau menaganggu keseimbangan. Seseorang yang mempunyai stresor akan mempersulit dalam proses suatu penyembuhan penyakit.

8. Koping Mekanisme

Suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stres yang dihadapi. (Keliat, 2006 :78).

9. Harapan dan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan

Perlu dikaji agar tim kesehatan dapat memberikan bantuan dengan efisien.

10. Data Spiritual

Pada data spiritual ini menyangkut masalah keyakinan terhadap tuhan Yang Maha Esa, sumber kekuatan, sumber

kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan dan kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan selama sakit serta harapan klien akan kesembuhan penyakitnya (Keliat, 2006 :78).

11. Data Penunjang

- Farmakoterapi : Dikaji obat yang diprogramkan serta jadwal pemberian obat.
- Prosedur Diagnostik Medik.
- Pemeriksaan Laboratorium

12. Analisa Data

Proses analisa merupakan kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukan pengumpulan data dan validasi data dengan mengidentivikasi pola atau masalah yang mengalami gangguan yang dimulai dari pengkajian pola fungsi kesehatan (Hidayat, 2008:104).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan kanker lidah adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan penyakit.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan ketidakmampuan mencerna makanan.
3. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik.
4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.
5. Resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit.
6. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit dan rencana pengobatan.
7. Ansietas berhubungan dengan koping penyakit akut.

(Nanda, 2015)

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2012).

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan penyakit	<p>NOC : Thermoregulation</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dalam rentang normal. 2. Nadi dan pernafasan dalam rentang normal. 3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing. 	<p>Fever Treatment</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu sesering mungkin. 2. Monitor IWL. 3. Monitor warna dan suhu kulit. 4. Monitor tekanan darah, nadi dan RR. 5. Monitor penurunan tingkat kesadaran. 6. Monitor WBC, Hb, dan Hct. 7. Monitor intake dan output. 8. Berikan anti piretik. 9. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam. 10. Selimuti pasien. 11. Lakukan tapid sponge. 12. Kolaborasi pemberian cairan intravena. 13. Berikan anti piretik jika perlu. <p>Vital Sign Monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR. 2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah.

2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Nutritional status :

1. Nutritional status : food and fluid intake.
2. Nutritional status : nutrient intake.
3. Weight control .

Kriteria Hasil :

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan .
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan .
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi .
4. Tidak ada tanda- tanda malnutrisi.
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

3. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas.
4. Monitor kualitas dari nadi.
5. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit.
6. Monitor sianosis perifer
7. Identifikasi penyebab dari perubahan Vital sign.

Nutrition management

1. Kaji adanya alergi makan .
 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.
 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin .
 5. Berikan substansi gula.
 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
 7. Berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makan harian.
 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.
 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.
 11. Kaji kemampuan pasien untuk
-

mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan.

Nutrition monitoring

1. BB pasien dalam batas normal.
2. Monitir adanya penurunan berat badan.
3. Monitor tipe dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan.
4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan.
5. Monitor lingkungan selama makan.

Pain management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
7. Tingkatkan istirahat.
8. Monitor penerimaan pasien tentang

3. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik.

NOC :

1. Pain level.
2. Pain control.
3. Comfort level

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri).
 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
 3. Mampu mengenali nyeri.
 4. Menyatakan rasa nyaman nyeri setelah nyeri
-

berkurang.

manajemen nyeri.

Analgesic administration

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.
3. Cek riwayat alergi.
4. Tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.
6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.
7. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.

4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.

NOC :

1. Anxiety self control.
2. Coping
3. Sensory function: hearing & vision.
4. Fear self control

Kriteria Hasil :

1. Komunikasi : penerimaan, intepretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat.
2. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) :

Communication Enhancement : Speech Dificit

1. Gunakan penerjemah, jika diperlukan.
 2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan.
 3. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara.
 4. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan.
 5. Dengarkan dengan penuh perhatian.
 6. Berdiri didepan pasien ketika
-

-
- ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna.
3. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan intepretasi pesan verbal dan/atau non verbal.
 4. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat.
 5. Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur, dan menggunakan informasi.
 6. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara.
 7. Mampu memajemen kemampuan fisik yang di miliki.
 8. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial.
- berbicara.
 7. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal.
 8. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan.
 9. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan.
 10. Berikan pujian positive jika diperlukan.
 11. Anjurkan pada pertemuan kelompok.
 12. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi.
 13. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).
-

<p>5. Infeksi berhubungan dengan proses penyakit.</p>	<p>Immune status Knowledg : infeksi kontrol Risk kontrol Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksananya . 3. Menunjukkan kemampuan untuk menjegah timbulnya infeksi . 4. Jumlah leukosit dalam batas normal. 5. Menunjukkan prilaku hidup sehat 	<p>Infektion kontrol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2. Pertahankan teknik isolasi. 3. Batasi pengunjung bila perlu. 4. Intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 5. Gunakan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan. 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung. 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 9. Tingkatkan intake nutrisi. 10. Berikan terapi antibiotik bila perlu. 11. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 12. Batasi pengunjung. 13. Sering pengunjung terhadap penyakit menular. 14. Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang berisiko. 15. Lakukan perawatan luka.. 16. Inpeksi kondisi luka/ insisi bedah. 17. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.
---	--	---

6. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit dan rencana pengobatan.

Pengetahuan tentang proses penyakit

1. Familiar dengan proses penyakit.
2. Mendiskripsikan proses penyakit.
3. Mendiskripsikan faktor penyebab.
4. Mendiskripsikan faktor resiko.
5. Mendiskripsikan efek penyakit.
6. Mendiskripsikan tanda dan gejala.
7. Mendiskripsikan perjalanan penyakit.
8. Mendiskripsikan tindakan untuk menurunkan progresifitas.
9. Mendiskripsikan komplikasi.
10. Mendiskripsikan tanda dan gejala dari komplikasi.
11. Mendiskripsikan tindakan pencegahan untuk mencegah komplikasi.

18. Ajarkan cara menghindari infeksi.
19. Laporkan kecurigaan infeksi.

Mengajarkan proses penyakit

1. Menentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya.
2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan apa anatomi dan fisiologi yang sesuai.
3. Tentukan tanda dan gejala penyakit yang sesuai.
4. Gambarkan proses penyakit.
5. Jelaskan informasi tentang kondisi pasien saat ini.
6. Diskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol proses penyakit.
7. Diskusikan tentang pilihan terapi dan perawatan.

Ajarkan diet

1. Kaji pengetahuan klien tentang diet yang dianjurkan
 2. Jelaskan tujuan diet
 3. Informasikan berapa lama diet harus di ikuti.
 4. Ajarkan klien tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan.
 5. Observasi pilihan makanan klien sesuai dengan diet yang dianjurkan.
 6. Konsultasi gizi.
-

-
7. Ansietas berhubungan dengan koping penyakit akut

Control Cemas

1. Monitor intensitas cemas.
2. Menyingkirkan tanda kecemasan.
3. Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas.
4. Mencari informasi untuk menurunkan kecemasan.
5. Merencanakan strategi koping.
6. Menggunakan strategi koping efektif.
7. Menggunakan tehnik relaksasi untuk menurunkan kecemasan.
8. Melaporkan penurunan durasi dari episode cemas.
9. Melaporkan peningkatan rentang waktu antara episode cemas.
10. Mempertahankan penampila peran.
11. Mempertahankan hubungan sosial.
12. Mempertahankan konsentrasi.
13. Kontrol respon cemas

Koping

1. Control perasaan verbal.

7. Libatkan keluarga.

Penurunan Kecemasan

1. Terangkan klien
2. Hilangkan dugaan tentang perilaku klien
3. Berisaha memahami keadaan klien
4. Berikan informasi tentang diagnosa, prognosis dan tindakan
5. Temani pasien untuk mendukung keamanan dan menurunkan rasa takut
6. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang menciptakan cemas
7. Dukung penggunaan mekanisme definsif dengan cara yang tepat
8. Tentukan kemampuan klien untuk mangambil keputusan
9. Instruksikan klien untuk menggunakan tehnik relaksasi
10. Berikan pengobatan untuk menurunkan panas

