

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN.G.T.
DENGAN TUMOR COLI DI RUANG ASOKA
RSUD PROF. DR.W.Z JOHANES KUPANG”



JOANA GUIMARAES
PO.5303201181202

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA TN.G.T.
DENGAN TUMOR COLI DI RUANG ASOKA RSUD PROF.
DR.W.Z JOHANES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**JOANA GUIMARAES
PO.5303201181202**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Joana Guimaraes
NIM : PO. 530320118202
Program Studi : D-III Keperawatan Program Rekognisi Pembelajaran
Lampau (RPL)
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

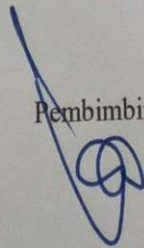
Pembuat Pernyataan



Joana Guimaraes

NIM. PO 530320118202

Pembimbing



Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005



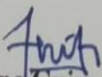
Scanned with
CamScanner

LEMBAR PERSETUJUAN

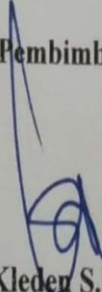
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Joana Guimaraes PO.530320118202 Dengan
"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Tumor Coli Di Ruang Asoka RSUD
Prof Dr.W.Z Johannes Kupang"

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII
Keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal
20 juli 2019.

Disusun oleh


Joana Guimaraes
PO.530320118202

Pembimbing

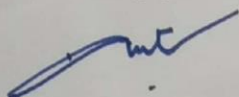

Simon Sani Kleder S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP: 197409061997032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh :Joana Guimaraes, NIM : PO. 5303201181202 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. G. T. Dengan Tumor Coli Di Ruangannya Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang" telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 22 Juli 2019

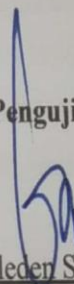
Dewan Penguji

Penguji I



Elisabeth Herwanti S.Kp..M.Kes
NIP. 19580901 198502202001

Penguji II



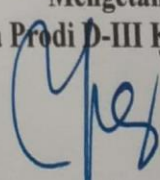
Simon Sani Kleden S.Kep..Ns..M.Kep
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr.Florentianus Tat.SKp.M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teji.S.Kep. Ns.MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Joana Guimaraes
Tempat tanggal lahir : Poros, 18Juli 1968
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Nekafehan, Desa Manumutin
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDN Poros pada tahun 1983
2. Tamat SMP Negeri 1 Lospalos pada tahun 1987
3. Tamat SPK Depkes Dili pada tahun 1996
4. Sejak tahun 2018 kuliah di Program Studi D III Jurusan Keperawatan Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)

MOTTO :

“SELALU JADI DIRI SENDIRI TIDAK PEDULI APA YANG ORANG LAIN KATAKAN, DAN JANGAN PERNAH MENJADI ORANG LAIN MESKIPUN MEREKA TAMPAK LEBIH BAIK DARIMU”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Tn. G. T. dengan Tumor Coli Di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang”.

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan setulus hati menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini dan sebagai wali penulis yang sudah memberi semangat dan dukungan kepada penulis selama ini.
3. Ibu Yanthi Ataupah S.Kep., Ns, selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.
4. Direktur Poltekkes Kemenekes Kupang Ibu R. H Kristina, SKM, M.Kes selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi PRL Keperawatan.
5. Ketua Jurusan Keperawatan Kupang,Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Ibu Margaretha Teli, S. Kep., Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi Jurusan DIII KeperawatanPoltekkes Kemenkes Kupang.
7. Untuk Ayah Ibu tercinta, selaku orang tua penulis.

8. Untuk suami tercinta Bapak Stefanus dan anak Stefani, anak Sella, anak Frederikus, yang selalu mendukung dan memotivasi penulis selama perkuliahan.
9. Untuk kakak adik dan keluarga besar, suku prasasti (Iliguere- guere), yang selalu mendukung penulis.
10. Untuk keluarga besar suku Uma Bata Metan dan Uma Asukase.
11. Bapak dan ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Studi Kasus ini.
12. Dinas kesehatan Kabupaten Belu yang telah memberikan kesempatan untuk penulis melanjutkan perkuliahan
13. Untuk para sahabat dan teman-teman angkatan II dalam membantu penulis selama satu tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.

Akhir kata penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah masih, jauh dari kata sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, Juli 2019

Penulis,

ABSTRAK

“Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. G. T. Dengan Tumor Coli Di Ruang AsokaRsud Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang”

Oleh: Joana Guimaraes

Latar belakang: Tumor coli adalah pembesaran atau pembengkakan atau biasa disebut pertumbuhan abnormal diantara dasar tengkorak hingga klavikula. Data globocan menyebutkan ditahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Prevelensi tumor/kanker di Indonesia adalah per 1000 penduduk dan prevelensi tumor kanker di provinsi NTT adalah 0,9%. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik. **Tujuan :** untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan komprehensif pada Tn. G. T. dengan Tumor Coli di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang. **Hasil :** Hasil pengkajian didapatkan data nyeri pada leher kiri, ada benjolan di leher kiri. Diagnosa keperawatan yang diangkat Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (neoplasma) dan Resiko kerusakan integritas Kulit berhubungan dengan benjolan pada leher kiri. Intervensi yang diimplementasikan yaitu, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, faktor pencetus, menjaga kebersihan kulit. Evaluasi masih ada nyeri, skala nyeri 2, kulit tampak bersih. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada Tn. G. T dengan Tumor Coli dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilaksanakan secara optimal. Saran bagi pelayanan keperawatan yaitu perlu meningkatkan pengetahuan pasien melalui edukasi kesehatan tentang perawatan Tumor Coli.

Kata kunci : Tumor Coli, Asuhan keperawatan.

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	I
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
BIODATA	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB II Tinjauan Pustaka	4
2.1. Konsep Dasar Teori.....	4
2.1.1 Pengertian	4
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Patofisiologi.....	6
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.5 Komplikasi.....	8
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.7 Penatalaksanaan.....	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	13
2.2.1 Pengkajian.....	13
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	14
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	16
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	29
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	30
3.1 Hasil Studi Kasus.....	30
3.1.1 Pengkajian Keperawatan	30
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	32
3.1.3 Intervensi Keperawatan	33
3.1.4 Implementasi Keperawatan	33
3.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	35
3.2 Pembahasan Studi Kasus	36
3.2.1 Pengkajian Keperawatan	37
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	37
3.2.3 Intervensi Keperawatan	38
3.2.4 Implementasi Keperawatan	38
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	39

BAB IV PENUTUP.....	41
4.1 Kesimpulan	41
4.2 Saran	41
DAFTAR PUSTAKA.....	43

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor colli adalah pembesaran atau pembengkakan atau biasa disebut pertumbuhan abnormal diantara dasar tengkorak hingga klavikula. Masa leher pada pasien dewasa harus dianggap ganas sampai terbukti sebaliknya. Massa leher bersifat metastasis cenderung asimtomatik yang membesar perlahan-lahan. (Brunner & Suddarth, 2005).

Data global menyebutkan ditahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Data tersebut juga menyatakan 1 dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan meninggal karena kanker. Angka kejadian kanker di Indonesia sebesar 132.2 per 100.000 penduduk. (DEPKES, 2019)

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevensi tumor/kanker di Indonesia adalah 1,79 per 1000 penduduk dan prevelensi tumor kanker di provinsi NTT adalah 0,9%. Sedangkan data yang diperoleh dari dalam periode bulan januari-juli 2019 di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang ditemukan 4 kasus

Setiap massa baik kongenital maupun neoplasma yang timbul di segitiga anterior maupun posterior leher di antara klavikula pada bagian inferior maupun mandibula serta dasar tenggorokan pada bagian superior. Pada kasus benjolan di leher 50% kasus berasal dari tiroid, 40% disebabkan karena keganasan, dan 10 % disebabkan karena kongenital atau peradangan (Ramli, 2010).

Tumor colli atau kista brankial sering terjadi pada anak-anak, walaupun dapat ditemukan pada semua usia. Penderita terbanyak 0-20 tahun yaitu 52%, usia 20 tahun yaitu 40%. Faktor yang memperburuk penyakit ini adalah stadium lanjut, usia lebih dari 40 tahun, ada pembesaran kelenjar leher, lumpuh saraf otak, metastasis yang sudah jauh (Ramli, 2010).

Dari hasil pengamatan penulis saat melakukan praktik keperawatan di RSUD Prof, Dr. W.Z Johaness Kupang sebagian besar pasien dengan tumor coli Membutuhkan proses dan waktu perawatan yang lama, sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tumor coli. Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan tumor coli adalah nyeri akut dan kerusakan integritas kulit. Untuk masalah nyeri akut penanganan yang biasanya diberikan adalah pengaturan posisi, program relaksasi dan pemberian terapi analgetik. Sedangkan untuk masalah kerusakan integritas kulit dilakukan tindakan menjaga kebersihan kulit dengan teknik aseptik.

