

Lampiran 1

**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep

NIDN : 06.0505.7902

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Hanif Teguh Yuwono

NIM : 48901700029

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Post Operasi Tiroidektomi  
Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 28 Agustus 2020

Pembimbing



Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep

NIDN. 06.0505.7902

Lampiran 2

### **SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep

NIDN : 06.0505.7902

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Hanif Teguh Yuwono

NIM : 48901700029

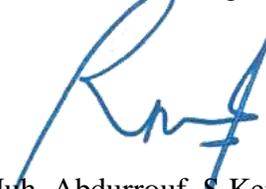
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Post Operasi Tiroidektomi Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 26 Februari 2020 sampai dengan 27 Agustus 2020 Bertempat di prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 28 Agustus 2020

Pembimbing



Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep

NIDN. 06.0505.7902

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**  
**MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN**  
**FIK UNISSULA**  
**2020**

**NAMA MAHASISWA** : Hanif Teguh Yuwono  
**NIM** : 48901700029  
**JUDUL KTI** : Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Post  
Operasi Tiroidektomi Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan  
Agung Semarang  
**PEMBIMBING** : Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Rabu, 26 Februari 2020	Pengarahan pengambilan kasus	Cari kasus yang berbeda dengan teman yang lain.	
Kamis, 27 Februari 2020	Pengambilan kasus	Penegakan diagnosa berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI	
Jum'at 28 Februari 2020	Judul KTI	ACC, terapkan implementasi dengan sungguh- sungguh.	

Senin, 23 Maret 2020	ASKEP	Perbaiki sesuai pedoman SDKI, SIKI, dan SLKI.	
Jum'at, 27 Maret 2020	ASKEP	ACC, Lanjut ke BAB I	
Rabu, 01 April 2020	BAB I	Perbaiki penulisan, perhatikan setiap kalimat dalam satu paragraf. Tambahkan berbagai sumber.	
Rabu, 08 April 2020	BAB I	ACC, lanjut ke BAB II, III, IV, V	
Kamis, 23 April 2020	BAB II sampai BAB V	Tambahkan sumber di BAB II dengan buku. Perbaiki pathways di BAB III. Penjabaran di BAB III. Pembahasan di BAB IV lebih dikerucutkan.	
Selasa, 28 April 2020	BAB II sampai BAB V	Perbaiki Pathways. Pembahasan lebih mendalam di BAB IV. Perbaiki BAB V.	
Selasa, 5 Mei 2020	BAB II sampai BAB V beserta	Perbaiki daftar pustaka.	

	lampiran	Perbaiki turnitin.	
Sabtu, 9 Mei 2020	BAB I sampai BAB V beserta lampiran , Turnitin	ACC, lanjut pembuatan PPT sidang.	
Selasa, 12 Mei 2020	PPT KTI	ACC	
Kamis, 18 Juni 2020	Revisi KTI	Perbaiki intervensi. Perbaiki penulisan di BAB IV dan BAB V. Perhatikan turnitin.	
Selasa, 25 Agustus 2020	Revisi KTI dan Turnitin	Perbaiki turnitin.	
Kamis, 27 Agustus 2020	Turnitin	ACC	

ASUHAN KEPERAWATAN Ny. J  
DENGAN POST OP THYROIDECTOMY H+3  
DI RUANG BATUSALAM II  
RUMAH SAKIT SULTAN AGUNG SEMARANG

DISUSUN OLEH  
HANIF TEGUH YUNONO  
489017000209

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN I  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

## A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. DATA UMUM

#### a. IDENTITAS

##### \* Identitas klien

Nama

: Ny. J

Umur

: 42 tahun

Jenis kelamin

: Perempuan

Agama

: Islam

Pekerjaan

: Buruh pabrik

Alamat

: Medini Rt 4 Rw II Udaan Kudus

Diagnosa medis

: Thyroidectomy

Tanggal masuk RS

: 21 Februari 2020

##### \* Identitas penanggung jawab

Nama

: Tn. Joko

Alamat

: Medini Rt 4 Rw II Udaan Kudus

Hubungan dengan klien

: Suami klien

#### b. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, dan ketika menelan makanan keras dan kasar klien merasakan sakit