Peningkatan koping

1. Hargai pemahaman klien tentang proses penyakit.
 2. Hargai dan diskusikan respon alternatif terhadap situasi.
 3. Tenangkan klien
 4. Berikan suasana yang mendukung.
 5. Sediakan informasi yang faktual tentang diagnosa, progrosis dan tindakan.
 6. Sediakan pilihan yang realistis tentang
-

-
- | | |
|--|--|
| 2. Melaporkan penurunan stress. | 7. Evaluasi kemampuan klien dalam mengambil keputusan. |
| 3. Situasi hidup. | 8. Dukung penggunaan mekanisme defensif. |
| 4. Menyesuaikan perubahan perkembangan. | 9. Bantu klien untuk mengidentifikasi strategi dan untuk mengatasi keterbatasan dan mengelok gaya hidup dan perubahan peran. |
| 5. Memakai perlakuan untuk menurunkan stress. | 10. Ajarkan klien untuk menggunakan tehnik relaksasi. |
| 6. Terlalu menghindari. | 11. Bantu klien untuk mengklarifikasi salah paham. |
| 7. Melaporkan gejala fisik dari stress yang mendukung untuk mengungkapkan kata – kata. | 12. Anjurkan klien untuk mengevaluasi perilakunya. |
-

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Terdapat 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu persiapan, perencanaan dan dokumentasi (Nursalam, 2009 : 127).

Kegiatan implementasi pada klien dengan kanker lidah adalah membantunya mencapai kebutuhan dasar seperti :

1. Melakukan pengakajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau mamantau status atau masalah yang ada.
2. Melakukan penyuluhan untuk membantu klien mamperoleh pengetahuan baru mengenai kesehatan mereka sendiri atau penatalaksanaan penyimpangan.
3. Membantu klien membuat keputusan tentang perawatan kesehatan dirinya sendiri.
4. Konsultasi dan rujuk pada profesional perawatan kesehatan lainnya untuk memperoleh arahan yang tepat.
5. Memberikan tindakan perawatan spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan.

6. Membantu klien untuk melaksanakan aktivitas mereka sendiri.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2009 : 135).

Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respons klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

Problem-Intervention-Evaluation adalah suatu singkatan masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2009 : 207)

Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap hari setiap pergantian jaga (8 jam), data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis, intervensi yang dilaksanakan dan rutin

dicatat dalam “flowsheet”, catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah, intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (intervensi) dan nomor masalah klien, keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (Evaluasi) dan nomor masalah klien, setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (2009 : 208).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama / Inisial : Ny. Y
Umur : 62 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Janda
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan : Tamat SD
Alamat : Sungai Tarab
No MR : 485301
Tanggal Masuk : 31 Mei 2018
Tanggal Pengkajian : 06 Juni 2018
Diagnosa Medis : Karsinoma Lidah

Penanggung Jawab

Nama : Ny. D
Umur : 39 tahun
Hub. Dengan Keluarga : Menantu
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

II. Alasan Masuk

Klien masuk Rumah Sakit diantar oleh keluarga melalui poli Bedah pada tanggal 31 Mei 2018 pada pukul 07.30 WIB dengan post kemoterapi 2 minggu yang lalu.

III. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada bagian lidah. Keluhan nyeri klien dicetuskan akibat adanya benjolan pada lidah kira-kira sebesar biji kacang tanah yang tampak memerah. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti terbakar, dengan skala nyeri 5. Klien mengatakan nyerinya terasa hilang timbul. Klien juga mengatakan nyeri pada bagian bekas luka operasi di leher. Luka klien sekitar ± 4 cm. Klien mengatakan mual tapi muntah tidak ada. Klien mengatakan bahwa semenjak sakit ia mengalami penurunan berat badan karena tidak ada nafsu makan. Klien mengatakan susah untuk menelan makanan sehingga klien hanya minum susu saja. Klien minum susu hanya $\frac{1}{4}$ gelas saja dalam sehari. Klien juga mengatakan bahwa ia sulit untuk berbicara, kata-kata yang diucapkan tidak jelas dan sulit untuk di mengerti. Klien mengatakan sakit pada lidah dan leher saat berbicara. Klien mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 2 hari yang lalu. Dan klien juga mengatakan badannya berkeringat dan terasa tidak nyaman.

Klien tampak lemas. Makanan klien tampak tidak dihabiskan. Klien terlihat kurus. Berat badan klien saat sehat 65 Kg dan saat sakit 35 Kg. Tampak ada balutan pada leher klien. Klien tampak meringis. Klien tampak risih. Luka klien tampak memerah dan berlendir. Suara bicara klien tidak jelas. Kata-kata yang diucapkan klien sulit untuk di mengerti. Klien jarang berkomunikasi secara verbal. Kulit klien terlihat berdaki. Klien terpasang infus di tangan sebelah kiri. Wajah klien tampak kusam. Klien tampak kelelahan.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

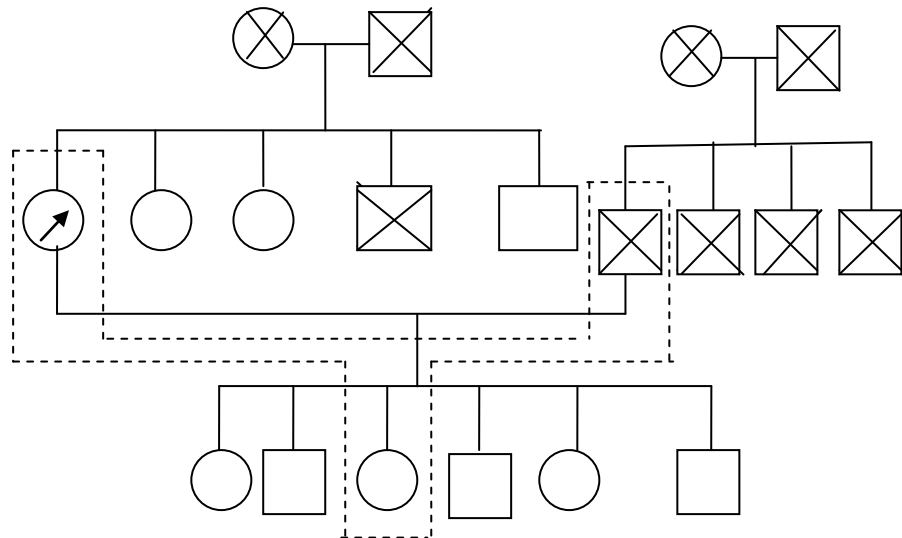
Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah melakukan operasi kelenjar getah bening pada bulan Oktober tahun 2017 di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi. Keluarga klien mengatakan bahwa saat setelah selesai operasi klien tidak ada nafsu untuk makan sehingga menyebabkan klien mengalami penurunan badan menjadi 30 Kg sekitar 5 bulan yang lalu. Sebelum di lakukan operasi berat badan klien 65 Kg. Keluarga klien juga mengatakan bahwa saat di rumah sebelum masuk rumah sakit bekas luka di leher klien pecah sehingga mengeluarkan darah dan nanah. Lalu keluarga klien membawa klien ke rumah bidan.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti klien, riwayat penyakit keturunan

seperti hipertensi, diabetes mellitus dan kanker. Serta riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC dan Hepatitis.

Genogram



Keterangan :



: Perempuan



: Laki-Laki



: Pasien



: Sudah meninggal

----- : Tinggal dalam satu rumah

IV. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda Vital :

- Tekanan Darah : 120/70 mmHg
- Nadi : 80 kali/menit
- Pernafasan : 20 kali/menit

- Suhu : 36,5 °C
- Berat Badan
 - a. Sehat : 65 Kg
 - b. Sakit : 35 Kg

1) Kepala

- Rambut
Inspeksi :Rambut klien sudah tidak ada karena klien sering kemoterapi.
- Mata
Inspeksi :Mata kiri dan kanan simetris, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, tidak ada oedem, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
Palpasi : Tidak ada terapa pembengkakan.
- Telinga
Inspeksi :Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, serumen ada, klien tidak menggunakan alat bantu dengar.
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Hidung
Inspeksi :Tidak ada inflamasi pada hidung, tidak ada secret, nafas cuping hidung (-).
Palpasi : Tidak ada teraba pembengkakan, tidak ada fraktur pada hidung.

