

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
mempercepat gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :
Reza Milenia Nur Fadhila
40901800083

PRODI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2020/2021

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :
Reza Milenia Nur Fadhila

40901800083

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2020/2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 19 Agustus 2021

(Reza Milenia Nur Fadhila)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Reza Milenia Nur Fadhila

NIM : 40901800083

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya

Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal: 03 Juni 2021

Semarang, 03 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim penguji Karya Tulis Ilmiah prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jumat tanggal 26 Febuari 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji

Semarang, 03 Juni 2021

Penguji I

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN. 0622078602

Penguji II

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 0604038901

Penguji III

Ns. Mu. Abdurrouf, M.Kep

NIDN. 0605057902

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

MOTTO

Dibalik kebencian orang terhadap kita, sebenarnya terdapat kekaguman atas yang tidak mereka mampu atau miliki pada diri kita

Manusia membuatmu sakit, Allah mengajarimu untuk bangkit. Manusia memberi luka, Allah ingin menghadiahkanmu bahagia.

Kadang kita terlalu fokus terhadap kelemahan kita dan melupakan kelebihan yang kita miliki. Padahal setiap manusia diciptakan untuk menjadi pemenang dengan semua kelebihan yang kita miliki

(Mario Teguh)

Jadilah orang yang paling baik dalam pandangan Allah. Jadilah orang yang paling buruk dalam pandangan sendiri. Jadilah orang yang biasa saja dalam pandangan manusia

(Ali Bin Abi Thalib)



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil alamin, segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN CA POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG”. Karya tulis ilmiah ini di susun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saya menyadari bahwa banyak pihak yang terkait dan terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
2. Drs. H. Bedjo Santoso, Ph D Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM, M. Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep. Selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya para perawat yang telah mengajarkan banyak hal
6. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dan pertolongan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
7. Kepada keluarga terutama ibu dan bapak saya yaitu Ibu Kurniasih dan Bapak Susiyanto yang tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah agar

cita – cita saya dapat tercapai dan tidak pernah berhenti mendoakan yang terbaik buat saya. Dan tak lupa adik saya yang selalu memberikan dukungan serta kasih sayang yang tulus, ikhlas sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis sangat bangga dan bersyukur memiliki orang tua dan adik seperti beliau.

8. Teman – teman satu bimbingan dan tidak lupa juga teman-teman seperjuangan seluruh prodi D-III Keperawatan Angkatan 2018 yang saya cintai dan saya banggakan yang telah berjuang bersama-sama untuk meraih cita – cita yang di impikan untuk masa depan yang cerah.

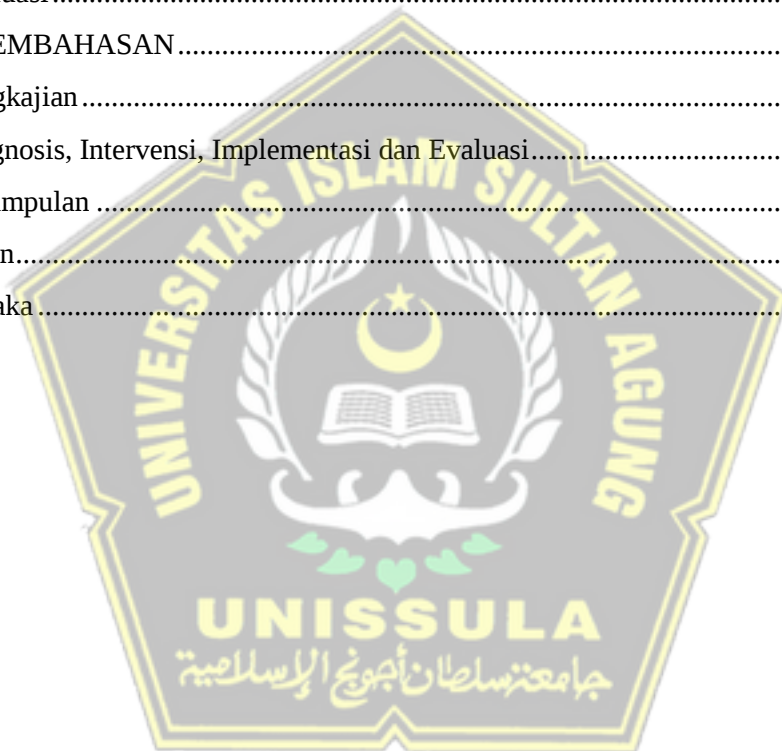


DAFTAR ISI

Contents

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG	i
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN POST OP TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN.....	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	11
A. LATAR BELAKANG.....	11
B. Tujuan Penulis.....	12
1. Tujuan Umum	12
2. Tujuan khusus	13
C. Manfaat	13
BAB II KONSEP DASAR.....	14
A. Konsep Dasar Penyakit	14
1. Pengertian.....	14
2. Etiologi.....	14
3. Patofisiologi	15
4. Manifestasi Klinis	16
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	16
6. Komplikasi	17
7. Penatalaksanaan Medis	17
B. Konsep Dasar Keperawatan	19
1. RiwayatKesehatan.....	20
2. Pola – pola kesehatan	22

3. Pemeriksaan Fisik	24
4. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi	25
Pathway	26
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	27
A. Pengkajian	27
B. Analisa data	33
C. Planning / intervensi keperawatan.....	34
D. Implementasi	35
E. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN	39
A. Pengkajian	39
B. Diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.....	40
A. Kesimpulan	47
B. Saran.....	48
Daftar Pustaka	50



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Tiroidektomi adalah operasi pengangkatan kelenjar tiroid termasuk operasi yang bersih dan cukup tergolong operasi yang besar. Luas kelenjar yang akan diambil tergantung dalam keadaan klinis dan penggolongan risiko dari kanker tiroid serta perluasan tumor (Yolanda, 2018).

Operasi tiroid memiliki peran penting dalam pengelolaan penyakit tiroid pada pasien dengan gondok sederhana tiroid jinak hipertiroidisme, dan karsinoma tiroid. Tiroidektomi adalah prosedur bedah yang umum terdiri dari 5 macam jenis operasi yaitu lobektomi sub total, lobectomy total (hemitiroidektomi/istmolobektomi) strumectomy (tiroidektomi) sub total, tiroidektomi near total, tiroidektomi total (Yolanda, 2018).

Ada beberapa komplikasi yang terjadi setelah tiroidektomi yaitu perdarahan, infeksi luka, kerusakan saraf laryngeal berulang, dan thyroid storm. Meskipun komplikasi setelah tiroidektomi jarang terjadi tetapi konsekuensinya dapat mengancam jiwa, selain itu pasien post tiroidektomi juga sering merasakan gejala ketidaknyamanan leher seperti nyeri, stress dan tekanan di leher, kekakuan di bahu dan terbatas rentang gerak bahu dan leher (Yolanda, 2018).

Angka kejadian hipertiroid yang tertinggi di dunia dan di Indonesia berdasarkan data WHO tahun 2013 disebutkan bahwa insiden kanker tiroid meningkat dari tahun 2008 sampai tahun 2012 yaitu dari 12,7 juta kasus menjadi 14,1 juta kasus, dan jumlah kematian yang meningkat pada tahun 2008 sampai tahun 2012 adalah 7,6 juta kasus menjadi 8,2 kasus. Penyakit ini dapat menyebabkan kematian nomor 2 di dunia yaitu sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskuler. Pada penyakit ini didapatkan data dari *The American Thyroid*

Association(ATA) di temui sekitar 64.300 kasus tiroid pada tahun 2016. Dapat diperkirakan 3 dari 4 kasus kebanyakan terjadi pada perempuan (et al., 2017).

Nyeri leher dan kekakuan pada leher terjadi setelah operasi tiroid atau paratiroid karena selama operasi tiroid atau paratiroid, leher diekstensikan maksimal selama prosedur operasi, yang mungkin memakan waktu hingga beberapa jam. Sehingga dapat menyebabkan kekakuan pada otot kemudian menyebabkan rasa sakit dan tegang di leher, dan kadang – kadang juga menyebabkan sakit kepala, selain itu juga ada luka pada jaringan di sekitar tiroid seperti syaraf, kelenjar getah bening, dan juga bisa menyebabkan infeksi pada leher (Yolanda, 2018).

Penanganan nyeri adalah suatu tindakan dengan tujuan mengurangi rasa nyeri, dengan melakukan terapi farmakologi maupun non farmakologi. Terapi non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa tidak nyaman dan mencegah kekakuan pada leher serta membantu proses penyembuhan luka, setelah operasi tiroidektomi adalah neck stretching exercise. Peran perawat untuk mengatasi masalah yang muncul yaitu memberikan informasi kepada klien agar paham mengenai mengenai penyakit tiroidektomi, memberikan gambaran mengenai penyakit yang dialaminya, memberikan penjelasan tentang tindakan persiapan operasi pada penyakit tiroidektomi dan memberikan kesempatan bertanya pada klien jika kurang paham mengenai penyakit tiroidektomi (Basuki, 2019).

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memaparkan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien dengan post tiroidektomi di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar tiroidektomi meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, dan penatalaksanaan medis.
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan tiroidektomi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.
- c. Menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. D dengan post op Tiroidektomi di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat

Mengacu pada pemaparan sebelumnya, maka karya tulis ilmiah ini diharapkan untuk berbagai pihak terkait meliputi :

1. Institusi pendidikan
Untuk meningkatkan kualitas pendidikan melalui pengembangan ilmu keperawatan yang sudah diterapkan pada pasien post op tiroidektomi sebagai wujud peran perawat dalam melahirkan perawat yang professional.
2. Profesi Keperawatan
Diharapkan dapat menjadi acuan dan menambah wawasan bagi pelaksana asuhan keperawatan pada pasien post op tiroidektomi dengan intensitas nyeri dan kekakuan leher.
3. Bagi lahan praktek (Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)
Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien post op tiroidektomi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bagi Masyarakat
Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tiroidektomi serta penanganan secara maksimal dalam masyarakat.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Tiroidektomi adalah operasi untuk pengangkatan kelenjar tiroid. Operasi yang dilakukan bersih dan tergolong operasi yang besar besar. Kelenjar tiroid yang akan diambil tergantung keadaan klinis dan penggolongan risiko dari kanker tiroid serta perluasan tumor (Yolanda, 2018).

Nyeri leher dan kekakuan pada leher terjadi setelah operasi tiroid atau paratiroid karena selama operasi tiroid atau paratiroid leher diekstensikan maksimal selama prosedur operasi mungkin dapat memakan waktu hingga berjam jam. Sehingga dapat menyebabkan kekakuan pada otot kemudian menyebabkan rasa sakit dan tegang di leher kadang juga menyebabkan sakit kepala ((Yolanda, 2018)).

Kanker tiroid adalah penyakit kelenjar tiroid yang ada dibagian depan leher sedikit dibawah laring berbentuk kupu – kupu. Biasanya kanker tiroid ini tergolong tumor dengan pertumbuhan dan perjalanan penyakit yang lambat, disertai dengan morbiditas dan mortalitas yang rendah (Basuki, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa operasi tiroidektomi dapat mengangkat kelenjar tiroid yang ada di bagian leher operasi ini termasuk operasi yang tergolong besar dan juga operasi ini memakan waktu yang cukup lama hingga berjam jam sehingga menyebabkan otot menjadi kaku dan rasa sakit di bagian leher.

2. Etiologi

Hal yang dapat mendasari tiroid adalah dari sel – sel tiroid yang heterogen dalam suatu kelenjar tiroid pada setiap individu. Suatu kelenjar tiroid yang normal , sensitivitas sel – sel dalam folikel yang sama terhadap stimulus TSH dan faktor penumbuhan lainya yang sangat bervariasi. Sel – sel

folikel dengan daya replikasi yang tinggi ini tidak tersebar merata dalam satu kelenjar tiroid sehingga akan tumbuh nodul lainya (Basuki, 2019).

3. Patofisiologi

Yodium merupakan bahan utama yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan hormone tiroid. Bahan yang mengandung yodium diserap oleh usus, masuk kedalam sirkulasi darah dan ditangkap paling banyak oleh kelenjar tiroid. Dalam kelenjar yodium dioksida menjadi bentuk yang aktif yang distimulasikan oleh Tiroid Stimulating Hormon kemudian disatukan menjadi molekul tiroksin yang terjadi pada fase sel koloid. Senyawa yang terbentuk dalam molekul di yodotironin membentuk tiroksin, dan molekul triiodotironin. Tiroksin menunjukkan pengaturan umpan balik negatif dari sekresi TSH dan bekerja langsung pada tirotropihypofisis, sedangkan triiodotironin merupakan hormon metabolik yang tidak aktif. Akibat dari kekurangan yodium maka tidak terjadi peningkatan pembentukan tiroksin dan triiodotironin, ukuran folikel menjadi lebih besar dan kelenjar tiroid dapat bertambah berat sekitar 300-500 gram. Beberapa obat dan keadaan dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan metabolisme tiroid sekaligus dapat menghambat sintesis tiroksin dan melalui rangsangan umpan balik negatif meningkatkan pelepasan TSH oleh kelenjar hipofisis. Keadaan ini bisa menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid .

