

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN POST OP HIPERTROFI  
KONKA DI RUANG IZZAH II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya tulis ilmiah  
diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



disusun Oleh :

WINDI MAULANA

NIM :

40901800100

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN POST OP HIPERTROFI  
KONKA DI RUANG IZZAH II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**WINDI MAULANA**

NIM :

**40901800100**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 3 Juni 2021



(WINDI MAULANA)



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN POST OPERASI

HIPERTROFI KONKA DIRUANG IZZAH 2

RUMAHSAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan di susun oleh :

**Nama : Windi maulana**

**Nim : 40901800100**

Karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui oleh pembimbing untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 2 juni 2021

Semarang,.... 31 mei 2021



Pembimbing

Ns. Retmo Issroviatningrum, M.Kep

NIDN. 06044038901

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN POST OP HIPERTROFI  
KONKA DI RUANG IZZAH II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Semarang, 02 Juni 2021

Penguji I

Ns. Retno Setyawati, M. Kep. Sp. KMB

NIDN. 0613067403



Penguji II

NS. Muh Abdurouf

M.KepNIDN.

0613067403



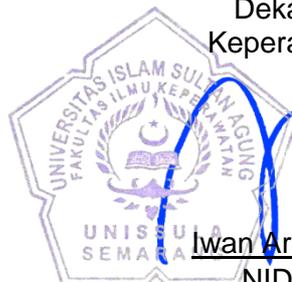
Penguji III

Ns. Retno Issoviatiningrum

M.KepNIDN. 0622078602



Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu  
KeperawatanUNISSULA



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

MOTTO

*“Jadilah seperti bunga yang memberikan keharuman bahkan pada tangan yang menghancurkannya. “ ( -Ali bin Abi Thalib- )*

*“ Janganlah hanya menunggu tetapi ciptakan lah waktumu sendiri “*

*“ Karymu akan menepati bagian tersendiri dalam hidupmu “*

*“ Jangan pernah menyerah selama masih ada sesuatu yang bisa kita lakukan kita hanya benar- benar kalah kalau berhenti berusaha ( MerryRiana )*

➔ **Kesuksesan datang pada orang yang bergerak cepat Ketika ia sedang menunggu**

➔ **Kegagalan pasti ada dan itu hal biasa. Yang menjadi masalah adalah, mereka tidak menyadari bahwa Ketika mereka hendak menyerah, mereka tidak sadar bahwa sudah sangat dekat dengan kesuksesan**

➔ **Ada lebih banyak kesempatan dari pada keahlian**

**(Thomas Alva Edison)**

## KATA PENGANTAR

### **Assalamualaikum Wr. Wb**

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah yang MAha Esa yang telah melimpahkan rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan **judul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Hipertrofi konka Post Op di Ruang IZZAH II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang “**.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir program Diploma III Akademik Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan dukungan dari semua pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Drs. H, Bedjo santoso, ph D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SMK, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep. selaku ketua program studi Diploma III keperawatan Unissula
4. Ns. Retno Isroviatiningrum, M.Kep selaku Dosen Keperawatan dan Pembimbing dalam penyusun KTI
5. Seluruh karyawan Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang di ruang Baitussalam II yang memperbolehkan untuk studi kasus.
6. Keluarga Bapak, Ibu yang selalu memberikan semangat dan selalu mendoakan setiap saat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kakak dan saudara saudara penulis yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah

Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah

Penulis berusaha untuk semaksimal mungkin dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang masih jauh dari kata sempurna, dan penulis juga menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih memerlukan penyempurnaan, maka dari itu penulis berharap saran dan masukan dari pembaca untuk penulis guna untuk perbaikan dan penyempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini.

Semarang, 19 juni 2021



**WINDI MAULANA**



## Daftar fustaka

### Contents

KATA PENGANTAR .....	vii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
<b>A. Latar belakang</b> .....	1
<b>B. Tujuan Study kasus</b> .....	4
C. Manfaat Studi kasus .....	5
BAB II.....	6
KAJIAN PUSTAKA.....	6
<b>A. Tinjauan Teori</b> .....	6
1. Pengertian .....	6
2. Etiologic.....	6
3. patofisiologi .....	7
4. Manifestasi klinis .....	8
5. Komplikasi.....	9
6. Penatalaksanaan medis.....	9
7. Diagnosa keperawatan .....	12
8. pathway .....	13
BAB III .....	15
Resum asuhan keperawatan .....	15
A. Pengkajian keperawatan.....	15
B. Pola kesehatan fungsional.....	17
C. Pemeriksaan fisik .....	23
D. Data penunjang .....	24
E. Analisa Data.....	25
F. Diagnose keperawatan .....	26
G. Planning/intervensi keperawatan .....	26
H. Implementasi keperawatan.....	28
I. Evaluasi.....	28

BAB IV .....	33
PEMBAHASAN.....	33
A. Pengkajian.....	33
B. Diagnosa .....	33
BAB V .....	40
PENUTUP .....	40
A. SIMPULAN.....	40
B. SARAN.....	42
DAFTAR PUSTAKA .....	43



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Hidung tersumbat ialah salah satu keluhan yang kerap bawa penderita tiba berobat ke dokter THT. Salah satu pemicu penyumbat hidung ini merupakan hipertrofi konka. Tujuan: Buat menarangkan cerminan tentang hipertrofi konka serta penatalaksanaannya. Tinjauan Pustaka: Konka ialah salah satu komponen yang ada di kavum nasi. Konka terdiri dari struktur tulang yang dibatasi oleh mukosa. Mukosanya mempunyai epitel kolumnar pseudostratified bersilia dengan sel goblet serta banyak memiliki pembuluh darah serta kelenjar lendir. Konka melindungi hidung dengan mengendalikan temperatur serta kelembaban hawa inspirasi serta menyaring benda- benda asing yang terhirup bersama hawa inspirasi. Hipertrofi konka memunculkan keluhan hidung tersumbat. Pemicu hipertrofi konka merupakan rinitis alergi, rinitis non alergi serta septum deviasi. Penatalaksanaan meliputi medikamentosa serta operasi. Operasi yang bisa dicoba merupakan lateroposisi, turbinektomi total serta parsial, turbinektomi submukosa, reseksi submukosa dengan lateral outfracture, turbinoplasti inferior, laser, elektrokoagulasi, radiofrekwensi, koagulasi argon plasma, krioterapi serta neurektomi vidian. Kesimpulan: Hipertrofi konka menimbulkan penyumbat hidung. Operasi dicoba apabila medikamentosa tidak sukses. Banyak metode operasi yang bisa digunakan. Tidak terdapat metode yang sempurna, tiap- tiap mempunyai kelebihan serta kekurangan.(Budiman & Fitria, 2011)

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan jumlah peroko di indoesia menduduki peringkat nomor tiga di bawah negara cina

dan negara India, Pada tahun 2010, 34,2% warga negara Indonesia di atas umur 15 tahun adalah rata rata peroko. Sedangkan tahun 2013, data peroko di atas umur 10 tahun meningkat menjadi 36,3%. Gejala hidung tersumbat diakibatkan adanya aliran udara yang terhambat dikarenakan terjadinya pada rongga hidung yang menyempit. Penyempitan pada rongga hidung bisa di sebabkan peoses inflamasi yang memberikan efek vasodilatasi atau sekresi mucus yang berlebihan, kelainan structural anatomi yang mempersempit rongga, infesi dan alergi hidung juga bisa mengakibatkan pembesaran atau penyempitan d dalam rongga hidung (Zahra et al., 2016)

Sumbatan hidung merupakan bukan penyakit yang terlalu berat, tapi pada sumbatan dari gejala ini tersebut itu sendiri dapat mengganggu aktivitas penderita yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita. Etiologi dari sumbatan tersebut dapat berbagai macam. Salah satunya adalah kelainan anatomi merupakan kondisi yang banyak terjadi dimana kondisi ini dapat menyebabkan sumbatan pada hidung seseorang. Hal ini biasanya menyebabkan perubahan yang permanen pada mukosa hidung dan sinus oleh karena perubahan ventilasi pada rongga hidung. Hipertrofi konka adalah penambahan ukuran sel konka sehingga menyebabkan pembesaran jaringan konka. Dari hasil penelitian ini didapatkan distribusi frekuensi pasien hipertrofi konka dan setum deviasa berdasarkan jenis kelamin didapatkan penderita dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dengan jumlah 59,3% , sedangkan yang terendah adalah jenis kelmi perempuan yaitu sebanyak 40,7% di Indonesia.(Sumbatan et al., 2020)

Dampak hidung tersumbat (hipertrofi konka) jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan berbagai gejala, seperti hidung tersumbat, nafas tidak plong, dan nyeri dahi. di akibatkan karena adanya aliran udara yang terhambat dikarenakan rongga hidung yang menyempit. Penyempitan pada rongga ini bisa terjadi akiibat proses inflamasi yang memberikan efek vasodilatasi atau sekresi mucus yang berlebihan, kelainan structural anatomi

yang mempersempit rongga, infeksi serta pemakaian obat (Zahra et al., 2016)

Komplikasi pasca operasi biasanya mengalami perdarahan ringan perdarahan juga bisa bersifat pasif maka dari itu terkadang membutuhkan tranfusi darah (Kusuma, 2016)

Peran dan asuhan keperawatan terhadap pasien merupakan bentuk pelayanan yang sangat profesional yang sangat penting dan bertujuan membantu pasien memulihkan dan meningkatkan kemampuan dirinya, perawat merupakan salah satu factor yang sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan dan merupakan factor yang sangat menentukan dan untuk tercapai pelayanan Kesehatan yang optimal dengan asuhan keperawatan yang bermutu. (Nursalam, 2014). dan pemberian Tindakan Pereda nyeri atau cara mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi yang telah melakukan pengkajian skala nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan memberikan Tarik nafas dalam pelan-pelan dan menenangkan senyaman mungkin pasien intervensi mandiri yang dilakukan oleh perawat kepada pasien agar pasien tenang dan tidak gelisah yang bertujuan merangsang hormone endorphin dimana hormone tubuh yang dapat memberikan respon atau perasaan senang yang berperan dalam menurunkan skala nyeri pada pasien. (Bare, 2017) pemberian Teknik distraksi adalah dengan cara pemberian terapi music, bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri, music juga merangsang pelepasan hormone endorphin, hormone tubuh yang memberikan kenyamanan atau perasaan yang tenang berperan dalam menurunkan rasa nyeri dan pengap terhadap gejala yang sedang di alami sehingga pasien merasakan nyerinya berkurang. (Bare, 2017)

Berdasarkan latar belakang di atas saya sebagai penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan kasus “ Asuhan keperawatan pada NY.A dengan post operasi hipertrofi konka di ruang izzah 2 Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2021

## **B. Tujuan Study kasus**

### **1. Tujuan umum**

Mampu melaksanakan atau melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis hipertrofi konka menggunakan intervensi relaksasi atau Tarik napas dalam di Ruang izzah 2, rumah sakit islam sultan agung semarang

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk menjelaskan Mampu melaksanakan atau melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis hipertrofi konka menggunakan intervensi relaksasi atau Tarik napas dalam di Ruang izzah 2, rumah sakit islam sultan agung semarang

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mahasiswa mampu untuk memahami tentang pengkajian asuhan keperawatan Hipertrofi konka
- b. Mahasiswa diharap dapat menjelaskan tentang asuhan keperawatan Hipertrofi konka kepada pasien NY.A
- c. Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengobservasi rumusan masalah keperawatan pada NY.A
- d. Mahasiswa dapat menjelaskan mengenai intervensi yang ada di dalam asuhan keperawatan pada NY.A dengan Post op Hipertrofi konka
- e. Mahasiswa dapat melakukan dan menjelaskan tentang tindakan yang dilakukan kepada pasien NY.A dengan Post Op Hipertrofi konka

Mahasiswa diharap mampu untuk menjelaskan mengenai evaluasi pada NY.A dengan Post Op Hipertrofi konka