- Mulut dan Gigi

Inspeksi :Mukosa bibir kering, terdapat benjolan pada lidah klien kira-kira sebesar biji kacang tanah. Benjolan berwarna merah muda. Tidak ada peradangan pada tonsil. Gigi geraham bagian bawah klien berlobang.

2) Leher

Inspeksi :Terdapat bekas luka post operasi kelenjar getah bening. Luka sekitar \pm 4 cm. Luka tampak berlendir. Terdapat tanda-tanda infeksi pada bekas luka yaitu memerah, nyeri, dan panas.

3) Thorak

- Paru-paru

I : Dada simetris kiri dan kanan, pengembangan dada kanan sama dengan dada kiri.

P : Tidak ada nyeri tekan.

P : Sonor pada seluruh lapang paru kiri dan kanan.

A : Bunyi nafas vesikuler, whezing (-), ronchi (-).

- Jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat.

P : Ictus cordis tidak teraba.

P : Saat dilakukan perkusi bunyi jantung redup.

A : Bunyi jantung I : Lup, bunyi jantung II : Dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.

4) Abdomen

I : Distensi abdomen tidak ada, tidak ada lesi, tidak ada stretch mark.

P : Bising usus normal dengan frekuensi 12 kali / menit.

P : Tidak ada nyeri tekan.

A : Timpani

5) Punggung

Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

6) Ekstremitas

a. Atas

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, warna kulit agak gelap, kulit tampak kering, dan terpasang infus pada tangan sebelah kiri (Ringer Laktat 20 tetes per menit).

Palpasi : Tidak ada pembengkakan dan tidak ada fraktur.

b. Bawah

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, warna kulit agak gelap, kulit tampak kering, tidak ada oedem.

Palpasi : Tidak ada pembengkakan dan tidak ada fraktur.

Kekuatan otot :

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

Kesimpulan :Ketika dilakukan pemeriksaan kekuatan otot pada Ny. Y didapatkan nilai kekuatan otot dari ekstremitas atas kanan dan kiri 5, dan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

Keterangan :

- 0 :Lumpuh total.
- 1 :Tidak ada gerakan, tapi terlihat adanya kontraksi otot.
- 2 :Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hany bergeser).
- 3 :Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa.
- 4 :Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang.
- 5 :Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

7) Genetalia

Inspeksi : Genitalia klien bersih, tidak terdapat kelainan pada genitalia klien, dan klien tidak terpasang kateter.

8) Integumen

Inspeksi : Warna kulit agak gelap dan kulit tampak kering.

V. Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit	
1.	Makan dan minum			
	Makan			
	• Menu	• Nasi + Lauk Pauk	• Susu	
	• Porsi	• 1 piring	• ¼ gelas per hari.	
	• Makanan kesukaan	• Tidak ada	• Tidak ada	
	• Pantangan	• Tidak ada	• Tidak ada	
	• Cemilan	• Buah-buahan	• Buah-buahan	
	Minum			
	• Jumlah	• ± 7 gelas/hari	• ± 1/2 gelas/hari	
	• Minuman kesukaan	• Tidak ada	• Tidak ada	
	• Pantangan	• Tidak ada	• Tidak ada	
	2.	Eleminasi		
		BAB		
		• Frekuensi	• 2 kali sehari	• 1 kali sehari.
• Warna		• Kuning kecoklatan	• Kuning kecoklatan	
• Bau		• Khas	• Khas	
• Konsistensi		• Padat	• Padat	
• Kesulitan		• Tidak ada	• Tidak ada	
BAK				
• Frekuensi		• ±6 kali sehari.	• ± 4 kali sehari.	
• Warna		• Putih	• Kuning	
• Bau		• Khas	• Khas	
• Konsistensi		• Cair	• Cair	
• kesulitan		• Tidak ada	• Tidak ada	
3.		Istirahat dan tidur		
	• Waktu tidur	• Siang dan malam.	• Siang dan malam.	
	• Lama tidur	• ± 10 jam	• ± 7 jam	
	• Waktu bangun	• 05.00 Wib	• 04.00 Wib	

	<ul style="list-style-type: none"> • Hal yang mempermu dah bangun. • Kesulitan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada. • Gangguan rasa nyeri pada lidah dan leher.
4.	Personal Hygiene		
	<ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Cuci rambut • Gosok gigi • Potong kuku 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 kali sehari. • 2 kali sehari • 2 kali sehari • 1 kali seminggu 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 kali dalam 2 hari. • Tidak ada • 1 kali sehari • 1 kali Seminggu
5.	Rekreasi		
	<ul style="list-style-type: none"> • Hobby • Minat khusus • Penggunaan waktu senggang 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Tidak ada • Berkumpu 1 bersama keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Tidak ada • Berkumpu 1 bersama keluarga
6.	Ketergantungan		
	<ul style="list-style-type: none"> • Merokok • Minuman • Obat-obatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada

VI. Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak ada mempunyai riwayat alergi, baik itu terhadap makanan maupun obat-obatan.

VII. Data Psikologis

1. Prilaku non verbal

Klien tampak khawatir dengan penyakitnya. Klien tampak meringis saat terasa nyeri pada lidah dan lehernya.

2. Prilaku verbal

- Cara menjawab : Klien kurang jelas jika melakukan komunikasi secara verbal.
- Cara memberi informasi : Klien bisa berkomunikasi secara verbal namun kata-kata nya tidak jelas.

3. Emosi

Emosi klien stabil. Klien tampak tenang dalam menghadapi penyakitnya ini walaupun terkadang klien mengeluh dengan keadaanya saat sakit.

4. Persepsi penyakit

Klien menerima penyakit yang di deritanya saat ini.

5. Konsep diri

- Bodi image : Klien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.
- Harga diri : Klien mengatakan ingin lebih di perhatikan lagi.
- Ideal diri : Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.
- Peran : Klien mengatakan perannya sebagai ibu bagi anak-anak nya, dan sebagai nenek oleh cucunya.
- Identitas diri : Klien mengatakan bahwa ia seorang perempuan dan sebagai ibu rumah tangga.

6. Adaptasi : Klien dapat beradaptasi dengan baik di lingkungan rumah sakit.

7. Mekanisme pertahanan diri

Klien menyelesaikan masalahnya hanya dengan merenung dan melamun saja.

VIII. Data Sosial

1. Pola Komunikasi

Klien susah untuk berkomunikasi secara verbal. Kata-kata yang diucapkan oleh klien tidak jelas.

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Anak dan cucu klien.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Anak dan cucu klien.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Klien dapat berhubungan dengan baik di keluarga dan di lingkungan masyarakat.

IX. Data Spiritual

1. Keyakinan

Klien beragama islam dan seorang muslim. Klien meyakini bahwa penyakit dan kesembuhannya datang dari Allah SWT.

2. Ketaatan beribadah

Klien seorang yang taat beribadah. Klien melaksanakan sholat 5 waktu, namun waktu sakit klien tampak jarang melakukan shalat 5 waktu karena keterbatasannya.

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

Klien menerima penyakitnya sebagai ujian dari Allah SWT dan klien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.

X. Data Penunjang

1. Diagnosa medis : Karsinoma lidah
2. Pemeriksaan diagnostik

Tanggal pemeriksaan : 31-05-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1.	HGB	10,6	(g/dl)	12,0 - 14,0
2.	RBC	3,73	(10 ⁶ /ul)	4,0 - 5,0
3.	HCT	31,3	(%)	37,0 - 43,0
4.	WBC	5,68	(10 ³ /ul)	5,0 - 10,0
5.	PLT	222	(10 ³ /ul)	150 - 400
6.	KALIUM	2,13	mEq/l	3,5 - 5,5
7.	NATRIUM	123,3	mEq/l	135 - 147
8.	KHLORIDA	91,5	mEq/l	100 - 106

Chemistry Results (Serum/Plasma)

Tanggal pemeriksaan : 31-05-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Rujukan
1.	CREAT	2.86 mg/dL	0.60-1.20
2.	Urea	95 mg/dL	15-43

Tanggal Pemeriksaan : 01-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1.	KALIUM	2,23	mEq/l	3,5 - 5,5
2.	NATRIUM	135,1	mEq/l	3,5 - 5,5
3.	KHLORIDA	98,9	mEq/l	3,5 - 5,5