1.2 Tujuan

2.1.1 Tujuan umum :

Mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar teori dan asuhan keperawatan serta mengaplikasikan pada pasien dengan tumor coli di ruangan Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

2.1.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Tn. G. T. dengan Tumor coli di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mampu menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. G. T. dengan Tumor coli di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mampu melaksanakan rencana keperawatan pada Tn. G. T. dengan Tumor coli di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada Tn. G. T. dengan Tumor coli di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. G. T. dengan Tumor coli di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3. Manfaat

1.3.1 Bagi Penulis

Memberikan wawasan dan pemahaman pada penulis dalam memberikan dan menyusun penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor coli

1.3.2 Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai ilmu pengetahuan dan mampu memahami tentang tumor coli.

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penulisan karya tulis ilmiah sebagai tambahan informasi, serta sebagai bahan tambahan untuk meningkatkan asuhan keperawatan tumor coli.

1.3.4 Bagi Institusi Pendidikan

Mengetahui tingkat kemampuan dan sebagai upaya untuk mengevaluasi materi yang telah diberikan kepada mahasiswa.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1. Definisi

Dalam pengertian umum tumor adalah benjolan atau pembengkakan dalam tubuh. Dalam pengertian khusus tumor adalah benjolan yang disebabkan oleh neoplasma. Tumor atau Neoplasma adalah massa abnormal dari sel-sel yang mengalami proliferasi. Sel-sel neoplasma berasal dari sel-sel yang sebelumnya adalah sel-sel normal, namun selama mengalami perubahan neoplastik mereka memperoleh derajat otonomi tertentu yaitu sel neoplastik tumbuh dengan kecepatan yang tidak terkoordinasi dengan kebutuhan hospes dan fungsi yang sangat tergantung pada pengawasan homeostasis sebagian besar sel tubuh lainnya.

Tumor colli adalah setiap massa baik kongenital maupun didapat timbul di segitiga anterior atau posterior leher di antara klavikula pada bagian inferior dan mandibula serta dasar tengkorak pada bagian superior. Pada 50% kasus benjolan pada leher berasal dari tiroid 40% benjolan pada leher disebabkan oleh keganasan, 10% berasal dari peradangan atau kelainan kongenital.

Secara umum tumor colli dapat dibedakan menjadi tiga kategori yaitu:

1. Kelainan kongenital : kista dan fistel leher lateral dan median, seperti hygroma colli cysticum, kista dermoid.
2. Inflamasi atau peradangan : limfadenitis sekunder karena inflamasi banal (acne faciei, kelainan gigi dan tonsilitis) atau proses inflamasi yang lebih spesifik (tuberkulosis, tuberkulosis atipik, penyakit garukan kuku, actinomikosis, toksoplasmosis). Di samping itu di leher dijumpai pembesaran kelenjar limfa

pada penyakit infeksi umum seperti rubella dan mononukleosis infeksiosa.

3. Neoplasma : Lipoma, limfangioma, hemangioma dan paraganglioma caroticum yang jarang terdapat (terutama carotid body; tumor glomus caroticum) yang berasal dari paraganglion caroticum yang terletak di bifurcatio carotis, merupakan tumor benigna. Selanjutnya tumor benigna dari kutub bawah glandula parotidea, glandula submandibularis dan kelenjar tiroid. Tumor maligna dapat terjadi primer di dalam kelenjar limfe (limfoma maligna), glandula parotidea, glandula submandibularis, glandula tiroidea atau lebih jarang timbul dari pembuluh darah, saraf, otot, jaringan ikat, lemak dan tulang. Tumor maligna sekunder di leher pada umumnya adalah metastasis kelenjar limfe suatu tumor epitelial primer di suatu tempat didaerah kepala dan leher. Jika metastasis kelenjar leher hanya terdapat didaerah supraclavikula kemungkinan lebih besar bahwa tumor primernya terdapat ditempat lain di dalam tubuh.

2.1.2. Etiologi

Etiologi yang terkait dengan tumor colli diantaranya yaitu:

1. Karsinogen kimiawi

Karsinogen yang memerlukan perubahan metabolisme agar menjadi karsinogen aktif , sehingga, misalnya Aflatoksin B1 pada kacang, vinylklorida pada industri plastik, benzoapiran pada asap kendaraan bermotor, kemoterapi dalam kesehatan.

2. Karsinogen fisik

Berkaitan dengan ultraviolet kangker kulit, karena terkena sinar. Radiasi UV yang dapat menimbulkan dimmer yang merusak rangka fosfodiester DNA, misalnya sinar ionisasi pada nuklir, sinar radioaktif, sinar ultraviolet.

3. Hormon

Hormon merupakan zat yang dihasilkan kelenjer tubuh yang berfungsi mengatur organ-organ tubuh, pemberian hormon tertentu secara berlebihan dapat menyebabkan peningkatan terjadinya beberapa kanker.

4. Gaya hidup

Gaya hidup yang tidak sehat merupakan salah satu faktor pendukung kanker, misalnya diet, merokok, alkohol

5. Kelainan kongenital

Kelainan kongenital adalah kelainan yang dibawa sejak lahir, benjolannya dapat berupa benjolan yang timbul sejak lahir atau timbul pada usia kanak-kanak bahkan terkadang muncul setelah usia dewasa. Pada kelainan ini benjolan yang paling sering terletak di leher samping bagian kiri atau kanan di sebelah atas, dan juga di tengah-tengah di bawah dagu. Ukuran benjolan bisa kecil beberapa cm tetapi bisa juga besar seperti bola tenis

6. Usia dan jenis kelamin

Terdapat risiko malignasi apabila didapat nodul tiroid pada usia >45 tahun, dan untuk wanita mempunyai risiko tiga kali lebih besar dari pada pria.

2.1.3. Patofisiologi

Kelainan kongenital, genetik, gender/ jenis kelamin, usia, rangsangan fisik berulang, hormon infeksi, gaya hidup, karsinogenik (bahan kimia, virus, radiasi) dapat menimbulkan tumbuh dan berkembangnya sel tumor. Sel tumor dapat bersifat benigna (Jinak) atau bersifat maligna (ganas). Sel tumor pada tumor jinak bersifat tumbuh lambat, sehingga tumor jinak pada

umumnya tidak cepat membesar. Sel tumor mendesak jaringan sehat sekitarnya secara serempak sehingga terbentuk serabut pembungkus yang memisahkan jaringan tumor dari jaringan sehat.

Sel tumor ialah sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal sehingga sel ini berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya. Perbedaan sifat sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsinya, autonominya dalam pertumbuhan, kemampuan dalam berinfiltrasi dan menyebabkan metastasis.

Pada umumnya tumor mulai tumbuh dari satu sel di suatu tempat (unisentrik), tetapi kadang tumor berasal dari beberapa sel dalam satu organ (multisentrik) atau dari beberapa organ (multiokuler) pada waktu bersamaan (sinkron) atau berbeda (metakron). Selama pertumbuhan tumor masih terbatas pada organ tempat asalnya maka tumor dikatakan mencapai tahap lokal, namun bila telah infiltrasi ke organ sekitarnya dikatakan mencapai tahap invasive atau infiltrasi. Sel tumor bersifat tumbuh terus sehingga makin lama makin besar dan mendesak jaringan sekitarnya. Pada neoplasma sel tumbuh sambil menyusup dan merembes ke jaringan sekitarnya dan dapat meninggalkan sel induk masuk ke pembuluh darah atau pembuluh limfe, sehingga terjadi penyebaran hematogen dan limfatogen.

Tumor colli merupakan neoplasma yang berasal dari kelenjar yang terletak di depan leher yang secara normal memproduksi hormon tiroid yang penting untuk metabolisme tubuh. Infiltrasi ca colli dapat ditemukan di trakea, laring, faring, esofagus, pembuluh darah karotis, vena jugularis, struktur lain pada leher dan kulit. Metastasis limfogen dapat meliputi semua region leher sedangkan metastasis hematogen biasanya di paru, tulang, otak dan hati. Kanker ini berdiferensiasi mempertahankan

kemampuan untuk menimbun yodium pembesaran kelenjar getah bening. Lokasi kelenjar getah bening yang bisa membesar dan bisa teraba pada perabaan yakni di ketiak, lipat paha. Ada juga kelenjar getah bening yang terdapat di dalam tubuh yang mana tidak dapat diraba yakni di dalam rongga perut. Penyebab dari pembesaran kelenjar getah bening adalah infeksi non spesifik, infeksi spesifik (TBC), keganasan (limfoma).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Secara umum, manifestasi klinis dari tumor colli adalah :

1. Terapat lesi pada organ yang biasanya tidak nyeri terfiksasi dan keras dengan batas yang tidak teratur.
2. Terjadi retraksi pada organ, karena tumor membesar sehingga terjadi penarikan pada organ-organ yang berada dekat dengan tumor tersebut.
3. Pembengkakan organ yang terkena, dikarenakan pertumbuhan tumor yang secara progresif dan invasive sehingga dapat merusak atau mengalami pembengkakan, organ-organ di sekitar tumor.
4. Terjadi eritema atau pembengkakan lokal, di karena kan terjadinya peradangan pada tumor sehingga daerah sekitar tumor akan mengalami eritema
5. Pada penyakit yang sudah stadium lanjut dapat terjadi pecahnya benjolan- benjolan pada kulit atau ulserasi.