#### c. Status kesehatan saat ini

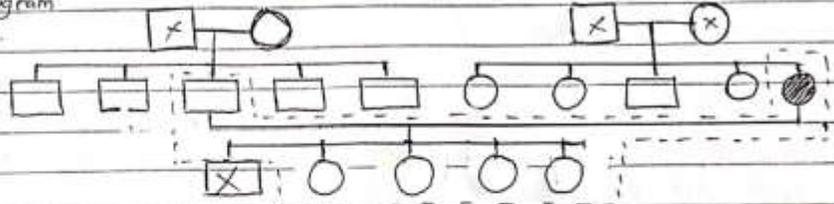
Klien mengatakan pada bulan agustus 2019 terdapat benjolan pada leher klien kemudian klien diperiksa di puskesmas dan dirujuk ke rumah sakit Kudus untuk mendapat tindakan operasi yang pertama kalinya. Setelah 5 bulan klien mengeluh terdapat benjolan lagi di leher kemudian diperiksa di rumah sakit Kudus dan dirujuk di rumah sakit Sultan Agung Semarang untuk mendapat tindakan operasi yang kedua kalinya.

#### d. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti diabetes atau hipertensi. Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit Sultan Agung Semarang klien dirawat di rumah sakit daerah di Kudus. Klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat ataupun makanan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Genogram



Keterangan

□ : laki-laki

○ : perempuan

⊠ : laki-laki meninggal

⊙ : perempuan meninggal

⊗ : klien

| : garis keturunan

-- : tinggal satu rumah

Riwayat yang pernah ada di diri keluarga

klien mengatakan ayahnya meninggal karena penyakit paru

f. Riwayat kesehatan lingkungan

klien mengatakan selalu menjaga kebersihan rumah dengan membersihkannya setiap hari

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Menjelaskan pola kesehatan yang dipahami klien

Sebelum sakit → klien mengatakan menjaga kesehatan diri dan lingkungan dengan menjaga kebersihan dan pola hidup yang sehat

Sesudah sakit → klien mengatakan lebih memperhatikan pola hidup sehat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

2) Persepsi tentang kesehatan diri

Sebelum sakit → klien mengatakan menjaga kesehatan diri dengan menjaga kebersihan diri dan lingkungan

Sesudah sakit → klien mengatakan lebih memperhatikan kesehatan diri dengan rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan menjaga pola hidup sehat

3) Persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit dan perawatannya

Setelah sakit → klien mengatakan tau penyakitnya dan apa yang harus dilakukannya

4) Upaya untuk memperlakukan kesehatan

Sebelum sakit → klien mengatakan makan tanpa memperhatikan pola makan, klien tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

Setelah sakit → klien mengatakan lebih memperhatikan pola makan, dan lebih memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

5) Kemampuan klien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit → klien mengatakan jarang pergi ke dokter untuk memeriksakan diri, jika sakit biasanya minum obat yang di jual di warung

Setelah sakit → klien mengatakan memeriksakan diri ke dokter dan minum obat yang diberikan dokter

6) Kebiasaan hidup

Sebelum sakit → klien mengatakan sering mengikuti senam jari yang di lakukan di tempat kerja

Setelah sakit → klien mengatakan melakukan senam jari dengan mandiri

b. Pola nutrisi dan metabolisme

1) Pola makan

Sebelum sakit → klien mengatakan pola makan tidak teratur, klien mengatakan dalam sehari terkadang hanya makan 2 kali

Setelah sakit → klien mengatakan pola makan teratur, dalam sehari klien makan 3 kali dengan porsi penuh, makanan yang di makan bubur

2) Makanan yang disukai atau pantangan

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada pantangan makanan

Setelah sakit → klien mengatakan sama tidak ada pantangan makanan

5) Ketidayaan yang mempengaruhi diet

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada ketidayaan dalam diet klien