Biasanya tiroid mulai membesar pada usia muda dan berkembang menjadi multinodular pada saat dewasa. Karena pertumbuhan dapat berlangsung angsur, tiroid dapat menjadi besar tanpa gejala kecuali benjolan di leher. Sebagian besar penderita dapat hidup dengan strumanya tanpa ada keluhan. Walaupun sebagian tidak mengganggu pernafasan karena menonjol kebagian depan, sebagian lain dapat menyebabkan penyempitan trakea bila pembesaranya bilateral (Basuki, 2019).

4. Manifestasi Klinis

Beberapa penderita tiroid biasanya tidak mempunyai gejala sama sekali. Jika tiroid cukup besar dapat menekan area trakea yang mengakibatkan gangguan pada respirasi dan juga esofagus tertekan sehingga terjadi gangguan menelan. Peningkatan seperti ini jantung menjadi berdebar – debar, gelisah, berkeringat, tidak tahan cuaca dingin, dan kelelahan. Beberapa diantaranya mengeluh adanya gangguan menelan, gangguan pernafasan, rasa tidak nyaman di area leher, dan suara yang serak.

Pada pemeriksaan ini dapat dibedakan dalam beberapa hal

- a. Jumlah nodul satu atau lebih dari satu
- b. Konsistensi : lunak, kistik, keras atau sangat keras
- c. Nyeri pada penekanan: ada atau tidak
- d. Perlekatan dengan sekitarnya : ada atau tidak ada
- e. Pembesaran kelenjar getah bening di sekitar tiroid (Basuki, 2019).

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pada saat palpasi terasa teraba dengan jelas, konsistensinya terasa kenyal.
- b. Pemeriksaan sidik tiroid yang dilakukan dengan radioisotope berupa ukuran, bentuk, lokasi, dan yang paling utama fungsi bagian tiroid.
- c. Pemeriksaan tiroid diantaranya yaitu:
 - 1) Nodul yang dingin apabila terjadi penangkapan yodium akan berisi kosong atau kurang dibandingkan dengan sekitar yang menunjukkan fungsi yang sangat rendah.
 - 2) Nodus yang panas apabila terjadi penangkapan yodium akan berisi lebih banyak daripada sekitar dan keadaannya menunjukkan aktivitas yang lebih.
 - 3) Nodul yang hangat apabila terjadi penangkapan yodium sama dengan sekitarnya dan fungsinya sama dengan tiroid lainya (Diyani, 2019).

6. Komplikasi

- a. Gangguan menelan atau bernafas.
- b. Gangguan pada jantung baik berupa gangguan hingga penyakit jantung kongesif (jantung tidak dapat memompa darah keseluruh tubuh manusia).
- c. Osteoporosis, dapat terjadi peningkatan pada proses tulang sehingga menyebabkan tulang menjadi rapuh, keropos atau dapat mudah patah.

Komplikasi yang dapat timbul setelah operasi yaitu:

1) Perdarahan

Akibat terjadinya perdarahan bisa menyebabkan hematon dapat mengadakan penekanan pada laring, dyspnea.

2) Edema laring

Akibat dari terjadinya manipulasi pada trakea atau akibat dari endrotakrea tube dapat terjadi tindakan trakeotomi bagian bawah.

3) Hormonal

Kelenjar paratiroid bisa ikut terangkat sehingga menimbulkan kram pada otot, kejang atau pun tremor (Rahmayani & Hidayat, 2015).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Penatalaksanaan konservatif

1) Pemberian tiroksin dan obat anti tiroid

Tiroksin biasanya digunakan untuk menurunkan ukuran struma dan selama ini bisa diyakini bahwa pertumbuhan sel kanker tiroid dapat dipengaruhi oleh hormone TSH. Oleh itu untuk menekankan TSH dapat diberikan hormone tiroksin (T4) ini juga bisa diberikan untuk mengatasi hipotiroidisme yang dapat terjadi sesudah melakukan operasi pengangkatan kelenjar tiroid. Obat anti tiroid yang dapat digunakan biasanya adalah propiltiourasil dan metimasol/karbimasol.

2) Terapi yodium radioaktif

Yodium radioaktif dapat memberikan radiasi dengan dosis yang sangat tinggi pada kelenjar tiroid sehingga bisa menghasilkan ablasi pada jaringan. Pasien yang tidak mau di operasi pemberian yodium radioaktif bisa dapat mengurangi gondok antara 50 %. Yodium radioaktif biasanya berkumpul dalam kelenjar tiroid lainnya sehingga dapat memperkecil penyinaran terhadap jaringan yang lain.

b. Penatalaksanaan operatif

1) Tiroidektomi

Pada struma yang besar dapat melakukan tindakan operasi apabila terjadi pengobatan yang gagal, dapat terjadi gangguan misalnya penekanan pada organ sekitarnya. Indikasi yang ganas pasti dapat dicurigai. Tindakan yang dilakukan pembedahan ini untuk mengangkat kelenjar tiroid adalah tiroidektomi.

2) L – tiroksin

Biasanya preparat digunakan apabila terdapat nodul yang hangat, kemudian dilakukan pemeriksaan ulang pada tiroid. Apabila nodul mengecil biasanya terpi dilanjutkan apabila tidak mengecil ataupun membesar bisa dilakukan operasi.

3) Biopsy aspirasi jarum halus

Dapat dilakukan pada penderita kista tiroid sehingga kurang dari 100mm.

4) Vries coupe merupakan pemeriksaan pada jaringan untuk dapat mengetahui apakah ada keganasan atau tidak pada sel ataupun pada jaringan, untuk dapat melihat hasilnya dan lama waktu pada pemeriksaanya bisa dapat diketahui pada hari itu juga (Rahmayani & Hidayat, 2015).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Identitas klien

Identitas klien seperti nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal, dan jam masuk rumah sakit dan diagnosa medis. Biasanya orang yang rentang mengalami tiroid adalah perempuan karena hormone perempuan berbeda dibandingkan dengan pria. Biasanya pengidap tiroid umumnya lebih muda dibandingkan dengan yang lebih tua dan juga kebutuhan yodium tubuh jarang terpenuhi.

2. Keluhan umum

Pada pasien tiroid biasanya mengeluh terdapat pembesaran pada leher dan juga mengalami nyeri yang dirasakan oleh pasien, sehingga mengalami kesulitan untuk menelan dan bernafas. Untuk mengetahui nyeri biasanya dikaji menggunakan PQRST antara lain:

a. Provokatif atau paliatif

Apakah ada yang menyebabkan nyeri, apakah nyeri dapat berkurang apabila klien beristirahat, apakah nyeri yang dirasakan bertambah sakit jika melakukan aktivitas, aktivitas mana yang dapat menjadikan nyeri bertambah.

b. Quality of pain

Seperti apa nyeri yang dapat dirasakan oleh klien? Apakah seperti tertusuk – tusuk.

c. Region

Dimana saja lokasi nyeri harus bisa ditunjukkan dengan tepat oleh klien, apakah rasa sakit yang dialami bisa berkurang, dan dimana rasa sakit itu terjadi.

d. *Severity (scale of pain)*

Seberapa hebat nyeri yang dapat dirasakan oleh klien, berdasarkan skala nyeri/gradasi dan bisa menjelaskan seberapa hebat nyeri dapat mengganggu fungsinya.

e. *Time*

Berapa lama nyeri dapat berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk atau bertambah baik pada malam hari maupun pada siang hari.

1. RiwayatKesehatan

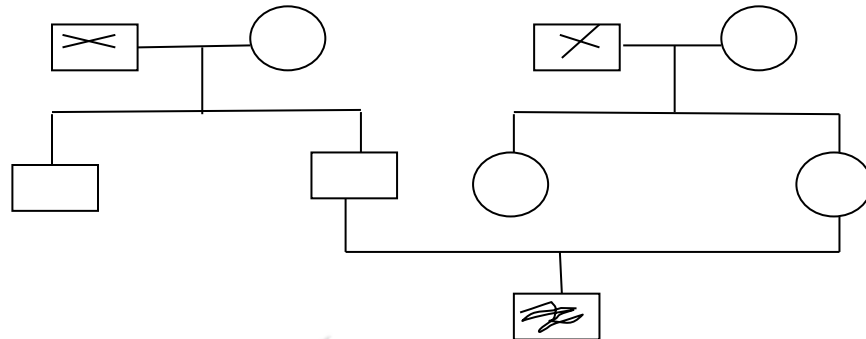
a. *Riwayat penyakit sekarang*

Keluhan yang dirasakan biasanya terasa berat di leher. Ketika menelan trakea bisa naik untuk menutupi laring dan epiglottis sehingga mengakibatkan terasa berat karena dapat terfikasi pada trakea. Biasanya pembesaran tiroid itu didahului oleh pembesaran pada nodul pada leher yang semakin membesar sehingga bisa mengakibatkan terganggunya pada pernafasan karena yang terjadi penekanan trakea esophagus perlu dilakukan operasi.

b. *Riwayat penyakit dahulu*

Sebelumnya perlu ditanyakan terlebih dahulu yang berhubungan dengan penyakit gondok, apakah sebelumnya pernah menderita penyakit gondok atau tidak. Kalau pernah perlu dikaji alasan masuk rumah sakit dan kapan itu terjadi, terus klien dapat dirawat di rumah sakit berapa kali, kapan waktu kejadiannya. Juga perlu memperoleh informasi tentang penggunaan obat – obatan saat sekarang maupun di masa lalu. Penggunaan obat – obatan ini biasanya diperoleh dari dokter atau petugas kesehatan maupun yang di peroleh secara bebas. Biasanya jenis obat – obatan yang mengandung hormone atau dapat merangsang aktifitas hormonal seperti hidrokortison, levothyroxine, kontrasepsi oral dan obat – obatan antihipertensif.

c. Riwayat kesehatan keluarga



keterangan :

 : pasien

 : laki – laki sudah meninggal

 : perempuan

 : laki – laki

Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien saat ini atau yang berhubungan secara langsung dengan gangguan hormonal seperti: Obesitas, Dm, gangguan pertumbuhan dan perkembangan, kelainan pada kelenjar tiroid. Dalam mengidentifikasi yang di dapatkan ini tentunya perawat bisa menjelaskan informasi yang ingin diketehaui oleh keluarga dan bahasa yang digunakan sederhana dan dapat dimengerti oleh klien/keluarga.

d. Riwayat psikososial spiritual

Mengkaji respon emosi yang dialami klien terhadap penyakit yang dideritanya, peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruh dalam kehidupan sehari – hari baik dalam kehidupan keluarga maupun dalam masyarakat.