Kecurigaan klinis adanya ca colli didasarkan pada observasi yang dikonfirmasi dengan pemeriksaan patologis dan dibagi dalam kecurigaan tinggi, sedang dan rendah.

1. Kecurigaan tinggi diantaranya:
 - a. Riwayat neoplasma endokrin multipel dalam keluarga.
 - b. Pertumbuhan tumor cepat.
 - c. Nodul teraba keras.

- d. Fiksasi daerah sekitar.
 - e. Paralisis pita suara.
 - f. Pembesaran kelenjar limpa regional.
 - g. Adanya metastasis jauh.
2. Kecurigaan sedang diantaranya:
- a. Usia > 60 tahun.
 - b. Riwayat radiasi leher.
 - c. Jenis kelamin pria dengan nodul soliter.
 - d. Tidak jelas adanya fiksasi daerah sekitar.
 - e. Diameter lebih besar dari 4 cm dan kistik.
3. Kecurigaan rendah diantaranya:
- a. Tanda atau gejala diluar/selain yang disebutkan diatas.
 - b. Penekanan organ sekitar
 - c. Gangguan dan rasa sakit waktu menelan
 - d. Sulit bernafas, suara serak,
 - e. Limfadenopati leher serta dapat terjadi metastasis jauh, paling sering ke paru- paru, tulang dan hati.

2.1.5. Komplikasi

1. Perdarahan, risiko ini minimum, namun hati- hati dalam mengamankan hemostatik dan penggunaan drain setelah operasi.
2. Masalah terbukanya vena besar (vena tiroidea superior) dan menyebabkan embolisme udara. Dengan tindakan anestesi mutakhir, ventilasi tekanan positif yang intermitten, dan teknik bedah yang cermat, bahaya ini dapat di minimalkan.
3. Trauma pada nervus laringeus rekurens yang menimbulkan paralisis sebagian atau total (jika bilateral) laring.
4. Sepsis yang meluas ke mediastinum.
5. Hiperkalsemia, karena terangkatnya kelenjar paratiroid saat operasi.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk tumor colli, antara lain :

1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang membedakan tumor jinak dan ganas tiroid belum ada yang khusus, kecuali kanker meduler, yaitu pemeriksaan kalsitonon dalam serum. Pemeriksaan T3 dan T4 kadang-kadang diperlukan karena pada ca colli dapat terjadi tiroktosisis walaupun jarang. Human Tiroglobulin (HTG) Tera dapat dipergunakan sebagai tumor marker dan kanker tiroid diferensiasi baik. Walaupun pemeriksaan ini tidak khas untuk kanker tiroid, namun peninggian HTG ini setelah tiroidektomi total merupakan indikator tumor residif atau tumbuh kembali (barsano). Kadar kalsitonin dalam serum dapat ditentukan untuk diagnosis karsinoma meduler.

2. Radiologi

- a. Foto polos leher ap dan lateral dengan metode soft tissue technique dengan posisi leher hiperekstensi , bila tumornya besar. Untuk melihat ada tidaknya kalsifikasi.
- b. Dilakukan pemeriksaan foto thorax pa untuk menilai ada tidaknya metastasis dan pendesakan trakea.
- c. Esofagogram dilakukan bila secara klinis terdapat tanda-tanda adanya infiltrasi ke esofagus.
- d. Pembuatan foto tulang belakang bila dicurigai adanya tanda-tanda metastasis ke tulang belakang yang bersangkutan. CT Scan atau MRI untuk mengevaluasi staging dari karsinoma tersebut dan bisa untuk menilai sampai di mana metastasis terjadi.

3. Ultrasonografi

Untuk mendeteksi nodul yang kecil atau yang berada di posterior yang secara klinis belum dapat di palpasi dan

mendeteksi nodul yang multipel dan pembesaran. Di samping itu dapat dipakai untuk membedakan yang padat dan kistik serta dapat dimanfaatkan untuk penuntun dalam tindakan.

4. Scanning tiroid

Dengan sifat jaringan tiroid maka pemeriksaan scanning ini dapat memberikan beberapa gambaran aktivitas, bentuk dan besar kelenjar tiroid. Kegunaan pemeriksaan ini, yaitu:

- a. Memperlihatkan nodul soliter pada tiroid.
- b. Memperlihatkan multipel nodul pada struma yang klinis kelihatan seperti nodul soliter.
- c. Memperlihatkan retrosternal struma
- d. Mencari occul neoplasma pada tiroid.
- e. Mengidentifikasi fungsi dari jaringan tiroid setelah operasi tiroid.
- f. Mengidentifikasi ektopik tiroid.
- g. Mencari daerah metastasis setelah total tiroidektomi.
- h. Needle biopsi; dapat dilakukan dengan cara needle core biopsi atau fnab (biopsi jarum halus).

5. Pemeriksaan potong beku

Dengan cara ini diharapkan dapat membedakan jinak atau ganas waktu operasi berlangsung, dan sekaligus untuk menentukan tindakan operasi definitive.

6. Pemeriksaan histopatologi dengan parafin coupe

Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan definitif atau gold standar.

7. Biopsi Aspirasi

Pada dekade ini biopsi aspirasi jarum halus banyak dipergunakan sebagai prosedur diagnostik pendahuluan dari berbagai tumor terutama pada tumor tiroid. Teknik dan peralatan sangat sederhana, biaya murah dan akurasi diagnostiknya tinggi.

Dengan mempergunakan jarum tabung 10 ml, dan jarum nomor 22– 23 serta alat pemegang, sediaan aspirator tumor diambil untuk pemeriksaan sitologi. Berdasarkan arsitektur sitologi dapat diidentifikasi karsinoma papiler, karsinoma folikuler, karsinoma anaplastik dan karsinoma meduler.

2.1.7. Penatalaksanaan

1. Pembedahan (colli otomi, tiroidektomi)
 - a. Harus melaksanakan pemeriksaan klinis untuk menentukan nodul benigna atau maligna.
 - b. Eksisi tidak hanya terbatas pada bagian utama tumor, tapi eksisi juga harus di lakukan terhadap jaringan normal sekitar jaringan tumor. Cara ini memberikan hasil operasi yang lebih baik.
 - c. Metastasis ke kelenjar getah bening umumnya terjadi pada setiap tumor sehingga pengangkatan, kelenjar di anjurkan pada tindakan bedah.
 - d. Satu hal mutlak di lakukan sebelum bedah adalah menentukan stadium tumor dan melihat pola pertumbuhan (growth pattern) tumor tersebut.
 - e. Tirodektomi adalah sebuah operasi yang dilakukan pada kelenjer.
 - f. Colliotomi adalah operasi yang dilakukan pada leher yang terkena tumor
2. Obat-obatan
 - a. Immunoterapy : interleukin 1 dan alpha interferon.
 - b. Kemoterapi : kemampuan dalam mengobati beberapa jenis tumor.
 - c. Radioterapi : membentuk sel kanker dan sel jaringan normal, dengan tujuan, meninggikan kemampuan untuk membunuh sel tumor dengan kerusakan serendah mungkin pada sel normal.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas diri klien
 - a. Pasien (diisi lengkap) : Nama, Tempat/Tanggal. Lahir, Umur, Jenis Kelamin, Alamat, Status Perkawinan, Agama, Suku Bangsa, Pendidikan, Pekerjaan, Lama bekerja, Tanggal Masuk RS.
 - b. Penanggung Jawab (diisi lengkap) : Sumber informasi, Keluarga terdekat yang dapat dihubungi, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat.
2. Riwayat Kesehatan
 - a. Keluhan utama, biasanya ditemukan jantung berdebar-debar, kelemahan, sesak napas, ataupun penurunan kesadaran.
 - b. Riwayat penyakit sekarang, yaitu tanda dan gejala yang menyertai keluhan utama.
 - c. Riwayat penyakit dahulu, yaitu apakah klien pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya atau yang menjadi faktor risiko seperti pernah terpapar radiasi ataupun gaya hidup.
 - d. Riwayat penyakit keluarga, yaitu apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama sebelumnya.
3. Pengkajian per kebutuhan dasar manusia
 - a. Aktivitas/ Istirahat
Gejala : Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas
Tanda : Keletihan, kelemahan umum
 - b. Sirkulasi
Gejala : Terdapat masalah tekanan darah
Tanda : pusing, gemetar
 - c. Integritas ego
Gejala : Perasaan cemas, takut, faktor-faktor stres, misalnya: masalah finansial, gaya hidup
 - d. Eliminasi
Gejala : Perubahan eliminasi fekal

e. Makanan/ cairan

Gejala : penurunan berat badan, masalah dengan menelan, mengunyah.