Sesudah sakit → klien mengatakan makan semua makanan yang disediakan rumah sakit

6) Kelainan konsumsi vitamin

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak mengonsumsi vitamin

Sesudah sakit → klien mengatakan mengonsumsi obat-obatan dari dokter

7) Keluhan dalam makan

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada keluhan dalam makan

Sesudah sakit → klien mengatakan karena operasi di leher klien merasakan sakit ketika menelan

8) Kemampuan mengunyah dan menelan

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada keluhan dalam mengunyah dan menelan

Sesudah sakit → klien mengatakan sakit ketika menelan makanan

9) Penurunan berat badan

Sebelum sakit → klien mengatakan BB = 59 dan TB = 150

Sesudah sakit → klien mengatakan BB = 59 dan TB = 150  
tidak ada penurunan berat badan

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit → klien mengatakan BAB 2 hari 1x dengan konsistensi tidak cair

Sesudah sakit → klien mengatakan BAB 2 hari 1x, tidak ada perubahan

2) Pola BAK

Sebelum sakit → klien mengatakan BAK lancar, tidak ada keluhan

Sesudah sakit → klien mengatakan BAK lancar, tidak ada keluhan

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit → klien mengatakan semua pekerjaan rumah dikerjakan sendiri tanpa bantuan pembantu

Sesudah sakit → klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, klien memerlukan bantuan untuk aktivitas

e. Pola istirahat dan tidur

1) Kebiasaan tidur

Sebelum sakit → klien mengatakan tidur cukup, klien mengatakan tidur sekitar jam 21.00 dan bangun sekitar pukul 05.00

Setelah sakit → klien mengatakan terkadang terbangun karena rasa nyeri pada luka operasi, klien mengatakan tidur sekitar pukul 22.00 dan bangun sekitar pukul 06.00

2) Kesulitan tidur

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada kesulitan tidur

Setelah sakit → klien mengatakan terkadang kesulitan dalam tidur karena rasa nyeri yang dirasakan

f. Pola kognitif - perseptual sensori

1) Keluhan dalam kemampuan sensori

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada keluhan

Setelah sakit → klien mengatakan tidak ada keluhan

2) Kesulitan yang dialami

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada gangguan atau kesulitan

Setelah sakit → klien mengatakan gangguan yang dirasakan adalah nyeri

3) Persepsi terhadap nyeri

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada gangguan nyeri

Setelah sakit → P : klien mengatakan nyeri ketika beraktivitas

A : seperti ditusuk - tusuk

R : luka operasi

S : 5

T : hilang timbul, dirasakan saat beraktivitas

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Hal yang dipikirkan saat ini

Sebelum sakit → klien mengatakan emosi terkendali

Setelah sakit → klien mengatakan berharap bisa segera sembuh dan pulih, berharap tidak ada operasi yang ke 3 kalinya

2) Konsep diri

Sebelum sakit → klien mengatakan bersyukur dengan keadaan yang utuh dan sehat

Setelah sakit → klien mengatakan selalu bersyukur dan menerima keadaan walaupun sakit

## 2) Peran

Sebelum sakit → klien mengatakan seorang ibu cumah tangga

Setelah sakit → klien mengatakan seorang pasien yang di rawat di RSI Sultan Agung Semarang

## 3) Identitas

Sebelum sakit → klien mengatakan bersyukur di hari kesehatan

Setelah sakit → klien mengatakan bersyukur di hari kesempatan berobat

## 4) Harga diri

Sebelum sakit → klien mengatakan menghargai diri sendiri dan orang lain

Setelah sakit → klien menghargai dirinya walaupun sedang sakit

## h. Pola mekanisme coping

### 1) Pengambilan keputusan

Sebelum sakit → klien mengatakan pengambilan keputusan dari diri sendiri dan suami

Setelah sakit → klien mengatakan pengambilan keputusan dari diri sendiri atau suami

### 2) Menghadapi masalah

Sebelum sakit → klien mengatakan jika menghadapi masalah di musyawarahkan dengan pihak yang bersangkutan