2. Pola – pola kesehatan

Dalam tahap pengkajian ini perawat perlu mengetahui pola – pola dan fungsi kesehatan dalam proses keperawatan saat ini

a. Pola persepsi dan tata laksana

Pada kasus tiroid, klien biasanya merasa cemas karena penyakit yang diderita pada dirinya, oleh karena itu klien harus bisa menjalani penatalaksanaan kesehatan agar bisa sembuh. Selain itu dilakukan pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup klien, seperti penggunaan obat apa saja yang dikonsumsi.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Klien tiroid harus dapat mengkonsumsi nutrisi dengan makanan yang sehat dan juga makanan yang rendah yodium seperti daging sapi, garam putih telur dan lain sebagainya.

c. Pola eliminasi

Klien tiroid tidak ada gangguan pada pola eliminasi, tetapi juga perlu dikaji tentang frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses pada pola eliminasi. Pada pola eliminasi mengkaji frekuensi, kepekaan, warna, bau, dan jumlahnya.

d. Pola istirahat dan tidur

Pada klien tiroid yang merasakan nyeri gerakan tidurnya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien, selain itu pengkajian juga dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan pada sekitar, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur. Ketika sedang melakukan aktivitas yang dapat mengganggu tidur dapat mengakibatkan bertambahnya nyeri pada leher.

e. Pola aktivitas

Klien dengan post op tiroidektomi sering kali mengalami gangguan pada aktivitas sehari – harinya karena merasakan nyeri yang dialami

karena dapat menyebabkan gerakan yang terbatas semua bentuk aktifitas klien berkurang dan klien butuh bantuan orang untuk membantunya. Hal ini dapat dikaji dalam bentuk aktifitas klien terutama pada pekerjaan klien.

f. Pola hubungan interpersonal dan peran

Klien dapat kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena klien harus menjalani rawat inap di rumah sakit, sehingga terjadi perubahan peran yang dapat mengganggu hubungan interpersonal yaitu pasien merasa tidak berguna lagi.

g. Pola persepsi dan proses diri

Dampak yang terjadi pada klien tiroid adalah timbul rasa cemas akibat ada benjolan pada lehernya dan ketidakmampuan untuk melaksanakan aktivitas secara normal.

h. Pola sensori dan kognitif

Pada penderita tiroid daya bergerak berkurang terutama pada bagian leher sedangkan pada anggota tubuh lainnya tidak mengalami gangguan.

i. Pola reproduksi dan seksual

Pada saat menderita sakit klien tidak dapat melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan juga aktivitas bergerak menjadi terbatas, serta merasa nyeri.

j. Pola keyakinan dan tata nilai

Klien tiroid tidak dapat melakukan ibadah dengan baik, terutama konsentrasi dalam beribadah. Hal ini dapat disebabkan oleh rasa nyeri dan keterbatasan dalam bergerak. Adanya kecemasan yang dialaminya klien meminta perlindungan atau bisa mendekatkan diri dengan Allah SWT (Rahmayani & Hidayat, 2015).

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Tanda – tanda yang harus ditulis adalah keadaan kesadaran klien seperti composmentis, apatis, gelisah, spoor, koma tergantung pada keadaan klien masing – masing.

b. Pemeriksaan kepala

Pada umumnya klien dengan tiroid pemeriksaan yang dilakukan pada bagian kepala apakah ada benjolan atau tidak.

c. Sistem Integumen

Perhatikan adanya pembengkakan atau tidak, pada bagian ini biasanya sering terjadi.

d. Sistem pernafasan

Klien yang mengalami tiroid biasanya tidak mengalami kelainan pada pernafasan. Pada pemeriksaan palpasi dada simetris kanan dan kiri. Auskultasi tidak mendengar suara tambahan.

e. Sistem kardiovaskuler

Pada pemeriksaan inspeksi tidak ada iktus jantung. Pemeriksaan palpasi nadi lebih meningkat. Auskultasi biasanya tidak ada suara murmur pada jantung.

f. Sistem pencernaan

Inspeksi pada abdomen simetri, abdomen datar. Palpasi tidak terdapat defans muscular. Perkusi ada pantulan gelombang cairan. Dan auskultasi terdengar suara usus normal.

g. Sistem persyarafan

Status mental klien diobservasi pada penampilan dan tingkah laku klien. Status mental klien biasanya tidak mengalami perubahan.

h. Sistem Musculoskeletal

Pada pemeriksaan ini harus dilakukan dan harus dikaji apakah ada nyeri tekan, panas, kemerahan dan edema pada ekstremitas bawah.

- i. Sistem integumen, imunitas, dan kuku

Warna kulit dan kondisi luka yang di alami klien (et al., 2019).

4. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Berikan teknik non farmalogis untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu ((SIKI, 2018)).

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Intervensi

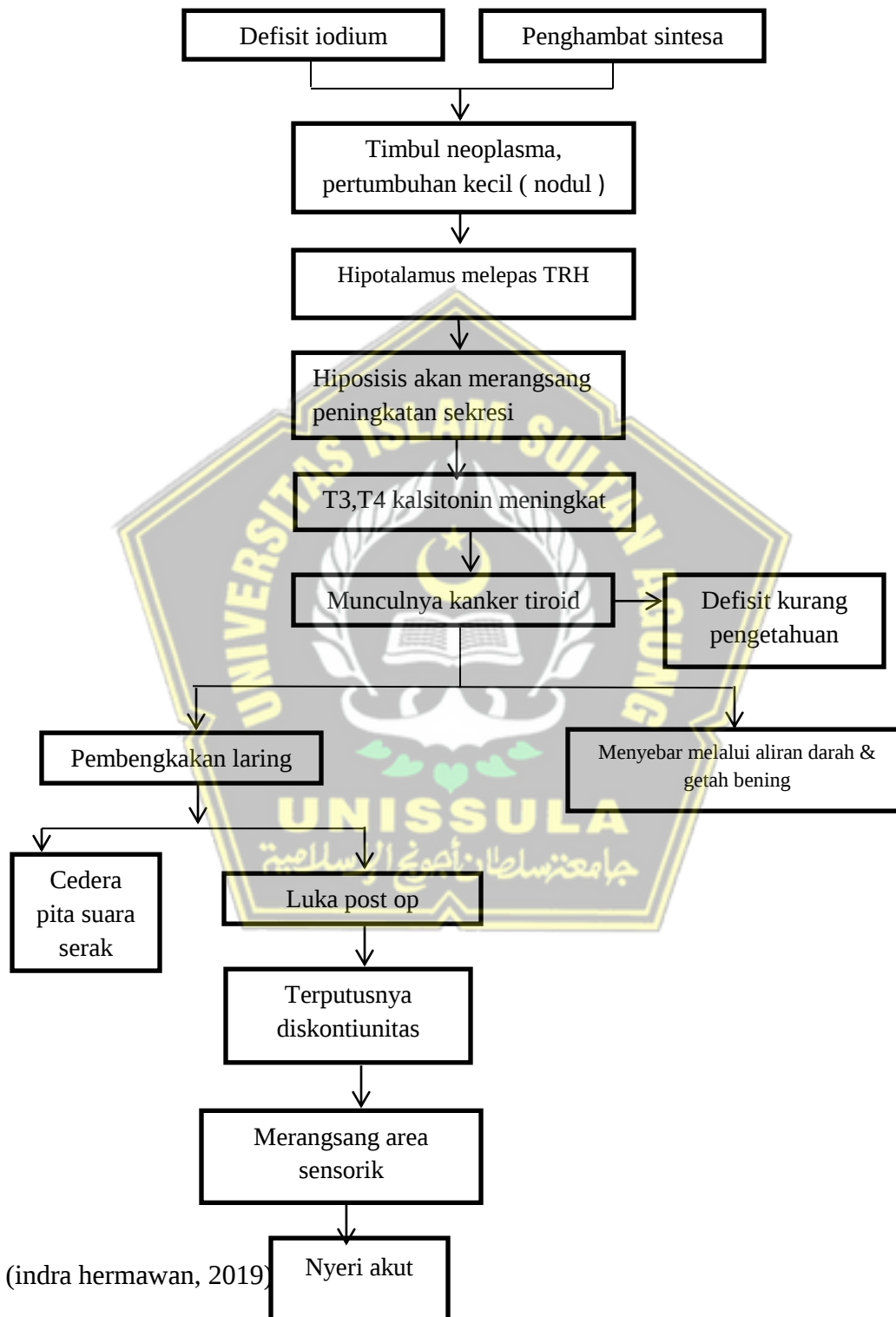
- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengandung tidur (misalnya: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi (SIKI, 2018).

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Intervensi

- 1) Identifikasi kesiapan dan informasi mengenai lingkungan
- 2) Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (SIKI, 2018).

Pathway



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. D pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 14.30 WIB, dengan melakukan wawancara secara langsung terhadap pasien dan keluarganya, kemudian melakukan observasi secara langsung pada pasien dan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dan juga melihat data rekam medik seperti hasil laboratorium, terapi apa saja yang di dapatkan oleh pasien, hasil radiologi dan melihat catatan perkembangan pasien serta melakukan penilaian skala nyeri pasien. Ny. D berusia 24 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA, pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 14 Februari 2021 pukul 20.00 WIB. Pasien masuk rumah sakit karena merasakan adanya benjolan dileher sehingga dokter menyarankan untuk operasi, kemudian pasien di bawa ke RSI Sultan Agung Semarang.

1. Riwayat kesehatan

a. Keluhan umum

Pasien mengatakan adanya benjolan dileher dan pasien merasakan nyeri.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan merasakan adanya benjolan dileher sehingga dokter menyatakan untuk operasi kemudian dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang dari data yang didapatkan pasien mengalami ca tiroid.

c. Riwayat kesehatan lalu

Pasien Ny. D mengatakan tidak memiliki penyakit sebelumnya dan juga pasien tidak pernah dirawat di Rumah Sakit sebelumnya, pasien pernah mengalami kecelakaan dibagian dagu, pasien juga tidak memiliki alergi obat – obatan dan pasien juga pasien pernah di imunisasi waktu kecil.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien Ny. D adalah anak satu – satunya dan juga belum menikah. Bapak Ny. D anak ke 2 dari 2 bersaudara laki – laki semua lalu ibunya Ny. D anak ke 2 dari 2 bersaudara perempuan semua. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang sedang di derita oleh pasien.

e. Riwayat kesehatan lingkungan

Ny. D mengatakan bahwa rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal bersih dan rumah pasien juga jauh dari ancaman bahaya.

2. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Ny. D mengatakan bahwa kesehatannya itu penting, maka pasien selalu menjaga pola makan serta kalau sakit pasien berobat ke klinik terdekat. Sebelum sakit Ny. D bekerja sebagai karyawan swasta dan juga biasanya sering berjalan – jalan kecil di sekitar rumah tempat tinggal, selama dirawat pasien tidak bisa bekerja dan tidak dapat melakukan jalan – jalan kecil karena fokus dengan pengobatannya dan juga kesembuhan yang dijalani saat ini.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Ny. D mengatakan sebelum sakit pola makan teratur yaitu 3x1 sehari tidak ada pantangan makanan yang tidak boleh dimakan. Ny. D tidak mengalami gangguan menelan maupun mengunyah. Dan juga pasien mengatakan menyukai semua makanan yang dikonsumsi.

c. Pola Eliminasi

Ny. D mengatakan BAB nya normal dengan konstipasi padat, dan juga tidak ada perubahan dalam BAB. Saat BAK pasien mengatakan lancar tidak ada gangguan.

d. Pola aktivitas dan latihan

Ny. D mengatakan bahwa tidak memiliki kesulitan dan keluhan dalam aktivitas, pasien juga biasanya melakukan olahraga jika ada waktu senggang, pasien tidak ada keluhan dengan pergerakan tubuhnya, pasien

juga tidak ada keluhan pada makanan, tidak ada keluhan mual dan muntah, BB pasien 53 dan Tb pasien adalah 154, pasien mengatakan tidak memerlukan bantuan untuk berjalan, pasien juga tidak mudah merasakan kelelahan.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Ny. D mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur dan tidak ada kesulitan tidur, tidurnya nyaman setelah dirawat tidurnya cepat merasa tidak nyaman dan juga sering kebangun karena merasakan nyeri.

f. Pola kognitif – perseptual sensori

Ny. D tidak ada keluhan dalam penglihatan dan juga tidak ada gangguan penderangan, pasien mengatakan masih bisa mengingat dengan baik dan dapat dipahami, pasien juga mengatakan jarang mengalami pusing, selama dirawat pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi kemudian diukur dengan pendekatan P: Pasien nyeri dibagian leher, Q: nyeri seperti tertusuk – tusuk, R: nyeri dibagian leher, S: skala nyeri 5, T : nyeri yang dirasakan mendadak.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

1) Persepsi diri

Ny. D mengatakan ingin cepat sehat dan bisa melakukan aktifitas seperti biasanya.

