

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN PASKA OPERASI  
STRUMA DIRUANG BAITUS SALAM II  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Nabilla Maharani

40901800062

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN PASKA OPERASI  
STRUMA DIRUANG BAITUS SALAM II  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Nabilla Maharani

40901800062

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang tanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanda tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Semarang, 02 Juni 2021



Nabilla Maharani

NIM 40901800062



## HALAMAN PERSETUJUAN

### KARYA TULIS ILMIAH BERJUDUL

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN PASKA OPERASI  
STRUMA DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAHSAKIT ISLAM SULTAN  
AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan Disusun Oleh :Nama :

Nabilla Maharani

Nim : 40901800062

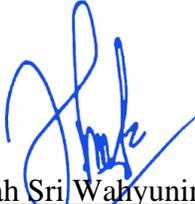
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah program studi D-III keperawatan fakultas ilmu keperawatan unissula semarang pada

Hari : Senin

Tanggal : 02 Juni 2021

Semarang, 02 Juni 2021

Pembimbing

  
(Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep)  
NIDN.0615098802

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah prodi DIII keperawatan FIK unissula pada Rabu 16 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

Semarang, 16 Juni 2021

Penguji I

Ns. Erna Melastuti, M.Kep

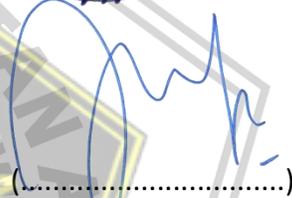
NIDN. 0620057604

()

Penguji II

Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

NIDN. 0613028605

()

Penguji III

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 0615098802

()

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
UNISSULA



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN.0622087403

## MOTTO

Tidak ada kesuksesan melainkan dengan pertolongan Allah

*Q.S. huud: 88*



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Sebagai rasa syukur atas rahmat Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Paska operasi Struma Di Ruang Baitus Salam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

Penulis mendapat banyak dukungan dan bimbingan serta saran yang sangat bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Untuk itu penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak Drs. Bedjo Santoso, MT., Ph D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku pembimbing karya tulis ilmiah saya, yang telah sabar dan selalu meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
6. Kedua orang tua saya, Bapak Mansyur dan Ibu Heni yang tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah dan senantiasa memberi mendoakan, menyemangati, memotivasi, dan semua yang telah dicurahkan pada saya dengan segenap kasih dan sayangnya, sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

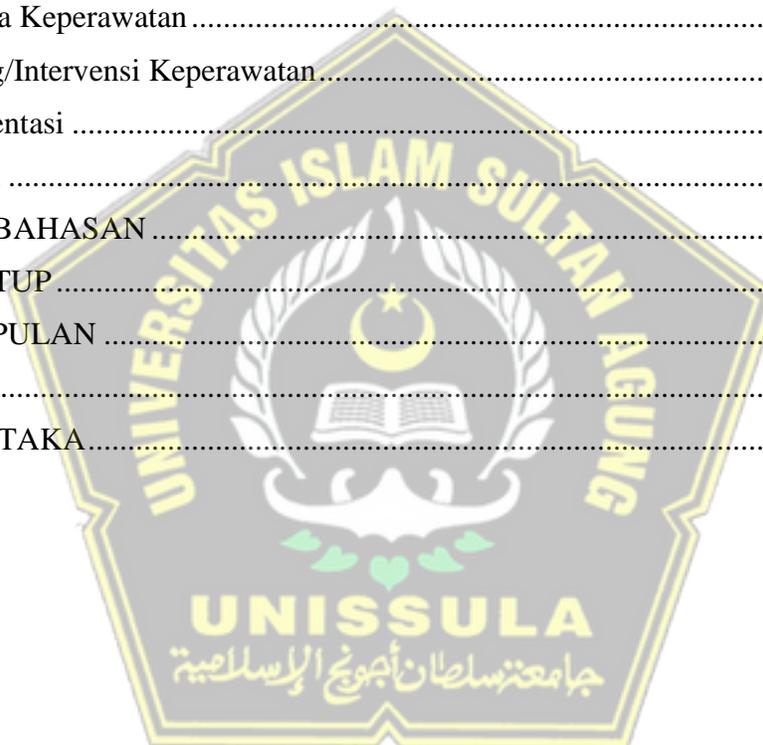
7. Kedua Kakak saya, Febriyanto Ramdhian Pandu P dan Mahardika Nila Kandi yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
8. Sahabat – sahabat terbaik saya Alvia, Aska, Zulfa Nur, Marta, Mardella, Alfina Ifada yang selalu mendukung, berbagi suka duka, menyemangati satu sama lain dalam menyusun karya tulis ilmiah ini
9. Teman satu bimbingan dengan saya Muhammad David Sya'bana, Muhammad Rofiul Yakin yang menemani dari awal hingga sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman seperjuangan D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan teman – teman HMJ D3 Keperawatan Unissula 2018 yang saling membantu, mendukung, menyemangati serta tak lelah untuk berjuang bersama.
11. Sahabat – sahabat saya Reni Rosita, Nur Fitri, Selfi, Hasna, Milen dari luar institusi yang selalu mensupport, menyemangati dan menjadi pendengar yang setia.
12. Seseorang yang belum dapat saya tuliskan namanya disini, terimakasih sudah mau dan selalu mendengarkan keluh kesah saya dengan sabar.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyesusunan Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, baik segi materi maupun teknik penulisan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu besar harapan penulis agar karya tulis ilmiah ini dapat memenuhi persyaratan kelulusan Penulis.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	v
MOTTO .....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep dasar penyakit.....	5
1. Pengertian .....	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi .....	6
4. Manifestasi Klinis .....	7
5. Pemeriksaan Diagnostik .....	8
6. Komplikasi.....	8
7. Penatalaksanaan Medis .....	9
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN.....	11
1. Pengkajian Keperawatan.....	11
2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi.....	12
a. Menurut SDKI (2017), kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut: .....	12
C. Patways.....	17
(Nurarif, Amin Huda, 2015) .....	17

BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	18
A. Pengkajian .....	18
1. Riwayat Kesehatan .....	18
2. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus) .....	19
3. Pemeriksaan Fisik .....	22
4. Pemeriksaan Penunjang .....	23
5. Analisa Data.....	25
B. Diagnosa Keperawatan .....	25
C. Planning/Intervensi Keperawatan.....	26
D. Implementasi .....	27
E. Evaluasi .....	30
BAB IV PEMBAHASAN .....	34
BAB V PENUTUP .....	38
A. KESIMPULAN .....	38
B. SARAN.....	38
DAFTAR PUSTAKA.....	40



## DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1** Surat Kesiediaan Membimbing

**Lampiran 2** Surat Keterangan Konsultasi

**Lampiran 3** Lembar Bimbingan Konsultasi

**Lampiran 4** Laporan Asuhan Keperawatan Tulis Tangan



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Struma kelenjar tiroid yang membesar atau penyakit radang, hiperplasia atau tumor, dimana secara klinik susah dibedakan. (Tampatty, 2019). Struma bisa disebut gondok ialah kelenjar tiroid yang membesar karena hambatan pada organ tiroid primer maupun stimulasi hormonal ataupun factor lain. Kurang lebih 27% dari totalitas penderita struma didunia terletak dinegeri Asia Tenggara tercantum Indonesia(Armerinayanti, 2017). Menurut WHO (2014) struma (Goitre) ataupun biasa kita sebut gondokan yaitu sesuatu keadaan yang diidentifikasi dengan pembesaran salah satu bagian depan kelenjar tiroid. Pembesaran ini dapat diakibatkan terdapatnya kelainan fungsi hormonal. Pemicu kerap memunculkan struma yaitu dikarenakan kekurangan zat yodium.

Dilaporkan pada tahun 2009 bahwa lebih banyak kasus struma ditemukan di Amerika Serikat lebih dari 250.000 pasien. Di Boston, 8% ditemukan dalam 2.585 otopsi rutin nodul tiroid. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia sendiri diklasifikasikan sebagai penyakit endemik gondok. Prevalensi penyakit ini 10 kali lipat ada lebih banyak wanita daripada pria. Dalam keadaan normal, 95% struma bersifa jinak (benigna), sisa 5% kasus mungkin bersifat anas (maligna). Setiawan dari RS Hasan Sadikin Bandung menjumpai hal tersebut Dari 60% per 696 pasien struma, 415 mengalami struma nodular dan hanya 31 di antaranya bersifat toksik.(Yunita, 2013)

Gejala struma yang sering muncul adalah leher semakin membesar atau tidak, suara serak atau serak, nodul tunggal atau multipel, tes stimulasi Tiroid Hormon Serum (TSH) meningkat (izma aulia sopyan, 2018). Berdasarkan banyaknya kasus struma di Indonesia, pasien kerap menunjukkan Keluhan pembengkakan kelenjar limfa, nyeri dan kesulitan menelan. Penyebab utama penderita struma adalah kekurangan yodium disebabkan oleh zat kimia yang menghambat sintesis dan

penghambatan *hormone*, Hormon sintesis obat (Aruji, 2019). Tingginya struma adalah komplikasi seperti penyakit jantung hipertiroid dan penyakit kulit *Graves*. mengemukakan bahwa pengobatan penyakit struma termasuk pengobatan Farmakologi, terapi yodium radioaktif dan pembedahan berupa tiroidektomi (Tarwato, 2016).

Penatalaksanaan medis pada penderita struma merupakan operasi, yodium radio aktif serta pemberian anti – tiroid (izma aulia sopyan, 2018). operasi tiroid (*Tiroidektomi*) ialah pembedahan bersih, serta terkategori pembedahan besar. Sebagian luas kelenjar tiroid yang hendak diambil bergantung patologinya serta terdapat tidaknya penyebaran dari penyakit karsinoma (Oktaviani & Notobroto, 2014). Salah satu kasus yang muncul pasca operasi yaitu rasa ketidaknyaman ataupun rasa nyeri akut. Pasien bakal merasakan nyeri sesudah pulih dari pengaruh anestesi (izma aulia sopyan, 2018). Nyeri didefinisikan seperti sesuatu pengalaman sensori serta emosional tidak memuaskan yang timbul akibat kehancuran jaringan aktual ataupun potensial ataupun yang dicerminkan selaku kehancuran (*International Association for the study of pain*).

Selain nyeri masalah yang sering muncul paska operasi adalah hipotiroidisme dengan gejala pada area wajah terasa kebas dan kesemutan serta pada ekstremitas, takikardia, dan memproduksi keringat berlebih. Ini disebabkan terjadinya hipokalsemia karena adanya pembengkakan pada paratiroid. (Sulistiyanti, 2013). Adapun masalah keperawatan yang sering muncul paska operasi adalah resiko infeksi yang disebabkan tanda gejala lokal yaitu terasa panas, kemerahan, nyeri, edema, serta adanya pus diarea luka operasi dalam waktu 30 hari setelah operasi (Natun, 2018).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulisan merumuskan masalah yaitu “Bagaimana asuhan keperawatan pasien struma di Ruang Baitus Salam II RSI Sultan Agung Semarang?”

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan agar peneliti mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Struma paska operasi.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar struma yang meliputi definisi, etiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi dan penatalaksanaan struma.
- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien struma meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan.
- c. Mampu menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Ny. S dengan struma yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi

## **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh penulis diharapkan mampu memberikan manfaat pihak – pihak terkait:

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini bisa digunakan sebagai bahan masukan dan informasi maupun kepustakaan bagi mahasiswa dalam menerapkan teori asuhan keperawatan klien dengan Struma.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Agar perawat mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik pada klien Struma.