Setelah sakit → klien mengatakan selalu bermusyawarah dengan keluarga

## i. Pola seksual reproduksi

### 1) Pemahaman tentang fungsi seksual

Sebelum sakit → klien mengatakan fungsi seksual normal

Setelah sakit → klien mengatakan berat berhubungan berkurang

### 2) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan tidak ada keluhan menstruasi

### 3) Riwayat kehamilan

Klien mengatakan sudah hamil 5 kali, melahirkan 4 kali, keguguran 1 kali

## 4. Peran hubungan dengan orang lain

### 1) Hubungan klien dengan orang lain

Sebelum sakit → klien mengatakan hubungan dengan keluarga dan masyarakat sekitar baik

Setelah sakit → klien mengatakan hubungan dengan keluarga dan masyarakat tetangga baik, hubungan dengan pasien lain baik

2) Kemampuan dalam berkomunikasi

Sebelum sakit → klien mengatakan tidak ada keluhan

Setelah sakit → klien mengatakan komunikasi lancar

k. Pola nilai dan kepercayaan

Menjalankan kegiatan agama

Sebelum sakit → klien mengatakan beragama islam dan menjalankan kewajibannya

Setelah sakit → klien mengatakan tetap menjalankan kewajibannya sholat, berdzikir dan mendengarkan fatwa di rumah sakit

3. PEMERIKSAAN FISIK

a. Kesadaran : sadar mentir

b. Pernapasan : lemah, cepat

c. TTV : TD :  $\frac{129}{60}$  mmHg

S :  $36.7^{\circ}\text{C}$

IN : 100  $\% \text{menit}$

FI<sup>2</sup> : 20  $\% \text{menit}$

d. Kepala : bentuk normal tidak ada ketombe

e. Mata : konjungtiva tidak anemis, mata simetris

f. Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung

g. Telinga : bentuk simetris, tidak ada gangguan pendengaran

h. Mulut dan

laringeal : ada kesulitan menelan, ada luka operasi

laringeal : di leher kanan

i. Dada, jantung : 1 = aktif cardiac tidak tampak

P : tidak ada pembesaran jantung

P : terdengar pekuk

A : suara jantung 1, 2 terdengar

paru : 1 = pengembangan dada simetris

P : tidak ada nyeri tekan

P : terdengar sonor

A : terdengar vesikuler

- j. Abdomen = 1 • tidak ada lesi  
     A • terdengar bising usus  
     P • tidak ada nyeri tekan  
     P • terdengar timpani  
 k. Genitalia • tidak terpapung kutelen  
 l. Ekstremitas • Atas • tangan terpapung inyus  
     bawah • tidak ada lesi, kedua kaki normal  
 m. kulit = kulit sawo matang

#### 1. DATA PENUNJANG

##### 1. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Ket
<b>Hematology</b>				
Barah rutin:				
Hemoglobin	11.2	11.7 - 15.5	g/dl	
Hematokrit	43.0	33 - 45	%	
Leukosit	7.80	3.6 - 9.5	$\times 10^3 / \mu l$	
Platelet	219	3.6 - 11.0	$\times 10^3 / \mu l$	
Saluran darah / Pt	%positif		-	
APTT / PTIK	21.0	21.0 - 28.0	detik	
Kontrol	26.6	21.0 - 28.4	detik	
PPT	2.4	9.3 - 11.4	detik	
Kontrol	10.9	9.3 - 12.5	detik	
<b>Immunoserology</b>				
HIV Ag	Non reaktif	Non reaktif	-	
Gula darah sewaktu	60	75 - 110	mg/dl	
Ureum	16	10 - 50	mg/dl	
Creatinin darah	0.73	0.6 - 1.1	mg/dl	
<b>Na, K, Cl</b>				
Natrium	141.4	135 - 147	mmol/l	
Kalium	4.36	3.5 - 5	mmol/l	
Chloride	105.6	95 - 105	mmol/l	

##### 2. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Ket
TSTb	2.08	0.25 - 5	unit/l	
free T <sub>4</sub>	9.84	10.6 - 19.9	ng/ml	
T <sub>3</sub>	1.29	0.29 - 2.33	pmol/l	