Tanda : bibir kering, pecah,

f. Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala : Ada nyeri dengan derajat bervariasi, misalnya ketidaknyamanan ringan sampai berat,

Tanda : lokasi, intensitas, frekuensi, faktor pencetus

g. Keamanan

Gejala : alergi atau sensitif (obat, makanan)

Tanda : munculnya proses infeksi, demam

h. Penyuluhan/ pembelajaran

Gejala : keterbatasan kognitif, tingkat pendidikan, faktor risiko keluarga

i. Neurosensori

Keluhan pening hilang timbul, sakit kepala, pingsan.

Temuan fisik : status mental disorientasi, confusion, kehilangan memori, perubahan pola bicara.

j. Respirasi

Kaji terhadap fibrosis paru yang ditandai : Dispnoe, kering, batuk non produktif – terutama bleomisin

2.2.1 Diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015)

- a. Cemas / takut berhubungan dengan situasi krisis (Pre Op), perubahan kesehatan, sosio ekonomi, peran dan fungsi, bentuk interaksi, persiapan kematian, pemisahan dengan keluarga ditandai dengan peningkatan tegangan, kelelahan, mengekspresikan kecanggungan peran, perasaan tergantung, tidak adekuat kemampuan menolong diri, stimulasi simpatetik.

- b. Nyeri (akut) berhubungan dengan proses penyakit (penekanan / kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi sistem suplai syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri, kelemahan.
- c. Gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekuensi kemoterapi, radiasi, pembedahan (anoreksia, iritasi lambung, kurangnya rasa kecap, nausea), emosional distres, fatigue, ketidakmampuan mengontrol nyeri ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, hilangnya rasa kecap, kehilangan selera, berat badan turun sampai 20% atau lebih dibawa ideal, penurunan massa otot dan lemak subkutan, konstipasi, abdominal cramping.
- d. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi, misinterpretasi, keterbatasan kognitif ditandai dengan sering bertanya, menyatakan masalahnya, pernyataan miskonsepsi, tidak akurat dalam mengikuti instruksi/pencegahan komplikasi.
- e. Risiko tinggi kerusakan membran mukosa mulut berhubungan dengan efek samping kemoterapi dan radiasi/radioterapi.
- f. Risiko tinggi kurangnya volume cairan berhubungan dengan output yang tidak normal (vomiting, diare), hipermetabolik, kurangnya intake.
- g. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/radiasi), malnutrisi, prosedur invasive.
- h. Risiko tinggi gangguan fungsi seksual berhubungan dengan defisit pengetahuan / keterampilan tentang alternatif respons terhadap transisi kesehatan, penurunan fungsi / struktur tubuh, dampak pengobatan.

- i. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi dan kemoterapi, defisit imunologik, penurunan intake nutrisi dan anemia.

2.2.2 Intervensi keperawatan

1. Cemas / takut berhubungan dengan situasi krisis (Pre Op), perubahan kesehatan, sosio ekonomi, peran dan fungsi, bentuk interaksi, persiapan kematian, pemisahan dengan keluarga ditandai dengan peningkatan tegangan, kelelahan, mengekspresikan kecanggungan peran, perasaan tergantung, tidak adekuat kemampuan menolong diri, stimulasi simpatetik. Tujuan :
 - Klien dapat mengurangi rasa cemasnya
 - Rileks dan dapat melihat dirinya secara obyektif.
 - Menunjukkan coping yang efektif serta mampu berpartisipasi dalam pengobatan.

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam cemas klien berkurang

Intervensi :

- a. Tentukan pengalaman klien sebelumnya terhadap penyakit yang dideritanya.

Rasional : Data-data mengenai pengalaman klien sebelumnya akan memberikan dasar untuk penyuluhan dan menghindari adanya duplikasi.

- b. Berikan informasi tentang prognosis secara akurat.

Rasional : Pemberian informasi dapat membantu klien dalam memahami proses penyakitnya.

- c. Beri kesempatan pada klien untuk mengekspresikan rasa marah, takut, konfrontasi. Beri informasi dengan emosi wajar dan ekspresi yang sesuai.

Rasional : Dapat menurunkan kecemasan klien.

- d. Jelaskan pengobatan, tujuan dan efek samping. Bantu klien

mempersiapkan diri dalam pengobatan.

Rasional : Membantu klien dalam memahami kebutuhan untuk pengobatan dan efek sampingnya.

- e. Catat koping yang tidak efektif seperti kurang interaksi sosial, ketidakberdayaan dll.

Rasional : Mengetahui dan menggali pola koping klien serta mengatasinya/memberikan solusi dalam upaya meningkatkan kekuatan dalam mengatasi kecemasan.

- f. Anjurkan untuk mengembangkan interaksi dengan support sistim

Rasional : Agar klien memperoleh dukungan dari orang yang terdekat/ keluarga.

- g. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman.

Rasional : Memberikan kesempatan pada klien untuk berpikir /merenung/istirahat.

- h. Pertahankan kontak dengan klien, bicara dan sentuhlah dengan wajar.

Rasional : Klien mendapatkan kepercayaan diri dan keyakinan bahwa dia benar-benar ditolong.

2. Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan syaraf, infiltrasi sistem suplai syaraf, obstruksi jalur syaraf, inflamasi), efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri, kelemahan.

Tujuan :

- Klien mampu mengontrol rasa nyeri melalui aktivitas
- Melaporkan nyeri yang dialaminya
- Mengikuti program pengobatan
- Mendemonstrasikan teknik relaksasi dan pengalihan rasa

nyeri melalui aktivitas yang mungkin

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam nyeri klien berkurang

Intervensi :

- a. Tentukan riwayat nyeri, lokasi, durasi dan intensitas
Rasional : Memberikan informasi yang diperlukan untuk merencanakan asuhan.
- b. Evaluasi terapi: pembedahan, radiasi, kemoterapi, biotherapi, ajarkan klien dan keluarga tentang cara menghadapinya
Rasional : Untuk mengetahui terapi yang dilakukan sesuai atau tidak, atau malah menyebabkan komplikasi.
- c. Berikan pengalihan seperti reposisi dan aktivitas menyenangkan seperti mendengarkan musik atau nonton TV
Rasional : Untuk meningkatkan kenyamanan dengan mengalihkan perhatian klien dari rasa nyeri.
- d. Menganjurkan teknik penanganan stres (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan), gembira, dan berikan sentuhan terapeutik.
Rasional : Meningkatkan kontrol diri atas efek samping dengan menurunkan stres dan ansietas.
- e. Evaluasi nyeri, berikan pengobatan bila perlu.
Rasional : Untuk mengetahui efektivitas penanganan nyeri, tingkat nyeri dan sampai sejauh mana klien mampu menahannya serta untuk mengetahui kebutuhan klien akan obat-obatan anti nyeri.
- f. Diskusikan penanganan nyeri dengan dokter dan juga dengan klien
Rasional : Agar terapi yang diberikan tepat sasaran.
- g. Berikan analgesik sesuai indikasi seperti morfin, methadone,

narkotik dll

Rasional : Untuk mengatasi nyeri.

3. Gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh) berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekuensi kemoterapi, radiasi, pembedahan (anoreksia, iritasi lambung, kurangnya rasa kecap, nausea), emosional distres, fatigue, ketidakmampuan mengontrol nyeri ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, hilangnya rasa kecap, kehilangan selera, berat badan turun sampai 20% atau lebih dibawa ideal, penurunan massa otot dan lemak subkutan, konstipasi, abdominal cramping.

Tujuan :

- Klien menunjukkan berat badan yang stabil, hasil lab normal dan tidak ada tanda malnutrisi
- Menyatakan pengertiannya terhadap perlunya intake yang adekuat
- Berpartisipasi dalam penatalaksanaan diet yang berhubungan dengan penyakitnya

Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam berat badan klien stabil.

Intervensi :

- a. Monitor intake makanan setiap hari, apakah klien makan sesuai dengan kebutuhannya.

Rasional : Memberikan informasi tentang status gizi klien.

- b. Timbang dan ukur berat badan, ukuran trisep serta amati penurunan berat badan.

Rasional : Memberikan informasi tentang penambahan dan penurunan berat badan klien.

- c. Kaji pucat, penyembuhan luka yang lambat dan pembesaran kelenjar parotis.

Rasional : Menunjukkan keadaan gizi klien sangat buruk.