2) Konsep diri

a) Citra diri

Pasien mengatakan sekarang pasien butuh bantuan saat akan ke kamar mandi.

b) Identitas

Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat pasien mengatakan hidup bersama klien.

c) Peran

Pasien mengatakan menjadi seorang anak bagi keluarga.

d) Ideal diri

Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan beraktivitas seperti biasa.

e) Harga diri

Pasien mengatakan dipandangan orang tuanya klien sangat baik.

f) Pola Mekanisme koping

Ny. D mengatakan apabila ada masalah pasien berdiskusi dengan keluarga dan juga ketika mengambil keputusan selalu dibantu oleh keluarga.

g) Pola Seksual – Reproduksi

Ny. D mengatakan paham dan mengerti mengenai fungsi seksual dan pasien tidak ada hubungan seksual karena pasien belum menikah, pasien tidak mempunyai tumor dan keganasan dalam system reproduksi, dan juga pasien mengatakan teratur dalam menstruasi dan tidak ada keluhan saat menstruasi.

h) Pola nilai dan kepercayaan

Ny. D mengatakan pasien memeluk agama islam dan juga ibadahnya lancar dalam menjalankan sholat 5 waktu.

i) Pola peran – berhubungan dengan orang lain

Ny. D mengatakan hubungan dengan keluarga, tetangga sangat baik dan berkomunikasi dengan prang lain baik, lancar pasien juga mengatakan bahwa orang yang berpengaruh dalam hidupnya adalah keluarga, teman, sahabat dan pasien saat ada masalah biasanya meminta bantuan kepada teman / keluarga. Dan tidak ada kesulitan dalam berhubungan dengan keluarga.

h. Pemeriksaan fisik (Head To Toe)

Hasil pengkajian pemeriksaan fisik pada Ny. D post op Tiroidektomi hari pertama didapatkan kesadaran composmentis penampilan pasien nampak

lemas pemeriksaan tanda – tanda vital dengan hasil TD : 122/76 mmHg, suhu tubuh : 36.6 respirasi 20x/menit, nadi 85x/menit.

Bentuk kepala : rambut lurus, berwarna hitam, bersih. Mata : bentuk simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung : bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung. Telinga : bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Mulut dan tenggorokan : tidak ada kesulitan berbicara, gigi bersih, rapi. Leher : ada benjolan disekitar leher. Dada : jantung (inspeksi : lectus tidak nampak, palpasi : letus teraba, perkusi : pekak, auskultasi : suara jantung terdengar lup dup). Abdomen : (inspeksi : tidak ada luka, palpasi : terdengar bising usus, perkusi : timpani, auskultasi : tidak ada masa) ekstremitas atas dan bawah 1) inspeksi kaku, kulit (atas : kulit bersih, berwarna sawo matang. Bawah : tidak ada edema, bersih) 2) kemampuan berfungsi: otot tidak ada gangguan dan gerakan kaki tidak ada gangguan. Kulit : kulit bersih berwarna sawo matang.

Data Penunjang :

1. Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	13.3	11.7 – 15.5	g/dl	
Hematokrit	42.3	33.0 – 45.0	%	
Leukosit	9.33	3.60 – 11.0	Ribu/NL	
Trombosit	332	150 – 440	Ribu/NL	
Golongan				
Darah/RH B/positif				

PPT				
PT	10.9	9.3 – 11.4	Detik	
PT (Kontrol)	11.0	9.1 – 12.3	Detik	
APTT				
APTT	25.4	21.8 – 28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	25.8	21. 0 – 28.4	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah	84	7.5 – 110	Mg/dl	
sewaktu				
Ureum	13	10-50	Mg/dl	
Creatinin	0.90	0.60- 1.10	Mg/dl	
Elektrolit (Na, k, cl)				
Natrium (na)	137. 0	135-147	Mmol/l	
Kalium (k)	4.20	3.5-5.0	Mmol/l	

2. Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Ket
Klorida (Cl)	H 107.0	95-105	Mmol/L	
IMUNOLOGI				
HBsAG	Non	Non reaktif		
(Kualitatif)	reaktif			
TsHs	H 5.833	0.25 – 5.00	UIU/ml	
FT4	11. 41	10.6 – 19.4	Pmol/L	

3. Hasil pemeriksaan instalasi (RADIOLOGI)

Hasil pemeriksaan dengan N : 2102140021-0002 dengan nomer rekam medis : 01423422 atas nama : Ny. D berjenis kelamin perempuan umur 24 tahun 10 bulan 27 hari, alamat : Kp Bendan RT 01/04 Pati kidul, Ruang Baitussalam 2, kelas II, Dr. pengirim Darwito, DR, H, SH, SP.B(K) OHK, tgl pemeriksaan: 14 Febuari 2021, tanggal hasil : 14 Febuari 2021, jenis pasien : JKN NoN PBI

Kesan : Cor TAK MEMBESAR, pulmo tak tampak kelainan.

4. Diet yang di peroleh : Nasi

5. Terapi

Humalog diberikan 3x1, cefriaxiant 2x1, cefixime 200mg, ketorolac 3x1, rainlos 2x1.

B. Analisa data

Data ditemukan pada saat melakukan Analisa data pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 15.00. di dapatkan data subyektif pertama : pasien mengatakan ada nyeri dibagian leher, meringis, ada benjolan p: pasien mengatakan nyeri dibagian leher, Q: nyeri seperti tertusuk – tusuk, R: pasien mengatakan nyeri bagian leher, UNISSULA S: skala nyeri 5, T: nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data objektif di dapatkan pasien mengatakan nyeri dibagian leher, gelisah, meringis. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital di dapatkan: TD: 122/70 mmhg. S: 36,0, N: 72x/menit, RR: 20x/menit. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnose keperawatan **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik.**

Analisa data yang kedua, didapatkan data subyektif : pasien mengatakan tidak puas saat tidur, sering mudah terbangun, nampak gelisah, Data Obyektif : pasien tidak puas saat tidur, kurang istirahat, tidurnya tidak teratur. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital di dapatkan : TD : 113/60

mmhg, N : 80x/menit, S : 36, RR : 20x/menit. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnose keperawatan **Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.**

Data fokus yang ketiga, didapatkan data subyektif : pasien mengatakan kurang mengetahui adanya gondok, informasi mengenai penyakit kurang, Data obyektif : pasien terlihat menyesal karena baru mengetahui penyakitnya, nampak menyesal, kecewa, bingung, melakukan pemeriksaan yang kurang tepat. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnose keperawatan **defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.**

C. Planning / intervensi keperawatan

Tahap ini merupakan tahapan keperawatan yang digunakan untuk menentukan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri pada leher. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mengeluh sulit tidur menurun dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi antara lain: identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makan/minum yang mengganggu tidur.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mengetahui mengenai penyakit yang dialami meningkat, nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun. Intervensi antara lain: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.

D. Implementasi

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah yang sudah ada, kemudian melakukan implementasi sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Ny. D. implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah yang dirasakan pasien pada tanggal 16 Febuari 2021. Implementasi hari pertama pada tanggal 16 Febuari 2021 yaitu:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri di bagian leher. Pukul 15.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Pukul 15.10 memberikan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 15.20 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 15.25 mengkolaborasi pemberian analgetik.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 15.30 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Pada pukul 15.33 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Pada pukul 15.35 menjelaskan faktor fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan. Pada pukul 15.40 menganjurkan perilaku bersih dan sehat.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan mengeluh sakit tidur. Pukul 15.45 mengidentifikasi pola aktifitas dan

tidur. Pada pukul 15.46 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Pada pukul 15.48 menetapkan jadwal tidur rutin. Pada pukul 15.50 menganjurkan menempati kebiasaan waktu tidur.

Implementasi hari kedua pada tanggal 17 Februari 2021 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada pukul 15.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Pada pukul 15.10 mengidentifikasi skala nyeri. Pada pukul 15.15 memberikan teknik nonfarmologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pada pukul 15.20 mengkolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pada pukul 15.25 mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur. Pada pukul 15.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Pada pukul 15.35 mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur. Pada pukul 15.40 menetapkan jadwal tidur rutin.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pada pukul 15.45 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Pada pukul 15.48 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Pada pukul 15.50 menjelaskan faktor fisiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. Pada pukul 15.55 menganjurkan perilaku bersih dan sehat.

Implementasi hari ketiga pada tanggal 18 Februari 2021 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada pukul 09.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Pada pukul 09.05 mengidentifikasi skala nyeri. Pada pukul 09.10 mengkolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pada pukul 12.25 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Pada pukul 12.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pada pukul 11.35 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Pada pukul 11.40 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Pada pukul 11.45 menjelaskan faktor fisiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. Pada pukul 11.50 menganjurkan perilaku bersih dan sehat.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah diberikan.

1. Evaluasi hari pertama pada tanggal 16 Febuari 2021

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Di dapatkan data S : pasien mengatakan nyeri pada leher, rasanya hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak dan skalanya 5, P : pasien mengatakan nyeri dirasakan saat menelan, Q : nyeri yang dirasakan hilang timbul, R : nyeri dibagian leher, S : skala nyeri 5, O : Pasien tampak meringis merasakan nyeri TD : 122/70 mmhg. S : 36,5, RR : 20x/menit, N : 80x/menit, A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis, anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri).

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur S : pasien mengatakan kadang terbangun di malam hari karena nyeri pada leher, O : pasien tampak kurang tidur, A : masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi S: pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami, O : pasien tampak bingung, A: masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi

2. Evaluasi hari kedua pada tanggal 17 Febuari 2021 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri 4, O : pasien tampak masih merasa lesu : TD : 122x/menit, N : 70x/menit, S : 36,7, RR : 20x/ menit, A : masalah teratasi sebagian, P : lanjutkan intervensi 1 & 2.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.S : pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya dan pasien mengatakan istirahat malam berkurang, O : pasien tampak segar, A : masalah teratasi sebagian, P : lanjutkan intervensi.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.S : pasien mengatakan sedikit mengetahui tentang penyakit yang dialami, O : pasien tampak paham, A : masalah teratasi sebagian, P : lanjutkan intervensi.

3. Evaluasi hari ketiga pada tanggal 18 Febuari 2021 yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. S : pasien mengatakan nyeri berkurang dan skala nyeri menjadi 3, O : pasien tampak lebih baik TD : 124/ 73 mmhg, S : 36,0. N : 78x/menit, RR : 20x/menit, A : masalah teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.S : pasien mengatakan sudah tidak ada gangguan tidur, tidurnya sudah tidak ada keluhan, O : pasien tampak segar dan kooperatif, A : masalah teratasi, P : hentikan intervensi.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan terpapar informasi.S : pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dialami, O : pasien tampak segar dan kooperatif, A : masalah teratasi, P : Hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bagian ini akan membahas tentang kasus yang diambil oleh penulis mengenai asuhan keperawatan pada Ny. D dengan post op Tiroidektomi di ruang Baitussalam 2 Islam Sultan Agung Semarang yang dilakukan mulai tanggal 16 Febuari 2021. Penulis akan membahas terkait kekurangan dan hambatan yang didapatkan oleh penulis selama pemberian asuhan keperawatan pada pasien Ny. D dengan post op Tiroidektomi dengan tetap memberikan aspek terhadap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Hasil pengkajian dari pengambilan data yang dilakukan pertama kali dilakukan oleh perawat pada hari pertama tanggal 16 Febuari 2021 pukul 15.00 WIB diruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang penulis dapat menemukan data pasien bernama Ny. D berusia 24 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang yang beragama islam dan pasien tinggal di Desa Bendan Rt 01 Rw 04, kelurahan Pati Kidul, Pati. Pasien merupakan seorang pekerja swasta. Pasien di bawa ke rumah sakit karena ada benjolan di bagian leher awalnya tidak mengetahui ada benjolan di leher tapi lama kelamaan benjolan mulai muncul pasien di periksa dengan diagnosa medis Tiroidektomi pada tanggal 16 Febuari 2021 pukul 12.00 WIB.

Hasil pengkajian setelah dilakukan operasi keluhan utama pasien merasakan nyeri di bagian leher. Pengertian dari tiroidektomi adalah operasi untuk pengangkatan kelenjar tiroid operasi yang dilakukan bersih dan tergolong operasi yang besar. Kelenjar tiroid yang akan diambil tergantung keadaan klinis

dan penggolongan risiko dari kanker tiroid serta perluasan tumor (Yolanda, 2018).

Keluhan nyeri biasanya sering dirasakan pada pasien pasca operasi. Klien mengatakan nyeri P : Pasien nyeri dibagian leher, Q : terasa seperti tertusuk – tusuk, R : bagian leher, S : skala 5, T : nyeri hilang timbul, pada pemeriksaan fisik didapatkan TD : 122/70 mmhg, S : 36°C, N : 72*/menit, RR : 20*/menit.

B. Diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Nyeri akut adalah kondisi yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif karena perasaan nyer setiap orang berbeda – beda dalam hal skala atau tingkatnya dan orang tersebut yang dapat menjelaskan rasa nyeri yang dialaminya (et al., 2017). Batasan karakteristik mayor untuk diagnosis nyeri akut antara lain nampak nyeri, nampak meringis, gelisah (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan nyeri dibagian post op tiroid, pasien mengatakan nyeri, tampak meringis, dan gelisah. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena pengkajian didapatkan pasien nampak nyeri. Batasan karakteristik didapatkan gejala dan tanda mayor subyektif mengeluh nyeri sedangkan diobyektifnya yaitu tampak gelisah, meringis. Pengambilan diagnosis sudah sesuai karena dari pengkajian didapatkan pasien nampak nyeri, meringis, dan gelisah. Sudah memenuhi syarat untuk 80% dari data obyektif (Basuki, 2019).