### C. Manfaat Studi kasus

1. Bagi institusi pendidikan  
Sebagai masukan dalam pengembangan ilmu khususnya dalam bidang kesehatan atau keperawatan  
Berguna sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien hipertrofi konka
2. Bagi profesi keperawatan  
Sebagai referensi atau acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis hipertrofi konka
3. Bagi pelayanan Kesehatan  
Sebagai contoh atau sebagai acuan dalam meningkatkan program keperawatan pada klien yang mengalami hipertrofi konka
4. Bagi masyarakat  
Sebagai informasi tentang perawatan atau tindakan pada klien dengan masalah hipertrofi konka, dan juga meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hipertrofi konka serta penanganan secara maksimal dalam masyarakat

## BAB II

### KAJIAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Pengertian

Hipertrofi Konka adalah merupakan pembesaran organ atau jaringan dikarenakan ukuran sel nya yang membesar dan juga pembesaran yang disebabkan oleh menambahnya jumlah sel (Budiman & Fitria, 2011) Hipertrofi konka adalah konka nasal yang terjadi pembesaran terutama pada konka nasal interior, sehingga menyebabkan tersumbatnya hidung. Hipertrofi konka beda dengan konka hyperplasia, pada hipertrofi itu terjadi pembesaran jaringan dikarenakan ukurannya meningkat, dan pada hyperplasia dijumpai pertambahnya jumlah sel (Zachreini et al., 2015) Hipertrofi konka adalah sebagai pembesaran pada konka inferior melalui mekanisme inflamasi yang di sebabkan oleh 2 faktor yang besar, yaitu non alergi dan rhinitis alergi Konka hipertrofi adalah pembesaran sel konka inferior yang diakibatkan oleh sebagian perihal, semacam rinitis, peradangan, hormonal, maupun obat. Pembesaran konka memunculkan perwujudan berbentuk hidung tersumbat lewat mekanisme inflamasi. Bagi riset tadinya teruji kalau ada kenaikan biomarker inflamasi pada penderita kegemukan. (Permatasari et al., 2019)

##### 2. Etiologic

Penyebab tersumbatnya hidung itu sendiri bisa bermacam macam , bisa disebut stum deviasi , hipertrofi konka, rhinitis alergi , polip, dll. Devias setum adalah berbentuk yang tidak lurus sama sekali tetapi berbentuk penyimpangan septum ke salah satu dalam rongga hidung. Hal ini tentunya akan menyebabkan terganggunya pada salah satu sisi hidung.(Sumbatan et al., 2020)

konka hipertrofi merupakan kegiatan ataupun latihan, tingkatan emosional, hormon, serta area. Orang yang banyak terpapar hawa yang tidak bersih, tingkatan latihan yang kurang, keadaan emosional yang mencuat akibat penyakit kronis, kandungan hormon progesteron yang besar, dan area yang kurang baik mempunyai kedudukan besar pada peristiwa konka hipertrofi (Permatasari et al., 2019)

Penyebab hipertrofi konka adalah rhinitis alergi dan non alergi (vasomotor rhinitis) dan kompensasi dari septum deviasi kontrarateral (Budiman & Fitria, 2011)

Etiologi dari sumbatan hidung itu sendiri dapat berbagai macam. Salah satu etiologinya adalah kelainan anatomi, yaitu septum deviasi. Deviasi septum hidung merupakan kondisi yang kerap terjadi dimana kondisi ini menyebabkan terjadinya sumbatan pada hidung orang yang memiliki penyakit hipertrofi konka. Hal ini dapat menyebabkan perubahan yang permanen mukosa hidung dan sinus oleh karena perubahan ventilasi pada rongga hidung. Sumbatan hidung akan mengganggu aliran pada udara yang masuk pada hidung. Sumbatan hidung memang bukan merupakan penyakit yang begitu berat, tetapi gejala dari sumbatan hidung itu sendiri dapat mempengaruhi aktivitas penderita dab juga dapat menurunkan kualitas hidup pada penderitanya) (Sumbatan et al., 2020)

### 3. patofisiologi

Pada edema mukosa nasal berperan sebagai system saraf simpatis dan parasimpatis dari nervus, sedangkan komponen yang juga berperan memproduksi secret. Nervus vidian berasal dari nervus petrosal superfisial untuk komponen parasimpatis, dan sedangkan komponen simpatis berasal dari nervus petrosal profunda. (Budiman & Fitria, 2011)

Dikala inspirasi, aliran hawa masuk ke vestibulum dengan arah vertikal oblik. Hawa hendak melewati wilayah sangat kecil dikala menggapai nasal valve. Sehabis itu penampang lintang jalur napas jadi sangat luas sehingga memunculkan diffuser effect yang mengganti aliran laminar jadi turbulen. Pergantian ini membuat aliran kecepatan hawa melambat. Perihal ini hendak memperpanjang kontak dengan mukosa, sehingga mukosa hendak hadapi inflamasi serta terjalin hipertrofi (Permatasari et al., 2019)

Deviasi setum nasi merupakan bentuk setum yang tidak lurus yang dimana bentuknya membentuk penyimpangan septum nasi ke salah satu sisi rongga hidung. Hal ini mengakibatkan di salah satu sisi hidung . hipertrofi konka adalah menambahnya ukuran sel konka yang akan terjadinya pembesaran jaringan pada konka tersebut. Sedangkan hyperplasia yaitu merupakan bertambahnya jumlah sel yang dapat mengakibatkan pembesaran jaringan konka (Sumbatan et al., 2020)

#### 4. Manifestasi klinis

Sumbatan pada hidung dapat mengganggu aliran udara yang masuk kehidung,gejala pada sumbatan hidung bisa mengganggu aktifitas penderita sumbatan hidung dan juga dapat menurunkan kualitas hidup pasien.(Budiman, 2019)

Gejala hipertrofi konka adalah sumbatan di hidung, secret hidung yang berlebihan, kental. Adanya sakit kepala,kepala terasa berat, rasa kering pada faring. Konka akan tampak membengkak dan berwarnamera pada tahap awal pemeriksaan, kemudian apabila sudah terdiagnosa terjadi

hipertrofi konka maka mukosa konka menebal dan apabila d tekan tidak melekuk (Kusuma, 2016)

## 5. Komplikasi

Pembesaran konka yang dapat menimbulkan manifestasi yang menyebabkan hidung dapat tersumbat yang melalui mekanisme inflamasi, menurut penelitian sebelumnya bahwa terbukti yang terdapat peningkatan biomarker inflamasi pada pasien obesitas (Permatasari et al., 2019)

Sumbatan pada hidung dapat mengganggu aliran udara yang masuk ke hidung, sumbatan pada hidung bukan merupakan penyakit yang terlalu berat tetapi gejala ini dapat mengganggu pola aktivitas si penderita mulai dari susah bernafas, pengap, dan merasakan sakit d hidung. (Budiman, 2019)

Pasca operasi biasanya mengalami perdarahan ringan. Perdarahan juga bisa bersifat masif maka dari itu terkadang membutuhkan tranfusi darah (Kusuma, 2016)

## 6. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan dengan medikamentosa yang bertujuan mengatasi factor etiologic dan sumbatan hidung dengan cara melakukan pengecilan ukuran konka. Pemberian dekongenstal topical dapat mengurangi pembesaran konka (Kusuma, 2016)

Penatalaksanaan hipertrofi konka juga bisa dilakukan dengan medikamentosa yaitu penyembuhan dengan cara pengobatan dan jika tidak berhasil maka bisa dilakukan dengan cara pembedahan yang dilakukan bila dengan cara pengobatan tidak berhasil (Budiman & Fitria, 2011)

## ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

## 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif meliputi pengumpulan data, pola fungsional kesehatan menurut Gordon dan pemeriksaan fisik (Kartikasari et al., 2020).

### a. Identitas pasien dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, alamat, suku/bangsa, diagnosa medis dan lain sebagainya.

### b. Keluhan utama

Biasanya keluhan yang sering dialami adanya nyeri pada luka atau sendi, badan lemas, luka yang tak kunjung sembuh, pada hipertrofi konka, hambatan dalam aktivitas fisik.

### c. Status kesehatan saat ini

Terkait kondisi yang sedang dialami karena penyakitnya seperti luka, rasa nyeri, nafsu makan berkurang, dan infeksi pada tulang (osteomielitis) di area luka.

### d. Riwayat kesehatan lalu

Adanya riwayat penyakit terdahulu yang menyertainya yang terkait dengan hipertrofi konka seperti hipertensi dan lain sebagainya yang mempengaruhi defisiensi insulin serta riwayat penggunaan obat-obatan yang biasa dikonsumsi penderita.

### e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pasien memiliki Riwayat Kesehatan atau penyakit yang pernah dialami oleh keluarganya.

### f. Pola fungsional kesehatan

Pola fungsional kesehatan berdasarkan data fokus meliputi :

#### 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Terkait kondisi pasien dalam menyikapi kesehatannya berdasarkan tingkat pengetahuan, perubahan persepsi, tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan dan pola mekanisme coping terhadap penyakitnya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Efek dari defisiensi insulin akan menyebabkan beberapa kemungkinan seperti polidipsi, polifagia, poliuria maka dalam memenuhi kebutuhan nutrisi serta dalam proses metabolisme akan mengalami beberapa perubahan.

3) Pola eliminasi

Hipertrofi konka yang lamamenyebabkan penderita hipertrofi konka sering pengap, susah bernafas dari hidung

4) Pola istirahat dan tidur

Pada penderita penyakit hipertrofi konka biasanya mengalami ketidaknyamanan dalam pola istirahat dan tidurnya karena diakibatkan adanya tanda dan gejala dari penyakitnya sehingga harus beradaptasi terkait dengan penyakitnya.

5) Pola aktivitas dan latihan

Akibat nyeri dan adanya luka pada bagian dalam hidung penderita hipertrofi konka adanya sumbatan di bagian hidung dan penderita cenderung mempunyai kesulitan bernafas di karenakan adanya sumbatan d dalam hidung

6) Pola Kognitif-Perseptual sensori

Pada penderita hipertrofi konka cenderung mengalami beberapa komplikasi pada penyakitnya yang mengakibatkan adanya perubahan dalam persepsi dan mekanisme kopingnya.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Penyakit hipertrofi konka akan mengakibatkan perubahan pada masalah pernafasan yang akan mempengaruhi pola pernafasannya dan mengalami nyeri.