### B. ANALISA DATA

Tgl/Jam	Daftar Fokus	Problem	Etiologi	TTD
20/2 2020	<p>Ds = klien mengeluh nyeri</p> <p>P = klien mengeluh nyeri ketika bergerak</p> <p>R = seperti ditukuk-tukuk</p> <p>A = di leher</p> <p>S = s</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>Ds = klien tampak meringis</p> <p>Klien tampak gelisah</p> <p>Klien tampak menjaga bagian operasi</p> <p>TTV = TD : <math>\frac{120}{80}</math> mmHg</p> <p>S : <math>36.7^{\circ}C</math></p> <p>N : 100 %/menit</p> <p>RR : 20 %/menit</p>	Nyeri Akut	Agen cedera fisik	
	<p>Ds = Klien mengatakan ada luka operasi di leher</p> <p>Ds = tampak luka operasi di bagian leher</p>	Risiko Infeksi	Adanya Tindakan Infasi	
	<p>Ds = Klien mengatakan terkadang kulit menelan makanan yang kasar / keras</p> <p>Ds = makanan klien tampak tidak habis</p>	Risiko Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Menelan Makanan	

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen Cedera fisik
2. Risiko infeksi d.d adanya tindakan infasi
3. Risiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan

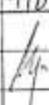
D. INTERVENSI

Tgl	Kam	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TTD
29/2	2020	Nyeri akut bid agen causa fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. skala nyeri berkurang 2. klien tampak nyaman 3. klien mengatakan nyeri berkurang	1. monitor TTV 2. ajarkan dan berikan teknik distraksi relaksasi 3. kaji skala nyeri 4. kolaborasi pemberian obat	/
29/2	2020	Risiko infeksi did adanya tindakan infasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda resiko infeksi dengan kriteria hasil: 1. tidak ada nyeri 2. tidak ada pembengkakan 3. tidak ada kemerahan 4. klien mampu mengidentifikasi faktor resiko	1. monitor tanda dan gejala infeksi 2. anjurkan cuci tangan pada pengunjung / keluarga 3. jelaskan tanda dan gejala infeksi	/
29/2	2020	Risiko defisit nutrisi did ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan tidak ada gangguan nutrisi dengan kriteria hasil: 1. porsi makan habis 2. keinginan makan meningkat 3. nafsu makan kembali baik 4. kemampuan mengkosongkan mulut meningkat	1. monitor asupan makan 2. anjurkan posisi duduk baik 3. jelaskan diet yang baik 4. kolaborasi dengan ahli gizi	/

E. IMPLEMENTASI					
TGL	Jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTO
29/2	16.15	Nyeri akut	1. memandor TV	Ds * klien mengatakan bersedia untuk diperiksa Do * TD = 120/80 mmHg N = 98 /menit S : 36 °C RR : 18 /menit	/
	16.20		2. mengajarkan teknik distraksi relaksasi	Ds * klien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik napas dalam dan distraksi pendengaran Do * klien tampak mampu melakukan tarik napas dalam, klien tampak rileks	/
	16.25		3. menguji skala nyeri	Ds * klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi P = klien mengatakan nyeri saat bergerak Q = seperti ditusuk - tusuk R = luka operasi di leher S = 5 T = hilang timbul Do * - klien tampak mengeris - klien tampak gelisah - klien tampak menahan seki - klien menjaga luka operasi	/
	16.00		4. mengkolaborasi pemberian obat	Ds * klien mengatakan bersedia di beri obat sesuai adrese dokter Do * terapi 1. ketorolac 2. asam mefenamat	/



16.30	Risiko infeksi	1. memonitor TTV	Ds *klien mengatakan 2 hari yang lalu mengalami oprek di leher Do * - tidak ada pembengkakan - tidak ada nanah	/p
16.35		2. mengajarkan cuci tangan pada pengunjung atau keluarga	Ds * keluarga klien bersedia diajarkan cuci tangan Do * keluarga klien tampak paham dengan yang diajarkan	/p
16.40		3. menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ds * klien mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi Do * - klien tampak mendengarkan dan memahami penjelasan dari perawat - klien mampu menyebutkan tanda dan gejala infeksi	/p
16.45	Risiko defisit nutrisi	1. memonitor asupan makan	Ds * klien mengatakan makan tidak habis Do * makanan klien terlihat tidak habis	/p
16.50		2. mengkomunikasikan dengan ahli gizi	Ds * - Do * klien mendapat makanan kubur	/p
16.55		3. menjelaskan diet yang baik	Ds * klien mengatakan tidak tau apa itu diet yang baik Do * klien tampak mendengarkan penjelasan perawat	/p