- d. Anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dengan intake cairan yang adekuat. Anjurkan pula makanan kecil untuk klien. Rasional : Kalori merupakan sumber energi.
- e. Kontrol faktor lingkungan seperti bau busuk atau bising. Hindarkan makanan yang terlalu manis, berlemak dan pedas.
Rasional : Mencegah mual muntah, distensi berlebihan, dispepsia yang menyebabkan penurunan nafsu makan serta mengurangi stimulus berbahaya yang dapat meningkatkan ansietas.
- f. Ciptakan suasana makan yang menyenangkan misalnya makan bersama teman atau keluarga.
Rasional : Agar klien merasa seperti berada dirumah sendiri.
- g. Anjurkan teknik relaksasi, visualisasi, latihan moderate sebelum makan.
Rasional : Untuk menimbulkan perasaan ingin makan/membangkitkan selera makan.
- h. Anjurkan komunikasi terbuka tentang problem anoreksia yang dialami klien.
Rasional : Agar dapat diatasi secara bersama-sama (dengan ahli gizi, perawat dan klien).
- i. Kolaboratif
 - 1) Amati studi laboratorium seperti total limfosit, serum transferin dan albumin
Rasional : Untuk mengetahui/menegakkan terjadinya gangguan nutrisi sebagai akibat perjalanan penyakit, pengobatan dan perawatan terhadap klien.

- 2) Berikan pengobatan sesuai indikasi
Phenothiazine, antidopaminergic, corticosteroids,
vitamin khususnya A,D,E dan B6, antasida
Rasional : Membantu menghilangkan gejala penyakit,
efek samping dan meningkatkan status
kesehatan klien.
 - j. Pasang pipa nasogastrik untuk memberikan makanan
secara enteral, imbangi dengan infus.
Rasional : Mempermudah intake makanan dan minuman
dengan hasil yang maksimal dan tepat sesuai
kebutuhan.
4. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit, prognosis dan
pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi,
misinterpretasi, keterbatasan kognitif ditandai dengan sering
bertanya, menyatakan masalahnya, pernyataan miskonsepsi, tidak
akurat dalam mengikuti instruksi/pencegahan komplikasi.

Tujuan :

- Klien dapat mengatakan secara akurat tentang
diagnosis dan pengobatan pada tingkatan siap.
- Mengikuti prosedur dengan baik dan menjelaskan tentang
alasan mengikuti prosedur tersebut.
- Mempunyai inisiatif dalam perubahan gaya hidup dan
berpartisipasi dalam pengobatan.
- Bekerja sama dengan pemberi informasi.

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x
24 jam pengetahuan klien tentang penyakit
bertambah.

Intervensi :

- a. Review pengertian klien dan keluarga tentang diagnosa,
pengobatan dan akibatnya.

Rasional : Menghindari adanya duplikasi dan pengulangan terhadap pengetahuan klien.

- b. Tentukan persepsi klien tentang kanker dan pengobatannya, ceritakan pada klien tentang pengalaman klien lain yang menderita kanker.

Rasional : Memungkinkan dilakukan pembenaran terhadap kesalahan persepsi dan konsepsi serta kesalahan pengertian.

- c. Beri informasi yang akurat dan faktual. Jawab pertanyaan secara spesifik, hindarkan informasi yang tidak diperlukan.

Rasional : Membantu klien dalam memahami proses penyakit.

- d. Berikan bimbingan kepada klien/keluarga sebelum mengikuti prosedur pengobatan, terapi yang lama, komplikasi. Jujurlah pada klien.

Rasional : Membantu klien dan keluarga dalam membuat keputusan pengobatan.

- e. Anjurkan klien untuk memberikan umpan balik verbal dan mengoreksi miskonsepsi tentang penyakitnya.

Rasional : Mengetahui sampai sejauh mana pemahaman klien dan keluarga mengenai penyakit klien.

- f. Review klien / keluarga tentang pentingnya status nutrisi yang optimal.

Rasional : Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga mengenai nutrisi yang adekuat.

- g. Anjurkan klien untuk mengkaji membran mukosa mulutnya secara rutin, perhatikan adanya eritema, ulserasi.

Rasional : Mengkaji perkembangan proses-proses penyembuhan dan tanda-tanda infeksi serta masalah dengan kesehatan mulut yang dapat

mempengaruhi intake makanan dan minuman.

h. Anjurkan klien memelihara kebersihan kulit dan rambut.

Rasional : Meningkatkan integritas kulit dan kepala.

5. Risiko tinggi kerusakan membran mukosa mulut berhubungan dengan efek samping kemoterapi dan radiasi/radioterapi.

Tujuan :

- Membran mukosa tidak menunjukkan kerusakan, terbebas dari inflamasi dan ulcerasi
- Klien mengungkapkan faktor penyebab secara verbal.
- Klien mampu mendemonstrasikan teknik mempertahankan/ menjaga kebersihan rongga mulut.

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam membran mukosa klien tidak menunjukkan kerusakan.

Intervensi :

a. Kaji kesehatan gigi dan mulut pada saat pertemuan dengan klien dan secara periodik.

Rasional : Mengkaji perkembangan proses penyembuhan dan tanda- tanda infeksi memberikan informasi penting untuk mengembangkan rencana keperawatan.

b. Kaji rongga mulut setiap hari, amati perubahan mukosa membran.

Amati tanda terbakar di mulut, perubahan suara, rasa kecap, kekentalan ludah.

Rasional : Masalah dengan kesehatan mulut dapat mempengaruhi pemasukan makanan dan minuman.

c. Diskusikan dengan klien tentang metode pemeliharaan oral hygiene.

Rasional : Mencari alternatif lain mengenai pemeliharaan mulut dan gigi.

- d. Instruksikan perubahan pola diet misalnya hindari makanan panas, pedas, asam, hindarkan makanan yang keras.

Rasional : Mencegah rasa tidak nyaman dan iritasi lanjut pada membran mukosa

- e. Amati dan jelaskan pada klien tentang tanda superinfeksi oral.

Rasional : Agar klien mengetahui dan segera memberitahu bila ada tanda-tanda tersebut.

- f. Kolaboratif.

- 1) Konsultasi dengan dokter gigi sebelum kemoterapi.

Rasional : Meningkatkan kebersihan dan kesehatan gigi dan gusi.

- 2) Berikan obat sesuai indikasi, analgesik, topikal lidocaine, antimikrobia mouthwash.

Rasional : Tindakan / terapi yang dapat menghilangkan nyeri, menangani infeksi dalam rongga mulut/infeksi sistemik.

- 3) Preparation

- 4) Kultur lesi oral.

Rasional : Untuk mengetahui jenis kuman sehingga dapat diberikan terapi antibiotik yang tepat.

- 6. Risiko tinggi kurangnya volume cairan berhubungan dengan output yang tidak normal (vomiting, diare), hipermetabolik, kurangnya intake

Tujuan :

Klien menunjukkan keseimbangan cairan dengan tanda vital normal, membran mukosa normal, turgor kulit bagus, capillary refill normal, urine output normal.

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam kebutuhan cairan klien tercukupi.

Intervensi :

- a. Monitor intake dan output termasuk keluaran yang tidak normal seperti emesis, diare, drainase luka. Hitung keseimbangan selama 24 jam.

Rasional : Pemasukan oral yang tidak adekuat dapat menyebabkan hipovolemia.

- b. Timbang berat badan jika diperlukan.

Rasional : Dengan memonitor berat badan dapat diketahui bila ada ketidakseimbangan cairan.

- c. Monitor vital signs. Evaluasi pulse peripheral, capillaryrefil.

Rasional : Tanda-tanda hipovolemia segera diketahui dengan adanya takikardi, hipotensi dan suhu tubuh yang meningkat berhubungan dengan dehidrasi.

- d. Kaji turgor kulit dan keadaan membran mukosa. Catat keadaan kehausan pada klien.

Rasional : Dengan mengetahui tanda-tanda dehidrasi dapat mencegah terjadinya hipovolemia.

- e. Anjurkan intake cairan sampai 3000 ml per hari sesuai kebutuhan individu.

Rasional : Memenuhi kebutuhan cairan yang kurang.

- f. Observasi kemungkinan perdarahan seperti perlukaan pada membran mukosa, luka bedah, adanya ekimosis dan pethekieae.

Rasional : Segera diketahui adanya perubahan keseimbangan volume cairan.

- g. Hindarkan trauma dan tekanan yang berlebihan pada luka bedah.

Rasional : Mencegah terjadinya perdarahan

- h. Kolaboratif

1) Berikan cairan IV bila diperlukan.

Rasional : Memenuhi kebutuhan cairan yang kurang.

2) Berikan terapi antiemetik.

Rasional : Mencegah/menghilangkan mual muntah.

3) Monitor hasil laboratorium : Hb, elektrolit, albumin

Rasional : Mengetahui perubahan yang terjadi.

7. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/radiasi), malnutrisi, prosedur invasif

Tujuan :

- Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam tindakan pencegahan infeksi
- Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam risiko tidak terjadi pada klien.