8) Pola mekanisme koping

Akibat penyakit hipertrofi konka menyebabkan penyakit ini akan menimbulkan di masalah pada penderitanya

termasuk pada pola tidur, pernafasan dan juga menyebabkan nyeri

9) Pola Seksual-Reproduksi

Penyakit hipertrofi konka yang lama menyebabkan pada penderita terjadinya keluhan penciuman, keluhan pernafasan, dan mengalami nyeri Ketika mencium bau yang menyengat

10) Pola peran berhubungan dengan orang lain

Penderita hipertrofi konka yang lama akan mengalami kesulitan penciuman

11) Pola nilai dan kepercayaan

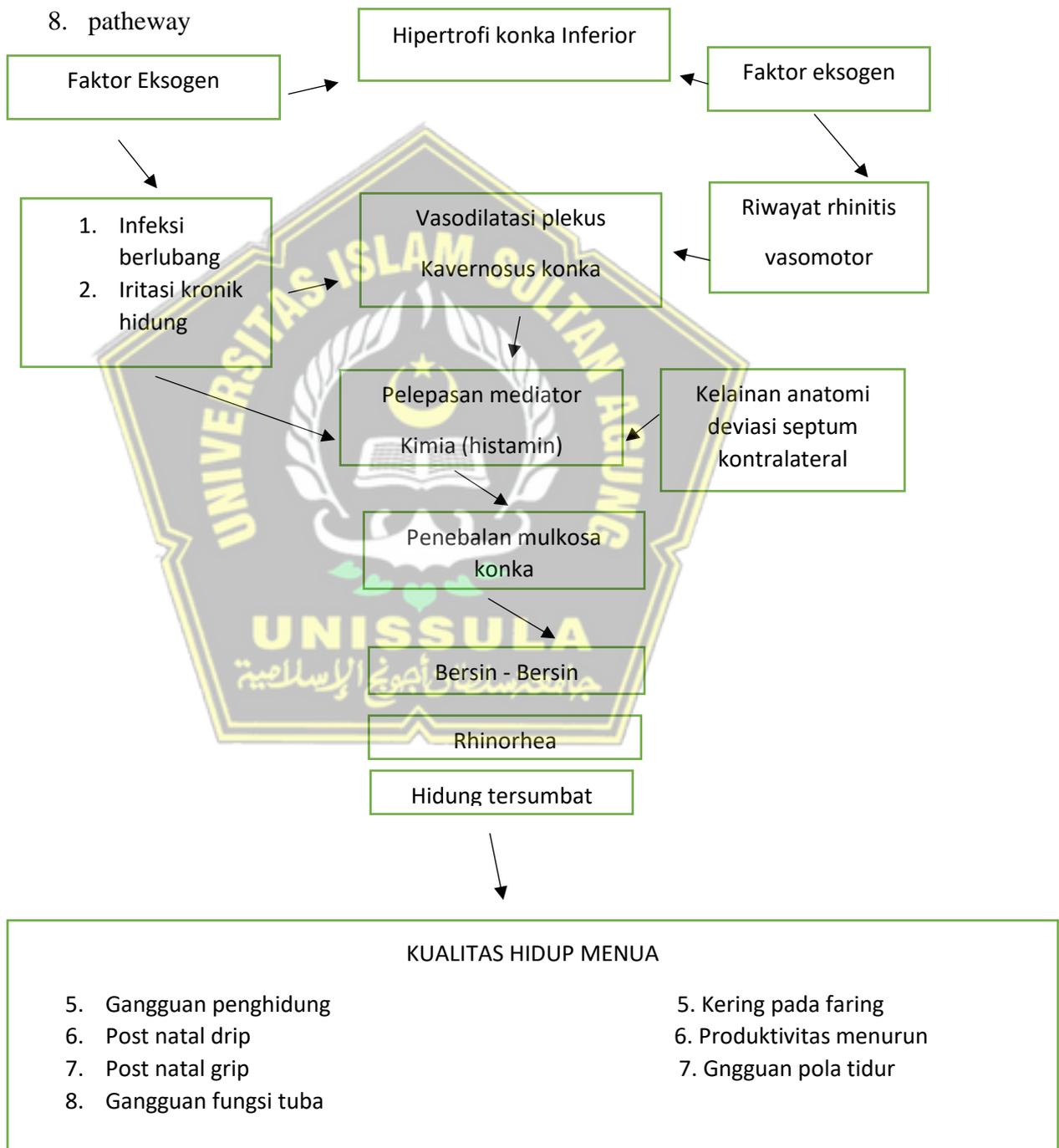
Akibat dari penyakit hipertrofi konka dapat mempengaruhi pernafasan dan dapat menyebabkan kesakitan status kesehatan pada penderita hipertrofi konka .

12) Pemeriksaan fisik Head to Toe

Suatu tindakan dalam memeriksa keseluruhan tubuh pasien dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki dengan menggunakan metode pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien.

7. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (PPNI, 2017)
- b. Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (PPNI, 2017)
- c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan mengeluh tidak nyaman (PPNI, 2017)



Jurnal :(Kusuma, 2016)

#### CARA MENGUKUR SKALA NYERI

Menurut (Riyandi & Mardana, 2017) Di bawah adalah cara untuk mengukur skala nyeri

##### 1. Visual Analog Scale (VAS)

Adalah cara yang digunakan dan yang paling banyak dan paling mudah untuk menilai pada skala nyeri. Rentang nyeri di gambarkan pada garis sepanjang 10cm dan ujung angka yang satu menggambarkan tidak adanya nyeri yang dirasakan, sedangkan ujung angka yang lainnya menggambarkan yang sangat parah

##### 2. Verbal Rating Scale (VRS)

Adalah penilaian skala nyeri yang menggunakan angka mulai dari 0 sampai dengan 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan. Penilaian skala nyeri ini juga bermanfaat bagi pasien pasca operasi

##### 3. Numeric Rating Scale (NRS)

Penilaian skala pada NRS dapat dilakukan dengan sederhana dan juga mudah untuk dimengerti dan dibagi menjadi 3 bagian yaitu no pain yang menunjukkan bahwa angka 0, moderat pain menunjukkan angka mulai dari 1-5 dan yang terakhir worst possible pain.

##### 4. Wong Baker Rating Scale

Penilaian skala ini juga digunakan bagi pasien dewasa maupun anak-anak 3 tahun yang tidak bisa menggambarkan nyeri yang dirasakan menggunakan skala angka

## BAB III

### Resum asuhan keperawatan

Bab ini akan memaparkan sebuah resume Keperawatan "Asuhan Keperawatan KMB pada Ny.A dengan Post Op Hipertrofi konka" yang meliputi antara lain : Pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan yang terakhir evaluasi. Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 02 Februari 2021 pada pukul 09:00 WIB, yang dilakukan selama 3 hari.

#### A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 februari 2021 . penulis mengelola kasus pada Ny. A dengan masalah Hipertrofi konka diruang Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut adalah :

##### I. Data umum

###### a. Identitas

###### 1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 februari 2021 pada pukul 10:00 di ruang Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Klien bernama Ny. A berusia 30 Thn berjenis kelamin Perempuan. Klien beragama islam, tinggal di Pecangan Wetan RT01/02 JEPARA Klien bekerja sebagai Guru dengan pendidikan

terakhir klien adalah SMA Klien masuk rumah sakit diantar oleh Suaminya Tn.R dan diagnose Medisnya Hipertrofi konka pada tanggal 02 februari 20201, pukul 10:00

## 2. Identitas penanggungjawab

Selama klien dirawat di rumah sakit yang bertanggungjawab adalah Suaminya TN. R yang berusia 38 tahun berjenis kelamin Laki-Laki, beragama islam, dan penanggungjawab bekerja juga sebagai Karyawan, pendidikan terakhir MTS yang bertempat tinggal Pecangan Wetan RT01/02 JEPARA

### b. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri dibagian hidung

### c. Status Kesehatan saat ini

Pasien mengatakan nyeri d bagian hidung dan napas dari hidungpun terganggu, dan Ketika mencium bau yang menyengat juga pasien mengalami nyeri, dan mengganggu Ketika pasien tertidur karena pengap dan bumpet, Lamanya keluhan hilang timbul, dan pasien segera pergi kerumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### d. Riwayat kesehatan lalu

#### 1) Penyakit yang pernah dialami

Psien mengatakan memiliki penyakit magh

#### 2) Kecelakaan

Pasien mengatakan pernah jatuh dari motor

#### 3) Pernah dirawat

Pasien mengatakan pernah operasi usus buntu 2015

#### 4) Alergi obat

Tidak ada

#### 5) Imunisasi

Klien mengatakan riwayat imunisasi klien lupa.

e. Riwayat kesehatan keluarga

1) Genogram

NY.A adalah seorang ibu rumah tangga, dia adalah anak ke 2 dari 4 bersaudara, yang pertama laki-laki, yang ke 2 dan 3 perempuan dan ke 4 nya laki-laki, Dan ny.A memiliki suami yang bernama TN.R dia merupakan anak ke 1 dari 3 bersaudara, dari pernikahan NY.A dan TN.R mempunyai anak 2 yaitu laki-laki

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan ayahnya mengalami stroke dan gula

3) Penyakit yang sedang diderita keluarga

Klien mengatakan tidak ada penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

f. Riwayat kesehatan lingkungan

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Pasien mengatakan kebersihan lingkungan bersih

2) Kemungkinan terjadinya bahaya

Pasien mengatkan kemungkinan terjadinya bahaya tidak ada

B. Pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit pasien selalu menjaga Kesehatan dirinya dan Ketika

Dan Ketika sakitpun pasien berusaha bangkit dari sakitnya

- 2) Pengetahuan dan persepsi klien terhadap penyakit dan perawatannya

Sebelum dan sesudah sakit klien menyatakan penyakit yang sedang diderita sekarang semua Allah yang kasih dan Allah yang beri, klien menerima semuanya dengan ikhlas. Untuk perawatannya klien kooperatif dalam menjalankan perawatan dengan baik.

- 3) Upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien selalu berobat ke dokter terdekat

- 4) Kemampuan untuk mengontrol kesehatannya

Pasien mengatakan kalau sakit langsung pergi ke rumah sakit

- 5) Kebiasaan hidup

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai kebiasaan mengonsumsi jamu, merokok, alkohol, dan kopi. Aktivitasnya sebagaimana mestinya menjadi guru dan ibu rumah tangga

- 6) Factor sosioekonomi

Klien mengatakan hubungan sosial atau ekonominya baik

- b. Pola nutrisi dan metabolic

- 0) Pola makan

Sebelum sakit pasien mengatakan makannya 3X sehari habis 1 porsi.

Sesudah sakit klien mengatakan makannya sedikit-sedikit

- 1) Apakah keadaan sakit mempengaruhi makan atau minum

Sebelum sakit klien mengatakan tidak ada pengaruh dalam makan atau minum

Sesudah sakit klien mengatakan ada pengaruh dalam makan, sedikit tidak nafsu makan karena hidungnya terasa tersumbat dan sakit

2) Makanan yang disukai atau pantangan dalam makanan

Sebelum sakit Pasien mengatakan tidak ada pantangan dalam makanan

Sedudah sakit Pasien mengatakan Ketika mencium bau” yang menyengat idungnya sakit

3) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang dianut

4) Kebiasaan mengonsumsi obat atau vitamin penambah nafsu makan

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan mengonsumsi obat atau vitamin penambah nafsu makan

5) Adakah keluhan dalam makanan

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam makan. Klien tidak ada kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan

6) Adakah penurunan BB dalam 6 bulan terakhir

Klien mengatakan tidak ada penurunan berat badan

7) Pola minum

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan minum lancer dan minum air putih

8) Adanya keluhan demam

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam

c. Pola eliminasi

a. Eliminasi feses

1) Pola BAB

Sebelum sakit Pasien Mengatakan BAB sehari 1-2 kali sehari dan setelah sakit pun sama sehari 1-2 kali sehari

2) Pola BAK

Sebelum dan sesudah sakit pun pola BAK Normal tidak ada keluhan BAK sehari kadang 3-4 kali sehari

d. Pola aktivitas dan latihan

a) Kegiatan dalam pekerjaan

Pasien mengatakan pekerjaan sebagai guru, untuk kerjanya berangkat pagi pulang siang

b) Olahraga yang dilakukan

Pasien mengatakan pasien jarang melakukan olahraga dan Ketika sakit berbaring tidur di Kasur

c) Kesulitan atau keluhan dalam aktivitas

1) Kegiatan dalam pekerjaan

Pasien mengatakan melakukan aktivitas seperti biasa dan Ketika sakit pasien istirahat

2) Olahraga yang dilakukan

Pasien mengatakan jarang sekali dalam berolahraga

3) Kesulitan atau keluhan dalam aktivitas

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak ada kesulitan atau keluhan dalam beraktivitas

4) Perawatan diri (mandi, mengenakan pakaian bersoleh, makan, dan lain—lain)

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit melakukan perawatan dirinya yaitu mandiri tanpa bantuan

5) Berhajat (BAK/BAB)

Sebelum sakit Pasien mengatakan BAB dan BAKnya normal.