Etiologinya yaitu nyeri karena pasien mengatakan nyeri di bagian lehernya sehingga ada benjolan pada bagian post op tiroidektomi, saat ini penulis memprioritaskan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena dapat menghambat aktivitas sehari-hari yang dialami oleh klien.

Kriteria hasil dari diagnosis nyeri akut adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah yang dirasakan menurun. Dengan intervensi lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut dilaksanakan pada tanggal 16-18 Febuari 2021 pada diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisik antar lain yaitu identifikasi lokasi, karekteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang rasionalnya untuk mengetahui masing – masing karekteristik nyeri dan intensitas nyeri, intervensi yang kedua yaitu identifikasi skala nyeri rasionalnya untuk mengetahui skala nyeri pada pasien, intervensi yang ketiga yaitu berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yang rasionalnya memberikan teknik nonfarmakologi agar mengurangi rasa nyeri pada pasien, intervensi yang keempat yaitu kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri yang rasionalnya untuk mengontrol lingkungan agar nyeri berkurang, intervensi yang kelima yaitu fasilitasi istirahat dan tidur yang rasionalnya untuk memfasilitasi tidur agar nyaman, intervensi yang keenam yaitu jelaskan strategi meredakan nyeri untuk rasionalnya yaitu menjelaskan apa saja yang bisa meredakan nyeri pada pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi merupakan wujud dari perencanaan yang telah disusun ditahap sebelumnya. berdasarkan tersebut penulis dapat mengelola pasien dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada diagnosa tersebut selama 3x8 jam penulis dapat melakukan suatu pengkajian dengan monitor tanda – tanda vital, skala nyeri, memberikan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri dengan (tarik nafas dalam). Tujuan dilakukan

pengkajian tanda – tanda vital untuk mengetahui pemeriksaan selanjutnya mengenai mengecek suhu, mengecek tekanan darah, nadi pernafasan dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam tujuannya untuk merelaksasikan pasien agar lebih nyaman dan pasien fokus pada nafas dalam ((Diyani, 2019).

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Febuari 2021 data yang didapatkan adanya nyeri yang dirasakan klien saat klien bergerak karena ada benjolan di leher sehingga pergerakan yang dilakukan pasien sedikit. Tetapi ketika nyeri yang dirasakan mulai muncul pasien melakukan tindakan teknik nafas dalam sehingga nyeri dapat berkurang, meringis yang dirasakan berkurang, gelisah yang dirasakan berkurang sehingga masalah dapat teratasi dan hentikan intervensi.

2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal dan juga salah satu komplikasi yang sering muncul ketika seseorang melakukan tindakan operasi(Li , 2012). Batasan karakteristik mayor untuk diagnosis gangguan pola tidur yaitu tidak puas saat tidur, nampak gelisah, tidurnya tidak teratur, sering kebangun (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

Diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur menjadi diagnosis kedua dengan tanda subyektif dengan pasien mengatakan tidak puas saat tidur, nampak gelisah sedangkan pada dataobyektif pasien kurang istirahat, tidurnya tidak teratur, sering kebangun dengan TD : 113/60 mmhg N: 80 x/menit, S : 36, RR : 20x/menit. Diagnosa yang diambil sudah pas karena ditemukan data tidak puas saat tidur. Data tersebut memenuhi minimal 80% data mayor sehingga diagnosis keperawatan dapat diangkat(SDKI DPP, 2016).

Etiologinya yaitu gangguan pola tidur karena pasien mengatakan tidak puas saat tidur, mudah terbangun dan mudah terbangun. Saat ini penulis memprioritaskan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol

tidur karena dapat mengganggu istirahatnya sehingga tidak nyaman untuk tidur.

Prioritas diagnosis penulis menjadikan diagnosis gangguan pola tidur sebagai diagnosis kedua karena dalam pemenuhan pola tidur keseimbangan fisiologinya bertujuan untuk mempertahankan kesehatannya, menurut hirarki maslow dalam hal ini perlu diperhatikan dalam pemenuhan pola tidur sebagai kebutuhan dasar manusia salah satunya yaitu istirahat dan tidur diagnosis gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditegaskan agar masalah tersebut bisa terselesaikan (Resky Titha Nurun Nubuwuh, 2014).

Kriteria hasil setelah dilakukan tindakan 3x8 jam diharapkan mengeluh sulit tidur menurun dengan keluhan istirahat tidak cukup menurun (et al., 2017).

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur dilaksanakan pada tanggal 16-18 Februari 2021 pada diagnosis gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur yang pertama yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur yang rasionalnya untuk mengetahui aktivitas dan tidur dari pasien, intervensi yang kedua yaitu identifikasi faktor pengganggu tidur yang rasionalnya untuk mengetahui faktor – faktor pengganggu tidur, intervensi yang ketiga yaitu tetapkan jadwal tidur rutin rasionalnya agar mengetahui jadwal tidur rutin yang sudah ditetapkan oleh perawat, intervensi keempat yaitu anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur rasionalnya agar tidur menjadi efektif, intervensi kelima yaitu jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit rasionalnya intik memberikan informasi mengenai tidur yang cukup selama sakit, intervensi keenam yaitu anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur rasionalnya untuk menghindari makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi merupakan wujud dari perencanaan yang telah disusun ditahap sebelumnya. Berdasarkan tersebut penulis dapat mengelola pasien dengan diagnosa Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur pada diagnosa tersebut selama 3x8 jam penulis dapat melakukan suatu pengkajian mengajarkan cara istirahat dan aktifitas yang tepat tujuan yang dilakukan adalah supaya klien dapat mengetahui dan mendapatkan informasi mengenai istirahat yang baik dan juga pasien dapat mengetahui faktor tidur apa saja.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Febuari 2021 data yang didapatkan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur penulis sudah dapat melakukan tindakan keperawatan dengan dilakukan semaksimal mungkin dengan gangguan tidur dapat teratasi. Dan juga diharapkan tidak ada keluhan pada tidurnya pasien tampak segar dan kooperatif.

3. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Defisit pengetahuan adalah suatu keadaan atau berkurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik sehingga pasien kurang mengetahuinya informasi yang diduplikatnya. Kurangnya suatu informasi kognitif yang berhubungan dengan suatu topic tertentu.(Mativa, 2019).

Batasan karakteristik mayor untuk diagnosis defisit pengetahuan dengan kurang pengetahuan, informasi mengenai penyakit kurang (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

Pengambilan diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan tanda subyektif dengan kurang pengetahuan, informasi mengenai penyakit kurang, pasien baru mengetahui jika mempunyai gondok dibagian leher dari data obyektif didapatkan TD: 130/70, S: 36, RR: 20x/menit pasien nampak menyesal, kecewa, bingung. Diagnosa yang diambil sudah tepat karena ditemukan data kurang

pengetahuan, informasi mengenai penyakit kurang. Data tersebut memenuhi 80% data mayor sehingga diagnosa keperawatan dapat diangkat dan dapat diselesaikan (Mativa, 2019).

Etiologinya yaitu defisit pengetahuan karena pasien mengatakan kurang mengetahui ada benjolan dibagian leher dan belum mengetahui cara merawat luka dengan benar sehingga penulis yang harus dipenuhi yaitu kebutuhan dasar aman dan nyaman sehingga dapat diprioritaskan defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi.

Prioritas penulis menjadikan diagnosis defisit pengetahuan sebagai diagnosis ketiga karena dalam pemenuhan dari defisit pengetahuan pada tingkatan sosial menurut hirarki maslow hal ini perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan sosial agar mengetahui defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditegakkan agar masalah tersebut dapat terselesaikan (Resky Titha Nurun Nubuwuh, 2014).

Kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam telah ditetapkan dalam diagnosis defisit pengetahuan antara lain : pengetahuan meningkat, nafsu makan meningkat, pengetahuan informasi meningkat alasan dilakukan intervensi pengetahuan meningkat agar klien bisa mengetahui tentang penyakit yang dialaminya.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi defisit pengetahuan yang dilaksanakan pada tanggal 16 – 18 Februari 2021 pada diagnosis defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi antara lain yang pertama identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi yang rasionalnya untuk mengetahui kesiapan pasien untuk menerima informasi yang di dapatkan intervensi yang kedua yaitu identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat rasionalnya untuk mengetahui faktor yang dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat untuk pasien intervensi yang ketiga yaitu menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan rasionalnya agar pasien mengetahui

tentang pendidikan kesehatan intervensi keempat yaitu jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan rasionalnya untuk mengetahui jadwal pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dari pasien intervensi kelima yaitu ajurkan perilaku hidup bersih dan sehat rasionalnya yaitu agar pasien bisa berperilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi merupakan wujud dari perencanaan yang telah disusun ditahap sebelumnya. Berdasarkan tersebut penulis dapat mengelola pasien Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada diagnosa tersebut selama 3 x 8 jam penulis dapat melakukan suatu pengkajian dengan cara memberikan edukasi mengenai apa saja yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyakit yang dialaminya sehingga perawat memberikan edukasi. Faktor pendukung dalam memberikan edukasi adalah ingin memberikan ilmu kepada klien agar bisa mengetahui tentang penyakit yang dialaminya dan klien mempunyai partisipasi yang tinggi, faktor penghambat dalam memberikan edukasi adalah rasa percaya diri perawat untuk memberikan edukasi kurang maksimal.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 16 Febuari 2021 data yang didapatkan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi diagnosa ini penulis sudah dapat melakukan tindakan keperawatan dengan dilakukan semaksimal mungkin dengan defisit pengetahuan berhubungan dengankurang terpapar informasi dapat teratasi. Dan diharapkan pasien mengetahui cara memberikan informasi dengan benar, pasien tampak kooperatif dan segar. Masalah dapat teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam bab 5 ini penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam pada Ny. D dengan diagnosa post op Tiroidektomi di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Konsep dasar penyakit

Tiroidektomi adalah kanker pada leher sehingga ada benjolan di bagian leher untuk pengangkatan kelenjar tiroid operasi yang dilakukan bersih dan tergolong operasi yang besar. Kelenjar tiroid yang akan diambil tergantung keadaan klinis dan penggolongan risiko dari kanker tiroid serta perluasan tumor. Tiroidektomi adalah kelenjar yang ada di bagian bawah leher tempatnya dibagian bawah koak suara. Kelenjar yang berbentuk kupu – kupu dapat berfungsi untuk mengatur proses metabolisme dan fisiologi. Apabila terjadi gangguan pada tiroid salah satu pengobatan yang dilakukan dapat dilakukan pembedahan kelenjar tiroid. Prosedur pembedahan ini bertujuan untuk mengangkat kelenjar tiroid supaya penyakit tiroid diderita dapat disembuhkan atau tidak.

2. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. D dengan post op Tiroidektomi didapatkan data meliputi identitas pasien, riwayat penyakit sekarang saat ini, pemeriksaan pola. Hasil pengkajian telah ditemukan nyeri pada bagian leher pasien mengatakan nampak gelisah, nyeri, meringis, kesulitan saat beraktifitas.

3. Prioritas masalah dan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan keluhan pasien dan hasil pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien Ny. D dengan post op

Tiroidektomi pada rekam medis pasien diagnosa yang ditegakkan ada 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, Defisit pengetahuan berhubungan dengan cara merawat.

4. Intervensi

Untuk masalah keperawatan muncul sudah ditetapkan dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Di dalamnya terdapat observasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi.

5. Implementasi

Implementasi dilakukan 3 hari sesuai dengan rencana yang telah dilakukan sebelumnya terhadap diagnosa yang diambil.

6. Evaluasi diagnosa keperawatan yang dapat dilakukan penulis yaitu dengan melakukan intervensi meningkatkan keluhan nyeri menurun pada nyeri akut.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Untuk meningkatkan kualitas pendidikan melalui pengembangan ilmu keperawatan yang sudah diterapkan pada pasien post op tiroidektomi sebagai wujud peran perawat dalam melahirkan perawat yang profesional.