### 3. Bagi Lahan Praktik

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada klien Struma.

### 4. Bagi Masyarakat

Mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat dalam upaya penanganan Struma.



## BAB II

### KONSEP DASAR

#### A. Konsep dasar penyakit

##### 1. Pengertian

Struma atau “tumidum gutter” bahasa latinya yang maksudnya kerongkongan membengkak. pengertian lain struma yaitu kelenjar tiroid yang membengkak 2x ataupun lebih dari bentuk normal ataupun beratnya mendekati 40gram ataupun lebih. Pembesaran kelenjar tiroid bisa diakibatkan oleh bermacam perihal, kekurangan zat yodium merupakan pemicu (Mawardi & Maranatha, 2019).

Struma didefinisikan seperti kelenjar tiroid. Struma bisa meluas keruang retrosterbal dengan maupun tanpa anterior substansial yang membesar (Tampatty, 2019).

Kelenjar tiroid dikatakan membengkak apabila kelenjar tiroid lebih dari 2x dari bentuk umum. 5-10% orang dapat berisiko mengidap struma nodosa dan wanita memiliki risiko 4x lebih disbanding pria (Ilham et al., 2015).

##### 2. Etiologi

Kendala sintesis hormone tiroid dapat mengakibatkan struma yang menginduksi mekanisme kompensasi terhadap kandungan TSH serum, sehingga dampaknya menimbulkan hipertrofi serta *hyperplasia selfolikel tiroid* pada kesimpulaknya menimbulkan kelenjar tiroid membesar. Dampak biosintetik, defisiensi iodin penyakit otoimun serta penyakit nodular, serta dapat menimbulkan struma meski dengan mekanisme yang berbeda. Bentuk hormonr sintesis, yang menuju ke kenaikan kandungan TSH dan konsuekensinya akibat perkembangan(Tampatty, 2019)

Menurut Mansjour dalam (izma aulia sopyan, 2018), adanya gangguan fungsional dalam pembuatan hormon tiroid yaitu aspek pemicu pembesaran kelenjar tiroid antara lain:

- 1) Defisiensi yodium
- 2) Pembatasan sintesa hormone tiroid yang menyebabkan kelainan kongentinal
- 3) Terhambatnya sintesa hormone oleh zat kimia

Kelainan ini dipicu beragam, tiap tubuh ditemukan masa karna kebutuhan terhadap tiroksin meningkat, utamanya masa pubertas, pertumbuhan, haid, kehamilan, menyusui, lanjut usia, peradangan ataupun tekanan pikiran lain. Masa – masa tersebut bisa ditemukan hiperplasi serta involasi kelenjar tiroid. Pergantian tersebut bisa memunculkan nodularitas kelenjar tiroid dan kelainan arsitektur yang bisa bersinambung dengan berkurangnya aliran darah di area tersebut sehingga terjalin iskemia (Aruji, 2019).

### 3. Patofisiologi

struma diidentikkan dengan defisiensi yodium, tetapi realitasnya kurangnya yodium tidak cuma memunculkan pembesaran kelenjar tiroid namun juga menyebabkan gambaran klinik yang lain, seperti pengidap tampak kurus, kerap diiringi denyut jantung yang bertambah, serta lain-lainnya. Kelenjar tiroid terletak pada wilayah leher bagian depan sedikit di dasar *glottis* (jakun), serta mengelilingi trachea disamping kiri dan kanannya, dan juga diikat seberkas jaringan ikat yang melintasi *trachea* disebelah depan isthamus tiroid. Kelenjar itu akan masuk saat seseorang menelan.

Yodium adalah komponen struktural tiroksin diproduksi oleh tiroid. Yodida ditemukan bahan makanan yang di konsumsi manusia, pada tiroid dikonversi menjadi tiroksin. banyaknya tiroksin yang dilepaskan dan mengalir masuk Sesuaikan jumlah perdarahan sesuai kebutuhan jaringan.

Maka Metabolisme sel jaringan berjalan optimal, lalu level tiroksin perlu dipertahankan pada tingkat tertentu. Jika level penurunan tiroksin dalam darah merangsang tiroid Menghasilkan tiroksin dalam darah kembali ke tingkat semula (Karena konsumsi yodium rendah) Tiroid sedang berjuang untuk memenuhi kebutuhan Tiroksin biasanya ada di dalam tubuh. Sebagai dampaknya, terjadinya hipertropi serta hiperplasi dari kelenjar tiroid. Sehingga kelenjar tersebut nampak membengkak. Pada kondisi defisiensi yodium dimana pembuatan hormon tiroksin terhambat, sehingga untuk mencukupi hormon tersebut kelenjar tiroid berupaya mengadakan kompensasi dengan meningkatkan jaringan kelenjar supaya pembuatan tiroksinnya meningkat.

Serangkaian penyakit yang disebabkan oleh kekurangan yodium pengaruh kekurangan yodium pada pertumbuhan dan perkembangan manusia. Lebih berat mengalami kekurangan yodium, terus menjadi banyak komplikasi yang ditimbulkannya (Ibrahim, Irviani A, 2020). Penyakit tiroid terjadi ketika sekresi hormon terganggu kelenjar tiroid, kelenjar tiroid membesar dan keduanya. Di antara berbagai salah satu penyakit tiroid disebut struma atau goiter Ini adalah penyakit tiroid paling umum di dunia. (Tallane et al., 2016)

#### **4. Manifestasi Klinis**

Beberapa dari mereka mengeluh masalah menelan, gangguan pernapasan, ketidaknyamanan leher, dan suara rendah serak. Pemeriksaan struma nodular non toksik difokuskan pada pemeriksaan palpasi leher untuk menentukan ukuran dan bentuk nodul. Pemeriksaan dilakukan oleh inspektur didepan pasien posisi duduk dengan kepala sedikit menekuk atau leher sedikit terbuka, jika ada pembengkakan atau nodul, perhatikan beberapa komponen, yaitu palpasi, ukuran, jumlah nodul, bentuk (difusi atau nodul kecil), minta pasien menelan dan palpasi permukaan membengkak pengecekan dengan

prosedur palpasi dimana penderita diharuskan buat duduk, leher dalam posisi fleksi. (Wisema, 2016).

Menurut (Tarwato, 2016), beberapa manifestasi penyakit struma adalah sebagai berikut:

- a. Kelenjar tiroid yang membesar
- b. kelenjar limfe membesar
- c. Nyeri
- d. sulitan menelan
- e. sulitan bernafas
- f. sulitan bicara

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut pemeriksaan diagnostik (Darmayanti, 2012) metode pengobatan untuk penderita struma :

- a. TSH (*thyroid Stimulating Hormon*)

Tes digunakan saat mengevaluasi pasien yang mencurigakan penyakit tiroid

- b. Rontgen

Dilakukan untuk memeriksa apakah struma sudah terkompresi atau tersumbat trakea (jalan nafas).

- c. Ultrasonografi (USG)

Menunjukkan ukuran struma, kemungkinan kista / nodul yang tidak terdeteksi

- d. Pemeriksaan radioisotop sidik jari tiroid itu ukuran, bentuk, lokasi dan yang terpenting fungsi bagian dari tiroid.

## 6. Komplikasi

Menurut (Sulistiyanti, 2013), beberapa komplikasi penyakit gondok antara lain:

- a. Penyakit jantung hipertiroidisme

Stimulasi yang berlebihan bisa menyebabkan penyakit jantung hormon tiroid di jantung menyebabkan jantung berkontraksi meningkatkan dan mengembungkan takikardia sampai fibrilasi atrium memperkuat. Pada pasien diatas usia 50 tahun, itu akan rawan komplikasi jantung.

b. *Ovtalmopati graves*

Penonjolan mata dengan diplopa.

c. Dermopati Graves

Dermopati tiroid antara lain kulit mengslsmi penebalan, terutama pada tibia bagian bawah (*anterior tibial mucous edema*) Glikosaminoglikan. Kulitnya sangat tebal dan tidak bisa diremas.

## 7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan gondok dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Manajemen konservatif

1) Minum obat tiroksin dan antitiroid.

Tiroksin digunakan untuk mengecilkan gondok. Pikirkan bahwa kanker tiroid tumbuh akibat terpengaruh Hormon TSH. Maka dari itu, pertahankan TSH pada tingkat yang rendah Dapat diberikan tiroksin (T4) Obati hipotiroidisme setelah operasi Hapus kelenjar tiroid. Obat antitiroid (tionamid) Saat ini menggunakan propiltiourasil (PTU) danmetimasol/karbimasol.(Chahyani, 2012)

2) Terapi yodium radioaktif.

Yodium radioaktif memberikan radiasi dosis tinggi Di tiroid, itu menyebabkan ablasi jaringan. Pasien yang tidak ingin menjalani operasi menerima perawatan yodium radioaktif yang dapat mengurangi gondok sekitar 50%. Yodium radioaktif terakumulasi di-*tiroid* meminimalkan radiasi ke

jaringan tubuh lain. Pengobatan ini tidak meningkatkan risiko kanker, leukemia atau penyakit genetik lainnya. Yodium radioaktif dalam bentuk kapsul atau cairan harus diminum di rumah sakit. Biasanya obat ini diminum selama empat minggu setelah operasi, dan sebelum pemberian tiroksin. (Chahyani Isti, 2012)

b. Penatalaksanaan Operatif

1) Tiroidektomi

Ini dapat dilakukan pada struma nodosa non toksik yang besar jika pengoperasian tidak berhasil, akan ada gangguan seperti fokus pada organ sekitar, indikasi, kosmetik, tanda-tanda keganasan yang mencurigakan. Tiroidektomi merupakan tindakan operasi yang dilakukan untuk mengangkat kelenjar, termasuk reseksi subtotal atau total (Heriady & Romadhona, 2017). Tiroidektomi adalah metode bedah yang relatif aman Tingkat insiden kurang dari 5%.

2) L- tiroksin sewaktu 4- 5 bulan

Dilakukan apabila nodul hangat, jika nodula mengecil terapi dilanjutkan dan bila tidak apalagi membesar maka dilakukan *biopsy* atau pembedahan.

3) *Biopsy* aspirasi jarum halus

Dicoba pada kista tiroid sampai nodul kurang dari 10mm

4) *Vries coupe* adalah pemeriksaan jaringan untuk mencari tahu derajat keganasan dalam sel atau jaringan. Menentukan hasil dan lamanya cek tersebut dapat diketahui secara *realtime*, bahkan jika pasien berada di ruang operasi.

## B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Identifikasi pasien

Meliputi nama pasien, nama panggilan, jenis kelamin, jumlah saudara, dan alamat atau tempat tinggal. Dalam pengecekan perempuan lebih mendominasi terjadinya goiter daripada laki-laki (DEPKES, 2017). Goiter lebih berisiko menyerang penduduk yang berada di daerah dataran tinggi karena kurangnya yodium, selain itu *goiter* sering dialami oleh penderita usia lebih dari 40 tahun (halodoc, 2019). Namun besar kemungkinan goiter juga dapat terjadi pada usia remaja ataupun dewasa.

#### b. Keluhan utama pasien

Menurut (Aruji, 2019) pasien post op tiroidektomi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi.

#### c. Riwayat penyakit sekarang.

Menurut (Aruji, 2019) biasanya pasien mengalami pembesaran nodul pada leher yang dapat mengakibatkan terganggunya pernapasan karena penekanan *trakea*, sehingga perlu dilakukan operasi.

#### d. Riwayat penyakit dahulu

Menurut (Aruji, 2019) perlu ditanyakan kepada pasien apakah pasien pernah mengalami gondok lebih dari satu kali.