Tanggal Pemeriksaan : 04-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1.	KALIUM	2,17	mEq/l	3,5 - 5,5

2.	NATRIUM	137,4	mEq/l	3,5 - 5,5
3.	KHLORIDA	95,6	mEq/l	3,5 - 5,5

Chemistry Results (Serum/Plasma)

Tanggal Pemeriksaan : 04-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Rujukan
1.	Alb	3.0 g/dL	3.8-5.4
2.	CREAT	1.78 mg/dL	0.60-1.20
3.	Urea	41 mg/dL	15-43

Tanggal pemeriksaan : 06-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1.	HGB	8,8	(g/dl)	12,0 -14,0
2.	RBC	3,04	(10 ⁶ /ul)	4,0 - 5,0
3.	HCT	26,2	(%)	37,0 - 43,0
4.	WBC	11,35	(10 ³ /ul)	5,0 - 10,0
5.	PLT	234	(10 ³ /ul)	150 -400
6.	KALIUM	2,51	mEq/l	3,5 - 5,5
7.	NATRIUM	135,3	mEq/l	135 - 147
8.	KHLORIDA	97,9	mEq/l	100 - 106

Tanggal pemeriksaan : 08-06-2018

No	Nama Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Rujukan
1.	HGB	11,9	(g/dl)	12,0 -14,0
2.	RBC	4,08	(10 ⁶ /ul)	4,0 - 5,0
3.	HCT	34,9	(%)	37,0 - 43,0
4.	WBC	14,94	(10 ³ /ul)	5,0 - 10,0
5.	PLT	239	(10 ³ /ul)	150 -400
6.	KALIUM	2,58	mEq/l	3,5 - 5,5
7.	NATRIUM	135,1	mEq/l	135 - 147
8.	KHLORIDA	97,9	mEq/l	100- 106

XI. Data Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis	Waktu Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping
1.	Cefoperazone (Intra Vena)	2x1 mg	06. 00, 18. 00	Cefoperazone di indikasikan pada pasien yang mengalami infeksi bakteri.	Cefoperazone di kontraindikasikan pada pasien yang alergi terhadap penicillin, cefoperazone, sulbactam, atau sefalosporin lainnya.	Batuk, sesak nafas, demam, menggigil, badan terasa lemah dan lelah, mual, urine berwarna gelap, jantung berdebar, dan nyeri punggung.
2.	Ranitidine (Intra Vena)	2x1 mg	06. 00, 18. 00	Tukak lambung, dispepsia, dan kondisi lain dimana pengurangan asam lambung akan bermanfaat.	Penderita yang diketahui hipersensitif terhadap ranitidin.	Diare, muntah, sakit kepala, insomnia, vertigo, konstipasi, sakit perut.
3.	Infus Ringer Laktat	500 ml	Per 8 Jam	Ringer laktat digunakan dalam perawatan, kontrol, pencegahan dan perbaikan penyakit, kondisi dan gejala kekurangan kalium, ketidakseimbangan elektrolit, kadar natrium rendah, dan hipertensi.	Hipernatremia, kelainan ginjal, kerusakan sel hati, asidosis laktat.	Nyeri dada, detak jantung abnormal, penurunan tekanan darah, kesulitan bernafas, bersin-bersin, dan sakit kepala.

XII. Data Fokus

No.	Data Subjektif	No.	Data Objektif
1.	Klien mengatakan mual.	1.	Klien tampak lemas.
2.	Klien mengatakan susah menelan.	2.	Makanan klien tampak tidak habis.
3.	Klien mengatakan tidak nafsu makan.	3.	Klien terlihat kurus.
4.	Klien mengatakan berat badannya turun.	4.	Berat badan <ul style="list-style-type: none"> • Sehat : 65 Kg • Sakit : 35 Kg
5.	Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian leher.	5.	Tampak ada balutan pada leher klien.
6.	Klien mengatakan nyeri pada bagian leher dan lidah.	6.	Klien tampak meringis.
7.	Klien mengatakan nyeri nya seperti terbakar.	7.	Skala nyeri 5.
8.	Klien mengatakan nyerinya hilang timbul.	8.	Klien tampak risih.
9.	Klien mengatakan risih dengan luka di lehernya.	9.	Luka klien tampak memerah dan berlendir.
10.	Klien mengatakan luka di bagian lehernya memerah dan ada lendir.	10.	Luka klien \pm 4 cm.
11.	Klien mengatakan sulit untuk berbicara.	11.	Suara bicara klien tidak jelas.
12.	Klien mengatakan sakit pada leher dan lidah saat berbicara.	12.	Kata-kata yang di ucapkan klien sulit untuk di mengerti.
13.	Klien mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 2 hari yang lalu.	13.	Klien jarang berkomunikasi secara verbal.
14.	Klien mengatakan badannya berkeringat dan terasa tidak nyaman.	14.	Kulit klien terlihat berdaki.
		15.	Klien tampak kelelahan.
		16.	Klien terpasang infus di tangan sebelah kiri.
		17.	Wajah klien tampak kusam.
		18.	Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 120/80 mmHg • HR : 80 kali/menit • RR : 20 kali/menit • Suhu : 36,5 ⁰C
		19.	Hb : 8,8 g/dL

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan mual. • Klien mengatakan susah menelan • Klien mengatakan tidak nafsu makan. • Klien mengatakan BB nya menurun. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas. • Makanan klien tampak tidak habis. • Klien tampak kurus. • Berat badan : Sehat : 65 Kg Sakit : 35 Kg 	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Ketidakmampuan mencerna makanan
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian leher. • Klien mengatakan risih dengan luka di lehernya. • Klien mengatakan luka di bagian lehernya memerah dan berlendir. • Klien mengatakan nyeri pada bagian leher. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat balutan luka pada leher klien. • Klien tampak risih. • Luka klien tampak berdarah. • Luka klien ± 4 cm. • Klien tampak meringis. 	Infeksi	Proses penyakit
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan 	Nyeri akut	Agen cedera fisik

	nyeri pada bagian leher dan lidah.		
	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri nya seperti terbakar. • Klien mengatakan nyerinya hilang timbul. 		
	Do :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis. • TD : 120/80 mmHg HR : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit Suhu : 36,5 °C • Skala nyeri 5 		
4.	Ds :	Hambatan komunikasi verbal	Penurunan kemampuan neurologi dan kemampuan menelan.
	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit untuk berbicara. • Klien mengatakan sakit pada lidah dan lehernya saat berbicara. 		
	Do :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Suara klien saat bicara tidak jelas. • Kata-kata yang di ucapkan klien sulit untuk di mengerti. • Klien jarang berkomunikasi secara verbal. 		
5.	Ds :	Defisit perawatan diri : mandi	Kelemahan dan kelelahan
	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 2 hari yang lalu. • Klien mengatakan badannya berkeringat dan terasa tidak nyaman. 		
	Do :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Kulit klien tampak berdaki. • Klien terpasang infus di tangan sebelah kanan. 		

-
- Terdapat balutan luka di leher.
 - Klien tampak kelelahan.
-

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
2. Infeksi berhubungan dengan proses penyakit.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.
5. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.

3.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan meningkat • Nafsu makan meningkat • Tidak mual atau muntah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan. 2. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake. 3. Berikan makanan yang di pilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 5. Monitor adanya penurunan berat badan.
2.	Infeksi berhubungan dengan proses penyakit.	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tidak terjadi infeksi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi. • TTV dalam batas normal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur tanda-tanda vital. 2. Lakukan perawatan luka. 3. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 4. Batasi pengunjung bila perlu. 5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 6. Monitor tanda dan gejala infeksi (Tumor, dolor, rubor, calor dan fungsi lesia).
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat hilang atau berkurang.</p> <p>Kriteria Hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas. 2. Observasi reaksi non verbal

	<ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri 0 • Klien mengatakan nyeri berkurang. • Klien nyaman dan tenang. 	<p>dari ketidaknyamanan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ukur tanda-tanda vital. 4. Ajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam). 5. Tingkatkan istirahat.
<p>4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tidak terjadi kerusakan komunikasi verbal.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi lancar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan. 2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan. 3. Dengarkan dengan penuh perhatian. Berdiri didepan pasien ketika berbicara.
<p>5. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien bisa melakukan perawatan diri : mandi secara mandiri.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan rasa nyaman dan segar setelah mandi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. 2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri. 3. Dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien 4. Monitor integritas kulit klien. 5. Lakukan personal hygiene.