F. EVALUASI			
Tgl/Jum	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD
29/2 2020 17.05	Myeri akut	<p>S • klien mengatakan nyeri pada bagian leher</p> <p>P • klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>A • seperti ditusuk - tusuk</p> <p>R • luka operasi di leher</p> <p>S • S</p> <p>T • hilang timbul</p> <p>O • * klien tampak meringis</p> <p>* klien tampak menjaga luka operasi</p> <p>- klien tampak gelisah</p> <p>* klien tampak menahan sakit</p> <p>TTV = TD <math>120/80</math> mmHg  N : 90 <math>\frac{1}{2}</math> menit  S : 36,5 °C  RR : 20 <math>\frac{1}{2}</math> menit</p> <p>P • masalah belum teratasi</p> <p>P = lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor TTV</li> <li>- mengajarkan teknik distraksi/relaksasi</li> <li>- mengkaji skala nyeri</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat</li> </ul>	
17.10	Risiko infeksi	<p>S • klien mengatakan ada luka operasi di bagian leher</p> <p>O • - tampak luka operasi di leher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tidak ada pembengkakan</li> <li>- tidak ada nanah</li> </ul> <p>A • masalah belum teratasi</p> <p>P • pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul>	
17.15	Risiko defisit nutrisi	<p>S • klien mengatakan makan tidak habis, jika menahan makanan yang keras atau kasar terus sakit</p> <p>O • makanan klien tampak tidak habis</p> <p>A • masalah belum teratasi</p> <p>P • lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor asupan makan</li> <li>- mengkolaborasi dengan ahli gizi</li> </ul>	

E. IMPLEMENTASI

tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTO
01/2 2020 08.30	Nyeri akut	1. memonitor TTV	<p>Ds = klien mengatakan bersedia untuk diperiksa</p> <p>Do = TD : <math>100\%</math> normal</p> <p>N : 100 %menit</p> <p>S : <math>36.3^{\circ}C</math></p> <p>RR : 20 %menit</p>	✓
08.35		2. mengajarkan teknik distraksi relaksasi	<p>Ds = klien mengatakan bersedia melakukan teknik napas dalam dan distraksi pendengaran</p> <p>Do = klien mampu melakukan teknik tarik napas dalam dan lebih rileks saat mendengarkan musik</p>	✓
08.40		3. mengajarkan skala nyeri	<p>Ds = klien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>P = klien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>A = seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R = luka operasi di leher</p> <p>S = 9</p> <p>T = hilang - timbul</p> <p>Do = - klien menjaga luka operasi</p> <p>- klien tampak meringis</p> <p>- klien tampak menahan sakit</p>	✓
08.45		4. mengkolaborasi pemberian obat	<p>Ds = klien mengatakan bersedia di berikan obat sesuai advise dokter</p> <p>Do = terapi ketorelak 3 x 30 atam mefenamat 2 x 1</p>	✓
08.50	Risiko infeksi	1. memonitor tanda dan gejala infeksi	<p>Ds = klien mengatakan ada luka operasi di leher</p> <p>Do = tidak ada pembengkakan tidak ada nanah</p>	✓

08.55	Risiko defisit nutrisi	1. monitor asupan makan	Do: klien mengatakan makan bubur habis, sulit menekin	
			Do: makanan klien tampak habis	
09.00		2. mengkolaborasi dengan ahli gizi	Do: - Do: klien mendapat makanan bubur	