#### e. Riwayat Psikososial

Menurut (Aruji, 2019) setelah dilakukan operasi akan meninggalkan bekas luka yang mana memungkinkan pasien akan merasa malu jika dilihat oleh orang lain.

#### f. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum, keadaan pasien terlihat lemah serta perubahan pada tanda-tanda vital.

- 2) Kepala dan leher, pada pasien paska operasi tiroidektomi didapatkan adanya luka operasi yang ditutup dengan kassa steril serta terpasang drain.
- 3) Sistem pernapasan, biasanya pasien merasa sesak karena adanya penumpukan sekret efek dari anestesi.
- 4) Sistem neurologi, pada pemeriksaan reflek didapatkan hasil positif.
- 5) Sistem gastrointestinal, biasanya pasien merasa mual akibat peningkatan asam lambung akibat anestesi umum.
- 6) Aktivitas/istirahat, biasanya pasien akan merasa lemah dan sulit tidur.
- 7) Eliminasi, output urine pasien akan mengalami penambahan sekitar 1000 ml.
- 8) Integritas ego, mengalami stres yang berat baik emosional maupun fisik, emosi labil, depresi.
- 9) Makanan/cairan, kehilangan berat badan yang mendadak, nafsu makan menurun.
- 10) Rasa nyeri/kenyamanan, nyeri orbital, fotofobia.
- 11) Keamanan, tidak toleransi terhadap panas, keringat yang berlebihan, alergi terhadap iodium (mungkin digunakan pada pemeriksaan), suhu meningkat di atas 37,40C, diaforesis, kulit halus, hangat dan kemerahan, rambut tipis, mengkilat dan lurus, eksoptamus: retraksi, iritasi pada konjungtiva dan berair, pruritus, lesi eritema (sering terjadi pada pretibial) yang menjadi sangat parah.

## **2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi**

- a. Menurut SDKI (2017), kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut:
  - 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, agen penceder fisiologis, agen pencedera kimia.

- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, penyakit kronis, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder dan primer.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, penurunan kelemahan otot, ketidakbugaran fisik, gangguan neuroskeletal, kurangnya informasi mengenai aktivitas fisik.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis.

b. Intervensi

Rencana keperawatan menurut (SLKI, 2018 & SIKI, 2018)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis

Definisi: pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan, muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan yang tiba tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

Tujuan:

- a. nyeri berkurang atau hilang

Karakteristik:

- a. Keluhan nyeri berkurang
- b. Pasien tampak rileks.

Intervensi: manajemen nyeri

1. Manajemen nyeri

- a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.

- b. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan
  - c. Evaluasi pengalaman nyeri penyebab disability
  - d. Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk memonitor perubahan nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus nyeri
2. Pemberian analgesik
    - a. Cek adanya riwayat alergi obat
    - b. Tentukan pilihan obat analgetik
    - c. Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian obat analgetik
  3. Terapi relaksasi
    - a. Gambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi
    - b. Dorong pasien untuk mengambil posisi nyaman
    - c. Tunjukkan dan praktekan kepada pasien teknik relaksasi
    - d. Dorong pasien untuk mengulangi teknik tertentu secara berkala
  4. Monitor tanda tanda vital.
2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif.  
Definisi: mengalami peningkatan resiko terangsang organisme patogenik.  
Tujuan: tidak terjadi infeksi  
Karakteristik hasil :
    - a. Kelerahan menurun
    - b. Nyeri menurunIntervensi :
    - a. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik.

- b. Batasi jumlah pengunjung.
- c. Berikan perawatan kulit pada area edema.
- d. Cuci tangan dan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- e. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- f. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- g. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- h. Ajarkan etika batuk.
- i. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
- j. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- k. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- l. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Definisi : elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh

Tujuan : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tercukupi

Kriteria hasil:

- a. Nafsu makan meningkat
- b. Berat badan tidak mengalami penurunan
- c. Status menelan pasien baik

Intervensi:

a. Manajemen nutrisi:

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Identifikasi makanan disukai
5. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan

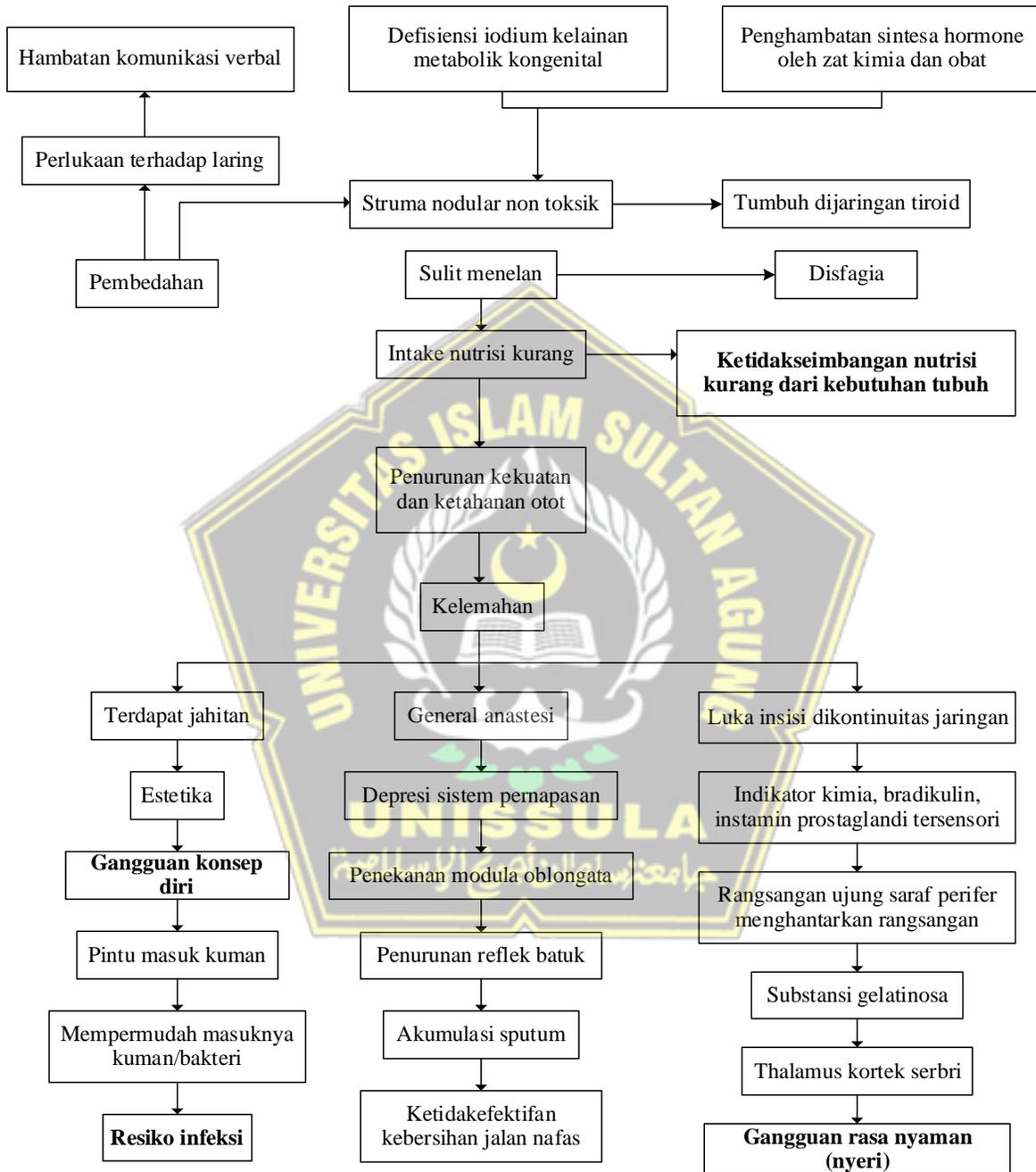
8. Anjurkan posisi duduk
9. Berikan suplemen makanan jika perlu
10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

b. Terapi Menelan:

1. Monitor gerakan lidah saat makan
2. Monitor tanda dan gejala aspirasi
3. Berikan lingkungan yang nyaman
4. Posisikan duduk
5. Fasilitasi meletakkan makanan dibelakang mulut
6. Anjurkan membuka dan menutup mulut saat memberikan makan.



### C. Pathways



(Nurarif, Amin Huda, 2015)

## **BAB III**

### **LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. S tanggal 15 Februari 2021 pukul 12.00 WIB. Dengan melakukan wawancara secara langsung terhadap pasien dan keluarganya. Kemudian observasi secara langsung pada pasien saat melakukan pemeriksaan fisik dan dengan cara melihat data dari rekam medik seperti hasil laboratorium, terapi yang didapat oleh pasien, hasil radiologi dan melihat catatan perkembangan pasien serta melakukan penilaian skala nyeri pasien. Ny. S berusia 43 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan SD, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Februari 2021 pukul 09.00 . pasien masuk rumah sakit karena pasien mengalami dibagian leher terdapat benjolan dan sebelumnya ia pernah dioperasi 10 tahun yang lalu dan sekarang memberanikan diri lagi untuk operasi.

#### **1. Riwayat Kesehatan**

##### **a. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri setelah operasi

##### **b. Status Kesehatan Saat Ini**

Pasien mengatakan terdapat benjolan dileher sebelah kanan, benjolan muncul kurang lebih sudah satu tahun yang lalu kemudian pasien memutuskan untuk memeriksakan diri ke klink terdekat dan diberi rujukan ke rumah sakit.

##### **c. Riwayat Kesehatan Lalu**

sebelumnya pasien Ny. S memiliki riwayat penyakit yang sama dan pernah dirawat di rumah sakit. Pasien sudah pernah melakukan operasi yang sama yaitu operasi pengangkatan nodul dileher sebelah kiri tetapi 10 tahun yang lalu. Pasien juga tidak memiliki alergi obat – obatan

dan pasien sudah lupa dengan imunisasi yang pernah dilakukan waktu kecil

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien Ny. S adalah anak pertama dari 3 bersaudara sedangkan suaminya anak ke 4 dari 5 bersaudara, Ny. S dan suaminya memiliki 4 anak 1 anak laki laki dan 3 anak perempuan. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita pasien saat ini dan keluarga pasien juga tidak sedang menderita penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Ny. S tinggal di daerah perkampungan dan lingkungan sekitar bersih, dan rumah pasien masih didaerah pedesaan dataran tinggi.