2. Profesi keperawatan

Diharapkan dapat menjadi acuan dan menambah wawasan bagi pelaksana asuhan keperawatan pada pasien post op tiroidektomi dengan intensitas nyeri dan kekakuan leher dengan edukasi memberikan pendidikan kesehatan mengenai tiroidektomi

3. Bagi lahan praktek (Rumah Sakit Islam Sultan Agung)

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien post op tiroidektomi di Rumah Sakit Islam Sultan

Agung Semarang dapat mempertahankan kerja sama yang baik dalam memberikan atau melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

4. Bagi masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang tiroidektomi serta penanganan secara maksimal dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan yang dapat dilakukan secara mandiri untuk mengurangi rasa nyeri, cemas dan gelisah dengan teknik tarik nafas dalam.



Daftar Pustaka

- Basuki, K. (2019). 濟無No Title No Title. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional* Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699.
- Diyani, N. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN AMAN NYAMAN (NYERI) PADA KASUS PERIOPERATIF SNNT (STRUMA NODULAR NON TOXIC) TERHADAP Ny.R DI RUANG BEDAH RSD MAYJEND HM RYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA TANGGAL 14-17 MEI 2019. 5–26.
- Etanol, E., Waru, D., & Hibiscus, G. (2017). *Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Bacillus cereus Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember*.
- li, B. A. B., & Pustaka, T. (2012).
- indra hermawan. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Tiroidektomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Bawah Rsud Dr. Slamet Garut Tahun 2019 Karya. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., Malang, T., ... Malang, T. (2017). HUBUNGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA MAHASISWA PSIK UNITRI MALANG Emi Diarti 1) , Ani Sutriningsih 2) , Wahidyanti Rahayu H 3). 2, 321–331.
- Rahmayani, R., & Hidayat, F. R. (2015). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan Tiroid Heart Disease+ Observasi Dispnea+ Pneumonia di Ruang Intensive Care Unit RSUD Abdul Wahab*
- Resky Titha Nurun Nubuwuh. (2014). *Pentingnya Penentuan Prioritas Masalah Untuk Menentukan Perencanaan Keperawatan Yang Tepat Sesuai Dengan Kebutuhan Pasien*.
- Rumah, D. I., Kanker, S., & Jakarta, D. (2017). *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung, Volume V No 2, Oktober 2017 ISSN: 2338-0020. V(2)*.
- Sebagai, D., Satu, S., Untuk, S., Gelar, M., & Madya, A. (2019). No Title.
- SIKI, P. D. (2018). *SIKI*.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (ke 1 Cetak)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional

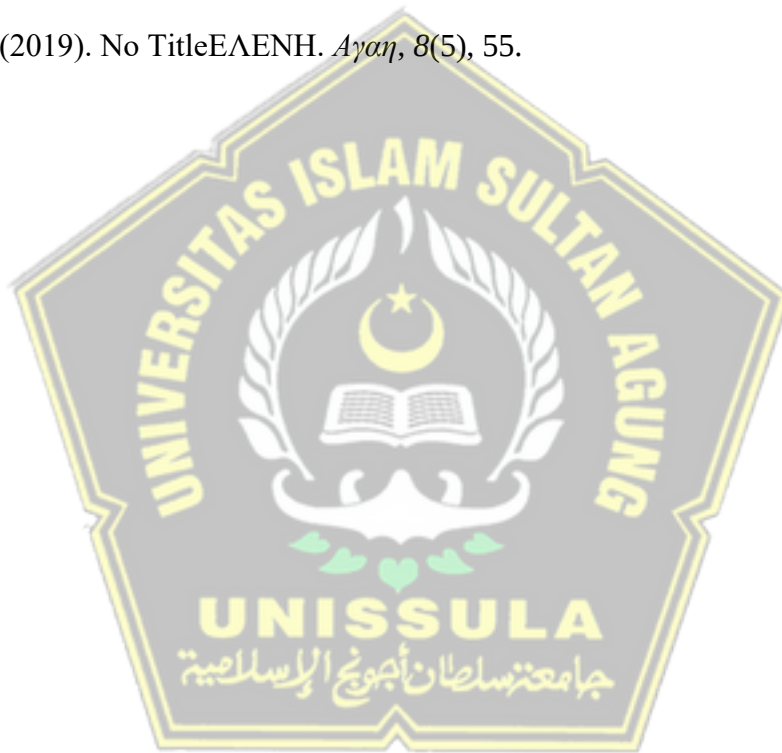
Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia* (Ke 1 Cetak). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia* (Ke 1 Cetak). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Yolanda, W. (2018). *Fakultas Kedokteran Universitas Andalas* 1. 6–9.

Mativa. (2019). No TitleEΛENH. *Ayan*, 8(5), 55.



Lampiran 1 Surat Kediaan Pembimbing

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN
POST OF TIROIDEKTOMI DI RUANG BAITUSSALAM
2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Disusun Oleh :

Nama : Reza Milenia Nur fadhila

Nim : 40901800083

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk
dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 25 Maret 2021

Semarang,

25

Maret

2021

Pemimbing

Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep
NIDN : 06-0505-7902

Lampiran 1 surat kesediaan membimbing

SURAT KESEDIAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan post op Tiroidektomi di
Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

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



Semarang, 24 Januari

20021

Pembimbing

Ns. Muh Abdurrouf, M.
Kep NIDN : 06-0505-
7902

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902

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

Nama : Reza Milenia Nur Fadhila

NIM : 40901800083

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan post op Tiroidektomi di
Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

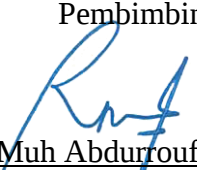
Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat
digunakan sebagaimana mestinya

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah
melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Maret 2021 sampai dengan 20
Mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 20 Mei 2021

Pembimbing


Ns. Muh Abdurrouf, M.
Kep NIDN : 06-0505-
7902

Lampiran 3

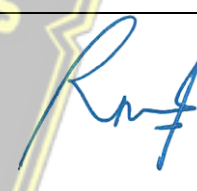
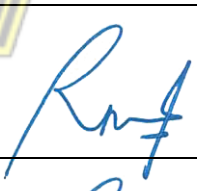
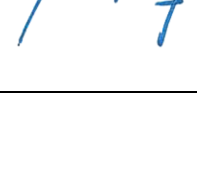
**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS
ILMIAH MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN FIK
UNISSULA 2021**

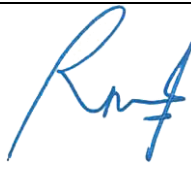
Nama Mahasiswa : Reza Milenia Nur

Fadhila NIM 40901800083

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. D Dengan post op
Tiroidektomi di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

Pembimbing : Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep

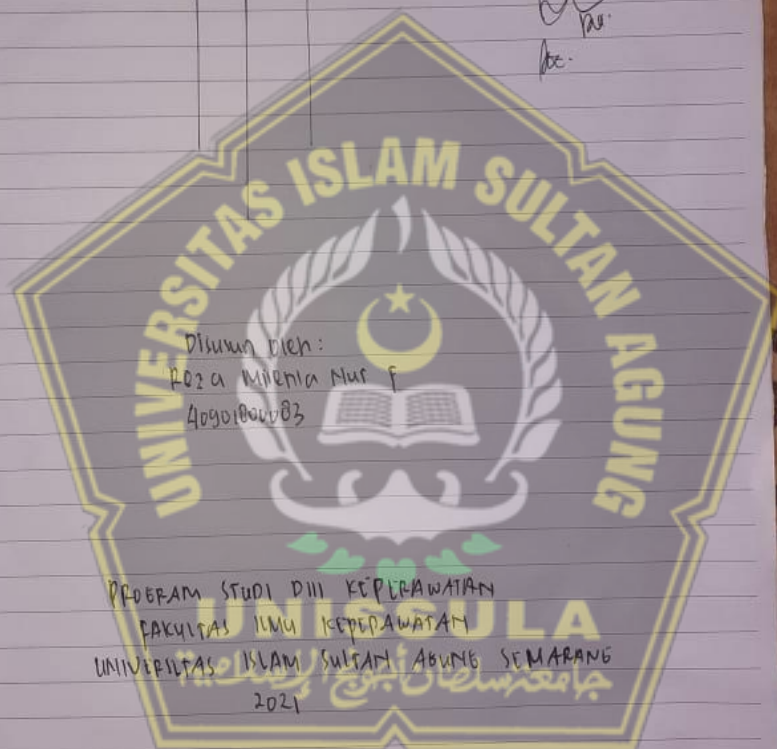
Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Senin, 17 Februari 2021	Persiapan menjelang pengambilan kasus	Kasus disetujui oleh pembimbing	
Senin, 25 Februari 2021		Pembimbing menyampaikan untuk langsung mulai pembuatan Bab 1	
Senin, 26 Maret 2021	Konsul bab 1	Pembimbing menyampaikan untuk bab 1 dikirim di grup	
Kamis, 27 Maret 2021		Perbaikan bab 1	
Senin, 1 april 2021	Konsul bab 1- 5	-Ditambahkan penguji 1 dan 2 -latar belakang (kalau prevelensi daerah	

		semarang kalau bisa) -oeran perawat membantunya dengan cara apa ditambahkan -tujuan khusus di perbaiki	
Sabtu, 24 mei 2021	Konsul koreksi kti sudah direvisi	Jurnal yang dipembahasan ditambahkan Dipengkajian bab 4 kalau tidak ada yang terlewat tidak usah	



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NYD
DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OP TIROIDOKTOMI
DI RUANG BAITUSSALAM 2
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

[Signature]
ke-



GELATIN

A. PENGOBAHAN KEPERAWATAN

1. DATA UMUM

a. IDENTITAS

1) Identitas klien

Nama : Ny. D
Umur : 24 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Swasta
Pekerjaan : Swasta
Suku / bangsa : Indonesia
Alamat : Desa Bendan RT 01/04, Kelurahan
Pati Kidul, Pati
Diagnosa medis : CA thyroid
Tanggal dan Jam masuk : 14 Februari

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Pa. S
Umur : 57 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku / bangsa : Indonesia
Pendidikan terakhir : SMK
Pekerjaan : Pengusaha malam
Alamat : Desa Bendan RT 01/04, Kelurahan
Pati Kidul, Pati
Hubungan dengan klien : Ayah

b. keluhan utama

Pasien mengatakan adanya benjolan di leher dan pasien merasa nyeri

c. Status kesehatan saat ini

- Aliran masuk tumor sakit
Pasien mengatakan merasa adanya benjolan di leher sehingga dokter menyarankan untuk operasi
- Faktor pencetus
Pasien mengatakan kurang mengetahui timbulnya penyakit lama kelamaan penyakitnya mulai muncul
- Timbulnya keluhan
Pasien mengatakan adanya benjolan di leher

• lamanya keluhan

Pasien mengatakan rasa tidak mengetahui berapa lama benjolannya mulai tumbuh

d. Riwayat kesehatan lalu

1) penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit sebelumnya

2) kecelakaan

Pasien mengatakan pernah mengalami kecelakaan dibagian dagu

3) Pernah dirawat (penyakit, operasi dan waktu)

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya

4) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi

5) Imunisasi

Pasien mengatakan pernah diimunisasi waktu masih kecil

e. Riwayat kesehatan keluarga

1) susunan kesehatan keluarga < genogram : 3 generasi



Keterangan:

○ : Pasien

⊗ : laki-laki sudah meninggal

○ : Perempuan

□ : laki-laki

- 2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak memiliki penyakit
 - 3) Penyakit yang sedang diderita pasien
pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak sedang menderita penyakit seperti yang dialami pasien saat ini
- F. Riwayat kesehatan lingkungan
- 1) Kebersihan rumah dan lingkungan
pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih
 - 2) Kemungkinan terjadinya bahaya
pasien mengatakan bahwa rumah pasien jauh dari ancaman bahaya
2. Pola KESEHATAN Fungsional <DATA fokus>
- a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
- 1) Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatannya dikelola
sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terlalu mengelola kesehatannya dengan baik
selama dirawat : Pasien mengatakan saat sakit lebih memperhatikan kesehatannya dan mengelola kesehatan dengan baik
 - 2) Persepsi klien tentang kesehatan diri
sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa kesehatan pasien penting tetapi tidak terlalu memperhatikan tentang kesehatannya
selama dirawat : pasien mengatakan bahwa kesehatan dirinya itu sangat penting
 - 3) Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya
sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit dan cara perawatannya
selama dirawat : pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakit yg diderita
 - 4) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
sebelum sakit : pasien mengatakan upaya yang dilakukan sebelumnya adalah perikun ice clinic
selama dirawat : pasien mengatakan upaya yang dilakukan