#### F. EVALUASI

Tgl/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD
09.30	Nyeri akut	<ul style="list-style-type: none"> <li>S: klien mengatakan nyeri di bagian leher</li> <li>P: klien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>ca: seperti di tusuk-tusuk</li> <li>R: luka operasi di leher</li> <li>S: 4</li> <li>T: hilang timbul</li> <li>O: - klien tampak menjaga luka operasi</li> <li>- klien tampak menahan rasa sakit</li> <li>- klien tampak gelisah</li> <li>- klien tampak meringis</li> <li>A: masalah belum teratasi</li> <li>P: lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor TTV</li> <li>- mengajarkan teknik distraksi relaksasi</li> <li>- mengkaji skala nyeri</li> <li>- mengkolaborasi pemberian obat</li> </ul> </li> </ul>	TTD
09.35	Risiko infeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>S: klien mengatakan ada luka operasi di leher</li> <li>O: - tampak luka di leher - tidak ada nanah</li> <li>- tidak ada pembengkakan</li> <li>A: masalah teratasi</li> <li>P: pertahankan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> </li> </ul>	
09.40	Risiko defisit nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>S: klien mengatakan makanan habis</li> <li>O: tampak makanan klien habis</li> <li>A: masalah teratasi</li> <li>P: lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor asupan makan</li> <li>- mengkolaborasi dengan ahli gizi</li> </ul> </li> </ul>	

E. IMPLEMENTASI

TGL/ Jam	Diagnosa	Implementasi	Perpan	TTO
2/2 2020 08.00	Nyeri akut	1. memonitor TTV	<p>Ds = klien mengatakan bersedia untuk di periksa</p> <p>Do = TD : 110/80 mmHg                      M : 98 /menit                      S : 36 °C                      RR : 18 /menit</p>	/
08.05		2. Mengajarkan teknik distraksi relaksasi	<p>Ds = klien mengatakan bersedia melakukan teknik napas dalam dan distraksi pendengaran</p> <p>Do = klien mampu melakukan teknik napas dalam dan lebih rileks saat mendengarkan musik</p>	/
08.10		3. mengkaji skala nyeri	<p>Ds = klien mengatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>P = klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>A = seperti ditusuk -tusuk</p> <p>R = luka operasi di leher</p> <p>S = 3</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>Do = - klien menjaga luka                      - klien tampak gelisah                      - klien tampak meringis</p>	/
08.15		4. Mengkolaborasi pemberian obat	<p>Ds = klien mengatakan bersedia diberikan obat sesuai advice dokter</p> <p>Do = terapi ketorolaksoni efektif</p>	/
08.20	Perico infeksi	1. memonitor tanda dan gejala infeksi	<p>Ds = klien mengatakan ada luka operasi di leher</p> <p>Do = - tidak ada pembengkakan                      - tidak ada nanah</p>	/

08.25	Risiko defisit nutrisi	1. memonitor asupan makan	Ds = klien mengatakan makannya habis Do = tampak makanan klien habis	/
08.30		2. mengkolaborasi dengan ahli gizi	Ds = - Do = klien mendapat makanan habis	/

### F. EVALUASI

Tgl / Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTO
1/2 2020 09.00	Nyeri akut	S = klien mengatakan nyeri di bagian leher (luka operasi) P = klien mengatakan nyeri saat bergerak A = seperti ditusuk-tusuk R = luka operasi di leher S = 3 T = hilang timbul O = - klien menjaga luka operasi - klien tampak meringis - klien tampak gelisah A = masalah belum teratasi P = lanjutkan intervensi - monitor TV - mengajarkan teknik distraksi relaksasi - mengkaji skala nyeri - mengkolaborasi pemberian obat	/
09.05	Risiko infeksi	S = klien mengatakan ada luka operasi di leher O = tampak ada luka operasi di leher - tidak ada pembengkakan - tidak ada merah A = masalah teratasi P = pertahankan intervensi - monitor tanda-tanda infeksi	/
09.10	Risiko defisit nutrisi	S = klien mengatakan makanan habis, tapi masih sedikit sakit jika menelan O = tampak makanan habis A = masalah teratasi P = lanjutkan intervensi - monitor asupan makan - mengkolaborasi dengan ahli gizi	/