**2. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)**

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Ny. S mengatakan bahwa kesehatannya itu penting, maka pasien selalu menjaga pola makan serta jika sakit pasien berobat kedokter dan minum jamu, sebelum sakit Ny. S bekerja sebagai petani dan sering berjalan – jalan dipagi hari, selama dirawat pasien tidak lagi bekerja dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa karna ingin fokus pada pengobatan dan kesembuhan yang dijalani saat ini.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Ny. S sebelum sakit mengatakan pola makan teratur yaitu 3x lauk yang namun setengah porsi, mukosa bibir kering, turgor kulit kering, dan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari 1 porsi dengan yang sederhana dengan menu nasi lauk dan sayur, selama sakit pasien makan 2 sampai 3 sendok saja. Tidak ada pantangan atau makanan tertentu yang tidak boleh dimakan, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, Ny. S mengalami gangguan menelan dan

menguyah BB 65Kg, selama dirawat Ny. S mengatakan kurang nafsu makan karena nyeri yang dirasakan, selama dirawat pasien tidak mengalami penurunan berat badan.

c. Pola Eliminasi

Ny. S mengatakan sebelum sakit BAB normal sehari 1x dengan konstistensi padat dan warnannya kuning, BAK lancar tidak ada gangguan 4x sehari dan warnanya kuning, selama dirawat BAB 1x sehari tidak mengalami kesulitan, BAK lancar dan tidak ada gangguan.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Ny. S mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai petani dan pasien jika pagi melakukan jalan pagi didepan rumahnya, tidak ada kesulitan dalam melakukan aktivitas, tidak ada keluhan dalam pergerakan tubuhnya, tidak merasa sesak nafas setelah melakukan aktivitas, selama dirawat pasien tidak kerja hanya istirahat dan membatasi pergerakan karena ketika sering bergerak akan menimbulkan atau merasakan nyeri

e. Pola Istirahat dan Tidur

Ny. S mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur dan tepat waktu tidak ada kesulitan tidur, tidurnya nyaman, dalam sehari tidur 8 jam. Selama dirawat tidurnya tidak teratur sering terbangun karena merasakan nyeri

f. Pola kognitif – Perseptual Sensori

Ny.S mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan dan pendengaran, tidak memiliki gangguan dalam mengingat dan memahami saat diajak bicara, selama dirawat pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan operasi pada leher sebelah kanan didapatkan hasil PQRST :

P: nyeri saat bergerak

Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk

R: leher sebelah kanan

S: 5 dihitung dari angkat 1 – 10

T: nyeri hilang timbul.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Sebelum sakit pasien dapat melakukan perannya dengan baik sebagai ibu rumah tangga, pasien dapat menerima dirinya dengan lapang dada. Selama sakit pasien mengatakan dapat menerima kondisinya pada saat ini, harapan pasien dapat sembuh dan beraktivitas seperti biasanya.

h. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit pasien mengatakan sebagai seorang ibu pasien mengambil keputusan dengan pertimbangan suami dan anak – anaknya. Selama sakit pasien mengatakan hal yang sama.

i. Pola seksual – reproduksi

Ny.S mengatakan tidak ada masalah dalam reproduksinya.

j. Pola Peran – Hubungan

Ny.S mengatakan hubungan dengan keluarga baik, bisa menjalin hubungan dengan klien lain.

k. Koping dan Toleransi Stress

Selama sakit pasien menjadi mudah menangis jika nyeri terasa, pasien lebih tenang saat berdzikir, pasien sempat khawatir dan cemas saat dirawat dirumah sakit.

l. Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam melakukan ibadah sholat 5 waktu. Tetapi selama sakit pasien tidak melakukan ibadah sholat wajib, pasien hanya selalu beristigfar dan bersholawat. Pasien percaya bahwa sehat sakit adalah pemberian dan takdir dari allah dan pasien selalu percaya bahwa allah tidak tidur dan allah akan menyembuhkannya

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan Klien

Keadaan umum klien lemah, lemas, gelisah meringis menahan nyeri, dengan kesadaran composmentis, tanda-tanda vital: Tekanan darah 119/73 mmHg, suhu 37°C, *Respiratory Rate* (RR): 20 x/menit, Nadi: 83 x/menit. Bentuk kepala: masochepal, warna rambut pendek ikal, tidak rontok dan lepek serta berminyak ubun-ubun berbentuk datar. Mata : kanan dan kiri simetris, konjungtiva anemis, kemampuan penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu dan tidak ada pembesaran pupil. Hidung : kanan dan kiri simetris, hidung bersih tidak ada secret, pasien tidak terpasang O<sub>2</sub>, tidak ada cuping hidung. Telinga : kanan dan kiri simetris, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, serta tidak ada serumen. Mulut dan tenggorokan : Pasien tidak mengalami gangguan bicara, mulut bersih, gigi bersih, tidak ada lesi, bentuk bibir simetris, dan mengalami kesulitan menelan. Paru-paru: inspeksi: perkembangan paru simetris, palpasi: tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, perkusi: suara paru sonor, auskultasi: tidak ada suara tambahan. Jantung inspeksi: tidak ada jejas, ictus cordis tidak tampak, palpasi: tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba, perkusi: bunyi pekak, auskultasi: bunyi jantung lup dup. Abdomen inspeksi: warna kulit merata, tidak ada bunyi tekan, tidak ada bekas luka, perut sedikit buncit, Auskultasi: bising usus normal 18x/ menit, Perkusi: terdengar redup, tidak ada hrpatemogali, Palpasi: tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan. Genitalia: alat kelamin bersih, tidak ada sekret, tidak ada nyeri tekan, bagian anus tidak ada benjolan (hemoroid). Kulit: kulit bersih, warna sawo matang, turgor kulit kering dan ada luka pada tusukan jaruminfus pada tangan sebelah kanan dan luka sayatan operasi pada leher bagian

kanan, dengan nyeri diarea jahitan, terlihat adanya tanda-tanda seperti kemerahan.

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

##### a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin 1			
Hemoglobin	14,1	11,7 – 15,5	g/dL
Hematokrit	44,9	33,0 – 45,0	%
Leukosit	7,08	3,60 – 11,00	ribu/uL
Trombosit	336	150 – 440	ribu/uL
Golongan darah	Ab/positif		
PPT			
PT	10,0	9,3 – 11,4	detik
PT(kontrol)	11,0	9,1 – 12,3	detik
APPT			
APPTT	25,1	21,8 – 28,4	detik
APPTT (kontrol)	25,8	21,8 – 28,4	detik
Kimia klinik			
Glukoma Darah Sewaktu	98	75 – 110	mg/dL
Ureum	21	10 – 50	mg/dL
Creatinin	0,80	0,60 – 1,10	mg/dL

Elektrolit (na,k,cl)			
Natrium (Na)	136,0	135 – 147	mmol/L
Kalium (k)	5,00	3,5 – 5,0	mmol/L

b. Pemeriksaan radiologi

Thorax Besar (non kontras)

Ts. Yth.

RADIOGRAFI TORAKS

Cor: bentuk dan letak normal

Pulmo: corakan vascular tak meningkat tak tampak gambaran infiltrate.

Diafragma dan sinus kostrofenikus tak tampak kelainan

KESAN:

Cor tidak membesar

Pulmo tak tampak

c. Diit yang diperoleh

makanan cair (seperti bubur sum-sum)

d. Terapi obat

RL (diberikan 20 TPM)

Ceftiaxone 1gram (diberikan 2x1)

Viccillin 1,5 gram (diberikan /8jam)

Extrahumalog 6/sc

Asam Tranex 1gram (diberikan 2x1)

Ondansentron 8gram

Parasetamol (peroral) diberikan 3x1

## 5. Analisa Data

Pada tanggal 15 februari 2021 pada pukul 12.00 WIB dengan paska operasi, di dapatkan data subjektif yang pertama yaitu pasien mengatakan nyeri dibagian leher kanan Sedangkan data objektif yaitu klien tampak meringis karena nyeri, tanda-tanda vital suhu: 36 C, tekanan darah:119/73 mmHg, *Respiratory Rate*: 20x/menit, nadi: 83 x/menit. P: nyeri dirasa saat bergerak, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri pada bagian leher kanan, S: skala nyeri 5, T: nyeri hilang timbul. Berdasarkan data diatas penulis menegakan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dibuktikan dengan nyeri pada bagian leher kanan, nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Data fokus yang kedua pada tanggal 15 Februari 2021 pada pukul 12.00 WIB, didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dibagian leher kanan, sedangkan data objektif terdapat luka jahitan, kulit area luka sedikit kemerahan dan luka tampak sedikit kotor. Dari data di atas penulis menegakan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

Data fokus ketiga pada tanggal 15 Februari 2021 pada pukul 12.00 WIB, didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan kurang nafsu makan karena nyeri pada luka paska operasi, nyeri dirasa saat menelan dan mengunyah , makan 3 kali namun setengah porsi. Sedangkan data obyektif yaitu pasien tampak pucat dan kurang memperhatikan nutrisi yang dikonsumsi.

### B. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 15 Februari 2021 penulis menganalisa dan didapatkan masalah keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis. Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif pasien P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti

tertusuk – tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian leher bagian kanan, S: 5 dihitung menggunakan angka 1-10 dan data objektif adalah pasien tampak menahan nyeri, merintih sakit dan tampak lemah.

Masalah keperawatan kedua yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. Masalah tersebut ditandai dengan adanya tanda subjektif pasien nyeri dibagian leher kanan dan data objektif didapatkan kulit area luka memerah, luka tampak kotor

Masalah keperawatan ketiga yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan. Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif pasien mengatakan kurang nafsu makan karena nyeri pada luka paska operasi, nyeri dirasa saat menelan dan mengunyah, makan 3 kali namun setengah porsi, mukosa bibir kering, turgor kulit kering, dan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari 1 porsi dengan yang sederhana dengan menu nasi lauk dan sayur, selama sakit pasien makan 2 sampai 3 sendok saja.

### C. Planning/Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 15 Februari 2021 di susun intervensi keperawatan paska operasi rasi berdasarkan intervensi kkeperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul.

Diagnosa yang pertama yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis**. Tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu, setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menjadi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut keluhan nyeri menjadi menurun, ekspresi wajah meringis menurun, gelisah menurun. **Intervensi** yang dapat di lakukan sebagai berikut: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, insensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan terapi farmakologi, berikan tehnik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri( misalnya terapi kompres hangat, terapi pijat, terapi musik), ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa yang kedua yaitu **resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer**. Tujuan dan karakteristik hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut nyeri bengkak menurun, tidak ada pendarahan, kemerahan pada area luka menurun. **Intervensi** yang dapat dilakukan sebagai berikut: monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area luka.

Diagnosa yang ketiga yaitu **defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan** setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencukupi kebutuhan nutrisi dengan kriteria hasil tidak ada tanda - tanda mal nutrisi seperti turgor kulit baik, mukosa bibir lembab dan mampu mengatasi mual. **Intervensi** : memonitor keadaan pasien, ajarkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin C, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah nutrisi.

#### **D. Implementasi**

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah, kemudian dilakukan dengan implementasi sebagai tindak lanjut dari asuhan keperawatan pada Ny.S. implementasi yang dilakukan untuk mengatasi pasien yaitu:

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** implementasi pada tanggal 15 Februari 2021 pada pukul 13.00: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan interaksi nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri pada leher kanan seperti ditusuk – tusuk dan data objektif: terdapat balutan paska operasi dan pasien tampak menahan nyeri dan kesakitan. Pukul 13.15: mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angkat 1–10 yaitu skalanya 5, dan data objektif: pasien tampak meringis menahan sakit. Pada pukul 13.20: mengkolaborasi

pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan masih terasa nyeri di bagian leher kanan, dan data objektif: pasien mengatakan bersedia di injeksi menggunakan Cefotaxim 1 gram. Pukul 13.30: mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri respon subjektif: klien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang dari sebelumnya dan bersedia untuk diajarkan distraksi relaksasi, dan data objektif: klien tampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat mengulangnya.

Pada tanggal 16 Februari 2021 implementasi pada pukul 19.00: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan interaksi nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri pada leher kanan luka paska operasi rasi sepeti tertusuk – tusuk dan data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, P: luka jahitan paska operasi, Q: tertusuk – tusuk, R: nyeri pada leher bagian kanan, S: 5, T: hilang timbul kurang lebih 25 detik. Pukul 19.10 mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angkat 1–10 yaitu skalanya 4, dan data objektif: pasien masih tampak menahan nyeri. Pada pukul 19.15: mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri respon subjektif: pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang dan data objektif: pasien tampak merintih sakit, pasien dapat mengulangi dengan mandiri dan benar.