Intervensi :

a. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengunjung juga dianjurkan melakukan hal yang sama.

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi silang.

b. Jaga personal higiene klien dengan baik.

Rasional : Menurunkan/mengurangi adanya organisme hidup.

c. Monitor temperatur.

Rasional : Peningkatan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi.

d. Kaji semua sistem untuk melihat tanda-tanda infeksi.

Rasional : Mencegah/mengurangi terjadinya risiko infeksi.

e. Hindarkan/batasi prosedur invasif dan jaga aseptik prosedur.

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi.

f. Kolaboratif.

1) Monitor CBC, WBC, granulosit, platelets.

Rasional : Segera dapat diketahui apabila terjadi infeksi.

2) Berikan antibiotik bila diindikasikan.

Rasional : Adanya indikasi yang jelas sehingga antibiotik yang diberikan dapat mengatasi organisme penyebab infeksi.

8. Risiko tinggi gangguan fungsi seksual berhubungan dengan defisit pengetahuan / keterampilan tentang alternatif respons terhadap transisi kesehatan, penurunan fungsi / struktur tubuh, dampak pengobatan.

Tujuan :

- Klien dapat mengungkapkan pengertiannya terhadap efek kanker dan terapi terhadap seksualitas
- Mempertahankan aktivitas seksual dalam batas kemampuan

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan 1 x 24 jam risiko tinggi gangguan fungsi seksual tidak terjadi.

Intervensi :

a. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang proses seksualitas dan

reaksi serta hubungannya dengan penyakitnya.

Rasional : Meningkatkan ekspresi seksual dan meningkatkan komunikasi terbuka antara klien dengan pasangannya.

b. Berikan advise tentang akibat pengobatan terhadap seksualitasnya.

Rasional : Membantu klien dalam mengatasi masalah seksual yang dihadapinya.

c. Berikan privacy kepada klien dan pasangannya. Ketuk

pintu sebelum masuk.

Rasional : Memberikan kesempatan bagi klien dan pasangannya untuk mengekspresikan perasaan dan keinginan secara wajar.

9. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi dan kemoterapi, defisit imunologik, penurunan intake nutrisi dan anemia. Tujuan :

- Klien dapat mengidentifikasi intervensi yang berhubungan dengan kondisi spesifik
- Berpartisipasi dalam pencegahan komplikasi dan percepatan penyembuhan

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan 1 x 24 jam maka tidak terjadi risiko tinggi kerusakan integritas kulit tidak terjadi.

Intervensi :

a. Kaji integritas kulit untuk melihat adanya efek samping terapi kanker, amati penyembuhan luka.

Rasional : Memberikan informasi untuk perencanaan asuhan dan mengembangkan identifikasi awal terhadap perubahan integritas kulit.

b. Anjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang gatal.

Rasional : Menghindari perlukaan yang dapat menimbulkan infeksi.

c. Ubah posisi klien secara teratur.

Rasional : Menghindari penekanan yang terus menerus pada suatu daerah tertentu

d. Berikan advise pada klien untuk menghindari pemakaian cream kulit, minyak, bedak tanpa rekomendasi dokter.

Rasional : Mencegah trauma berlanjut pada kulit dan produk yang kontra indikatif.

2.2.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan yang merupakan serangkaian kegiatan/tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung pada klien. Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/dibuat.

2.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi atau tidak teratasi dengan mengacu pada kriteria evaluasi.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 15 Juli 2019 jam 09.00 Wita. Mahasiswa menggunakan metode anamnesis, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dan menggunakan data pendukung seperti hasil laboratorium. Data tentang status sehat sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga pasien.

Hal-hal yang akan dikaji dengan wawancara adalah keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga dan pola-pola kesehatan pasien.

Nama pasien adalah Tn.GT dirawat diruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Umur 47 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku Timor, menganut Agama Kristen Protestan, Pekerjaan pasien adalah Pegawai, pendidikan terakhir SMA dan bertempat tinggal di Oebobo. Pasien mengatakan terdapat benjolan pada leher kiri, sesak napas, nyeri dada, bengkak pada kaki.

Pasien mengatakan masuk Rumah Sakit sejak tanggal 05 Juli 2019, sekitar pukul 00.30 Wita pagi. Pasien mengatakan merasa sesak napas, nyeri dada, skala nyeri 4-5, nyeri hanya terasa dibagian dada, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri sering dirasakan hilang timbul, terdapat benjolan di leher kiri, luas benjolan 10 cm. Saat

diobservasi keadaan umum pasien tampak lemah, TTV: TD 110/90 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 24x/menit, suhu : 36,2, CRT <2 detik. BB: 65 Kg, tinggi badan 153 cm.

Pasien mengatakan tidak pernah menderita sesak napas. Atau penyakit lain seperti hipertensi. Keluarga pasien mengatakan bahwa saat ini tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien.

Pada pengkajian Pola nutrisi hasil yang didapat ialah keluarga pasien mengatakan bahwa sehari-hari sebelum masuk rumah sakit, pasien biasanya makan 3x sehari, makanan yang dimakan bervariasi yang terdiri dari nasi, sayur-sayuran, tempe, tahu, ikan, terkadang dengan daging, dan selalu menghabiskan porsi makan. Saat masuk rumah sakit nafsu makan pasien tetap baik, sehari makan 3 kali dan porsi yang dihabiskan Cuma setengah porsi makan.

Pasien mengatakan tidur siang selama kurang lebih 1 jam yaitu dari jam 14.00 sampai jam 13.00. pasien tidur malam dari jam 22.00 malam sampai jam 05.00 pagi. Pasien mengatakan sering terbangun karena batuk.

Pasien mengatakan BAK 3-4 kali sehari, warna kuning terang, tidak berbau, BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak.

Pasien dan keluarga pasien mengatakan bahwa mereka tidak menganggap sakit yang pasien alami ini sebagai kutukan. Namun, menurut keluarga penyakit yang dialaminya adalah wajar. Pasien mengatakan pasien menganut agama Kristen Protestan dan percaya bahwa Tuhan melindunginya serta keluarganya. Pasien yakin bahwa ia akan sembuh.

Pasien tampak lemah, tingkat kesadaran pasien composmentis dengan E:4, V:5. M:6, GCS: 15, TTV: TD 110/90 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 24x/menit, suhu : 36,2, CRT <2 detik. Pasien terpasang NaCl 0,9% 30 tetes/menit, konjungtiva tidak anemis. Terdapat nyeri dada, bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 10 Juli 2019 didapatkan hasil, Hemoglobin 12,6 g/dl, Jumlah eritrosit $3.35 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, hematrokrit 26,0%.

Pengobatan yang didapat Ceftriaxone 2x2 gr. Ranitidin 25mg/ml, Tranexamix Acid injeksi IV 500mg/ml, ketorolak.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

a. Analisa data

Masalah nyeri akut disebabkan oleh agens cedera biologis (neoplasma) ditandai dengan data subyektif: Tn. G. T. mengatakan nyeri pada leher bagian kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 4-5, nyeri hanya terasa dibagian leher kiri, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri sering dirasakan hilang timbul, nyeri timbul tanpa adanya rangsangan. Data obyektif: Tn. G. T, tampak meringis kesakitan, tanda- tanda Vital, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 98 x/menit, pernapasan 24 x/menit, suhu 36,2 C.

Resiko kerusakan integritas kulit disebabkan oleh benjolan di leher kiri, ditandai dengan data subyektif: Tn. G. T. mengatakan benjolan di leher kiri tidak sampai luka; data obyektif: terdapat benjolan di leher kiri, tidak ada luka di leher kiri, luas benjolan 10 cm.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data hasil pengkajian analisa data, mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung, ditentukan masalah dan prioritas masalah dengan mempertimbangkan tiga hal yaitu apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan atau mengancam tumbuh kembang pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (neoplasma).
2. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan benjolan pada leher kiri.

3.1.2. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis Goal: pasien akan menunjukkan nyeri berkurang/tidak nyeri. Objektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri akut akan berkurang/tidak ada dengan kriteria hasil yang diharapkan adalah nyeri berkurang/hilang, skala nyeri 0-4. Intervensi : 1). Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif. 2). Berikan informasi mengenai nyeri. 3). Kurangi faktor yang dapat mencetuskan dan meningkatkan nyeri. 4). Kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan benjolan pada leher kiri. Goal : pasien akan menunjukkan integritas kulit yang baik/normal, selama perawatan. Objektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, integritas kulit membaik dan dengan kriteria hasil: integritas kulit yang baik, tidak ada luka/lesi pada kulit, perfusi jaringan baik. Intervensi 1). Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, 2). Monitor kulit akan adanya kemerahan, 3). Mobilisasi pasien (ubah posisi leher pasien) setiap dua jam sekali saat tidur. 4). Kolaborasi pemberian terapi cevlaxon injeksi 2 gram/IV.