Sesudah sakit Pasien mengatakan BAK lancar dan BAB lancar

6) Keluhan sesak napas setelah melakukan aktivitas

Sebelum dan Ketika sakit pasien mengatakan tidak ada

7) Mudah merasa kelelahan

Sebelum dan sesudah sakit Pasien mengatakan tidak mudah merasa kelelahan dan Ketika sakit mudah terasa Lelah

e. Pola istirahat dan tidur

a) Kebiasaan tidur

Pasien mengatakan tidur jam 20:00 dan bangun subuh , Ketika sakit pasien mengatakan tidur tidak teratur

b) Kesulitan tidur

Sebelum skait Pasien tidak ada kesulitan tidur dan sesudah sakit klien mengatakan susah tidur jika nyeri timbul

f. Pola kognitif-persepsi sensori

a) Keluhan yang berkenaan dengan sensori

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan dan Ketika sakit pun tidak ada keluhan

b) Kemampuan kognitif

Sebelum dan sesudah sakit kemampuan kognitif pasien baik, mampu menerima dan mampu mengingat pesan yang diterima

c) Kesulitan yang dialami

Sebelum dan sesudah sakit Pasien memgatakan tidak ada kesulitan yang dialami

d) Persepsi terhadap nyeri

P : Pasien mengatakan nyeri d bagian hidung

Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri dibagian hidung kiri

S : sebelum operasi klien mengatakan skala nyeri 5

T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

a. Persepsi diri

Pasien ingin cepat sembuh agar bisa beraktifitas seperti biasa

b. Konsep diri

Sebelum sakit Pasien berpropesi sebagai guru di kampungnya bekerja dengan professional setelah sakit pasien hanya bisa berbaring dan mengatakan tidak bisa melakukan mengajar Kembali, pasien juga berharap segera cepet sembuh dari penyakit dan bisa melakukan kegiatan seperti biasanya

h. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan seperti biasanya

i. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

1) Mengkaji bagaimana berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan hubungannya dengan orang lain baik, tidak ada masalah dan bersilahturahmi dengan baik

2) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi

Pasien berkomunikasi dengan jelas, mampu mengekspresikan dan bisa mengerti atau menghargai ketika orang lain berbicara

3) Siapa orang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien

Pasien mengatakan orang terdekat dan berpengaruh adalah suami dan anaknya

4) Kepada siapa klien meminta bantuan bisa mempunyai masalah

Pasien mengatakan meminta bantuan kepada suami dan keluarganya

5) Adakah kesulitan dalam keluarga

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarga dan hubungan dengan keluarga baik

j. Pola nilai dan kepercayaan

- a) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan

Pasien mengatakan melakukan ibadah dengan baik

- b) Masalah yang terkait dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat

Pasien mengatakan Alhamdulillah masih bisa melakukan shalat dengan tepat waktu

- c) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien

Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan atau keyakinan yang dianut

- d) Adakah nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani

Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan/keyakinan dalam pengobatan yang sedang dijalani.

C. Pemeriksaan fisik

Pasien dalam keadaan composmentis, keadaan umum lemah dan lesu, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada tanggal 02 februari 2021 : S : 36°C, TD : 137/89 mmHg, Rr : 20X/m, N : 98X/m, pada tanggal 03 februari 2021 : S : 36°C, TD : 137/89 mmHg, RR : 20X/m, N : 98X/m, dan pada tanggal 04 februari 2021 : S : 36°C, TD : 137/89 mmHg, RR : 72X/m, N : 98X/m.

Kepala bentuk oval, rambut normal tidak mengalami rontok, tidak ada ketombe. Mata kemampuan penglihatan normal, ukuran pupil mengecil saat terkena cahaya, conjunctiva merah muda, tidak ikterik, tidak memakai alat bantu, simetris, tidak ada nheri tekan. Hidung terjadi sumbat, tidak, napas dari hidung agak pengap dan sakit,

Memakai oksigen, ada nyeri pada hidung. Telinga tertutup krudung, tidak hilang pendengaran, tidak infeksi, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada serumen. Mulut dan tenggorokan tidak ada gangguan bicara, gigi bersih, tidak ada kesulitan dalam mengunyah, tidak ada benjolan dileher, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada nyeri tekan.

Pemeriksaan dada pada bagian jantung : inspeksi : simetris, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : pekak, auskultasi : bunyi jantung normal (lupdup), tidak ada suara tambahan. Dibagian paru-paru, inspeksi : simetris, palpasi : tidak ada nyeri tekan, gerakan fremitus, perkusi : bunyi paru sonor, auskultasi : suara napas vaskuler, tidak ada suara tambahan. Dan pada bagian abdomen, inspeksi : smetris, auskultasi : terdengar bising ususn normal 12X/m, perkusi : Timpany, palpasi : tidak ada massa, tidak ada nyeri.

Pada pemeriksaan genetalia NY.A mengatakan bersih, berjenis kelamin Perempuan, tidak terpasang kateter, tidak ada infeksi. Pada ekstermitas NY.A kukunya bersih, kulit putih, tidak ada urgor kulit tidak ada edema, eksermitas atas terpasang infus, dan capillary refill time normal (ditekan kembali <2 detik). Kulit, bersih, tidak kering, tidak ada lesi, tidak ada tirgoe kulit, tidak ada tanda-tanda infeksi.

#### D. Data penunjang

##### a) Hasil pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium, pada tanggal 02 februari 2021 pemeriksaan hematologic haemoglobin didapatkan hasil 13,3 dengan nilai rujukan 11.7-15.5 dengan satuan g/dL, hematokrit didapatkan hasil 39.7 dengan nilai rujukan 33.0 – 45.0 dengan satuan %, leukosit didaptkan hasil 8,16 dengan nilai rujukan 3.60 – 11.00 dengan satuan ribu/uL, trombosit didapatkan hasil 261 dengan nilai

rujukan 150 – 440 dengan satuan ribu/uL golongan darah B dan Rh Positif, pemeriksaan PPT PT didapatkan hasil 10.9 dengan nilai rujukan 9.3 – 11.4 dengan satuan detik, PT (control) didapatkan hasil 11.5 dengan nilai rujukan 9.1- 12.3 dengan satuan detik, pemeriksaan APTT, APTT didapatkan hasil 10.9 dengan nilai rujukan 9.3 – 11.4 dengan satuan detik, APTT (control) didapatkan hasil 27.1 dengan nilai rujukan 21.0 - 284 dengan satuan detik. Pemeriksaan kimia klinik glukosa darah sewaktu didapatkan hasil H 136 dengan nilai rujukan 75 – 110 dengan satuan mg/dL, ureum didapatkan hasil 15 dengan nilai rujukan 10 – 50 dengan satuan mg/dL, creatinine didapatkan hasil 0.87 dengan nilai rujukan 0.60 – 1.10 dengan satuan mg/dL. Pemeriksaan elektrolit (Na,K,Cl) Natrium (Ma) didapatkan hasil 137.0 dengan nilai rujukan 135 - 147 dengan satuan mmol/L, kalium (K) didapatkan hasil 4.20 dengan nilai rujukan 3-5 – 5.0 dengan satuan mmol/L.

Therapy

- RR 20 TPM
- Asam tramek samat 3 x 500 ml gram
- Vitamin c 2 X 1
- Metil prenisolon 2 x 1
- Sekpurosin 2 x 1
- Vitamin K 2 x 1

E. Analisa Data

Hasil dilakukan tanggal 02 februari 2021 pada pukul 19.20 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnose yaitu **Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik**. Masalah tersebut didukung dengan data subjektif klien mengatakan nyeri di bagian hidung,tampak gelisan ,meringis kesakitan bagian kanan, P : klien mengatakan nyeri saat sedang duduk, Q : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R :

klien mengatakan nyeri dibagian pinggang kanan, S : klien mengatakan skala nyeri 5, T : klien mengatakan waktu nyeri dirasakan setiap saat dan data objektif klien tampak meringis, klien tampak kesakitan.

Data focus yang kedua yaitu pada tanggal 02 februari 2021 pukul 19.35 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnose yaitu **Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas**. Masalah tersebut didukung dengan pasien mengeluh tidak bisa bernafas, bernafas terasa sakit terasa sakit dari hidung, terasa pengap, gelisah

Data focus yang ketiga yaitu pada tanggal 02 februari 2021 pukul 20.30 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnose **Gangguan rasa nyaman b.d mengeluh tidak nyaman**. Masalah tersebut didukung dengan data subjektif klien mengatakan tidak nyaman, dan data objektif klien tampak gelisah.

F. Diagnose keperawatan

- 1) Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik
- 2) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas
- 3) Ganggua Rasa nymanan b.d mengeluh tidak nyaman

G. Planning/intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan di tetapkan pada tanggal 02 febuari 2021 pukul 10 : 15 WIB. Interfensi yang ditetapkan untuk mengatasi diagnose keperawatan Nyeri akut b.d agen pencederaan fisik di buktikan dengan pasien mengatakan nyeri d bagian hidung pasca operasi dan kriteria hasil sebagai berikut, Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan masalah nyeri teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri berkurang,

Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, Melaporkan nyeri terkontrol meningkat dengan Intervensi : Identifikasi, lokasi , karakteristik , durasi , intensitas nyeri, berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, terapi music, Identifikasi skala nyeri, Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Intervensi keperawatan ditetapkan pada tanggal 02 februari 2021 pukul 10:00 WIB. Intervensi keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi diagnose keperawatan bersihan Jalan nafas tidak efektif b.d secret yang tertahan di buktikan dengan pasien terlihat kesulitan bernafas dan buncit dan tampak kesakitan bertujuan dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 X 24 jam diharapkan kesulitan bernafas berkurang dengan kriteria hasil sebagai berikut : Keluhan pengap menurun. Adapun intervensi keperawatan sebagai berikut : kaji frekuensi kedalaman pernapasan, Tinggikan daerah tempat tidur bagian kepala, Awasi tingkat kesadaran.

Intervensi keperawatan di tetapkan pada tanggal 02 febuari 2021 Pukul 10 : 30 WIB. Dengan intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi diagnose keperawatan Gangguan Rasa nyaman b.d mengeluh tidak nyaman di buktikan dengan pasien mengatakan sulit tidur karena sulit bernafas dari hidung, setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan masalah tidak nyaman dapat teratasi dengan kriteria hasil : Mngeluh tidak nyaman menurun, kemampuan mengenali penyebab tidak nyaman meningkat, dukungan oran terdekat, mampu memahami dan mengatasi keluhan dan intervensi : Mengkaji kebutuhan pasien, ciptakan suasana ruang yang aman dan nyaman, memecahkan

permasalahan pasien dalam pemenuhan kebutuhan istirahat tidur, memperjelas penyebab dan cara istirahat tidur.

#### H. Implementasi keperawatan

Pada tanggal 02 febuari 2021 pukul 08:00, dilakukan implementasi diagnosa 2 yaitu implementasi : Mengkaji nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri, menjelaskan sebab akibat nyeri pada pasien dan keluarga, mengajarkan dikstarkasi relaksasi, mengobservasi tanda tanda vital pasien.

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 11:00 WIB, dilakukan implementasi diagnose 1 yaitu Implementasi : Memposisikan pasien nyaman mungkin, menganjurkan kepada pasien untuk bernafas pelan” dari mulut, menjauhkan bau-bau yang menyengat, mengajarkan pasien untuk lebih tenang supaya polapernafasan terjaga dengan cara mendengarkan music.

Pada tanggal 04 februari 2021 pukul 08:15 WIB dilakukan implementasi diagnose 3 yaitu memeberkan suasana ruang yang yg nyama, mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi Ketidak nyamanan dan gelisah dengan terapi music, memberikan kebutuhan istirahat tidur yang cukup.

#### I. Evaluasi

Evaluasi adalah Tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap Tindakan keperawatan

#### **Nyeri akut b.d Agen pencendera fisik**

Pada tanggal 02 febuari 2021 pukul 10:15

Nyeri akut berhubungan dengan pencendera fisik didapatkan data S: Pasien mengatakan nyeri d bagian hidung sebelah kiri dan kesulitan bernafas , nyeri terasa ter tusuk-tusuk, rasa hilang timbul, dirasakan saat bernafas dari hidung O : Pasien Nampak meringis kesakitan P : Nyeri Ketika bernafas dari hidung Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Nyeri d bagian hidung sebelah kiri S : Skala 5 T : Nyeri Ketika bernafas dari hidung A : Masalah belum teratasi  
P : Lanjutkan intervensi

Pasien tampak meringis kesakitan, maka didapatkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan pencendera fisik belum teratasi, maka penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, skala nyeri, kaji pola pernafasan.