Pada tanggal 17 Februari 2021 implementasi pada pukul 15.30: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan interaksi nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri pada leher kanan luka paska operasi sepeti tertusuk – tusuk dan data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, P: luka jahitan paska operasi, Q: tertusuk – tusuk, R: nyeri pada leher bagian kanan, S: 3, T: hilang timbul. Pukul 15.40: mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif: pasien mengatakan nyeri yang dirasa menurun menurun menjadi 3, dan data objektif: pasien tampak menahan sakit. Pukul 15.45: mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan tarik nafas dalam didapatkan respon

subjektif: pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang dan data objektif: pasien dapat mengulangi dengan mandiri dan benar.

**Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer** implementasi pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 14.15: memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif: pasien mengeluh nyeri dan gatal, data objektif: terlihat kulit area luka masih kemerahan. Pada pukul 14.20: mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien respon subjektif: pasien bersedia diajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar, data objektif: klien tampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat melakukan apa yang tadi diajarkan. Pada pukul 14.30: membatasi jumlah pengunjung, respon data subjektif: klien dan keluarga klien mengatakan bersedia untuk membatasi jumlah pengunjung, data objektif: tampak hanya 1 orang yang menunggu pasien.

Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 19.30: memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif: pasien mengatakan luka paska operasi tidak kunjung kering , data objektif: kulit area luka sudah tidak begitu kemerahan. Pada pukul 19.35: mencuci tangan sebelum dan sesudah ontak dengan pasien respon subjektif: pasien bersedia diajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar, data objektif: klien tampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat melakukan apa yang tadi diajarkan. Pada pukul 19.40: membatasi jumlah pengunjung, respon data subjektif: klien dan keluarga klien mengatakan bersedia untuk membatasi jumlah pengunjung, data objektif: tampak hanya 1 orang yang menunggu pasien.

Pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 17.00: memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif: pasien mengatakan gatal pada luka paska operasi sudah hilang , data objektif: kulit area luka sudah tidak begitu kemerahan. Pada pukul 17.10: memberikan perawatan luka , respon subjektif: pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka, data objektif: pasien kooperatif dan luka tampak sudah bagus.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan** implementasi pada tanggal 15 Februari 2021 pada pukul 15.00: monitor mual dan muntah pasien dengan respon subjektif : pasien mengatakan saat makan ia merasa nyeri dan kesulitan dan data objektif : pasien tampak lemas, implementasi jam 15.40 : memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi dengan respon objektif adalah pasien tampak memperhatikan dan bertanya bila pasien kurang paham.

Pada tanggal 16 Februari 2021 pada pukul 19.50 : monitor intake dan output pasien dan ajarkan meningkatkan intake protein dengan respon subjektif : pasien mengatakan makan habis dan makan 1 buah pisang, minum 2 gelas, BAB 2 kali dalam semalam dan respon objektif : turgor kulit pasien tidak baik, pasien tampak segar. Pada pukul 20.00 : melakukan pengkajian nyeri dan monitor teknik non farmakologi mengatasi nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan rasa nyeri berkurang saat melakukan relaksasi nafas dalam dan respon objektif : pasien dapat mempraktekkan relaksasi nafas dalam dengan baik.

Pada tanggal 17 Februari 2021 pada pukul 19.00 memonitor intake pasien dengan respon subjektif : pasien mengatakan makan 3 kali 1 porsi tidak habis dan makan buah jeruk, minum 4 – 5 gelas, BAK 3 – 4, BAB belum dan respon objektif adalah turgor kulit baik, pasien tidak tampak pucat.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan asuhan respon pasien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan serta untuk kemajuan pasien diagnosa.

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik** pada tanggal 15 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengeluh nyeri pada luka paska operasi, P: luka jahitan paska operasi, Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: nyeri pada leher bagian kanan, S: skala 5, T: terus menerus saat melakukan pergerakan dan data objektif: terdapat balutan luka paska operasi , KU: lemah, TD: 119/73 mmHg, N:

80x/mnt, RR: 20x, S: 37 derajat *celcius*. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan mengkaji skala nyeri dan monitoring tanda tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian obat.

Pada tanggal 16 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengeluh nyeri, P: luka jahitan paska operasi , Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: nyeri pada leher bagian kanan, S: skala 4, T: terus menerus saat melakukan pergerakan dan data objektif: KU: lemah, TD: 120/70 mmHg, N: 86x/mnt, RR: 20x, S: 36 derajat *celcius*. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan mengkaji skala nyeri, monitoring tanda tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian obat.

Pada tanggal 17 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan masih merasakan nyeri namun dapat teratasi dengan menggunakan teknik relaksasi P: nyeri luka paska operasi , Q: seperti ditusuk – tusuk, R: leher sebelah kanan, S: skala 3. Dan data objektif: pasien tampak tenang rileks dan bisa melakukan teknik relaksasi dalam dengan benar, maka dapat disimpulkan bahwa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik masalah teratasi dan penulis merencanakan untuk mempertahankan intervensi.

**Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer** pada tanggal 15 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan nyeri dan data objektif: area kulit disekitar luka masih kemerahan, Maka dapat disimpulkan bahwa masalah resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area luka.

Pada tanggal 16 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan nyeri dan data objektif: area kulit sekitar luka sudah tidak begitu memerah. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area luka.

Pada tanggal 17 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan data objektif: area kulit sekitar luka sudah tidak memerah. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit sudah teratasi dan penulis menghentikan intervensi.

**Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan.** pada tanggal 15 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan nafsu makan menurun, makan hanya 2 sampai 3 sendok saja dan tidak pernah habis, dan data objektif : wajah pasien tampak lemah, bibir kering, maka dapat disimpulkan bahwa masalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan belum teratasi dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu memberikan gizi sesuai kebutuhan.

Pada tanggal 16 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan tetap harus makan dan mengonsumsi tinggi protein dan buah buahan dan data objektif : KU baik, turgor kulit baik, mukosa bibir lembab dan pasien makan 3 kali sehari 2 sampai 3 sendok tapi sedikit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi yaitu memberikan gizi sesuai kebutuhan pasien.

Pada tanggal 17 Februari 2021 evaluasi data subjektif: pasien mengatakan nyeri namun masih bisa teratasi dengan melakukan teknik relaksasi dalam P: nyeri luka pasca operasi , Q: seperti ditusuk – tusuk, R: leher sebelah kanan, S: skala 3 dan

data objektif : KU : baik, TD : 120/70MmHg, N : 86x/detik, RR : 20x/menit, S : 36,6 derajat celcius .



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan paska operasi struma di ruangan Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang dilakukan pada tanggal 15 Februari 2021 sampai 17 Februari 2021 adalah dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan. Proses keperawatan serangkaian tindakan yang sistematis dan berkesinambungan yang meliputi pengkajian, menentukan diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pertama, penulis akan membahas tentang pengkajian dan data-data yang ada pada pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap. Pengkajian adalah verifikasi dan komunikasi yang terkumpul secara sistematis..

Diagnosa keperawatan, dalam penegakan dan memprioritaskan diagnosa keperawatan penulis mengambil landasan teori menurut SDKI tahun 2016 yang menyatakan bahwa diagnosa dipilih dan diprioritaskan berdasarkan diagnosa keperawatan actual, diagnosa keperawatan resiko, dan defisit nutrisi, maka dari dari itu nyeri akut dipilih penulis sebagai diagnosa prioritas dalam diagnosa keperawatan pada pasien paska operasi struma, selain itu alasan dari pengangkatan diagnosa nyeri akut karena pada saat pengkajian respon pasien pada saat bergerak merasakan nyeri seperti ditusuk – tusuk dan pasien tampak meringis batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosa yang kedua resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer penulis seharusnya lebih melengkapi analisa data untuk penegakan diagnosa tersebut seperti mencantumkan kriteria tanda infeksi yaitu kalor, tumor dan function, respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan suhu tubuh 37 derajat celcius, nyeri pada luka paska operasi, batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah sesuai yaitu kerusakan integritas kulit. Diagnosa yang ketiga defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan karena saat pengkajian respon pasien menunjukkan batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan(SDKI) sudah sesuai yaitu gangguan menelan dan nafsu makan menurun mukosa bibir kering. Gangguan meneln disebabkan karena

hilangnya anestesi setelah pembedahn, kemudian mncul rasa nyeri, hal ini menyebabkan pasien mengalami gangguan menelan. Diagnosa yang mungkin muncul pada struma yaitu hipertermi karena pada saat pengkajian ditemukan data ojektif pasien : demam dengan shu tubuh 37 derajat. Kelemahan penulis tidak menegakan dianosa hipertermi karena penulis tidak mengkaji secara lanjut mengenai masalah tersebut.

Implementasi yang dipilih dan dilaksanakan oleh penulis pada diagnosa pertama yaitu mengkaji secara komprehensif terhadap nyeri pasien dengan didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri pada pada leher kanan seperti ditusuk tusuk dan respon objektif : nampak balutan luka paska operasi dan pasien nampak menahan nyeri, mengobservasi secara non verbal dari ketidaknyamanan dengan didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri apabila digambarkan dari angka 1 – 10 yaitu skala 5 dan respon objektif : pasien nampak meringis menahan sakit, mengajarkan teknik non farmakologi dengan didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang setelah dilakukan tarik nafas dalam,dan respon objektif : pasien mampu mengikuti arahan dengan baik dan dapat mempraktikan dengan benar. kompres dingin, berkolaborasi pemberian analgetik, dan memonitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah melakukan tindakan. Metode pereda nyeri non farmakologi merupakan tindakan mandiri perawita untuk mengurangi intensistas nyeri sampai pada tingkat yang dapat ditoleransi oleh pasien (Potter & Perry, 2010), metode yang diberikan adalah tarik nafas dalam yang bertujuan mampu menurunkan nyeri pada pasien paska operasi, hal ini terjadi karena relative kecilnya peran otot otot skeletal dalam nyeri paska operasi (Majid,A. Yudha, M. & Istianah, 2011), setelah dilakukannya tarik nafas dalam didapatkan data subjektif Berdasarkan semua tindakan tersebut seharusnya penulis menambahkan intervensi terapi musk membantu mempermudah perubahan pasien dalam segi perilaku, perasaan dan fisiologi (SLKI,2016).

Implementasi diagnosa kedua yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan dengan didapatkan respon subjektif : pasien bersedia diajarkan cara

mencuci tangan yang baik dan benar, dan respon objektif : pasien nampak mengikuti arahan dengan baik dan dapat menirukan seperti yang sudah diajarkan, Memonitor tanda dan gejala infeksi didapatkan respon subjektif : pasien mengeluh nyeri dan gatal pada area luka, dan respon objektif : pada kulit area luka terlihat kemerahan, berkolaborasi pemberian antibiotic, dan batasi jumlah pengunjung dengan didapatkan respon subjektif : pasien bersedia untuk membatasi pengunjung, dan respon objektif : nampak hanya 1 orang saja yang menunggu pasien.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu memonitor mual dan muntah dengan didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan sulit makan karena kesulitan dan merasakan nyeri, dan respon objektif : pasien nampak lemah, memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi karena pasien belum mengetahui seberapa penting menjaga pola makanan dengan didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan bersedia diberikan edukasi, dan respon objektif : pasien kooperatif dan bertanya apabila kurang paham.