- sekarang adalah periksa ke rumah sakit dan dianjurkan dokter untuk operasi
- 5.) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
- sebelum sakit : pasien mengatakan jarang mengontrol dan memeriksakan kesehatannya
- Selama dirawat : pasien mengatakan sering mengontrol kesehatannya
- 6.) Kebiasaan hidup
- sebelum sakit : pasien mengatakan sering berjalan-jalan kecil di depan rumah pasien
- Selama dirawat : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga karena fokus dengan pengobatannya
- 7.) Faktor sosio ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja dan melakukan periksa di klinik
- Selama dirawat : pasien mengatakan saat dirawat di rumah sakit memakai umum

b. pola nutrisi dan metabolisme

a.) pola makan

sebelum sakit : pasien mengatakan pola makan sebelum sakit makan secara teratur

Selama dirawat : pasien mengatakan selama dirawat di rumah sakit makan makanan yang tinggi serat

1.) Apakah keadaan sakit ini mempengaruhi pola makan / minum

sebelum sakit : pasien mengatakan pola makan / minum tidak terpengaruh

Selama dirawat : pasien mengatakan sangat mempengaruhi karena harus menjaga pola makannya

2.) Makanan yang disukai pasien

sebelum sakit : pasien mengatakan menyukai semua makanan yang dikonsumsi

Selama dirawat : pasien mengatakan menyukai makanan yang berserat

3.) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keyakinan ataupun kebudayaan yang dianut yg mempengaruhi diet

Selama dirawat : pasien mengatakan ada kebudayaan yang mempengaruhi diet

- 11) Btla terpasang Infus berapa cairan yang masuk dalam sehari
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terpasang infus
Selama sakit : pasien terpasang infus
 - 12) Adanya keluhan demam
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terjadi demam
Selama sakit : pasien mengatakan tidak terjadi demam
- c. pola Eliminasi
- 1) Eliminasi Feses
 - a) pola BAB
Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi padat
Selama dirawat : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi padat dengan warna kuning
 - b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam BAB
Selama dirawat : Pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam BAB
 - 2) Pola BAK (frekuensi, waktu, warna, jumlah)
Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan
Selama dirawat : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan
 - a. pola aktivitas dan latihan
 - 1) kegiatan dalam pekerjaan
Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai swasta
Selama dirawat : pasien mengatakan tidak bekerja
 - 2) olahraga yang dilakukan (jenis dan frekuensi)
Sebelum sakit : pasien mengatakan sering melakukan olahraga jika ada waktu senggang
Selama dirawat : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga
 - 3) kesulitan / keluhan dalam aktivitas
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan dan keluhan dalam aktivitas
Selama dirawat : pasien mengatakan kalau dikamar mandi tidak dibantu oleh ayahnya.
 - 4) Pergerakan tubuh
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan pergerakan tubuhnya

11) Bila terpasang Infus berapa cairan yang masuk dalam sehari
sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terpasang infus
selama sakit : pasien terpasang infus

12) Adanya keluhan demam

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terjadi demam

selama sakit : pasien mengatakan tidak terjadi demam

c. pola Eliminasi

1) Eliminasi Feses

a) pola BAB

sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi
padat

selama dirawat : pasien mengatakan BAB normal dengan konstipasi
padat dengan warna kuning

b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada perubahan
dalam BAB

selama dirawat : pasien mengatakan tidak ada perubahan
dalam BAB

2) Pola BAK (frekuensi, waktu, warna, jumlah)

sebelum sakit : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada
gangguan

selama dirawat : pasien mengatakan BAK lancar tidak ada
gangguan

a. pola aktivitas dan latihan

1) kegiatan dalam pekerjaan

sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai swasta

selama dirawat : pasien mengatakan tidak bekerja

2) olahraga yang dilakukan (jenis dan frekuensi)

sebelum sakit : pasien mengatakan sering melakukan olahraga
jika ada waktu senggang

selama dirawat : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga

3) kesulitan / keluhan dalam aktivitas

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan
dan keluhan dalam aktivitas

selama dirawat : pasien mengatakan kalau dikamar kecil
tidak dibantu oleh ayahnya.

4) Pergerakan tubuh

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan
dengan pergerakan tubuhnya

- 4) Kebiasaan mengkonsumsi vitamin / obat penambah nafsu makan
 sebelum sakit : pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi vitamin
 selama dirawat : pasien mengatakan sering mengkonsumsi vitamin yg dianjurkan oleh dokter
- 5) keluhan dalam makan
 sebelum sakit : pasien mengatakan bahwa pasien tidak ada keluhan dalam makan
 selama dirawat : pasien mengatakan bahwa nafsu makan pasien menurun
- 6) Adakah keluhan anoreksia, nervosa, bulimia nervosa
 sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia, nervosa, bulimia nervosa
 selama dirawat : pasien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa
- 7) Adakah keluhan mual / muntah (jika muntah berapa jumlahnya)
 sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan mual muntah
 selama dirawat : pasien mengatakan tidak ada keluhan mual muntah
- 8) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan
 sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan mengunyah dan menelan, pasien bisa mengunyah dan menelan dengan baik
 selama dirawat : pasien mengatakan dapat mengunyah dan menelan dengan baik
- 9) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir (bagaimana BB dan TB pasien)
 sebelum sakit : pasien mengatakan berat badannya 53 dan tinggi badannya 154
 selama dirawat : pasien mengatakan berat badannya mengalami penurunan dari 53 menjadi 52 dan tinggi badannya 154
- 10) Pola minum & frekuensi dan jumlah cairan yang dikonsumsi
 sebelum sakit : pasien mengatakan jarang minum air putih
 selama dirawat : pasien mengatakan minum air putih hanya 3 gelas

Selama dirawat : pasien mengatakan lebih membatasi pergerakan
5) perawatan diri (mandi, mengencangkan pakaian, bersolek, makan dll)

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memerlukan untuk perawatan diri

Setelah dirawat : pasien mengatakan memerlukan bantuan untuk perawatan dirinya

6) berhajat (BAK / BAB)

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memerlukan bantuan untuk berhajat

Setelah dirawat : Pasien mengatakan butuh bantuan untuk ke kamar mandi

7) keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

Setelah dirawat : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

8) mudah merasa kelelahan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mudah merasa kelelahan

Setelah dirawat : pasien mengatakan mudah merasa lelah

b. pola istirahat dan tidur

1) kebiasaan tidur 2 waktu tidur, tidur dalam (sehat)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidurnya teratur

Setelah dirawat : pasien mengatakan tidurnya lebih dahulu

2) kesulitan tidur (mudah terbangun, sulit memulai tidur, insomnia, dll)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu tidur dengan nyenyak dan nyamuk

Setelah dirawat : Pasien mengatakan terkadang terbangun jika nyeri yang dirasakan muncul

c. pola kognitif perseptual sensori

1. keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori 2 (penglihatan, pendengaran)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran

Setelah dirawat : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran

2. kemampuan kognitif

sebelum sakit : Pasien mengatakan masih bisa mengingat dengan baik dan dapat memahami

Selama dirawat : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengaran

3) kesulitan yang dialami

sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang mengalami pusing

Selama dirawat : Pasien mengatakan sering pusing, mual

c) 4) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, R, S, T

P: Pasien mengatakan nyeri di bagian leher

R: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk

S: Pasien mengatakan nyeri dibagian leher

T: Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5

T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan mendadak

d) pola persepsi diri dan konsep diri

1) persepsi diri

sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu sehat

Selama dirawat : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya

Status emosi : Pasien mengatakan bahwa saat ini emosinya sedikit tidak terkendali

2) konsep diri

a) citra diri / body image

Pasien mengatakan sekarang pasien butuh bantuan saat akan melakukan mandi

b) identitas

- Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat
Pasien mengatakan hidup bersama klien

- Bagaimana kepuasan karena bisa hidup bersama keluarganya

- Bagaimana kepuasan klien sebagai seorang anak
Pasien mengatakan sudah puas menjadi seorang anak

c) peran

- Pasien mengatakan menjadi seorang anggota bagi keluarga

d) ideal diri

Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan beraktivitas seperti biasa

E. Harga diri

pasien mengatakan dipalldungin orang tuanya klien sangat baik

F. Pola mekanisme koping

1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan sendiri atau dibantu

sebelum sakit : pasien mengatakan bisa mengambil keputusan sendiri

setelah dirawat : pasien mengatakan saat mengambil keputusan dibantu oleh orangtuanya

2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah

sebelum sakit : pasien mengatakan saat memecahkan masalah pasien berdiskusi dengan keluarga

3) Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalahnya sekarang

sebelum sakit : pasien mengatakan menghadapi masalahnya sendiri

setelah dirawat : pasien mengatakan menghadapi masalahnya dengan orangtuanya

4) Menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

• pasien menyatakan memberikan tindakan dengan baik dan selalu mengecek keadaanya

F. Pola seksual - Reproduksi

1) Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual

sebelum sakit : pasien mengatakan paham dan mengerti fungsi seksual

selama dirawat : pasien mengatakan paham dan mengerti fungsi seksual

2) Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada hubungan seksual karena belum menikah

selama dirawat : pasien mengatakan bahwa pasien selama dirawat tidak melakukan hubungan seksual

3) Adakah permasalahan selama melakukan aktivitas seksual

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada masalah

suat melakukan aktivitas seksual
selama dirawat : pasien mengatakan tidak ada masalah
suat melakukan aktivitas seksual
4) Pengkajian pada perempuan terutama pada kelen dengan
masalah tumor atau keganasan system reproduksi
sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mempunyai tumor
atau keganasan system reproduksi
selama dirawat : pasien mengatakan tidak mempunyai
tumor

5) Riwayat menstruasi
sebelum sakit : pasien mengatakan teratur saat menstruasi
dan tidak ada keluhan
selama dirawat : pasien mengatakan saat menstruasi tidak
ada keluhan

6) Pola nilai dan
1) Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain
sebelum sakit : pasien mengatakan hubungan dengan
keluarga, tetangga sangat baik
selama dirawat : pasien mengatakan saat sakit hubungan
dengan keluarga, lingkungan sekitar,
tenaga kesehatan baik

2) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi
sebelum sakit : pasien mengatakan dalam berkomunikasi
dengan orang lain baik, lancar
selama dirawat : pasien mengatakan dalam komunikasi
dengan orang lain sangat baik

3) Siapa orang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien
sebelum sakit : pasien mengatakan orang yang berpengaruh
dalam hidupnya adalah teman, keluarga,
sahabat
selama sakit : pasien mengatakan orang yang
berpengaruh dalam hidupnya saat ini adalah
keluarganya

4) Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah
sebelum sakit : pasien mengatakan saat mempunyai masalah
biasanya minta bantuan kepada teman/
keluarga
selama sakit : pasien mengatakan saat mempunyai masalah
biasanya meminta bantuan kepada keluarga

- b) Adakah kesulitan dalam keluarga
Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam berhubungan dengan keluarga
Selama sakit : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam berhubungan dengan keluarga
- h. Pola nilai dan kepercayaan
1) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan
Sebelum sakit : pasien mengatakan ibadahnya lancar dalam menjalankan sholat & wudhu
Selama sakit : pasien mengatakan selama sakit ibadahnya kurang lancar
- 2) Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat
• pasien mengatakan tetap menjalankan ibadah walaupun tidak lancar
- 3) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dirawat pasien bertentangan dengan kesehatan
• pasien mengatakan keyakinan dan kebudayaan yang dirawat tidak bertentangan dengan kesehatannya
3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)
a. Kesehatan : Compensatis
b. Penampilan : pasien nampak lemah
c. Vital sign :
1) Suhu tubuh : $36,6^{\circ}\text{C}$
2) TD : $121/76$
3) Respirasi : 20
4) Nadi : $85 \times / \text{menit}$
d. Kepala : Rambut lurus, warna hitam bersih
e. Mata
Bentuk simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis tidak menggunakan alat bantu penglihatan
f. Hidung
Bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada cuping hidung
g. Telinga
Bentuk simetris, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
h. Mulut dan Tenggorokan
Tidak ada kesulitan berbicara, gigi bersih, rapi
i. Leher
Ada benjolan di sekitar leher

KIMIA KLINIK

Glukosa darah sewaktu	84	75-110	mg/dL
Ureum	13	10-50	mg/dL
Creatinin	0.90	0.60-1.10	mg/dL

Elektrolit (Na, K, Cl)

Natrium (Na)	137.0	135-147	mmol/L
Kalium (K)	4.20	3.5-5.0	mmol/L

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ref
Klorida (Cl)	H 107.0	95-105	mmol/L	
IMUNOLOGI				
HBsAg (Kualitatif)	non reaktif	Non reaktif		
TSH	H 5.833	0.15-5.00	uIU/mL	
FT4	11.41	10.6-19.4	pmol/L	