3.1.3. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan disusun dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-17 Juli 2019, tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019, adalah . 1). Pukul 10.15 Wita, melakukan pengkajian nyeri, memberikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab nyeri dan lama nyeri yang dirasakan. 2). Pukul 12.00 Wita monitor tanda-tanda vital,

tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92x/menit, RR: 18 x/menit. Suhu 36 C, 3) Memberikan injeksi obat ketorolaks 30 mg IV .

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah Pukul 10.15 Wita, melakukan pengkajian nyeri, memberikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab nyeri dan lama nyeri yang dirasakan. 2). Pukul 12.00 Wita monitor tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92x/menit, RR: 18 x/menit. Suhu 36 C. 3). Memberikan injeksi obat ketorolaks 30 mg IV.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah: Pukul 10.15 Wita, melakukan pengkajian nyeri, memberikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab nyeri dan lama nyeri yang dirasakan. 2). Pukul 12.00 Wita monitor tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92x/menit, RR: 18 x/menit. Suhu 36 C. 3). Memberikan injeksi obat ketorolaks 30 mg IV.

Diagnosa keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan benjolan pada leher kiri . Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 pukul 09.00 Wita, adalah :). Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, 2). Monitor kulit akan adanya kemerahan, 3). Mobilisasi pasien (ubah posisi leher pasien) setiap dua jam sekali saat tidur. 4). Kolaborasi pemberian terapi cevlaxon injeksi 2 gram/IV.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019 pukul 09.15 Wita, implementasi yang dilakukan ialah 1). Pukul 09.15 Wita, Atur posisi fowler/ semi fowler untuk meminimalkan ventilasi, 2). Pukul 12.00 Wita Kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml. 3) mengobservasi tanda-tanda Vital. 4). Melakukan Kolaborasi pemberian Oksigen 2 liter/menit.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah). Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, 2). Monitor kulit akan adanya kemerahan, 3). Mobilisasi pasien (ubah posisi leher pasien) setiap dua jam sekali saat tidur. 4). Kolaborasi pemberian terapi cevlaxon injeksi 2 gram/IV.

3.1.4. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. G. T, dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara obyektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan nyeri pada benjolan di leher, O: Tn. G. T tampak meringis, skala Nyeri 5-6, tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36 C, pernapasan 22 x/menit. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan nyeri pada benjolan di leher, O: Tn. G. T tampak meringis, skala Nyeri 5-6, tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36 C, pernapasan 22 x/menit. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan nyeri pada benjolan di leher, O: Tn. G. T tampak meringis, skala Nyeri 5-6, tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 92 x/menit, suhu 36 C, pernapasan 22 x/menit. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan benjolan pada leher kiri. Hari pertama tanggal 15 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan bisa mengunyah dan menelan dengan baik, O: Tn. G. T tampak kesulitan saat mengunyah dan menelan. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan sudah bisa mengunyah dan menelan dengan baik, O: Tn. G. T tampak kesulitan saat mengunyah dan menelan. A: masalah belum

teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, Pukul 14.00 Wita adalah S: Pasien mengatakan tidak bisa mengunyah dan menelan dengan baik, O: Tn. G. T tampak kesulitan saat mengunyah dan menelan. A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

3.2. Pembahasan

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikianpun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Tumor Coli. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan Tumor Coli yang dirawat diruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

3.1.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut mubarak dan chayatin (2008) pengkajian pada pasien dengan Tumor coli akan mendapatkan hasil adanya nyeri pada benjolan di leher, pasien nampak gelisah & meringis ,skala nyeri berkurang. Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit Tumor Coli yang dialami oleh Tn. G. T merupakan akibat dari proses adanya agen biologis. Dari hasil pengkajian juga ditemukan benjolan pada leher, yang menyebabkan Tn. G. T tidak bisa mengunyah dan menelan makanan dengan baik.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), Sesuai dengan data subjektif dan dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien Tumor coli akan di dapat diagnosa nyeri akut dan resiko tinggi terjadinya infeksi, gangguan mobilitas fisik, intoleransi aktivitas, kerusakan integritas kulit dan ketidakseimbangan nutrisi.

Pada kasus Tn. G T tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 3 hari perawatan di ruang Asoka, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak diangkat. Diagnosa Gangguan mobilitas fisik tidak diangkat karena pasien bisa beraktifitas secara mandiri tanpa bantuan, pasien hanya merasa sedikit lemas tetapi pasien dapat melakukan aktivitas sendiri, selain itu juga nutrisi tidak diambil karena pasien nafsu makan baik, tidak ada penurunan berat badan.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead,dkk.2016 dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) dengan kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus tumor coli pada Tn. G T intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus, kualitas, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri akut tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu pasien dapat mengungkapkan nyeri, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, skala nyeri berkurang, tidak meringis dan gelisah.

Diagnosa kedua adalah resiko kerusakan integritas kulit, dipilih intervensi seperti mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda peradangan, kolaborasi pemberian antibiotik. . Intervensi ini cocok untuk dilakukan karena untuk menjaga agar luka pasien tidak terkontaminasi bakteri.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn. G. T semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan. Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019

dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 12.15 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi pencetus, kualitas, region, skala dan time, membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 13.00 Wita membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 13.30 mengkolaborasi pemberian ketorolac untuk membantu mengurangi nyeri. Tindakan ini dilakukan karena sesuai pengkajian keluhan utama pasien mengatakan nyeri.

Sedangkan pada tanggal 16 juli 2019 untuk diagnosa I (08.00) di lakukan pemberian ketorolac dan mengajarkan teknik relaksasi, dan diagnosa II dilakukan pemberian antibiotik.

Pada tanggal 17 Juli 2019 untuk diagnosa I & II, pasien hanya di ajarkan cara mengontrol nyeri, serta memberikan ketorololac.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn. G T sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri, dengan masih gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10.) maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua. Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II, pasien mengatakan masih merasa nyeri saat menelan. Maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri, dengan masih gelisah,

meringis, skala nyeri 4(1-10.) maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua. Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II, pasien mengatakan masih merasa nyeri saat menelan. Maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri berkurang, maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan. Diagnosa II pasien mengatakan sudah bisa menelan namun perlahan-lahan. Maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil pengkajian Tn G. T masuk rumah sakit pada tanggal 15 Juli 2019 , saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2019 Tn. G. T mengeluh nyeri leher sebelah kiri. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringis dan gelisah, skala nyeri 4(1-10). Saat ini pasien juga mengeluh tidak bisa makan dan menelan dengan baik. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu resiko tinggi terjadinya infeksi maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. G. T seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac 3x30 mg untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu Kerusakan integritas kulit. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. G. T teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4.2 Saran.

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. G. T di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddart, 2005, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8*. Penerbit RGC:Jakarta.

Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC

Marilynn E. Doenges.1999. *Rencana Asuhan keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan Dan pendokumentasian Pasien*, ed.3. Jakarta: EGC

Sidik, M. Hasanuddin,2004. *Tumor Leher*. Bandung: Universitas Padjadjaran

www.depkes.org diakses pada tanggal 21 juli 2019 jam 17:45

www.depkes.go.id hasil Riskesdas 2018 diakses pada tanggal 21 juli 2019 jam 17:00



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : Joana Guimaraes
Mahasiswa
NIM : PO 5303201181202

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn, G.T
Ruang/Kamar : Ruang Asoka/D2
Diagnosa Medis : Tumor Colli
No. Medical Record : 51-55-86
Tanggal Pengkajian : 15 juli 2019 Jam : 12.00
Masuk Rumah Sakit : 5 juli 2019 Jam : 00.30

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn.G.T
Umur/Tanggal Lahir : 47 tahun / 9 Maret 1972
Agama : Kristen Protestan
Pendidikan Terakhir : SMA
Alamat : Oebobo
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status : Kawin
Perkawinan :
Suku Bangsa : Sabu/
Indonesia
Pekerjaan : Swasta