#### **Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas**

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 10:00 WIB

Di dapatkan Data S : Pasien mengatakan sulit bernafas dari hidung dan terasa sakit juga O : Pasien Nampak terlihat pengap dan sulit bernapas dari hidung Suhu : 36C, TD : 137/89 mmhg RR : 22x/mnt, Nadi : 98x/mnt A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi  
Pasien Nampak terlihat pengap dan sulit bernafas dari hidung disimpulkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan belum teratasi, dan penulis melanjutkan intervensi pada hari berikutnya adalah sebagai berikut, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, pantau pola pernafasan pasien, memberikan posisi nyaman, agar pasien bernafas dari mulut secara teratur.

#### **Gangguan Rasa nyaman b.d mengeluh tidak nyaman**

Pada tanggal 02 febuari 2021 pukul 11:00

Gangguan aman nyaman berhubungan dengan mengeluh tidak nyaman, di dapatkan data S : Pasien mengatakan sulit tidur, gelisah

dan sulit bernafas dari hidung O : pasien terlihat gelisah dan terlihat kurang tidur TD : 137/89mmhg RR : 28x/mnt N : 98x/mnt S : 36C  
A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan aman nyaman b.d mengeluh tidak nyaman belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi berikutnya pada hari pertama identifikasi pola tidur, identifikasi pola aktivitas , identifikasi pernapasan , menganjurkan menenangkan pola nafas sedikit-sedikit dari mulut

### **Nyeri akut b.d Agen pencendera fisik**

Pada tanggal 03 febuari 2021 pukul 08:15

Nyeri akut berhubungan dengan pencendera fisik didapatkan data S: Pasien mengatakan nyeri d bagian hidung sebelah kiri sudah berkurang O : Pasien Nampak tidak terlalu meringis kesakitan P : Nyeri Ketika bernafas dari hidung Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Nyeri d bagian hidung sebelah kiri S : Skala turun menjadi 4 T : Nyeri Ketika bernafas dari hidung A : Masalah teratasi sebagian  
P : Lanjutkan intervensi

Pasien sudah mulai tidak terlalu meringis kesakitan, maka didapatkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan pencendera fisik teratasi sebagian, maka penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu dengan identifikasi lokasi, karakteristik, skala nyeri, kaji pola pernafasan.

### **Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas**

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 08:00 WIB

Di dapatkan Data S : Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa bernafasa pelan-pelan dari mulut O : Pasien sudah mulai terlihat tenang bernafas pelan-pelan dari mulut: 36C, TD : 137/89 mmhg RR

: 22x/mnt, Nadi : 98x/mnt A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi

Pasien Nampak terlihat pengap dan sulit bernafas dari hidung disimpulkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan teratasi sebagian, dan penulis melanjutkan intervensi pada hari berikutnya adalah sebagai berikut, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, pantau pola pernafasan pasien, memberikan posisi nyaman, agar pasien bernafas dari mulut secara teratur menenangkan pasien agar bernafas lewat mulut pelan-pelan.

### **Gangguan Rasa nyaman b.d mengeluh tidak nyaman**

Pada tanggal 03 febuari 2021 pukul 08:30

Gangguan aman nyaman berhubungan dengan mengeluh tidak nyaman, di dapatkan data S : Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dan tenang, sulit tidur dan sulit bernafas dari hidung sudah sedikit lancer O : pasien terlihat tidak terlalu gelisah dan sudah tidak terlihat kelelahan TD : 137/89mmhg RR : 28x/mnt N : 98x/mnt S : 36C A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi

Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan aman nyaman b.d mengeluh tidak nyama teratasi Sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi berikutnya pada hari pertama identifiksasi pola tidur, identifikasi pola aktivitas , identifikasi pernapasan , menganjurkan menenangkan pola nafas sedikit-sedikit dari mulut

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 08:00 hasil evaluasi diagnose pertama yaitu S : Pasien mengatakan nyeri, O : pasien nampak terlihat kesakitan pasca operasi, terlihat cemas, meringis  
Tekanan darah : 136/90mmhg RR : 28x/mnt N: 98x/mnt Suhu: 36,5C  
A : masalah teratasi, P : pertahankan intervensi/hentikan intervensi

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 10:00 WIB hasil evaluasi pada diagnose ke dua yaitu S : Pasien mengatakan susah bernafas dari hidung :, O : Pasien tampak terlihat pengap, Suhu : 36°C, Tekanan Darah : 137/89 mmHg, Respirasi : 2x/mnt, Nadi : 98x/mnt, A : masalah teratasi, P : pertahankan intervensi/hentikan intervensi.

Pada tanggal 04 februari 2021 pukul 09:00 hasil evaluasi ketiga yaitu S : Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur karena sudah mulai bisa bernafas enak dari hidung, O : Terlihat sudah tidak gelisan dan muka tidak pucat Tekanan darah : 130/90 N : 90x/mnt RR : 25x/mnt Suhu 36C, A : masalah teratasi, P : pertahankan intervens/hentikan intervensi.

## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### A. Pengkajian

Pada bab IV ini penulis tentang membahas masalah hasil analisa kasus mengenai asuhan keperawatan pada NY.A Dengan kasus hipertrofi konka yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada NY. A ini dikelola selama 3 hari pada tanggal 02 FEBUARI 2021 Sampai Tanggal 04 FEBUARI 2021.

Pada bab IV membahas tentang kendala dan hambatan yang didapat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan kepada NY.A Hipertrofi konka dengan memperhatikan aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan dari hasil pengkajian penulis menemukan 3 diagnosa yaitu :

#### B. Diagnosa

**1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** dibuktikan dengan nyeri pada bagian hidung, tampak meringis, nyeri dirasakan Ketika benafas melalui hidung, Nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri d bagian hidung sebelah kanan, skala nyerinya 5 skala, dan waktu nhyeri dirasakan setiap saat dan hilang timbul, tampak meringis, dan tampak kesakitan.

Seperti yang diindikasikan oleh SDKI (2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dengan onset mendadak atau yang bertahan kurang dari 3 bulan.

Diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan nyeri d bagian hidung pasca operasi, tampak meringis, nyeri dirasakan saat melakukan nafas dari hidung, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk dan clekit-clekit, terasa nyeri d bagian hidung kiri, skala nyerinya 5 skala, dan waktu nyeri dirasakan setiap saat, tampak meringis, dan tampak kesakitan. Penulis mengangkat diagnose tersebut karena didalam pengkajian didapatkan klien nyeri, . batasan karakteristik dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan tanda gejala dan dan tanda mayor disubjektif mengeluh nyeri sedangkan diobjektifnya yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi meningkat, dan sulit tidur. Pengambilan diagnose sudah betul dan pas karena dalam pengkajian terdapat klien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah dan sulit tidur sudah memenuhi syarat untuk 80% dari data objektif.

Dan juga ada sebuah data minor yaitu tekanan darah meningkat, dan juga pada pola nafsu makan yang menurun DX nyeri b.d penvendera fisik dapat juga bisa menjadi sebuah diagnose prioritas utama karena setelah dilakukan operasi akan mengakibatkan rasa nyeri dan jika nyeri tersebut juga tidak secepatnya ditanganimaka dapat berpengaruh terhadap fisiologis, psikologis dan perilaku dari seseorang terhadap dirinya. (Di & Muhammadiyahgombong, 2011) Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional mungkin tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual dan potensial. (Muhammadiyah, 2017) Setiap persepsi nyeri yang timbul akan menyebabkan dan membuat tubuh merespons rangsangan nyeri tersebut, yang kemudian juga dapat mempengaruhi secara keseluruhan system organ penderita nyeri. (Riyandi & Mardana, 2017)

Alasan mengapa saya mengambil diagnose nyeri akut karena sewaktu pengkajian mendapatkan hasil pasien mengeluh nyeri d bagian hidung dan data objektif pasien Nampak terlihat kesakitan dan meringis, terlihat tidak tenang dan sulit tidur kata pasien. P : Pasien mengatakan sakit Ketika melakukan nafas dari hidung

Q : Nyeri cleki-clekit dan seperti d tusuk tusuk

R : Nyeri dirasakan d hidung sebelah kiri

S : Skala nyeri 5

T : Nyeri dirasakan hilang timbul

Penyebab nyeri akut biasa terjadi karena nyeri akut agen cedera fisik, Pasien pasca operasi apendiktomi mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan ageng injuri fisik ( insisi pembedahan pada apendiktomi) ((PPNI, 2014)

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semuanya karena klien kooperatif dan aktif. Klien sangat tampak seris dalam mendengarkan penjelasan yang diberikan dan aktif saat penulis memberikan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan asuhsn keperawatan ditemukan data klien mengatakan nyeri d bagian hidung berkurang dari 5 skala menjadi w skala dank lien tampak tenang. Dengan pengkajian PQRST sebagai berikut : . P : Pasien mengatakan sakit Ketika melakukan nafas dari hidung Q : Nyeri cleki-clekit dan seperti d tusuk tusuk R : Nyeri dirasakan d hidung sebelah kiri S : Skala nyeri 5 T : Nyeri dirasakan hilang timbul

S : 36°C, TD : 137/89 mmHg, RR : 20x/m, N : 98X/m. berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan kriteria hasil sudah tercapai. Adapun hasil masalah pertahankan intervensi/hentikan intervensi karena didapatkan data klien mengatakan rasa sakitnya sudah berkurang dank lien tamak tenang. Sehingga penulis menghentikan intervensi.

## **2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas**

**Diagnosa Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya jalan nafas** dengan mengeluh sulit bernafas dari hidung dan merasakan sakit

Ketika bernafas dari hidung, dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan gejala dan tanda mayor subjektif mengeluh sulit bernafas dan pengap data objektif. Pengambilan diagnose sudah tepat karena dari pengkajian didapatkan kurang efektif cara bernafas dari hidung dari data subjektif. Adapun untuk etiologinya adanya penyumbatan di daerah hidung sehingga pasien sulit bernafas.

Alasan mengangkat diagnosis ini menjadi diagnosis ketiga arena dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit bernafas dan pengap pengkajian didapatkan Pasien mengatakan sulit bernafas dari hidung dan pasien merasa pengap.

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Penulis menyusun beberapa macam tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan selama 3 X 24 jam maka sulit bernafas dari hidung teratasi. Kriteria hasil : Keluhan bempet menurun, kemampuan mengenali pengap meningkat, dukungan orang terdekat, pengam menurun, Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan penulis sebagai berikut : Kaji frekuensi kedalaman pernafasan, Bantu pasien untuk memilih posisi yang

mudah untuk bernafas, awasi tingkat tingkat pernafasan, Jelaskan pentingnya mengontrol pernafasan. Gangguan kebersihan jalan nafas tidak efektif merupakan salah satu ketidak mampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.(Ambara, 2017) Pemberian terafi music yang dapat menyeimbangkan gelombang otak dan juga dapat mempengaruhi irama atau pola pernafasan menjadi tenang dan rileks, denyut jantung bahkan tekanan darah.(Rilla, 2014) pemberian terafi relaksasi dengan cara murottal al-qur'an yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien sehingga pola pernafasan nya bisa tenang dan tidak gelisah

Penulis dalam melakukan Implementasi merupakan serangkaian pelaksanaan tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang ditentukan sebelumnya agar menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan(Safitri, 2019) sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semuanya karena klien kooperatif dan aktif. Klien sangat tampak seris dalam mendengarkan penjelasan yang diberikan dan aktif saat penulis memberikan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah gangguan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dapat teratasi karena data yang ditemukan saat evaluasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : keluhan sulit bernafas dan pengap menurun dan keluhan pengap menurun . Sehingga penulis menghentikan intervensi.

### **3. Gangguan rasa nyaman b.d mengeluh tidak nyaman**

Menurut SDKI PPNI 2017 merupakan penyebab kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.

Diagnosis gangguan aman nyaman berhubungan dengan mengeluh tidak nyaman dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur dan kurang puas tidur ,dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan gejala dan tanda mayor subjektif mengeluh sulit tidur data objektif. Pengambilan diagnose sudah tepat karena dari pengkajian didapatkan kurang control tidur dari data subjektif. Adapun untuk etiologinya yaitu kurang control tidur karena klien tampak pucat.