Evaluasi keperawatan pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik didapatkan respon yang memenuhi kriteria hasil bahwa data subjek pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan data objektif didapatkan pasien tampak nyaman dan rileks, sehingga masalah sudah dapat teratasi dan intervensi dihenikan. Diagnosa kedua resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer didapatkan respon yang memenuhi kriteria hasil bahwa data subjektif pasien mengatakan sudah berkurang nyerinya dan respon objektif area kulit sekitar luka sudah tidak memerah, sehingga masalah sudah dapat teratasi dan intervensi dihenikan. Diagnosa ketiga yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan hasil akhir respon pasien didapatkan pasien sudah mulai mengabiskan makannya dan mengetahui pentingnya menjaga nutrisi, dan bibir lembab, sehingga masalah sudah dapat teratasi dan intervensi dihenikan. (SIKI, 2016).

Hambatan yang ditemukan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien adalah kurangnya pemahaman pasien terhadap informasi yang diterima hal ini dikarenakan

salah satu faktor yaitu riwayat pendidikan yang rendah, sehingga penulis mengalami hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Bab V penulis menyimpulkan dari asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada kasus Ny. S dengan diagnosa Struma diruang Baitussalam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Struma (goiter) adalah pembesaran kelenjar tiroid atau penyakit radang, hiperplasia atau tumor, Struma secara awam diketahui dengan sebutan gondok ialah pembesaran kelenjar tiroid yang bisa berkaitan dengan hambatan primer pada organ tiroid maupun akibat stimulasi hormonal ataupun factor lain terhadap tiroid
2. Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Ny. S dengan Struma didapatkan sybjektif dan objektif yang akhirnya penulis menegakan 3 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agenpencederaan fisik, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan.
3. Diagnosa yang ditegakan berdasarkan keluhan dan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada pasien Struma pada rekam medis pasien yaitu nyeri akut sebagai diagnose prioritas dan resiko infeksi.
4. Evaluasi diagnosa keperawatan yang dilakukan penulis adalah dengan melanjutkan intervensi pada diagnosa nyeri akut dengan melakukan terapi non farmakologi tarik nafas dalam saat merasakan nyeri agar nyeri dapat berkurang.

#### **B. SARAN**

1. Bagi rumah sakit

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan diharapkan mampu mempertahankan dan meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup sehat masyarakat

2. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang ada. Mempertahankan pendokumentasikan asuhan keperawatan dengan baik dan mengikuti ilmu keperawatan yang terbaru.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan hendaknya dapat memperbanyak kerjasama dengan rumah sakit lain guna meningkatkan proses pembelajaran dan proses pendidikan



## DAFTAR PUSTAKA

- Alvadri, Z. (2015). Hubungan Pelaksanaan Tindakan Cuci tangan perawat dengan kejadian infeksi rumah sakit di rumah sakit sumber waras grogol. *Jurnal Penelitian Ilmu Keperawatan Universitas Esa Unggul*, 1–24. <https://www.esaunggul.ac.id>
- Armerinayanti, N. W. (2017). Goiter Sebagai Faktor Predisposisi Karsinoma Tiroid. *WMJ (Warmadewa Medical Journal)*, 1(2), 42. <https://doi.org/10.22225/wmj.1.2.27.42-50>
- Aruji. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH POST OPERATIVE TIROIDEKTOMI PADA Nn. L DENGAN STRUMA NODUSA NON TOXIC DIRUANG H2 RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA. *Ayan*, 8(5), 55.
- Chahyani Isti. (2012). ASUHAN KEPERAWATAN POST OPERATIVE PASCA TIROIDEKTOMI PADA Ny. R DENGAN STRUMA NODOSA NON TOXIC DI LANTAI 5 BEDAH RSPAD GATOT SOEBROTO. *Fmipa Ui*, 1–95.
- Darmayanti, S. (2012). *ENDEMIK GOITER Bagian/SMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar*.
- Heriady, Y., & Romadhona, N. (2017). *Characteristics of Thyroid Nodule in Terms of Age , Sex , and Histopatologic Picture at Al-Ihsan Bandung Hospital Period Of 2017 Karakteristik Pasien Nodul Tiroid Berdasarkan Usia , Jenis Kelamin , dan Gambaran Histopatologi Di Rumah Sakit Al-Ihsan Bandun*. 22, 841–851.
- Ibrahim, Irviani A, Y. E. (2020). Kadar Kolestrol Pada Aparatur Sipil Negara. *Jurnal Kesehatan*, 13(1), 53–60. <https://doi.org/10.24252/kesehatan.v13i1.14156>
- Ilham, F. A., Milvita, D., Nasir, F., & Varuna, C. (2015). Analisis Biodistribusi Tc-99m perteknetat pada Kelenjar Tiroid Pasien Sturma Uni Nodosa dan Struma Multi Nodosa. *Jurnal Fisika Unand*, 4(4), 321–324.
- izma aulia sopyan. (2018). asuhan post op tiroidektomy atas insikasi struma nodosa non

toksik. *STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG*, 121.

- Majid, & A., Yudha, M. & Istianah, U. (2011). *Keperawatan perioperatif*. Goysen Publishing.
- Mawardi, M., & Maranatha, D. (2019). Seorang Penderita dengan Retrosternal Goiter. *Jurnal Respirasi*, 2(1), 14. <https://doi.org/10.20473/jr.v2-i.1.2016.14-23>
- Natun, I. N. (2018). Karya Tulis Ilmiah ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN INFEKSI LUKA OPERASI DI RUANG EDELWEIS RSUD PROF. DR.W.Z. JOHANNES KUPANG. *Karya Tulis Ilmiah*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/gskvz>
- Nurarif, Amin Huda, (dan Hardhi Kusuma). (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosa Association) NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 3 (3rd ed.)*. Mediaction.
- Oktaviani, M. A., & Notobroto, H. B. (2014). Perbandingan tingkat konsistensi normalitas distribusi metode Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors, Shapiro-Wilk, dan Skewness-Kurtosis. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(2), 127–135. <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-biometrikd8bc041810full.pdf>
- Potter & Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses, dan Praktik)*. EGC.
- Sulistiyanti, D. (2013). Analisis Praktik Profesi Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Pasien Dengan Hipertiroid Pasca Tiroidektomi Di Ruang Rawat Bedah Gedung a Rsupn Cipto Mangunkusumo Jakarta. *KTI Universitas Indonesia*, 1–70. [http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20351595-PR-Dini Sulistiyanti.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20351595-PR-Dini%20Sulistiyanti.pdf)
- Tallane, S. T., Monoarfa, A., & Wowiling, P. A. V. (2016). Profil struma non toksik pada pasien di RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou gangguan sekresi hormon atau goiter yang merupakan penyakit menjadi eutiroid , hipotiroid , dan hipertiroid toksik dan non-toksik . Kedua tipe struma perubahan bentuk anatomi tiroid m. *Jurnal E-Clinic*, 4(2),

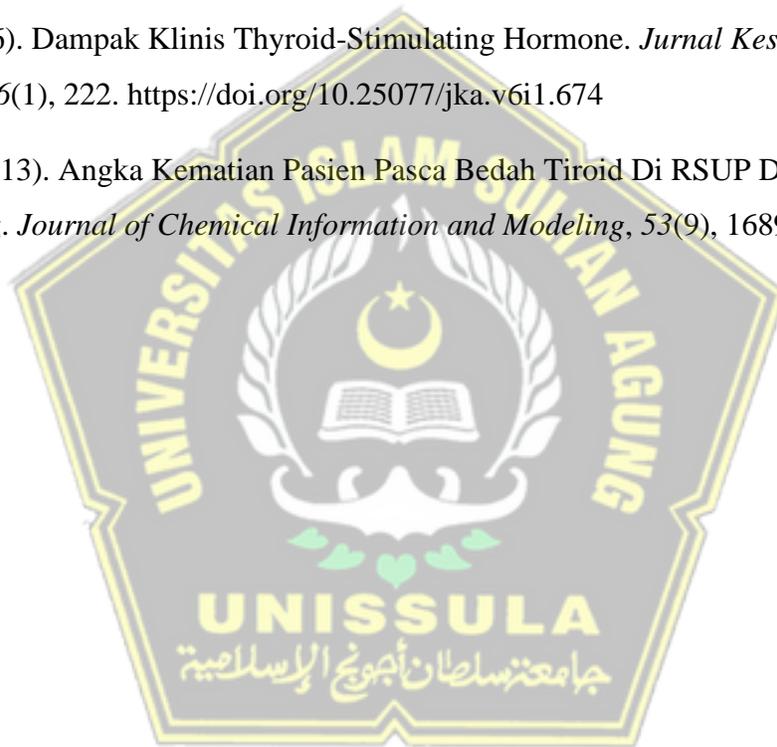
4–5.

Tampatty, G. (2019). *RADIOLOGI FK UNSRAT RSUP PROF . DR . R . D . KANDOU MANADO PERIODE Gabriela Tampatty Vonny Tubagus Alfa Rondo*. 1–6.

Tarwato. (2016). pengaruh kecemasan terhadap kadar gula darah pada penderita diabetes melitus di RSUD Syekh Yusuf Gowa. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 8(2), 16. <https://doi.org/10.32382/jmk.v8i2.547>

Wisema. (2016). Dampak Klinis Thyroid-Stimulating Hormone. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(1), 222. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i1.674>

Yunita, M. (2013). Angka Kematian Pasien Pasca Bedah Tiroid Di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.



## Lampiran 1

### SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns, Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep

NIDN : 0615098802

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Nabilla Maharani

NIM : 40901800062

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Struma di ruang Baitul Izzah 2 rumah sakit islam sultan agung Semarang

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

Semarang, 02 juni 2021

(Ns, Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep)

NIDN. 0615098802

## Lampiran 2

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns, Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep

NIDN : 0615098802

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Nabilla Maharani

NIM : 40901800059

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Struma di ruang Baitul Izzah 2 rumah sakit islam sultan agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 22 januari 2021 sampai dengan 02 Juni 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 02 Juni 2021

(Ns, Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep)

NIDN. 0615098802

### Lampiran 3

**LEMBAR BIMBINGAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2021**

Nama Mahasiswa : Nabilla Maharani

NIM : 40901800062

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN PASKA  
OPERASI STRUMA DIRUANG BAITUS SALAM II  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Pembimbing : Ns, Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
22 Januari 2021	Pengajuan judul KTI		
30 April 2021	Revisi 1		
24 Mei 2021	Revisi 2		
26 Mei 2021	Mengumpulkan revisi 2		
27 Mei 2021	Revisi 3		
28 Mei 2021	Mengumpulkan revisi 3		
29 Mei 2021	Revisi 4		
30 Mei 2021	Mengumpulkan revisi 4		

**Lampiran 4**

**LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN TULIS TANGAN**



1. Data Umum

a. Identitas

1. Identitas klien

Nama : Ny. S  
Umur : 43  
Jenis kelamin : P  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Suku / bangsa : Indonesia  
Alamat : Sono Kulon RT 4 RW 1 Biora  
diagnosa medis : Struma  
tanggal dan Jam masuk : 14 Februari 2021 Jam 09.00

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. S  
Umur : 43  
Jenis kelamin : L  
agama : Islam  
Suku bangsa : Indonesia  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Sono kulon RT 4 RW 1 Biora  
hubungan dengan klien : Suami

2. Status kesehatan saat ini

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan mengeluh nyeri setelah operasi.

b. Alasan masuk rumah sakit

Klien mengatakan dibagian leher terdapat benjolan dan sebelumnya ia pernah dioperasi 10 tahun lalu dan sekarang memberanikan diri lagi untuk operasi

c. faktor pencetus

Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas dan saat makan ada kesulitan menelan.