Identitas Penanggung

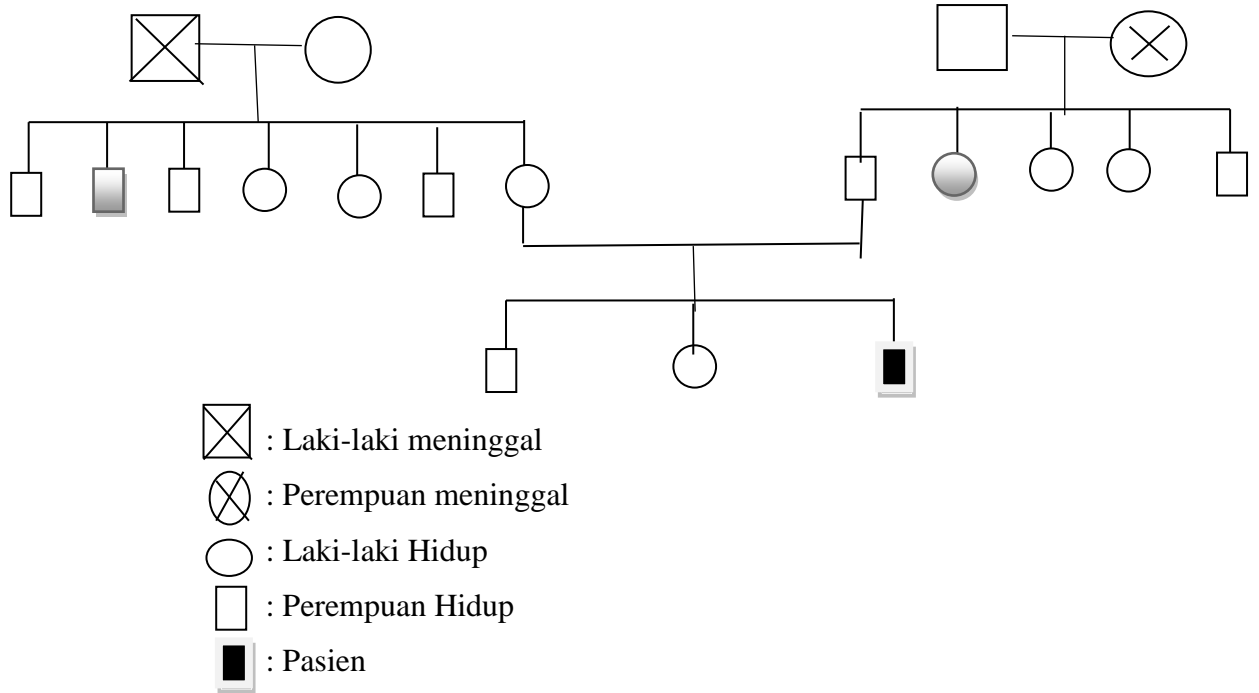
Nama : Ny. M
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Oebobo
Pekerjaan : IRT
Hubungan dengan klien : Istri

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Terdapat benjolan pada leher
 - Kapan : Sejak 1 tahun yang lalu
 - Lokasi : Leher
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Sejak 1 tahun yang lalu
 - Sifat keluhan : Menetap
 - Lokasi : leher
 - Keluhan lain yang menyertai : sesak napas, nyeri dada, kaki bengkak
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : bila makan kacang-kacangan

- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : bertambah bila tidak pantang makanan yang dipantang yaitu kacang-kacangan
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Berobat ke faskes dan mengatur posisi tidur yang nyaman
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya :
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya : _____, Sebutkan : _____
Cara Mengatasi : _____
 - Tidak
 - Riwayat Alergi
 - Ya _____, Jenis, Waktu,
Cara Mengatasi :
 - Tidak
 - Riwayat Operasi
 - Ya _____, Jenis, Waktu
 - Tidak
4. Kebiasaan
- Merokok
 - Ya _____, Jumlah:, waktu
 - Tidak
 - Minum alkohol
 - Ya _____, Jumlah:, waktu
 - Tidak
 - Minum kopi : Lamanya :
 - Ya _____, Jumlah:, waktu
 - Tidak
 - Minum obat-obatan
 - Ya _____, Jenis, Jumlah:,
waktu
 - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 110/80 mmHg
- Nadi : 98 x/menit
- Pernapasan : 24x/menit
- Suhu badan : 36,2⁰ c

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : ya, kadang-kadang Pusing :
 - ya tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi: normal
 - normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, Jelaskan : tidak ada
 - Masa : ada, Jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, Jelaskan
 - Penglihatan : baik
 - Konjungtiva : merah muda
 - Sklera : putih
 - Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : factor usia tidak
 - Nyeri : Tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi :

- Jenis : Tidak ada
- Waktu : Tidak ada
- Tempat : Tidak ada
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : √ tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : √ tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : sudah ada gigi yang tanggal/jatuh
 - Caries : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : √ tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : √ tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : E4 V5 M6
 - Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : √ normal
 - Bibir : sianosis √ normal
 - Kuku : sianosis √ normal
 - Capillary Refill : Abnormal √ normal
 - Tangan : Edema √ normal
 - Kaki : Edema √ normal
 - Sendi : Edema √ normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: √ Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : √ Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : Tidak ada
- Auskultasi : BJ I : Abnormal √ normal
BJ II : Abnormal √ normal
- Murmur : Tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : √ tidak

- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
- Irama Napas : teratur tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
- Inspirasi : Normal Abnormal
- Ekspirasi : Normal Abnormal
- Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan :

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
- Keadaan bibir : lembab kering
- Keadaan rongga mulut
- Warna Mukosa :
- Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
- Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak
- Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal
- Keadaan abdomen
- Warna kulit :
- Luka : Ya, Jelaskan tidak
- Pembesaran : Abnormal, Jelaskan normal
- Keadaan rektal
- Luka : Ya, Jelaskan tidak
- Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
- Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak
- Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 35 x/menit

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal

Udara : Abnormal, Jelaskan normal

Massa : Abnormal, Jelaskan normal

e. Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal

Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal

Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E/M/V): 4 / 6 / 5
- c. Pupil : Isokor anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Nyeri otot : ada tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hiperthropi normal

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Turgor : Keriput Warna : Putih
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 500 cc/hari
- e. Intake cairan : oral : 1.500cc/hr parenteral : Tidak ada

f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
sebutkan.....

g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : Tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada
b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada
c. Lain – lain : Tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada
b. Wanita : Siklus menstruasi : Menopause
• Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
• Riwayat Persalinan: tidak ada
• Abortus: Tidak ada
• Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan
 normal(menopause)
• Lain-lain: tidak ada
c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
d. Lain-lain: Tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Menu orang dewasa (diit biasa)
- Frekuensi makan : sedikit tapi sering
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : makanan yang mengandung kacang-kacanga
- Makanan yang disukai : semua makanan
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1.500 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 65 kg TB : 153 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: 8 kg, dalam waktu: 1 tahun

2. Perubahan selama sakit : Berat badan menurun

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 2 kali sehari Warna :
kuning

Bau : amoniak Jumlah/ hari : 500 cc

b. Perubahan selama sakit : tidak ada perubahan

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : tidak tentu, Frekuensi dalam sehari : 1 kali

Warna : kuning Bau : khas

Konsistensi : lunak

b. Perubahan selama sakit : tidak ada perubahan

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : lari pagi
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : setiap pagi

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00
Bangun jam : 05.00
- Tidur siang jam : 12.30
Bangun jam : 13.15
- Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : baca buku

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri dan anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : sebagai anggota majelis
3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih
Status rumah : Pribadi
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak ada kebisingan.
Banjir / tidak : tidak ada banjir.
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : istri dan anak-anak
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :
membicarakan dengan anak-anak
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : selalu ke gereja
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : sebagai anggota majelis

Keadaan Psikologis Selama Sakit:

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : berharap ingin sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : ingin sembuh

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			5/7/2019				
1	HB	12.0 – 16.0 g/dL	12.9 g/dL				
2	Eritrosit	450-650	335				
3	Hematokrit	40,0-50,0	26,0				

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut : Tidak ada

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak ada

c. Cholescystogram : Tidak ada

d. Foto colon : Tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak ada

Biopsy : ada

Colonoscopy : Tidak ada

DII : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : Tidak ada
- Obat : ranitidin 25 mg/IV, ketorolac 30 mg/IV, ceftriaxone dalam 250 ml NS, Tranexamic acid 500mg/mls
- Lain-lain : Tidak ada

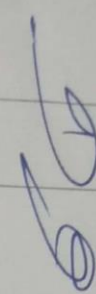




LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Joana Guimaraes
NIM : 10.5303201104202
NAMA PEMBIMBING : Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	12 Juli 2019	Konsultasi Persiapan UAP: Temukan kasus lalu laporkan Judul kasus yg didapat dan disetujui	
2	15 Juli 2019	Konsultasi judul: Lanjutkan ke bab selanjutnya (bab 1, 2, 3 dan 4)	
3	16 Juli 2019	Konsultasi Asuhan Keperawatan lanjutkan ke bab berikutnya	
4	17 Juli 2019	Konsultasi bab 1 sampai bab 2 perhatikan sistematika penulisan	
5	18 Juli 2019	Konsultasi revisi cover sampai bab 2 lanjutkan ke bab selanjutnya	



6	19 Juli 2019	Konsultasi bab 3 sampai daftar pustaka: Perhatikan sistematika penulisan dan diagnosa keperawatan	
7	20 Juli 2019	Revisi bab 3 sampai daftar pustaka persiapan power point	
8	21 Juli 2019	Konsultasi keseluruhan bab: Persiapan diri untuk sidang KTI	
9	22 Juli 2019	Persiapan sidang KTI	