3.4 Implementasi

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Rabu 6/6/2018	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/ d ketidakmampuan mencerna makanan.	08.30 08.35 08.40 08.45 09.00	1. Mengkaji adanya alergi makanan yaitu memperhatikan reaksi pasien setelah makan. 2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin. 3. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 4. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi yaitu menjelaskan kepada pasien tentang makanan yang mengandung karbohidrat, protein dan vitamin. 5. Memonitor adanya penurunan berat badan dengan cara menimbang berat badan pasien.	09.30	S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mual, susah untuk menelan, nafsu makan tidak ada. Klien mengatakan BB nya menurun. O : <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lemas. Klien tampak tidak menghabiskan makanannya. Klien tampak kurus. BB klien 35 Kg HGB : 8,8 (g/dl) A : Masalah nutrisi	

Rabu 6/6/2018	Infeksi b/d proses penyakit.	09.35	1. Mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.	10.30	kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. P : Intervensi di lanjutkan. S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian leher. • Klien mengatakan risih dengan luka di lehernya. • Klien mengatakan luka nya berdarah dan berlendir. • Klien mengatakan nyeri pada luka di lehernya.
		09.40	2. Melakukan perawatan luka.		
		09.50	3. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.		
		09.55	4. Membatasi pengunjung bila perlu.		
		10.00	5. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.		
		10.05	6. Memonitor tanda dan gejala infeksi yaitu tumor, dolor, rubor, calor, dan fungsio lesia.		
O :					
<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat balutan luka pada leher klien. 					

					<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak risih. • Luka klien tampak berdarah dan berlendir. • Luka klien ± 4 cm. • TD : 120/80 mmHg HR : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit Suhu : 36,5 °C • Skala nyeri 5. <p>A : Masalah infeksi belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan</p>
Rabu 6/6/2018	Nyeri akut b/d agen cedera fisik	10.35	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.	11.15	S :
		10.45	2. Mengobservasi reaksi non verbal dari		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada bagian leher dan lidah. • Klien mengatakan nyeri terasa seperti

			ketidaknyamanan pasien dengan cara melihat reaksi klien ketika terasa nyeri.			terbakar.
		10.50	3. Mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.			<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri hilang timbul.
		10.55	4. Mengajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam) dengan cara menarik nafas dari hidung dan perlahan-lahan di hembuskan melalui mulut.			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis. • TD : 120/80 mmHg • HR : 80 kali/menit • RR : 20 kali/menit • Suhu : 36,5 °C
		11.00	5. Meningkatkan istirahat.			<ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri 5 <p>A : Masalah nyeri belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan.</p>
Rabu 6/6/2018	Hambatan komunikasi verbal b/d penurunan neurologi dan kemampuan menelan.	11.50	1. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan.	12.25		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit untuk berbicara. • Klien mengatakan sakit pada leher dan lidah saat berbicara.
		12.00	2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan.			
		12.05	3. Mendengarkan			

			dengan penuh perhatian.			O :
		12.10	4. Berdiri didepan pasien ketika berbicara.			<ul style="list-style-type: none"> • Suara klien saat bicara tidak jelas. • Kata-kata yang diucapkan klien sulit untuk dimengerti. • Klien jarang berkomunikasi secara verbal.
						A : Masalah hambatan komunikasi verbal belum teratasi. P : Intervensi di lanjutkan.
Rabu 6/6/2018	Defisit perawatan diri : mandi b/d kelemahan dan kelelahan	12.35	1. Mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.	13.15		S : Klien mengatakan bahwa badannya terasa nyaman setelah mandi.
		12.40	2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.			O :
		12.50	3. Dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.			<ul style="list-style-type: none"> • Klien terlihat senang dan nyaman.
		12.55	4. Monitor integritas			A: Masalah Defisit perawatan diri : mandi teratasi sebagian. P : Intervensi

		kulit. Apakah terdapat kemerahan pada kulit pasien.	dilanjutkan.
13.00	5.	Melakukan personal hygiene.	

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
2.	Kamis 7/6/2018	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan mencerna makanan.	08.30 08.35 08.40	1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin. 2. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 3. Memonitor adanya penurunan berat badan dengan cara mengukur berat badan pasien.	09.30	S : • Klien mengatakan masih mual dan susah untuk menelan. • Klien mengatakan nafsu makan masih tidak ada. O : • Klien tampak lemas. • Klien tampak tidak menghabiskan makanannya. • Klien tampak kurus. • BB : 35 Kg A : Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.	

Kamis 7/6/2018	Infeksi proses penyakit.	b/d	09.35	1. Mengukur tanda - tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.	10.10	P : Intervensi di lanjutkan.
			09.40	2. Melakukan perawatan luka.		S :
			09.55	3. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian leher.
			10.00	4. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih risih dengan luka di lehernya.
			10.05	5. Memonitor tanda dan gejala infeksi yaitu tumor, dolor, rubor, calor, dan fungsio lesia.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka nya sudah tidak berdarah, tapi masih terdapat lendir. • Klien mengatakan nyeri di lehernya sudah mulai berkurang.
						O :
						<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat

					balutan luka pada leher klien.
					<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak risih. • Luka klien tampak berlendir. • Luka klien ±4 cm. • TD : 140/80 mmHg HR : 85 kali/menit RR : 20 kali/menit Suhu : 36,4 °C • Skala nyeri 4
Kamis 7/6/2018	Nyeri akut b/d agen cedera fisik	10.35	1. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan dengan cara melihat reaksi klien ketika terasa nyeri.	11.15	<p>A : Masalah infeksi teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada bagian leher dan lidah sudah mulai
		10.45	2. Mengukur tekanan		

			<p>tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.</p> <p>10.50 3. Mengevaluasi teknik relaksasi (Tarik nafas dalam) dengan cara menarik nafas dari hidung dan perlahan-lahan di hembuskan melalui mulut.</p> <p>10.55 4. Meningkatkan istirahat.</p>		<p>berkurang.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri terasa seperti terbakar. • Klien mengatakan nyeri hilang timbul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis. • TD : 140/80 mmHg HR : 85 kali/menit RR : 20 kali/menit Suhu : 36,4 °C • Skala nyeri 4 <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sulit untuk
Kamis 7/6/2018	Hambatan komunikasi verbal b/d penurunan	11.50	1. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi	12.25	

	neurologi dan kemampuan menelan.	12.00	2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan.		berbicara.
		12.05	3. Mendengarkan dengan penuh perhatian.		• Klien mengatakan sakit pada leher dan lidah saat berbicara.
		12.10	4. Berdiri didepan pasien ketika berbicara.		O : • Suara klien saat bicara tidak jelas. • Kata-kata yang diucapkan klien sulit untuk dimengerti. • Klien jarang berkomunikasi secara verbal.
					A : Masalah hambatan komunikasi verbal belum teratasi. P : Intervensi di lanjutkan.
Kamis 7/6/2018	Defisit perawatan diri : mandi b/d	08.00	1. Membantu keluarga melakukan personal hygiene.	08.30	S : • Klien mengatakan sudah mandi
		08.15	2. Menyediakan bantuan		

kelemahan dan kelelahan.	sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.	pagi ini. <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan badannya terasa segar setelah mandi.
08.20	3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.	O :
08.25	4. Monitor integritas kulit. Apakah terdapat kemerahan pada kulit pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Klien dimandikan tadi pagi oleh keluarganya. • Klien tampak bersih dan rapi.
		<p>A : Masalah Defisit Perawatan Diri : mandi teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.</p>

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
3.	Jum'at 8/6/2018	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/ d ketidakmampuan mencerna makanan.	08.30 08.35 08.40	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin. 2. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 3. Memonitor adanya penurunan berat badan dengan cara mengukur berat badan pasien. 	09.30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih mual dan susah untuk menelan. • Klien mengatakan nafsu makan masih tidak ada. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas. • Klien tampak tidak menghabiskan makanannya. • Klien tampak kurus. • BB : 35 Kg <p>A : Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi</p>	