Hasil Pemeriksaan Instalasi Radiologi

M	: 2102140021-0002
No. Rekam Medis	: 01423422
Nama	: MY. D
Jenis kelamin/umur	: Perempuan/24th - 106th - 27th
Alamat	: Kep. Benda Krt/04 Puh Kerdul
Kurang/poli	: Baitus salam 2
Kelas	: kelas II
Dr. Pengirim	: Darwito, DR.H, SH, Sp.B (K) DMK
Tgl. pemeriksaan	: 14/02/2021
Tgl. Hasil	: 14/02/2021
Jenis pasien	: Jkn PBI

1. Thorax Besar (Non Kontras)

Ts. Xtn	
RADIOGRAFI TORAKS	
Cor	: bentuk dan letak normal
Pulmo	: gambaran vascular tak meningkat tak tampak gambaran infiltrate
Diaphragma dan sinus kostofrenikus	: tak tampak kelainan

KESAN :
 LOR TAK MEMBEKAR
 PUNDA TAK TAMPAK KEELAINAN

• Diet yang diberikan : Nasi

Tetapi :
 - Humalog 3x1
 ce-Floximl. 2x1
 ce-Fixime 200 mg
 Ketorolac 3x1
 Karnius 2x1

B. ANALISA DATA

Tgl / Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	STD
16/3/21 15.00	DS: Pasien mengatakan ada nyeri dibagian leher, dan ada benjolan P: Pasien mengatakan nyeri dibagian leher O: Terasa nyeri R: Pasien mengatakan nyeri bagian leher S: Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul DO: - Pasien mengatakan nyeri dibagian leher TD: 122/70 mmHg S: 36°C N: 72 / menit RR: 20 / menit	Agun pencedera Fisik	Nyeri	
16/3/21 15.00	DS: Pasien mengatakan tidak puas cara tidur, sering mudah terbangun DO: Pasien tampak gelisah TD: 117/60 mmHg N: 80 / menit S: 36°C RR: 20 / menit	Kurang kontrol tidur	Gangguan Pola Tidur	
16/3/21 15.00	DS: Pasien mengatakan baru mengetahui jika mempunyai Zondak di bagian	Kurang terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan tentang	

	leher, karena tidak dirasukakan			
	DO:			
	- terlihat mengesal karena baru masuk hui			
	- Melakukan pemeriksaan yang kurang tepat			
	TD : 130/90			
	S : 36 °C			
	RR : 20 / menit			

- c. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS KEPERAWATAN (DOM)
1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d-d mengeluh nyeri
 2. Gangguan pola tidur b-d kurang kontrol tidur d-d mengeluh sulit tidur
 3. Defisit pengetahuan b-d kurang paparan informasi

d. PLANING/INTERVENSI KEPERAWATAN < SIKI, SIKI >

tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	TTP
18/11/15-00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d-d mengeluh nyeri	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriteria hasil : • keluhan nyeri menurun • Mengis menurun • Gelisah menurun	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol ingkungan yang memberal rasa nyeri - fasilitasi istirahat dan tidur - jelaskan strategi meredakan nyeri - jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	

15-41	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: Pasien mengatakan belum mengetahui tentang pola aktivitas dan tidur D: pasien tampak belum mengerti
15-46		Mengidentifikasi faktor penguang tidur	S: Pasien mengatakan tidak mengetahui faktor tidurnya D: pasien tampak ko-operatif
15-48		- Menetapkan jadwal tidur rutin	S: pasien mengatakan belum ada jadwal tidur rutin D: pasien tampak bingung
15-50		- Mengajarkan tentang kebiasaan waktu tidur	S: pasien belum mempunyai kebiasaan tidur D: Pasien tampak belum paham

Hari kedua

Tgl	Sam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Report
15-00	15-00	Nyeri Akut b-d Agen pencedera fisik	- Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: pasien mengatakan keluhan nyeri tetapi sudah beres D: pasien tampak masih kesulitan
15-10			- Mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan intensitas berkurang D: skala nyeri pasien
15-15			- Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	S: Pasien mengatakan sudah paham dengan teknik untuk mengurangi rasa nyeri D: Pasien tampak mengerti

			nyeri yang dirasakan adalah 5
			D : pasien tampak menahan sakit
15-10		- Memberikan teknik dan farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam)	I : pasien mengatakan belum mengetahui teknik tarik nafas dalam
			D : pasien tampak belum paham
15-20		- Menyajikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	S : pasien mengatakan belum mengetahui teknik tersebut
			D : pasien masih bingung
15-25		- Mengkolaborasi pemberian analgesik	S : pasien mengatakan sudah diberikan obat nyeri
			D : pasien tampak mengerti dan kooperatif
15-30	Defisit pengetahuan b-c) Kurang terpapar informasi	Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S : pasien mengatakan kemampuan untuk menerima informasi
			D : pasien tampak bingung
15-35		- Reduksi materi dan media pendidikan kesehatan	S : pasien tampak menerima pendidikan kesehatan
			D : pasien tampak paham
15-35		- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S : pasien dapat memahami faktor kesehatan
			D : pasien tampak masih bingung
15-40		- Anjurkan perilaku bersih dan sehat	S : pasien dapat berperilaku bersih dan sehat
			D : pasien dapat menerima

10-2 2021 11-35	Definisi pengetahuan b-c) kurang terpapar informasi	Identifikasi kesapuan dan kemampuan menerima informasi	S: pasien mengatakan kemampuan untuk menerima informasi dengan baik D: pasien tampak mengerti
11-40		- bedakan materi dan media pendidikan kesehatan	S: pasien tampak menerima pendidikan kesehatan dengan baik D: pasien tampak mengerti
11-45		- jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S: pasien dapat menerima faktor kesehatan D: pasien dapat mengerti
11-50		- Anjurkan perilaku benar dan salah	S: pasien dapat benar jika benar dan salah D: pasien dapat menerima dengan baik

F. EVALUASI Hari pertama

191/ Jam	Diagnosa keperawatan	Intervensi perkembangan	110
16/2 2021 15.00	Hygiene ekstremitas b-c) Agen perantara Pilik	C: pasien mengatakan nyeri pada leher, rasa nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak atau istirahat 5 P: pasien mengatakan nyeri dirasakan saat menclun A: Nyeri dirasakan hilang timbul R: Nyeri di bagian leher S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul D: pasien tampak mengerti, merasa akan nyeri TD: 12/40 menit, nilai 40/100 S: 36°C PR: 70 /menit	

14/05/2021 15-00	Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mengeluh sulit tidur menurun dengan kriteria hasil: - keluhan sulit tidur menurun - keluhan istirahat tidur cukup menurun	Dukungan tidur Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Modifikasi lingkungan - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Anjurkan menutupi kepala waktu tidur - Anjurkan menghindari makan/minuman yang mengganggu tidur
14/05/2021 15-00	Defisit pengetahuan b.d kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: - dapat makan/minuman - keluhan tidur menurun	Edukasi kesehatan - Identifikasi vertapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi - Perilaku hidup bersih dan sehat - Lakukan materi dari media pendidikan kesehatan - Sediakan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan - elaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Anjurkan perilaku hidup bersih dan sehat

E. IMPLEMENTASI			
Hari pertama			
Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Pesien
14/05/2021 15-00	Nyeri akut b.d agen Penderita fisik	- Mengidentifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas nyeri	S : pasien mengatakan nyeri pada leher D : Pasien nampak nyeri S : Pasien mengatakan

15-18		- Anjuran perilaku bersih dan sehat	S: pasien dapat berperilaku bersih dan sehat D: pasien dapat berinteraksi dengan baik	
Plan ketiga				
19/1-20/1	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respons	TTD
10-12/1	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: pasien melaporkan kenyamanan masih nyeri D: pasien tampak lebih baik	
09-08			S: pasien melaporkan nyeri masih ada D: pasien tampak lebih baik	
09-05		- Mengidentifikasi lokasi nyeri	S: pasien melaporkan nyeri masih ada D: pasien tampak lebih baik	
09-10		- Mengkolaborasi pemberian analgesik	S: pasien melaporkan nyeri masih ada D: pasien tampak lebih baik	
18/01-20/1	Gangguan pola tidur b.d kurang kenyamanan	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: pasien melaporkan pola aktivitas dan tidur masih kurang D: pasien tampak lebih baik	
12-15			S: pasien melaporkan pola aktivitas dan tidur masih kurang D: pasien tampak lebih baik	
14-30		- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S: pasien melaporkan tidur masih kurang D: pasien tampak lebih baik	

14/05/2021 15-00	Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mengeluh sulit tidur menurun dengan kriteria hasil: - keluhan sulit tidur menurun - keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Modifikasi lingkungan - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Anjurkan melepas pakaian waktu tidur - Anjurkan menghindari makan/minuman yang mengganggu tidur
14/05/2021 15-00	Defisit pengetahuan b.d kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: - dapat makan/minuman - keluhan tidur menurun	Edukasi kesehatan - Identifikasi vertapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi - Perilaku hidup bersih dan sehat - Lakukan materi dari media pendidikan kesehatan - Sediakan pendidikan kesehatan sesuai keperluan - elaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

E. IMPLEMENTASI			
Hari pertama			
Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Pesien
14/05/2021 15-00	Nyeri akut b.d agen Penderita fisik	- Mengidentifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas nyeri	S : pasien mengatakan nyeri pada leher D : Pasien nampak nyeri S : Pasien mengatakan

		A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik non farmakologis 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
16/2 2021 15-30	Gangguan pola tidur b-d kurang kontrol tidur	S: pasien mengatakan kadang terbangun di malam hari karena nyeri pada leher D: Pasien tampak kurang tidur A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
16/2 2021 1600	Defisit pengetahuan b-d kurang terpapar informasi	S: pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami D: Pasien tampak bingung A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
Hari Kedua			
17/2 Jum	diagnosa keperawatan	catatan perkembangan	
17/2 2021 15-00	Nyeri Akut b-d Agresif perantara Prisk	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri 4 D: pasien tampak masih merasa lesu A: TD : 122/80 mmHg MT : 75 mmHg T : 36.5°C RR : 20 x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1 & 2	
17/2 2021 15-30	Gangguan pola tidur b-d kurang kontrol tidur	S: pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidur dan pasien mengatakan istirahat malam berkurang D: pasien tampak lesu A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	

15-20		- Mengkolaborasi pemberian analgesik	S: pasien mengatakan sudah diberikan obat anti nyeri D: Pasien tampak kooperatif
17-20 2021 15-25	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: pasien mengatakan sudah aktivitas sedikit bed AS D: pasien tampak melakukan sesuatu
15-30		- Mengidentifikasi faktor penyebab tidur	S: pasien mengatakan faktor penyebab tidurnya adalah karena nyeri di leher D: pasien tampak kurang tidur
15-35		- Menyusun rencana tindakan waktu tidur	S: pasien mengatakan sudah mengetahui waktu tidurnya D: pasien kooperatif
15-40		- Menetapkan jadwal tidur malam	S: pasien sudah menetapkan jadwal tidurnya D: pasien tampak mengerti
17-2 2021 15-45	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	- Identifikasi ketepatan dan kemampuan menerima informasi	S: pasien mengatakan kemampuan untuk menerima informasi bertambah D: pasien tampak mengerti
15-45		- Sedikan bahan dan media pendidikan kesehatan	S: pasien tampak menerima pendidikan kesehatan D: pasien tampak paham
15-50		- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S: pasien dapat menerima faktor kesehatan

17/2	Defisit pengetahuan bid kurang terpapar informasi	S: pasien mengatakan sedikit mengetahui tentang penyakit yang dialami O: Pasien tampak paham A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi
------	---	--

Hari ke-9		Catatan Perambungan	TP
18/2	Diagnosa keperawatan		
19/2	Hygiene Akut bid Agen percontaan tipe	S: pasien mengatakan nyeri berkurang dan skala nyeri menjadi 3 D: pasien tampak lebih baik TD: 124/73 mmHg S: 36,0°C M: 78°C/menit RR: 20/menit A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	
10/2	Gangguan pola hidup b-ei kurang kontrol hidu	S: pasien mengatakan sudah tidak ada gangguan tidur, hidungnya sudah tidak ada kesatiran D: pasien tampak segar dan kooperatif A: masalah teratasi P: hentikan intervensi	
10/2	Defisit pengetahuan b-ei cara merawat MRA	S: pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dialami D: pasien tampak segar dan kooperatif A: masalah teratasi P: hentikan intervensi	