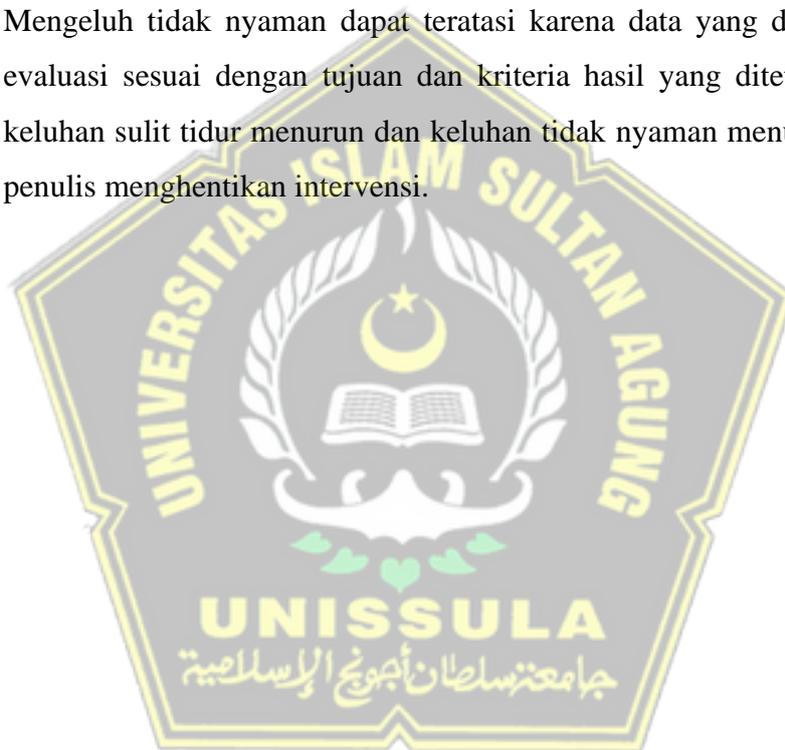
Alasan mengangkat diagnosis ini menjadi diagnosis ketiga arena dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur karena selama pengkajian

didapatkan Pasien mengatakan tidurnya terganggu, Pasien tampak pucat. .

Intervensi keperawatan yang saya tulis dan tetapkan untuk mengatasi masalah gangguan aman nyaman berhubungan dengan mengeluh tidak nyaman. Penulis menyusun beberapa macam tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan selama 3 X 24 jam maka gangguan tidur berkurang. Kriteria hasil : Keluhan tidak nyaman menurun, Kemampuan mengetahui penyebab nyeri meningkat, mampu dan memahami juga dapat mengatasi keluhan , keluhan kurang tidur teratasi. Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan penulis sebagai berikut : identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Tidur ialah salah bagian penting supaya menjaga Kesehatan sendiri-sendiri. Jika tidak tidur, Manusia mengalami gangguan dalam kualitas hidupnya. Manusia jika tidur sepertiga dari kehidupan mereka. Bagi Sebagian banyak orang, tidur adalah hal yang sangat mudah, namun dari beberapa orang terkadang tidur merupakan hal yang sulit dilakukan. Kondisi dimana mengalami sulit tidur yaitu dinamakan INSOMNIA. (Susanti, 2015) Pola tidur yaitu model corak atau bentuk dalam jangka waktu yang relative menetap, dan meliputi, jadwal jatuh (masuk) tidur dan bangun, berirama tidur, frekuensi tidur dalam sehari atau lamanya tidur, mempertahankan kondisi tidur, kepuasan dalam tidur. (Prayitno, 2018). Tidur adalah keadaan atau kondisi dimana manusia tidak sadar dan meliputi individu yang dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensori yang sesuai dan juga dapat dikatakan sebagai keadaan dimana manusia keadaan tidak sadarkan diri, tidur mempunyai ciri adanya aktivitas yang minim, mempunyai kesadaran yang bervariasi, terhadap perubahan proses fisiologi, dan juga terjadi penurunan respon terhadap rangsangan dari luar. (Program et al., 2017)

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan semuanya karena Pasien kooperatif dan aktif. Pasien sangat tampak seris dan bekerja sama dengan baik dalam mendengarkan penjelasan yang diberikan dan aktif saat penulis memberikan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah gangguan Aman nyaman berhubungan dengan Mengeluh tidak nyaman dapat teratasi karena data yang ditemukan saat evaluasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : keluhan sulit tidur menurun dan keluhan tidak nyaman menurun Sehingga penulis menghentikan intervensi.



## BAB V

### PENUTUP

Asuhan keperawatan di kelola selama 3 hari mulai tanggal 02 febuari 04 februari 2021. Langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu membuat simpulan dan saran yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien hipertrofi konka. Adapun pembahasan kasus yang meliputi antara lain pengkaian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### A. SIMPULAN

1. **Hipertrofi konka** merupakan salah satu adanya pembesaran kelenjar limfa hidung yang seharusnya berperan dalam melawan infeksi hingga menangkap partikel asing hipertrofi adalah pembesaran dan konka adalah kelenjar limfa hidung yang berfungsi untuk menangkap kuman dan melawan infeksi.

#### 2. Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian penulis sudah melakukan pengkajian dengan baik meliputi identitas pasien, identitas penanggungjawab, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan keluargadam pemeriksaan data focus (pola fungsi). Hasil pengkajian penulis menemukan nyeri dibagian hidung karena adanya penyumbatan,tampak pengap, tampak meringis, tampak kesakitan, gelisah, pola tidur berubah, sulit tidur karena ada gangguan rasa

nyaman, dan pasien merasa gelisah dengan keadaannya sangat tidak tenang karena kesulitan bernafas melalui hidung dengan normal.

### 3. Diagnose

Diagnose diambil berdasarkan dengan keluhan dan hasil yang didapatkan. Diagnose keperawatan yang pertama **adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik**, Dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit bernafas, buncit pengap,. Diagnose keperawatan yang kedua **adalah Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas** dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri d bagian hidung. Dan diagnose ketiga **adalah gangguan rasa nyaman mengeluh tidak nyaman** dibuktikan dengan data pasien mengeluh tidak nyaman karena kesulitan bernafas dari hidung dan sulit untuk tidur dan pengap.

### 4. Intervensi

Rencana keperawatan yang telah disusun dengan hasil tujuan yang dicapai dan rencana tindakan keperawatan ini sudah sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Adapun didalamnya memuat observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

### 5. Implementasi

Implementasi ini dilakukan selama 3 X 8 jam , implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dan ditetapkan.

### 6. Evaluasi

Setelah dilakukan keperawatan selama 3 X 8 jam, didapatkan bahwa evaluasi ketiga masalah teratasi dengan tujuan teratasi dan menghentikan intervensi.

## B. SARAN

### 1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikn karya tulis ilmiah bagi institusi Pendidikan sebagai contoh penjelasan kasus di dunia Pendidikan Kesehatan dan bisa juga menjadi pedoman pembelajaran pengetahuan bagi penulis maupun orang lain

### 2. Bagi profesi

Sebagai pembelajaran dan pedoman agar lebih mudah dan dapat di fahami secara cepat dan juga bisa memperjelas pengambilan diagnose untuk kasus hipertrofi konka 😊

### 3. Bagi lahan praktik

Dapat digunakan sebagai contoh untuk melakukan Tindakan keperawatan dan contoh pemberian asuhan kepada kasus hipertrofi konka

### 4. Bagi masyarakat

Sebagai informasi agar masyarakat mengetahui tentang penyakit hipertrofi konka dan bukan hanya sekedar mengetahui artinya saja , bisa juga mengetahu tanda dan gejala selain itu juga cara menanggapi kasus tersebut dan cara pemberian asuhannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- (PPNI, 2016). (2014). *Nyeri akut pada post operasi*.
- Ambara, Y. (2017). *No Title*. 6–53.
- Bare, S. &. (2017). *PERUBAHAN INTENSITAS NYERI PASIEN POST OPERASI HERNIA*. 8(3), 153–158.
- Budiman. (2019). *Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara*.
- Budiman, B. J., & Fitria, H. (2011). Penatalaksanaan hipertrofi konka. *Bagian Telinga Hidung Kepala Tenggorok Bedah Kepala Leher (THT-KL) Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang*, 1–10.
- Di, L., & Muhammadiyahgombong, P. K. U. (2011). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 7, No. 1, Februari 2011*. 7(1), 35–42.
- Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>
- Kusuma. (2016). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, 4(80), 4.
- Muhammadiyah, J. K. (2017). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2 (1). 2(1).
- Nursalam. (2014). *Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan*.
- Permatasari, B. B., Mailasari, A., & Dewi, K. (2019). *HIPERTROFI*. 8(3), 929–936.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. DPP PPNI.
- Prayitno, A. (2018). *Gangguan pola tidur pada kelompok usia lanjut*

*dan penatalaksanaannya. 21(1), 23–30.*

Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., Malang, T., Program, D., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., & Malang, T. (2017). *HUBUNGAN ANTARA PENGGUNAAN INTERNET DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA MAHASISWA PSIK UNITRI MALANG* Emi Diarti 1) , Ani Sutriningsih 2) , Wahidyanti Rahayu H 3). 2, 321–331.

Rilla. (2014). Terapi Murottal Efektif Menurunkan Tingkat Nyeri Dibanding Terapi Musik pada Pasien Pascabedah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17(2), 74–80.  
<https://doi.org/10.7454/jki.v17i2.444>

Riyandi, I. K., & Mardana, P. (2017). *Penilaian nyeri.*

Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien.* <https://doi.org/10.31219/osf.io/8ucph>

Sumbatan, D., Pada, H., Deviasi, S., & Konka, D. A. N. (2020). *JURNAL ILMIAH KOHESI Vol. 4 No. 2 April 2020. 4(2), 100–105.*

Susanti. (2015). Gambaran implementasi keperawatan pada pasien insomnia. *Tujuan Penelitian: Penelitian Ini Bertujuan Untuk Mengetahui Gambaran Implementasi Keperawatan Pada Pasien Imsomnia.*, 2, 1–10.

Zachreini, I., Lubis, M. N. D., Koesoema, A., Ilmu, B., Telinga, K., Tenggorok, H., Leher, K., Kedokteran, F., Malikussaleh, U., Cut, R. S. U., Utara, A., Kedokteran, F., Diponegoro, U., & Tengah, J. (2015). *Uji Diagnostik Histopatologi untuk Konka Hipertrofi yang Disebabkan Rinitis Alergi dan Rinitis Non-alergi. 42(5), 332–335.*

Zahra, S. S., Mailasari, A., & Marliyawati, D. (2016). *Pengaruh irigasi hidung terhadap derajat sumbatan hidung pada perokok. 5(4), 1784–1793.*

Lampiran 1 Surat Keterangan Konsultasi

**Surat keterangan konsultasi**

Yang betanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 0604038901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Atas nama mahasiswa DIII Keperawatan FIK UNISSULA

Semarang sebagai berikut :

Nama : Windi maulana

NIM : 40901800100

Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada NY. A dengan post operasi hipertrofi konka di ruang IZZAH 2 Rumah sakit islam sultan agung semarang

Lampiran 2 surat keterangan konsultasi

Yang bertanda tangan d bawah ini.