Jum'at 8/6/2018	Infeksi b/d proses penyakit.	09.35	1. Mengukur tanda - tanda vital. yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.	10.30	dihentikan karena klien pulang.
		09.40	2. Melakukan perawatan luka.		S :
		09.55	3. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian leher. • Klien mengatakan sudah tidak risih lagi dengan luka di lehernya.
		10.00	4. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan lukanya sudah tidak ada lendir lagi.
		10.10	5. Memonitor tanda dan gejala infeksi yaitu tumor, rubor, dolor, calor, dan fungsio lesia.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada lehernya sudah mulai berkurang.
					O :
					<ul style="list-style-type: none"> • Luka klien ± 4cm. • Luka klien sudah tidak

					berlendir lagi.
					<ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri 3 • TD : 140/80 mmHg HR : 80 kali/menit RR : 20 kali/menit Suhu : 36, 4 °C
					A : Masalah infeksi teratasi.
					P : Intervensi di hentikan.
Jum'at 8/6/2018	Nyeri akut b/d agen cedera fisik	10.35	1. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan dengan cara melihat reaksi klien ketika terasa nyeri.	11.15	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada bagian leher dan lidah sudah mulai berkurang.
		10.45	2. Mengukur tanda - tanda vital. yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.		O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih tampak sedikit meringis. • TD : 140/80 mmHg HR : 80 kali/menit
		10.55	3. Meningkatkan istirahat.		

					RR : 20 kali/menit Suhu : 36,4 °C
					• Skala nyeri 3
					A : Masalah nyeri teratasi.
					P : Intervensi dihentikan.
Jum'at 8/6/2018	Hambatan komunikasi verbal b/d penurunan neurologi dan kemampuan menelan.	11.50	1. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan.	12.25	S :
		12.00	2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan.		• Klien mengatakan sulit untuk berbicara.
		12.05	3. Mendengarkan dengan penuh perhatian.		• Klien mengatakan sakit pada leher dan lidah saat berbicara.
		12.10	4. Berdiri didepan pasien ketika berbicara.		O :
					• Suara klien saat bicara tidak jelas.
					• Kata-kata yang diucapkan klien sulit untuk dimengerti.
					• Klien jarang berkomunikasi

					secara verbal.
					A : Masalah hambatan komunikasi verbal belum teratasi.
					P : Intervensi di hentikan karena pasien pulang.
Jum'at 8/6/2018	Defisit perawatan diri : mandi b/d kelemahan dan kelelahan.	08.00	1. Membantu keluarga melakukan personal hygiene.	08.30	S :
		08.15	2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mandi pagi ini. • Klien mengatakan badannya terasa segar setelah mandi.
		08.20	3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.		O :
		08.25	4. Monitor integritas kulit. Apakah terdapat kemerahan pada kulit pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Klien dimandikan tadi pagi oleh keluarganya. • Klien tampak bersih dan rapi.
					A : Masalah Defisit Perawatan Diri : mandi teratasi.
					P : Intervensi

dihentikan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan Keperawatan Pada Ny.Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dilakukan pada tanggal 06 sampai 08 Juni 2018, ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut.

Penulis telah menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Karsinoma Lidah sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, akan diuraikan sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito & Moyet, 2007).

Dalam melakukan pengkajian pada klien Ny. Y data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

4.1.1 Identitas klien

Pengkajian berdasarkan tinjauan teoritis di dapatkan data seperti identitas klien dengan lengkap yaitu nama klien, jenis kelamin klien, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk klien, tanggal pengkajian, diagnosa. Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis juga mendapatkan data yang lengkap sesuai

dengan tinjauan teoritis. Namun pada saat melakukan pengkajian penulis menemukan kesulitan untuk mendapatkan data dari klien karena klien mengalami gangguan komunikasi secara verbal sehingga kata-kata yang dikeluarkan oleh klien tidak jelas. Namun keluarga klien dapat memberikan banyak informasi tentang klien jika di tanya.

4.1.2 Keluhan utama

Secara teoritis keluhan utama pada klien dengan karsinoma lidah yaitu adanya luka pada bagian lidah yang tidak sembuh-sembuh dan terasa nyeri. Sedangkan keluhan utama pada tinjauan kasus yaitu klien masuk Rumah Sakit pada tanggal 31 Mei 2018 pukul 07.30 WIB melalui poli Bedah dengan post kemoterapi 2 minggu yang lalu. Terdapat benjolan sekitar biji kacang tanah pada lidah dan terasa nyeri.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Secara teoritis dilihat dari manifestasi klinis pada klien dengan Karsinoma Lidah ditemukan adanya tanda-tanda nyeri pada bagian lidah, dan nyeri merambat ke leher, rahang, serta nyeri saat menelan sehingga mengakibatkan klien sulit untuk menelan. Sedangkan di dalam kasus klien mengatakan nyeri pada bagian lidah. Keluhan nyeri klien dicetuskan akibat adanya benjolan pada lidah kira-kira sebesar biji kacang tanah yang tampak memerah. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti terbakar. Dengan skala nyeri 5. Klien mengatakan nyerinya terasa hilang timbul. Klien juga mengatakan

nyeri pada bagian bekas luka operasi di leher. Luka klien sekitar ± 4 cm. Luka klien tampak berlendir dan memerah. Klien tampak meringis. Klien mengatakan mual tapi muntah tidak ada. Klien mengatakan bahwa semenjak sakit ia mengalami penurunan berat badan karena tidak ada nafsu makan. Saat klien dalam keadaan sehat berat badannya 65 Kg. Namun saat klien sakit berat badannya turun menjadi 35 Kg. Klien mengatakan susah untuk menelan makanan sehingga klien hanya minum susu saja. Makanan klien tampak tidak di habiskan. Klien tampak lemas. Klien minum susu hanya $\frac{1}{4}$ gelas saja dalam sehari. Klien juga mengatakan bahwa ia sulit untuk berbicara, kata-kata yang di ucapkan tidak jelas dan sulit untuk di mengerti. Klien mengatakan sakit pada lidah dan leher saat berbicara. Klien tampak jarang berkomunikasi secara verbal. Klien mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 2 hari yang lalu. Dan klien juga mengatakan badannya berkeringat dan terasa tidak nyaman. Kulit klien tampak berdaki.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak selalu sama, karena di dalam tinjauan kasus keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah melakukan operasi kelenjar getah bening pada bulan Oktober tahun 2017 di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Bukittinggi. Keluarga klien mengatakan bahwa saat setelah selesai operasi klien tidak ada nafsu untuk makan sehingga menyebabkan klien mengalami penurunan badan menjadi 30 Kg sekitar 5 bulan yang lalu. Sebelum di lakukan

operasi berat badan klien 65 Kg. Keluarga klien juga mengatakan bahwa saat di rumah sebelum masuk rumah sakit bekas luka di leher klien pecah sehingga mengeluarkan darah dan nanah. Lalu keluarga klien membawa klien ke rumah bidan.

4.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

4.1.6 Pemeriksaam fisik

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada tinjauan teoritis terdapat luka seperti sariawan yang tidak sembuh-sembuh pada bagian lidah sehingga menyebabkan nyeri dan merambat ke leher, rahang, serta nyeri menelan yang menyebabkan klien sulit untuk menelan. Pada klien dengan karsinoma lidah biasanya nyeri yang di rasakan seperti terbakar. Keluhan nyeri pada klien dengan karsinoma lidah biasanya dirasakan hilang timbul. Sedangkan dalam tinjauan kasus terdapat benjolan sebesar biji kacang tanah yang tampak memerah. Nyeri pada bagian lidah dan leher. Serta klien susah untuk menelan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan.

Diagnosa yang ditemukan pada teori, menurut NANDA tahun 2015 – 2017 Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan karsinoma lidah, yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan penyakit.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
3. Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik.
4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.
5. Infeksi berhubungan dengan proses penyakit.
6. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit dan rencana pengobatan.
7. Ansietas berhubungan dengan coping penyakit akut.

Sedangkan pada kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
2. Infeksi berhubungan dengan proses penyakit.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
4. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.
5. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses peradangan penyakit.
2. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit dan rencana pengobatan.
3. Ansietas berhubungan dengan koping penyakit akut.