d. lamanya keluhan

Pasien mengatakan nyerinya timbul secara mendadak selama 10 tahun

e. Timbulnya keluhan

Klien mengatakan nyerinya timbul secara mendadak

f. Upaya untuk mengatasi

Pasien mengatakan saat nyerinya timbul ia hanya minum jamu



g. Faktor yang memperberat

Pasien mengatakan kadang terlalu banyak aktivitas nyeri tambah terasa hebat

3. Riwayat Kesehatan lalu

a. Penyakit yang Pernah dialami

Pasien mengatakan Penyakit yang dialami sekarang adalah Penyakit yang ia alami sejak dulu

b. Kecelakaan

c. Pernah dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat pada tahun 2010

d. Alergi

e. Imunisasi

4. Riwayat Kesehatan keluarga

a. Susunan kesehatan



keterangan

□ : Laki-laki

x : meninggal

○ : Perempuan

● : Pasien

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan ibunya pernah mengalami kanker payudara

c. Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

5. Riwayat kesehatan lingkungan

a. Kebersihan rumah dan lingkungan

Pasien mengatakan rumah bersih dan jauh dari industri

b. Kemungkinan terjadi bahaya

Pasien mengatakan tidak ada kemungkinan terjadi bahaya

## 1. Pola Kesehatan fungsional

### 1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

#### a. Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum : Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit ini pasien tidak terlalu memperhatikan kesehatannya

Sesudah : Pasien mengatakan lebih memperhatikan kesehatannya

#### b. Pengetahuan klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya karena sudah menderita selama 10 tahun

Sesudah : Pasien mengatakan semakin mengerti penyakitnya

#### c. Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan kesehatannya

Sebelum : klien mengatakan ia tidak terlalu memperhatikan status gizinya dan pola makannya

Sesudah : klien mengatakan sudah memperhatikan pola makannya dan kadang berolahraga

#### d. Kemampuan pasien mengontrol kesehatan

Sebelum : Pasien mengatakan jika nyerinya terasa hanya didramkan saja. Nanti juga hilang sendiri

Sesudah : Pasien mengatakan selalu minum jamu atau merebus daun singkong jika nyerinya kambuh.

#### e. Kebiasaan hidup

Sebelum : Pasien mengatakan sering beraktivitas mengangkat beban berat

Sesudah : Pasien mengatakan tidak pernah lagi mengangkat beban berat

#### f. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

tidak ada masalah.

## 2. Pola nutrisi dan metabolik

### a. Pola makan

Sebelum : Pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi habis dengan lauk dan sayur, pasien tidak memiliki alergi pada makanan dan obat

Sesudah : Pasien makan 1 hari sekali hanya 2 sampai 3 sendok saja, Pasien mengeluh gangguan menelan, pasien minum 4-5 gelas

L : Bila pasien terpasang infus berapa cairan yang masuk tiap hari  
500 ml

M : Ada keluhan demam  
Tidak ada

### 3. Pola eliminasi

#### a. Eliminasi Feses

##### 1. Pola BAB

Sebelum : Pasien mengatakan ia BAB 1x sehari

Sesudah : Pasien mengatakan ia BAB 1x sehari

##### 2. Adakah perubahan BAB

Tidak ada

##### b. Pola BAK

Sebelum : Pasien mengatakan ia sering pipis namun  
sedikit volumenya

Sesudah : Pasien mengatakan ia pipis tidak begitu sering,  
dan volumenya tidak sedikit seperti sebelumnya

### 4. Pola istirahat dan tidur

#### a. Kebiasaan tidur

Sebelum : - Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam tidur  
- tidur pukul 09-00 bangun jam 01-00

Sesudah : pasien mengatakan kesulitan tidur pasca operasi

#### b. Kesulitan tidur

Pasien mengatakan sulit tidur selama terbangun

### 5. Pola aktivitas dan latihan

#### a. Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum : Pasien mengatakan ia bekerja menjadi petani

Sesudah : Pasien mengatakan ia masih bekerja sebagai petani

#### b. Olahraga yang dilakukan

Sebelum : Pasien mengatakan ia bekerja jalan kaki

Sesudah : pasien mengatakan makin rajin jalan kaki untuk  
bekerja

c. Kesulitan / Keluhan dalam aktivitas

Sebelum : Pasien tidak ada kesulitan dalam aktivitas

Sesudah : Pasien mengatakan kesulitan dalam mengangkat benda - benda berat.

d. Pergerakan tubuh

Sebelum : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan

Sesudah : Pasien mengatakan sulit bergerak karena dibagian leher nyeri

f. Bernajat (BAK / BAB)

Sebelum : Pasien mengatakan ia dapat BAB dan BAK ke kamar mandi sendiri

Sesudah : Pasien mengatakan ia bisa ke kamar mandi sendiri

g. Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

Sebelum : tidak ada

Sesudah : tidak ada

h. Mudah merasa lelah

Pasien mengatakan mudah merasa lelah

6. Pola kognitif dan perseptuan sensori

a. Kemampuan yang dikenakan dengan kemampuan sensori

Sebelum : tidak ada

Sesudah : tidak ada

b. Kemampuan kognitif

Sebelum : suami pasien mengatakan pasien masih mampu mengingat dan tidak pikun

Sesudah : suami pasien mengatakan tidak ada perubahan pada perubahan kognitif pasien

c. Kesulitan yang dialami

Sebelum : pasien mengatakan terkadang merasakan nyeri di leher ketika terlalu banyak beraktivitas.

Sesudah : Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian leher kanannya

d. Persepsi terhadap nyeri

P. : pasien mengatakan nyeri sakit bergerak dan mengangkat benda yang berat

Q. : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk - tusuk

R. : Pasien mengatakan nyeri dileher bagian kanan

- S : Pasien mengatakan skala nyeri 5  
T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

### 7. Pola Persepsi

#### a. Persepsi diri

- Sebelum : Pasien mengatakan biasa saja  
Setelah : Pasien mengatakan akan lebih memperhatikan kesehatannya. saat ini pasien juga sudah pasrah dan menerima penyakitnya.

#### b. konsep diri

- Sebelum : Pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu dan istri yang baik bagi anak dan istrinya ia merasa puas juga sudah melewati masa membesarkan anaknya dengan baik  
Setelah : Pasien merasakan yang sama namun ketika mengetahui penyakit ini menimpanya ia sudah pasrah dan berserah diri kepada Tuhan semoga segera diberi kesembuhan

### 8. Mekanisme koping

#### a. Bagaimana pasien mengambil keputusan

- Sebelum : Pasien mengatakan sebagai seorang ibu ia mengambil keputusan dengan pertimbangan suami dan anak-anaknya

Setelah : Pasien mengatakan hal yang sama

#### b. Yang dilakukan dalam menghadapi masalah

- Sebelum : Suami pasien mengatakan bahwa jika ada masalah maka akan diselesaikan secara musyawarah dengan keluarga

Setelah : Pasien mengatakan tidak ada perubahan

#### c. Upaya yang dilakukan pasien menghadapi masalahnya sekarang

- Sebelum : pasien berdiskusi dengan suami dalam menghadapi masalahnya.

Setelah : Tidak ada perubahan

#### d. Menurut pasien apa yang harus dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman.

Pasien mengatakan perawat tetap menjaga Privasi pasien

g. Pola seksual Reproduksi

Pasien dan suami mengatakan tidak ada masalah / penyakit reproduksi

10. Pola peran hubungan dengan orang lain

- Suami pasien mengatakan pasien dapat berhubungan baik dan berkomunikasi dengan baik dengan orang lain
- Pasien mengatakan orang terdekat pasien adalah suami dan anak-anaknya
- Pasien mengatakan jika membutuhkan bantuan ia meminta bantuan kepada keluarga.

11. Pola nilai dan kepercayaan

- Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam melakukan ibadah shalat 5 waktu
- Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang bertentangan dengan pengobatannya

II Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran : komposmetis m = 6 V = 5 E = 4

b. Penampilan : lemah, kurus

c. Vital sign

TD = 119/73 mmHg

TD = 120/70 mmHg

TD = 120/70 mmHg

N = 83 x menit

N = 80 x menit

N = 86 x menit

RR = 20 x

RR = 20 x

RR = 20

S = 37°C

S = 36°C

S = 36,6°C

d. kepala

mesocephal, rambut pendek ikal, tidak ada lontok

e. mata

Terlihat sayu, penglihatan normal, pupil mengecil jika terkena cahaya  
konjungtiva anemis

f. Hidung

Sedikit kotor, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang oksigen

g. Telinga

Simetris, pendengaran normal, tidak ada infeksi tidak memakai alat bantu

h. Mulut dan tenggorokan

- Mulut sedikit kotor dan berbau.
- gigi kekuningan
- Ada sedikit kesulitan menelan
- Ada benjolan di leher sebelah kanan

i. Dada

• Paru-paru

Inspeksi = simetris kiri dan kanan

Palpasi = Terdengar bunyi sohor

Perkusi =

Auskultasi = vasikular

• Jantung

Inspeksi = Iktus kordis tidak teraba

Palpasi = Iktus kordis tidak teraba

Perkusi = Sonor

Auskultasi = Irama jantung teratur

j. Abdomen

Inspeksi

Warna kulit merata, tidak ada bunyi tekan, tidak ada bekas luka

Perut sedikit buncit

Auskultasi

Bising usus normal 12 x menit

Perkusi

Terdengar redup, tidak ada hepatomegali

Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

k. genitalia

- Bersih

- Tidak menggunakan pempers

l. Ekstermitas

• Atas

- tangan tangan dan kiri normal

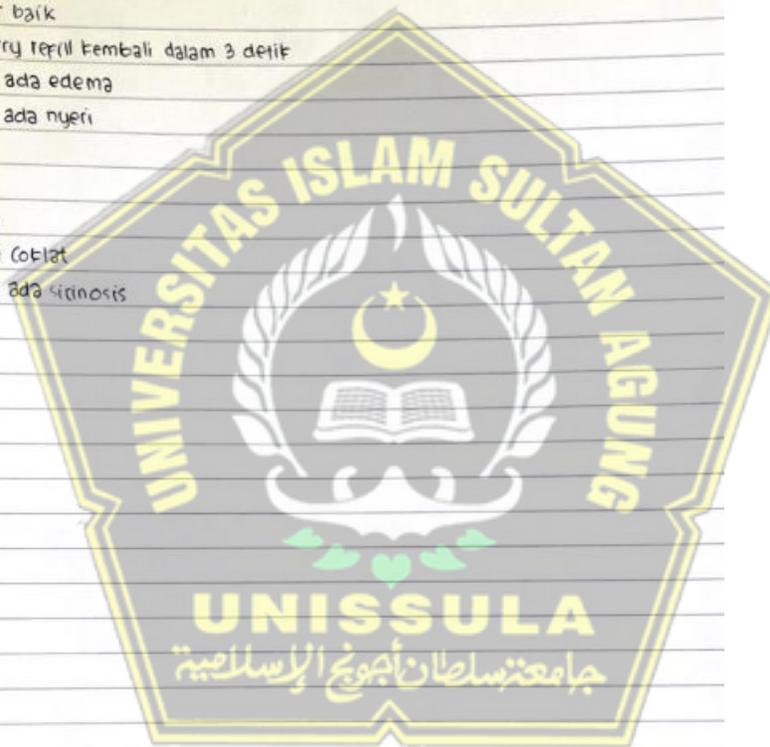
- kulit kecoklatan

- Bersih

- Turqur kulit baik

- Capillary refill kembali dalam 3 detik
- Tidak ada edema
- Tidak ada nyeri
- Bawah
  - kaki kiri normal
  - kaki kanan normal
  - Bersih
  - Turgor baik
  - Capillary refill kembali dalam 3 detik
  - tidak ada edema
  - Tidak ada nyeri