Nama : Ns. Retmo Issovatiningrum,M.Kep

Nidn : 06-0403-8901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia mendjadi pembimbing karya tulis ilmiah atas nama mahasiswa DIII Keperawatan FIK

UNISSULA Semarang sebagai berikut

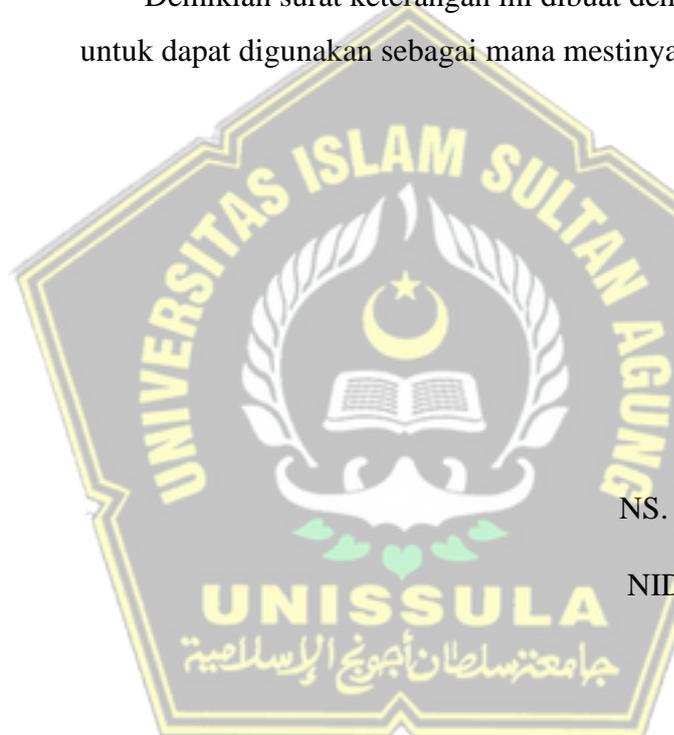
Nama : Windi maulana

NIM ; 40901800100

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada NY.A dengan post opersi hipertrofi konka di ruang izzah 2 rumah sakit islamsultan agung semarang

Menyatakan mahasiswa seperti yang disebutkan atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai dari tanggal 19 mei 2021 sampai dengan 2021 yang dilakukan secara online melalui google meet.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sungguh-sungguh untuk dapat digunakan sebagai mana mestinya



Semarang, mei 2021

Pembimbing

NS. Retnoissovatiatingrum

NIDN. 06-0403-8901

Lampiran 3 lembar konsultasi

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

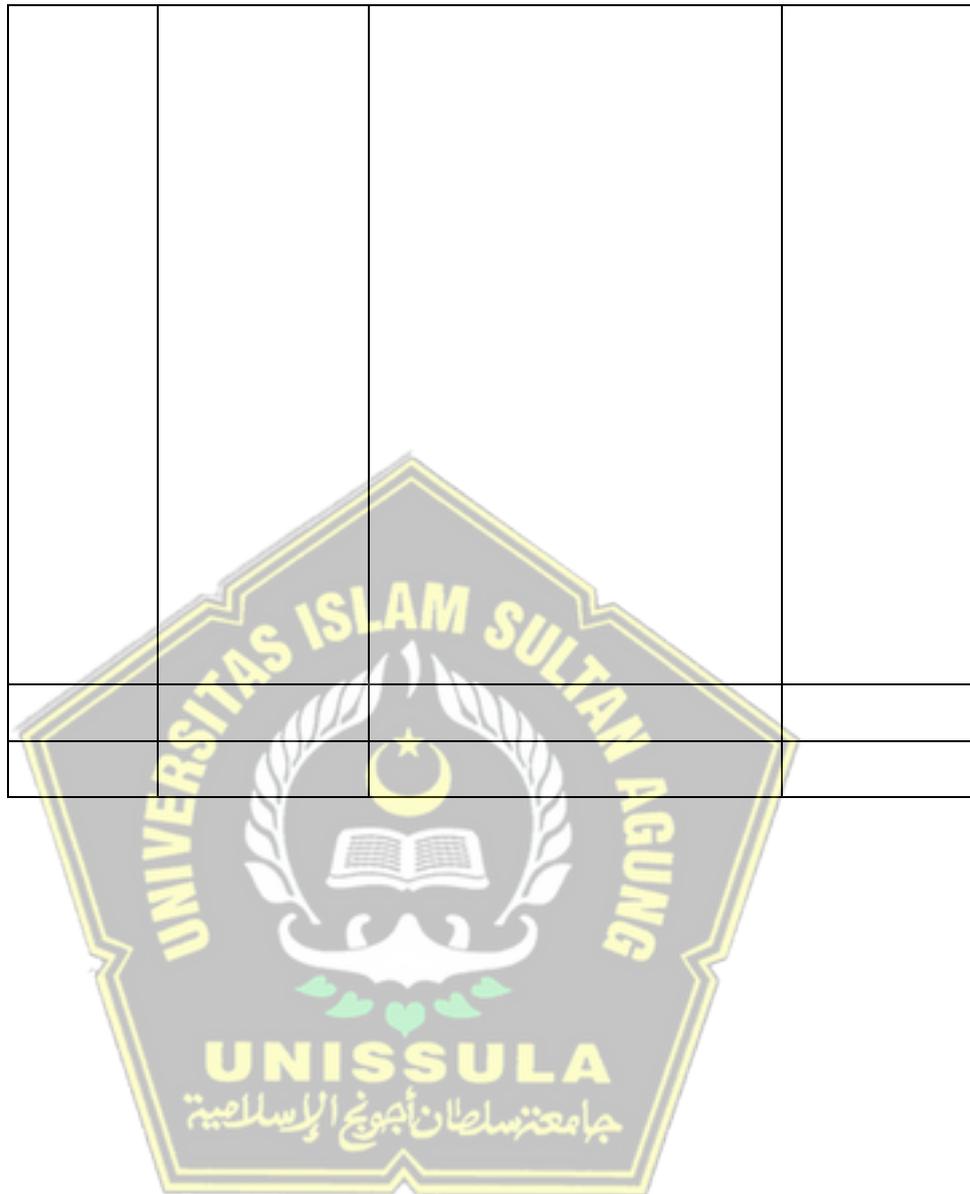
FIK UNISSULA

NAMA MAHASISWA : WINDI MAULANA

JUDUL KTI : Asuhan keperawatan pada ny.A dengan post operasi hipertrofi konka di ruang izzah 2 rumah sakit islam sultan agung

PEMBIMBING : NS. Retni Issovatiningrum, M .kep

Hari dan tanggal	Materi konsultasi	Saran pembimbing	TTD Pembimbing
21 mei 2021	Konsultasi bab 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menambahkan pravalensi dsn dampaknya</li> <li>-menambahkan peran perawat dan di fokuskan lagi</li> <li>-menambahkan jurnal”</li> <li>-menambahkan evaluasi dengan 9 evaluasi</li> <li>- halaman pengesahan</li> <li>- membuat Daftar isi</li> </ul>	Retni,
24 mei 2021	Konsultasi BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menambahkan dampak kasus</li> <li>-menambahkan koplikasinya</li> <li>-memperbaiki tujuan khusus</li> <li>-menambahkan nama rector</li> </ul>	Retni,
	Konsultasi BAB2	-Jurnal” dpembahasan d tambahkan	Retni,
	BAB 4	Memperbaiki pembahasan dan di tambahkan jurnal”	Retni,



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A NY. A  
DENGAN HIPERTROFI KONEA  
DI RUANG BAITUL IZZAH 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG



PRODI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS LLMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2021

## A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. Data umum

#### a. Identitas klien

Nama : NY A  
Umur : 30 Thn  
jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
pendidikan : S1  
Pekerjaan : Guru  
Suku bangsa : Jawa / Indonesia  
Alamat : Pecangren wetan Rt 01/02  
Diagnosa medis : hipertrofi konka  
Tgl dan jam masuk : 1 Februari 2021

#### Identitas peranggung jawab

Nama : TN  
Umur : 38 tahun  
jenis kelamin : laki laki  
Agama : Islam  
Pendidikan terakhir : STS  
Pekerjaan : karyawan  
Alamat : Pecangren wetan Rt 01 / 02  
Hubungan dgn klien : suami

#### b. Keluhan utama

↳ Mengeluh nyeri, hidung bempet kadang seras

### 2. Status kesehatan saat ini

↳ Alasan masuk RS

↳ pasien mengalami hidung bempet, pusing

Faktor pencetus

↳ ketika ada bau yang menyengat  
Merasakan nyeri, ketika bernafas  
dari hidung Merasakan nyeri

↳ timbulnya keluhan

↳ keluhan hidung timbul

↳ upaya yang dilakukan untuk mengatasi

↳ terkadang pasien menggunakan  
Plastik

### 3. RIWAYAT KESEHATAN LALU

- ~> Penyakit yang pernah dialami
  - Pasien Mengatakan Pernah Penyakit Mugh
- ~> Kecelakaan
  - Pasien Mengatakan Pernah tumbang dari motor
- ~> Pernah dirawat (Penyakit, kafein)
  - Pasien Mengatakan Pernah Operasi usus buntu 2015
- ~> Alergi
  - Amprsilim
- ~> Imunisasi

### 4. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

- ~> Generasi (3 generasi)



- ~> Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
  - Pasien mengatakan ayahnya Mengalami stroke dan gula
- ~> Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

### 5. RIWAYAT KESEHATAN LINGKUNGAN

- ~> Kebersihan Rumah dan Lingkungan
  - Pasien Mengatakan Kebersihan lingkungan bersih
- ~> Kemungkinan terjadi bahaya
  - tidak ada

## II. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

↳ Tulis data sebelum sakit dan setelah dirawat

### 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

#### a. Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mengelola kesehatan

Saat sakit : Pasien mengatakan akan lebih mengelola kesehatan

#### b. Pengetahuan dan persepsi klien

Sebelum sakit : Pasien mengatakan kurang faham dengan penyakitnya

Saat sakit : sudah mulai paham dgn penyakitnya

#### c. Upaya yang dilakukan dimampertahankan kesehatannya

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika sakit Periksa ke dokter

Saat sakit : Sebarang dirawat di RS

#### d. Kemampuan fisik untuk mengelola kesehatannya

Sebelum sakit : pasien mengatakan menjaga kesehatannya

Saat sakit : pasien menjaga kesehatannya

#### e. Kebiasaan hidup

Sebelum sakit : pasien melakukan pekerjaannya

Saat sakit : pasien bekerja tapi memperhatikan istirahat

#### f. Faktor sosial/budaya yg berhubungan dgn kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dia bekerja di tempatnya

Saat sakit : Pasien mengatakan sebarang dirawat di RS

### 2. Pola nutrisi

#### a. Pola makan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan dgn normal

Saat sakit : Pasien mengatakan makan agak kurang

#### b. Adakah kebiasaan makan ini mempengaruhi makan/minum

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan dgn baik

Saat sakit : Pasien mengatakan makan agak menurun

#### c. Makanan yang disukai pasien

Sebelum sakit : Pasien mengatakan suka sayur dan buah

Saat sakit : Makanan agak berkurang

#### d. Adakah keyakinan dan kepercayaan yg dianut

Sebelum sakit : tidak ada

Saat sakit : tidak ada

#### e. Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat rasu trakan

Sebelum sakit : tidak Saat sakit : tidak

F. Kelelahan dalam trakea

kebelum sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

saat sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

G. Adakah Kelelahan anoreksia

kebelum sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

saat sakit : tidak ada

H. Adakah Kelelahan Mual muntah

kebelum sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

saat sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

I. Bagaimana Kemampuan Mengunyah dan menelan

kebelum sakit : Pasien Mengetahui Normal

saat sakit : Pasien Mengetahui Normal

J. Adakah Perut kembung

kebelum sakit : tidak ada

saat sakit : tidak ada

K. Pola minum (Frekuensi dan jumlah cairan yg dikonsumsi)

kebelum sakit : Pasien Mengetahui Normal

saat sakit : Pasien Mengetahui Normal

L. Bila Terpasang NIFUS berapa cairan yg masuk dlm sehari

kebelum sakit :

saat sakit :

M. Adakah Kelelahan demam

kebelum sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

saat sakit : Pasien Mengetahui tidak ada

3. POLA ELIMINASI

a. POLA BAB

kebelum sakit : Pasien Mengetahui BAB sehari 1-2 kali sehari

saat sakit : Pasien Mengetahui BAB sehari 1-2 kali sehari

b. Perubahan dalam kebiasaan BAB

kebelum sakit : Pasien Mengetahui tidak ada perubahan

saat sakit : Pasien Mengetahui tidak ada perubahan

c. POLA BAK

kebelum sakit : Pasien Mengetahui BAK lancar tidak ada gangguan BAK sehari kadang 3-4 kali berwarna kekuning-kuningan

saat sakit : Pasien Mengetahui BAK lancar tidak ada gangguan, BAK sehari kadang sampai 3-4 kali berwarna putih ke kuning-kuningan