Diagnosa yang lainnya tidak muncul pada tinjauan kasus karena tidak ada data pendukung pada tinjauan kasus diatas. Namun dari ke lima diagnosa diatas ada 1 diagnosa yaitu Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan yang tidak ada ditemukan pada teoritis, diagnosa ini muncul pada kasus karena adanya data yang mendukung dari riwayat kesehatan sekarang untuk penulis angkat menjadi masalah defisit perawatan diri : mandi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keparawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2012).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah kaji adanya alergi makan, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, berikan substansi gula, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makan harian, monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan, monitor adanya penurunan berat badan.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu kaji adanya alergi makanan, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, monitor adanya penurunan berat badan.

b. Untuk diagnosa kedua

Infeksi, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain, pertahankan teknik isolasi, batasi pengunjung bila perlu, intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien, gunakan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan

keperawatan, gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung, pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, tingkatkan intake nutrisi, berikan terapi antibiotik bila perlu, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal yaitu, batasi pengunjung, sering pengunjung terhadap penyakit menular, pertahankan teknik assepsis pada pasien yang berisiko, lakukan perawatan luka, inspeksi kondisi luka/ insisi bedah, ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi (Tumor, calor, rubor, dolor, fungiolesia), ajarkan cara menghindari infeksi, laporkan kecurigaan infeksi.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang dilakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu monitor tanda-tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernafasan), kaji keadaan luka, lakukan perawatan luka, inspeksi kondisi luka/ insisi bedah, bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain, batasi pengunjung bila perlu, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal (Tumor, calor, rubor, dolor, fungiolesia).

c. Untuk diagnosa ketiga

Nyeri akut, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, tingkatkan

istirahat, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri, tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, monitor vital sign, ajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam), tingkatkan istirahat.

d. Untuk diagnosa keempat

Hambatan komunikasi verbal, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah gunakan penerjemah, jika diperlukan, beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan, konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara, dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan, dengarkan dengan penuh perhatian, berdiri didepan pasien ketika berbicara, gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan, beri satu kalimat simple setiap bertemu (jika diperlukan), dengarkan dengan penuh perhatian, berdiri didepan pasien ketika berbicara.

e. Untuk diagnosa kelima

Defisit perawatan diri, pada tinjauan teoritis tidak ditemukan diagnosa defisit perawatan diri, sedangkan dalam kasus Ny.Y ditemukan diagnosa defisit perawatan diri. Rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan tinjauan kasus adalah kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri, dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, monitor integritas kulit klien, lakukan personal hygiene.

4.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, & Walid, 2012).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien kanker lidah, hal ini tidaklah mudah. Terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengkaji adanya alergi makanan yaitu memperhatikan reaksi pasien setelah makan.
2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin.
3. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
4. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi yaitu menjelaskan kepada pasien tentang makanan yang mengandung karbohidrat, protein dan vitamin.
5. Memonitor adanya penurunan berat badan dengan cara mengukur berat badan pasien.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang pertama yaitu klien tidak ada mempunyai alergi makanan. Berat badan klien saat sakit yaitu 35 Kg. Dan berat badan klien waktu sehat yaitu 65 Kg. Dan klien hanya minum susu saja.

b. Untuk diagnosa kedua

Infeksi, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.
2. Melakukan perawatan luka.
3. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.

4. Membatasi pengunjung bila perlu.
5. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
6. Memonitor tanda dan gejala infeksi yaitu tumor, rubor, dolor, calor, dan fungsio lesia.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu tanda-tanda vital pada Ny. Y di ukur hanya 1 kali dalam sehari. Pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 yaitu TD : 120/80 mmHg, HR : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 5⁰C). Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4⁰C. Dan pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4⁰C. Perawatan luka pada Ny. Y dilakukan 1 kali dalam sehari. Luka klien sekitar \pm 4 cm. Pada hari pertama luka klien tampak berdarah dan berlendir. Pada hari kedua luka klien tampak sudah tidak berdarah lagi namun masih terdapat lendir. Dan pada hari ketiga luka klien sudah tidak berlendir lagi. Tanda-tanda infeksi yaitu tumor (pembengkakan), calor (panas), rubor (memerah), dolor (nyeri), dan fungsiolesia.

c. Untuk diagnosa ketiga

Nyeri akut, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.

2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan dengan cara melihat reaksi pasien ketika terasa nyeri.
3. Mengukur tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.
4. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dari hidung dan perlahan-lahan di hembuskan melalui mulut.
5. Meningkatkan istirahat.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang ketiga yaitu nyeri yang dirasakan oleh Ny. Y terdapat pada bagian leher dan lidah, nyeri dirasakan seperti terbakar dan nyerinya hilang timbul. Ny. Y tampak meringis menahan sakitnya. Tanda-tanda vital pada Ny. Y di ukur hanya 1 kali dalam sehari. Hasil yang di dapatkan pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 yaitu TD : 120/80 mmHg, HR : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 5⁰C). Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4⁰C. Dan pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4⁰C. Teknik relaksasi yang dilakukan pada Ny. Y adalah tarik nafas dalam. Dan Ny. Y dapat melakukan teknik nafas dalam yang telah di ajarkan dengan baik.

d. Untuk diagnosa keempat

Hambatan komunikasi verbal, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan.
2. Memberi satu kalimat simple setiap bertemu (jika diperlukan).
3. Mendengarkan dengan penuh perhatian.
4. Berdiri didepan pasien ketika berbicara.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang ke empat yaitu Ny. Y dapat berkomunikasi secara perlahan namun kata-kata yang diucapkan Ny. Y tidak jelas dan sulit untuk dimengerti.

e. Untuk diagnosa kelima

Defisit perawatan diri, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri
2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.
3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.
4. Memonitor integritas kulit. Apakah ada kemerahan pada kulit pasien.
5. Melakukan personal hygiene

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang kelima yaitu kulit klien tampak kering. Klien susah untuk melakukan perawatan diri : mandi secara mandiri. Sehingga

pada saat melakukan perawatan diri : mandi klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 06 – 08 juni 2018.

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Pada hari pertama sampai hari ketiga yaitu tanggal 06-08 Juni 2018 klien mengatakan masih mual, susah untuk menelan, nafsu makan tidak ada. Dan klien mengatakan BB nya menurun. Klien tampak lemas dan klien tampak tidak menghabiskan makanannya. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang di harapkan belum tercapai. Namun intervensi pada diagnosa pertama ini di hentikan karena klien sudah di perbolehkan pulang.
- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu infeksi berhubungan dengan proses penyakit. Pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 klien mengatakan bahwa terdapat luka pada bagian lehernya, lukanya berdarah dan ada lendir. Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan lukanya sudah tidak berdarah lagi tapi masih terdapat lendir. Dan pada hari ketiga tanggal 08 Juni 2018 klien mengatakan lukanya sudah tidak ada lendir lagi. Masalah infeksi dianggap sudah teratasi karena pada hari ketiga klien mengatakan bahwa ia tidak risih lagi dengan luka di lehernya dan luka pada bagian lehernya sudah tidak berlendir lagi.
- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Pada hari pertama tanggal 06 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada bagian leher dan lidahnya dengan skala nyeri 5. Pada hari kedua tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada bagian lidah

dan lehernya dengan skala nyeri 4. Dan pada hari ketiga klien mengatakan nyeri pada lidah dan lehernya sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3. Masalah nyeri dianggap sudah teratasi karena nyeri klien sudah mulai berkurang dan klien dapat mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam).

- d. Pada diagnosa yang keempat yaitu hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan. Pada hari pertama sampai hari ketiga yaitu tanggal 06-08 Juni 2018 klien mengatakan sulit untuk berbicara, klien mengatakan sakit pada leher dan lidah saat berbicara, dan kata-kata yang diucapkan klien sulit untuk dimengerti. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum tercapai. Namun intervensi pada diagnosa ke lima ini di hentikan karena klien sudah di perbolehkan pulang.
- e. Pada diagnosa yang kelima yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan. Pada tanggal 06-08 Juni 2018 klien melakukan perawatan diri : mandi dibantu oleh perawat dan keluarga. Masalah dianggap sudah teratasi karena tujuan dianggap sudah terpenuhi.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. Mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilaksanakan pada tanggal 06-08 Juni 2018.