- M • kulit
  - Bersih
  - Warna coklat
  - Tidak ada sianosis



IV Data Penunjang

a. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laborat

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	14.1	11.7 - 15.5	g/dL	
Hematokrit	44.9	35.0 - 45.0	%	
Leukosit	7.08	3.60 - 11.00	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	366	150 - 440	ribu/ $\mu$ L	
Golongan Darah	AB / positif			
PPT				
PT	10.0	9.3 - 11.4	detik	
PT (kontrol)	11.0	9.1 - 12.3	detik	
APTT				
APTT	20.1	21.8 - 28.4	detik	
APTT (kontrol)	25.8	21.0 - 28.4	detik	
Kimia klinik				
Glukosa darah	98	75 - 110	mg/dL	
Sewaktu				
Ureum	21	10 - 50	mg/dL	
Creatinin	0.80	0.60 - 1.10	mg/dL	
Elektrolit (nako)				
Natrium (Na)	136.0	135 - 147	mmol/L	
Kalium (K)	5.00	3.5 - 5.0	mmol/L	

2. Pemeriksaan radiologi

Thorax Besar (non kontras)

Ts. Yth

RADIOGRAFI TORAKS

Cor : Bentuk dan letak normal

Pulmo : Corakan vaskular tak meningkat

Tak tampak gambaran infiltrate

Diaphragma dan sinus konstrofrenikus tak tampak kelainan

KESAN :

Cor tak membesar

Pulmo tak tampak kelainan

b. Diet yang diperoleh

(I) : makanan cair (seperti bubur sum-sum)

c. Therapi

- RL (diberikan 20TPM)
- Ceftriaxone 1 gram (diberikan 2x1)
- Viccillin 45 gram (diberikan 18jam)
- Extrahumalog 6 /sc
- Asam Tranex 1 gram (diberikan 2x1)
- Ondansentron 8 gram
- Parasetamol (peroral) diberikan 3x1

#### B. Analisa Data

Waktu	Data Fokus	Problem	etiologi	TTD
15/21/02 12.00	Ds : Pasien mengatakan nyeri dibagian leher kanan	Nyeri akut	Agan Pencedera fisik	
	DD : TD : 119/73 mmHg S : 37°C RR : 20 X menit N : 83 X menit - Pasien tampak meringis karena nyeri P : Nyeri dirasakan saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada bagian leher kanan			

	S : 5		
	T : Hilang Timbul		
12.00	DS :	Risiko Infeksi	Kerusakan Integritas kulit
	Pasien mengatakan nyeri dibagian leher kanan		
	DO :		
	- luka terdapat jahitan		
	- kulit area luka sedikit kemerahan		
	- luka tampak bersih		
12.00	DS :	Defisit Nutrisi	ketidakmampuan menelan
	Pasien mengatakan kurang nafsu makan, Pasien makan 3x namun porsi setengah		
	DO :		
	Tidak ada penurunan berat badan		
	- Turgor kulit kering		
	- mukosa bibir kering		
	- Sebelum sakit pasien makan 3x habis 1 porsi, selama sakit		
	Pasien makan 1x porsi 2		
	Sampai 3 sendok		

c. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan Pasien tampak meringis
2. Risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan.

D. Intervensi keperawatan				
tgl /jam	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	TTD
15-2-21	nyeri akut b.d agen cedera fisik	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : - keluhan nyeri menurun	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - kontrol ruang yang mempe- berat nyeri - ajarkan teknik non farmakologi untuk mengur- angi rasa nyeri. - kolaborasi pemberian analgesik	
	Risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : nyeri bengkak menurun - tidak ada peradangan - kemerahan pd area luka menurun	- monitor tanda dan gejala infeksi - cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dgn klien - batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area luka	
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mencukupi kebutuhan nutrisi - tidak ada tanda-tanda mal nutrisi - turgor kulit baik - mukosa bibir lembab - mampu mengartasi mual	- Monitor keadaan pasien - Ajarkan pasien meningk- atkan intake protein dan vitamin c - Beri informasi tentang kebutuhan nutrisi - kolaborasi pemberi an jumlah nutrisi	

E. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
15-2-21	Nyeri akut b/d	- mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas Interaksi nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri pada leher kanan O : Terdapat balutan pasca operasi	
13.00	agen cedera fisik	- mengidentifikasi nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri skala 5 dari 1-10 O : Pasien kooperatif	
13.05		- mengontrol ruangan yang memperberat nyeri	S : Pasien mengatakan belum mengerti teknik non farmakologi O : Pasien tampak bingung	
		- mengkalaborasi pemberian analgetik	S : Pasien mengatakan bersedia O : pasien terlihat tenang	
	Risiko Infeksi b/d kerusakan integritas kulit	- monitor tanda dan gejala infeksi	S : Pasien mengatakan nyeri dan gatal O : Terlihat area luka masih memerah	
		- mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif	
		- Batasi jumlah Pengunjung	S : Pasien mengatakan bersedia O : Tampak hanya 1 orang yang menunggu pasien	
	Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan	- monitor keadaan Pasien	S : Pasien mengatakan Saat ia makan ia merasa nyeri dan kesulitan menelan O : Pasien tampak lemah	
		- Memberikan tentang kebutuhan nutrisi	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien tampak memperhatikan dan bertanya bila pasien kurang Paham	

16-02-2021	nyeri angkut	- mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri sedikit menurun dengan skala 4
19.00	agen cedera fisik		O : Pasien tampak masih menahan nyeri
		- mengontrol ruangan yg memberat nyeri	S : Pasien mengatakan ruangan sudah cukup nyaman O : Pasien terlihat lebih tenang
		- mengajarkan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam saat nyeri)	S : Pasien mengatakan cukup paham O : Pasien kooperatif
		- mengkolaborasi pemberian analgetik	S : Pasien bersedia O : Pasien tampak lebih tenang
	Risiko infeksi b-d Kerusakan integritas kulit	- monitor tanda dari gejala Infeksi	S : O : kulit area luka sudah tidak begitu kemerahan
		- mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dg Pasien	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien kooperatif
		- memberikan perawatan luka	S : Pasien bersedia O : Pasien kooperatif
	Defisit nutrisi b-d ketidakmampuan menelan	- monitor intake dan output	S : pasien mengatakan makan habis dan makan 1 buah pisang, minum 2 gelas, BAB 2 kali dalam semalam O : turgor kulit pasien tidak baik
		- Mengkaji nyeri dan monitor teknik dan non farmakologi untuk mengatasi nyeri	- Pasien tampak segar S : Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang saat melakukan relasasi nafas dalam. O : Pasien dpt mempraktekan relasasi nafas dalam dgn baik

17-02-2021	Nyeri akut agen Cidera Fisik	- Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri menurun mjd skala 3 O: Pasien kooperatif
		- Kontrol ruangan yang memperberat nyeri	S: pasien mengatakan bersedia O: Pasien tampak lebih tenang
		- mengajarkan teknik non farmakologi	S: Pasien mengatakan mengerti O: Pasien kooperatif
		- Mengkalaborasi pemberian analgesik	S: Pasien bersedia O: Pasien tampak lebih tenang
	Resiko Infeksi b.d Kerusakan Integritas kulit	- Monitor tanda dan gejala Infeksi	S: O: kulit area luka kulit tidak begitu kemerahan
		- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak	S: pasien mengatakan bersedia O: Pasien kooperatif
		- Memberikan perawatan luka	S: pasien mengatakan bersedia O: Pasien kooperatif, luka sudah bagus
	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan	- monitor intake pasien	S: pasien mengatakan makan 3x 1 porsi tidak habis dan makan buah jeruk, minum 4-5/ gelas, BAK 3-4x, BAB Belum O: turgor kulit baik Pasien tidak tampak pucat

F. Evaluasi

Tgl / jam	Diagnosa	catatan Perkembangan
15-02-21	Nyeri akut agen Cidera fisik	<p>S : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka post OP                      Pasien mengatakan belum mengerti teknik non farmakologi</p> <p>D : Pasien tampak menahan rasa nyeri                      -terdapat balutan luka jahitan post OP                      -lemah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : luka jahitan post OP</p> <p>d : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri pada leher bagian kanan</p> <p>S : skala 5</p> <p>T : Terus menerus saat melakukan pergerakan</p> <p>TD : 110 / 73 mmHg RR : 20 x</p> <p>S : 37°C N : 80x menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2-5</p>
	Risiko Infeksi b.d Kerusakan	<p>S : Pasien mengatakan nyeri</p> <p>O : Area kulit disekitar luka masih sedikit kemerahan</p>
	Integritas kulit	<p>A : Masalah belum teratasi, Tujuan belum teratasi</p> <p>P : lanjutan Intervensi 1, 2, 4, 5</p>
	Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, makan hanya 2 sampai 3 sendok saja dan tidak pernah habis</p> <p>O : wajah pasien tampak lemah, bibir kering, mata</p> <p>A : Masalah belum teratasi, Tujuan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
16-02-2021	Nyeri akut agen Cidera Fisik	<p>S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah sedikit menurun                      - Pasien mengatakan ruangan sudah cukup nyaman                      - pasien mengatakan sudah cukup paham mengenai teknik farmakologi</p> <p>O : Pasien tampak menahan nyeri                      - Pasien cukup tenang</p> <p>P : Jahitan luka post OP</p> <p>d : nyeri seperti ditusuk</p>

		<p>R : nyeri pada leher samping kanan  S : skala 4  T : Terus menerus saat melakukan pergerakan  TD : 120/70 mmHg    S : 36°C  N : 86 x 1 mnt    RR : 20 x 1 menit  A : Masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi 2-5</p>
Resiko Infeksi b.d Kerusakan Integritas kulit		<p>S : Pasien mengatakan tidak begitu nyeri  O : Area kulit sekitar luka sudah tidak begitu merah  A : masalah teratasi sebagian Tujuan tercapai  P : lanjutkan intervensi 1,2,5</p>
Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan		<p>S : Pasien mengatakan tetap harus makan dan mengonsumsi tinggi protein  O : turgor kulit baik, mukosa bibir lembab makan 3x sehari 2-3 sendot tapi sedikit  A : masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi</p>
17-02-2021	nyeri akut dgn Cidera fisik	<p>S : Pasien mengatakan nyeri semakin menurun  - Pasien mengatakan mengerti ting teknik non farmakologi  O : Pasien masih menahan nyeri saat akan mobilisasi  - Pasien lebih tenang  - Gelisah menurun  P : Jahitan luka post op  d : nyeri seperti ditusuk  R : nyeri pada bagian leher kanan  S : skala 3  T : Terus menerus saat melakukan pergerakan  TD : 119/73 mmHg    S : 37°C  N : 83 x 1 mnt    RR : 20 x 1 mnt  A : Masalah teratasi  P : Hentikan intervensi</p>
Resiko Infeksi b.d Kerusakan Integritas kulit		<p>S : Pasien mengatakan sudah berkurang nyerinya  O : Area kulit sekitar luka sudah tidak memerah  A : Masalah teratasi, Tujuan tercapai  P : Hentikan intervensi</p>

Defisit nutrisi b.d	S : Pasien mengatakan nyeri namun masih bisa
ketidakmampuan	teratasi
menelan	O : turgor kulit baik. pasien tidak tampak purat
	A : masalah teratasi
	P : lanjutkan intervensi