5.1 Kesimpulan

Karsinoma lidah adalah suatu tumor yang terjadi didasar mulut, kadang-kadang meluas kearah lidah dan menyebabkan gangguan mobilitas lidah. Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya karsinoma lidah yaitu kerana penggunaan tembakau dalam waktu lama, alkohol, infeksi mulut, faktor gigi dan mulut. Tanda dan gejala dari karsinoma lidah yaitu adanya ulkus pada lidah yang menyebabkan lidah terasa nyeri, susah untuk menelan dan sulit untuk berbicara.

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan karsinoma lidah diruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018. Pada pengkajian, penulis tidak menemukan beberapa perbedaan, serta hambatan tidak ada ditemukan penulis. Hanya beberapa perbedaan yang ditemukan penulis, pada tinjauan kasus terdapat benjolan seperti kacang tanah dan tampak memerah, sedangkan pada tinjauan teoritis terdapat luka seperti sariawan yang tidak sembuh-sembuh pada bagian lidah.

2. Pada diagnosa asuhan keperawatan dengan klien karsinoma lidah di ruang bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 5 diagnosa pada tinjauan kasus yaitu :
 - a. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
 - b. Infeksi berhubungan dengan Proses penyakit.
 - c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
 - d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan.
 - e. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan.
3. Pada perencanaan asuhan keperawatan dengan klien karsinoma lidah di ruang bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus. Tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan dengan kanker lidah yaitu agar nutrisi klien terpenuhi, tidak terjadi infeksi, nyeri dapat hilang atau berkurang, tidak terjadi kerusakan komunikasi verbal, klien bisa melakukan perawatan diri : mandi secara mandiri.
4. Pada implementasi asuhan keperawatan dengan klien karsinoma lidah di ruang rawat inap bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan,

namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.

5. Evaluasi pada klien dengan karsinoma lidah di ruang rawat inap bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik. Dari 5 diagnosa keperawatan terdapat 3 diagnosa yang masalahnya dapat teratasi yaitu infeksi berhubungan dengan proses penyakit, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, dan defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan. Sedangkan 2 diagnosa lagi yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan neurologi dan kemampuan menelan belum teratasi karena tujuan yang diharapkan belum terpenuhi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan karsinoma lidah karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai kanker lidah, dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan karsinoma lidah secara komprehensif.

5.2.3 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal. Dan adapun untuk klien yang telah mengalami kasus karsinoma lidah maka harus segera dilakukan perawatan, agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit karsinoma lidah.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunnicardi, F.C., et al., 2015. *Schwartzs Principles of Surgery*, 10th ed. USA :McGraw-Hill Education.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Evelyn CP 2009. *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta. Gramedia
- Guyton AC, Hall JE. *Text book of medical physiologi (Taste and smell)*. 11th Ed. Mississippi: Elsevier Book Aid Internasional, 2009:663-7.
- Hidayat, A. Aziz Alimul, 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan Buku I*, Jakarta: Salemba Medika
- Irianto, Koes 2012. *Anatomi dan Fisiologi Untuk mahasiswa*. Bandung. Alfabeta.
- Jacewicz M. *Smell and taste disorders (Merck Manual Hand Books)*. 20 Juli 2008.http://www.merckmanuals.com/home/print/ear_nose_and_throatdisorders/nose_sinus_and_taste_disorder/smell_and_taste_disorders.html#index (12 Juli 2012)
- Jacob T. *A tutorial on the sense of taste (Cardiff University, UK)*.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.
- Nursalam, 2009. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Sudiono, Janti (2008). *Pemeriksaan Patologi Untuk Diagnosis Neoplasma Mulut*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Sufitni 2008. *Anatomi (Lidah sebagai indera pengecap)*. Departemen Anatomi Fakultas Kedokteran USUSuyatno. 2010. *Bedah Onkologi Diagnostik dan Terapi*. Jakarta: Sagung Seto

Zhag Gen-H, Zhang Hai-Y, et al, *The Relationship between fungiform papillae density and detection threshold for sucrose in the young males*. Journal of Oxford University Press 2008;10 (1):93-9

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Diana Rahmadini
Tempat / Tanggal Lahir : Padang, 02 Januari 1996
Agama : Islam
Negeri Asal : Padang
Jumlah Bersaudara : 5 (Lima)
Anak Ke : 5 (Lima)
Nama Orang Tua
Ayah : Jetnal Watri
Ibu : Asmaneli, S. pd
Alamat : Komp. Villa Bukit Indah A. 11 Kel. Koto Lua
Kec. Pauh

Riwayat Pendidikan
TK Permata Hati : 2002-2003
SD Negeri 18 Koto Lua : 2003-2008
SMP Negeri 23 Padang : 2008-2011
Sma Negeri 9 Padang : 2011-2014
Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang Tahun 2015
sampai sekarang.

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : Diana Rahmadini
 NIM : 1514401027
 RUANGAN : Bedah
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan keperawatan Pada N.Y dengan karsinoma lidah di Ruangan Rawat Inap Bedah AS I Rumah Sakit Pr. Ahmad Mochtar Bukittinggi, Tahun 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu / 6 Juni 2018	07.15 WIB		13.00 WIB		
2	Kamis / 7 Juni 2018	07.15 WIB		14.30 WIB		
3	Jumat / 8 Juni 2018	07.15 WIB		14.00 WIB		

Bukittinggi, 8 Juni 2018

Ka Ruangan

Ns. Peni Susanti, M.Kep. Sp.KMB

Preceptor

Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep.

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Diana Rahmadini

Nim : 1514401027

Pembimbing : Ns. Reni Susanti, M.kep, Sp. KMB

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan keperawatan pada Nj-Y dengan karsinoma Uddh di Ruangan Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Kamis 7 Juni 2018	Perbaikan riwayat tes. Selang.	Reni
2.	Jumat 8 Juni 2018	Slh diperbaiki dan ser.	Reni
3.	Sabtu 9 Juni 2018	Ceklingi pemeriksaan fisik.	Reni
4.	Senin 10 Juni 2018	Perbaikan etiologi mslh.	Reni
5.		Acc.	
6.			
7.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG


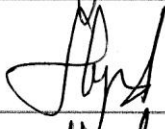





LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Diana Rahmadini

Nim : 1514401027

Pembimbing : Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y dengan Karsinoma Lidah di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Senin 25/6-2018	revisi bab I, II, III perbaiki sesuai saran	
2.	Selasa 26/6-2018	perbaiki bab I - V sesuai saran dan Tembang, daftar pustaka	
3.	Jumat 29/6-2018	perbaiki bab IV, V, dan sesuai saran.	
4.	Selasa 3/7-2018	perbaiki lagi sesuai saran dan masukan	
5.	Rabu 4/7-2018	perbaiki sesuai saran & masukan	
6.	Kamis 5/7-2018	perbaiki sistematika penulisan	
7	Jumat 6/7-2018	Acc ujian	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

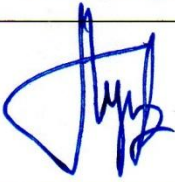


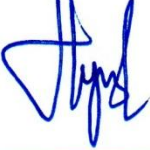

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Diana Rahmadini

Nim : 1514401027

Penguji II : Ns. Yuli Permata Sari, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	Kamis 19/7 - 2018	- Perbaiki sesuai saran data pengobatan	
2.	Jumat 20/7 - 2018	Perbaiki sesuai saran Data Psikososial	
3.	Sabtu 21/7 - 2018	Perbaiki sesuai saran Data spiritual	
4.	Senin 23/7 - 2018	Systematika penulisan	
5.	Selasa 24/7 - 2018	Acc.	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

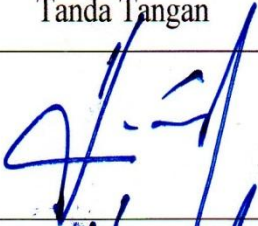
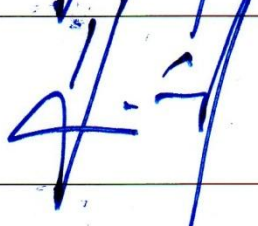
LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Diana Rahmadini

Nim : 1514401027

Penguji I : Ns. Muhammad Arif, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Karsinoma Lidah Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	Kamis 19/7-2018	- Sistematika penulisan - Lengkapi data askep	
2.	Jumat 20/7-2018	- Acc u/ distrik	
3.			
4.			
5.			