#### 4. Pola aktifitas dan latihan

##### A. Kegiatan dalam pekerjaan

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan Pekerjaan dilakukan lancar

Saat sakit : Pasien mengatakan banyak istirahat

##### B. Olahraga yang dilakukan

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan jarang berolahraga

Saat sakit : Pasien Berbaring di ruang pasien

##### C. Kesulitan / Kebiasaan dalam aktifitas

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan Melakukan aktifitas biasa

Saat sakit : Pasien Menyatakan ketika sakit beristirahat

##### 1. Pergerakan tubuh

Sebelum sakit : Pasien Menyatakan Bergerak dgn Normal

Saat sakit : Pasien Bergerak Normal

##### 2. Perawatan diri

Sebelum sakit : Pasien Mandi, mencuci dan berdandan

Saat sakit : Pasien Mandi, makan dan minumnya di kamar Suci

##### 3. BAB / BAK

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan Normal dan lancar

Saat sakit : Pasien Mengatakan Normal dan lancar

##### 4. Keluhan sesak nafas ketika aktifitas

Sebelum sakit : Pasien Menyatakan tidak ada

Saat sakit : Pasien Mengatakan selalu sesak

##### 5. Mudah Merasa lelah

Sebelum sakit : Pasien Menyatakan Lelah, ketika ketika melakukan banyak kegiatan

Saat sakit : Pasien Mengatakan Lelah seperti biasa

#### 5. POLA Istirahat dan tidur

##### a. Kebiasaan tidur

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan tidur jam 20:00 bangun Subuh

Saat sakit : Pasien Mengatakan tidur tidak teratur

##### b. Kesulitan tidur

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan tidak ada

Saat sakit : Pasien Mengatakan susah ketika Sesak ;

##### b. Pola kognitif

###### a. Keluhan (Penglihatan dan pendengaran)

Sebelum sakit : Pasien Mengatakan tidak ada keluhan

Saat sakit : Pasien Mengatakan Normal

###### b. Kemampuan kognitif (Kemampuan mengingat, bicara, dan Memahami pesan yang diterima)

Sebelum sakit : Pasien tidak ada keluhan

Saat sakit : Pasien melaporkan mahu mengingat

c. Kesulitan yang dialami (tering pusing, menurunnya  
kemampuan terhadap nyeri, panas, dingin)

Sebelum sakit : Pasien melaporkan tidak pusing

saat sakit : sedikit agak pusing

d. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan  
P, Q, R, S, T

P : Pasien mengatakan nyeri di bagian hidung

Q : klien mengatakan nyeri seperti di tusuk

R : nyeri di bagian hidung

S : skala nyeri

T : nyeri ketika mengumkau yang menyengat

6. Pola Persepsi diri dan konsep diri

a. Persepsi diri

Pasien ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas

seperti semula

b. Konsep diri

Sebelum sakit : Pasien berprofesi sebagai guru

di kampungnya dan berkeinginan profesional

ketika sakit : Pasien hanya bisa beristirahat

dan mengatakan tidak bisa melakukan mengajar

kembali, pasien juga berharap segera cepat sembuh

dari penyakitnya dan bisa melakukan kegiatan

seperti biasanya

7. Pola Seksual - Reproduksi

Pola Peran berhubungan dengan orang lain

nd klien berkomunikasi dengan sangat baik

nd klien mengatakan orang terdekat salah kelucunya

## PEMERIKSAAN Fisik

a. Kesadaran : Compos Mentis

b. Perampitan : berbaring, agak lemah

c. Vital Sign

1. suhu :  $36,5^{\circ}\text{C}$

2. Tekanan darah : 130/80 mmHg

3. Respirasi : 20 x / menit

4. Nadi : 80 x / menit

d. Kepala

Bentuk kepala simetris, menggunakan kerudung

e. Mata

Mata simetris, penglihatan Normal

f. Hidung

terpasang oksigen, Tertutup kapers

g. Telinga

tertutup kerudung, pendengaran Normal

h. Mulut dan tenggorokan

- Jantung

Inspeksi : Rengk dada simetris

Palpasi : Ictus cordis teraba

Perkusi : terdengar suara

Auskultasi : bunyi jantung Iup-dup

- Paru-paru

Inspeksi : dada simetris

Palpasi : tidak ada krepitan

Perkusi : bunyi timpani

Auskultasi : bunyi vesikuler

-

Inspeksi : tidak ada krepitan

Palpasi : tidak ada krepitan

Perkusi : bunyi timpani

Auskultasi : Bising usus

k. Genitalia

Normal tidak ada pembengkakan

- ekstermitas atas

- ekstermitas bawah

Kedua kaki simetris tidak ada lesi



## DATA PENUNJANG

### I. Hasil pemeriksaan Penunjang a. Pemeriksaan Laborat

Pemeriksaan	hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>			
Darah Rutin	13,3		
hemoglobin	39.7	11.7 - 16.5	g/dL
hematokrit	8.16	33.0 - 45.0	%
Leukosit	8.16	3.60 - 11.00	ribu/UL
trombosit	261	150 - 440	ribu/UL

golongan darah B

PPT			
PT	10.8	9.3 - 11.4	detik
PT (kontrol)	11.5	9.1 - 11.3	detik
APTT			
APTT	24.5	21.6 - 28.4	detik
APTT (kontrol)	27.1	21.0 - 27.9	detik

Kimia Klinik			
glukosa darah sewaktu	113.6	75 - 110	mg/dl
ureum	15	10 - 50	mg/dl
creatinin	0.67	0.60 - 1.10	mg/dl

Elektrolit (Na,

K, Cl)

Natrium	1370	135 - 147	mmol/L
Kalium	4.20	3.5 - 5.0	mmol/L

terapi

- RR 20 TPM
- Agam flamek samat 3x 500 ml gram
- Vitamin C 2x1
- Metil Prenisolon 2x1
- Antibiotik ket Puroxim 2x1
- Vitamin K 2x1

# ANALISA DATA

Tgl/waktu	DATA FOKUS	Problem	ETIOLOGI	TD
02/02 /2021 10:00	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien Mengatakan sulit bernafas melalui hidung</li> <li>- pasien Mengatakan sesak Nafas</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat sulit bernafas melalui hidung dan bernafas melalui mulut</li> <li>- Pernapasan terlihat lambat</li> <li>- Pasien terlihat tidak nyaman</li> </ul> <p>TD : 137/89 mmHg N : 98x/mnt S : 36°C RR : 20x/mnt</p>	<p>Nyeri Akut</p> <p>Jalan Nafas Tidak efektif</p>	<p>Perubahan dengan Penderita Fisik</p> <p>Pd leklesi yang terlahan</p>	
02/02 /2021	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien Mengatakan nyeri di bagian atas daerah hidung</li> <li>- Klien Mengatakan skala nyeri 5</li> </ul> <p>DO:- Klien terlihat tidak nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat Meri raih kesakitan</li> </ul> <p>TD : 137/89 mmHg N : 98x/mnt S : 36°C RR : 20x/mnt P : Q :</p>	<p>Nyeri akut</p>	<p>Pd Penderita a fisik</p>	

R:  
S:  
T:

02/02  
2021

DS: - Pasien Mengatakan gangguan  
sulit tidur aman nyam  
- Pasien Mengatakan an  
Gering Terbangun  
- Pasien Mengatakan  
hidungta terasa  
tersumbat  
nyaman

DO: - Pasien terlihat  
lelah

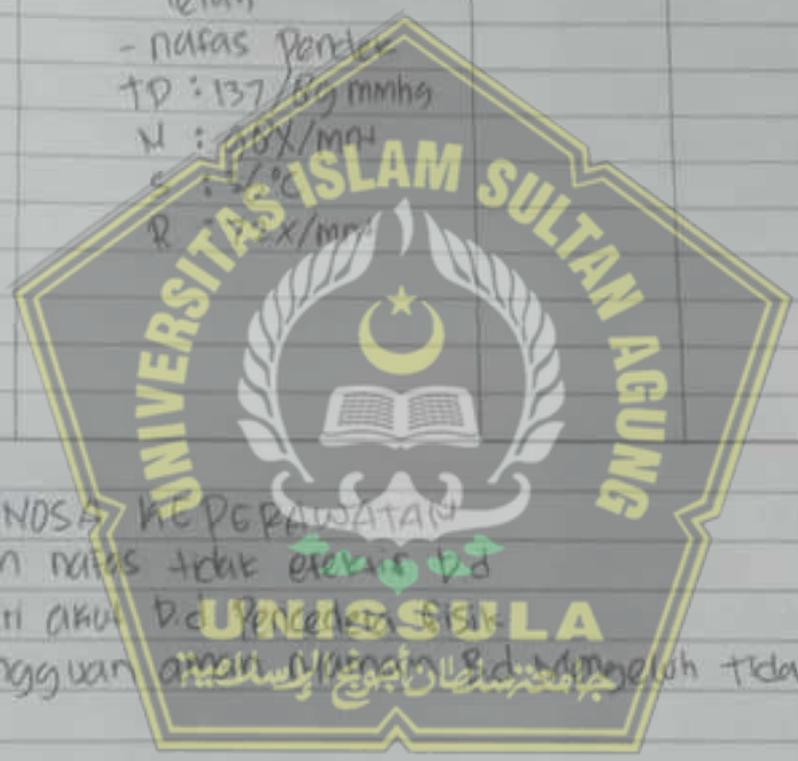
- nafas pendek

TD: 137/89 mmHg

M: 28x/menit

S: 37°C

R: 28x/menit



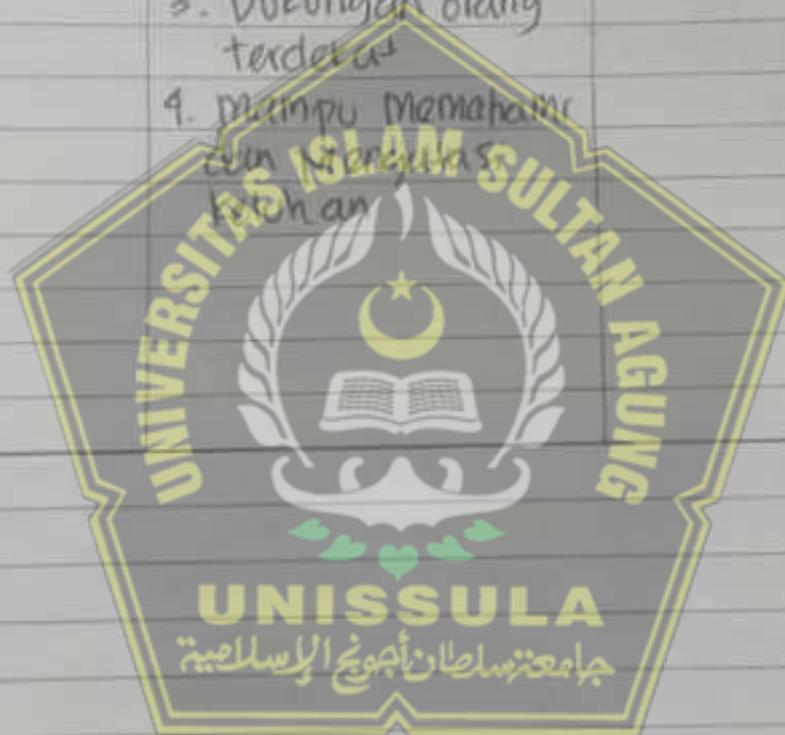
DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. jalan nafas tidak efektif d.d
2. nyeri akut d.d Pencedera sinus
3. gangguan aman nyaman d.d Mengeluh tidak nyaman

## D. PLANNING / INTERVENSI

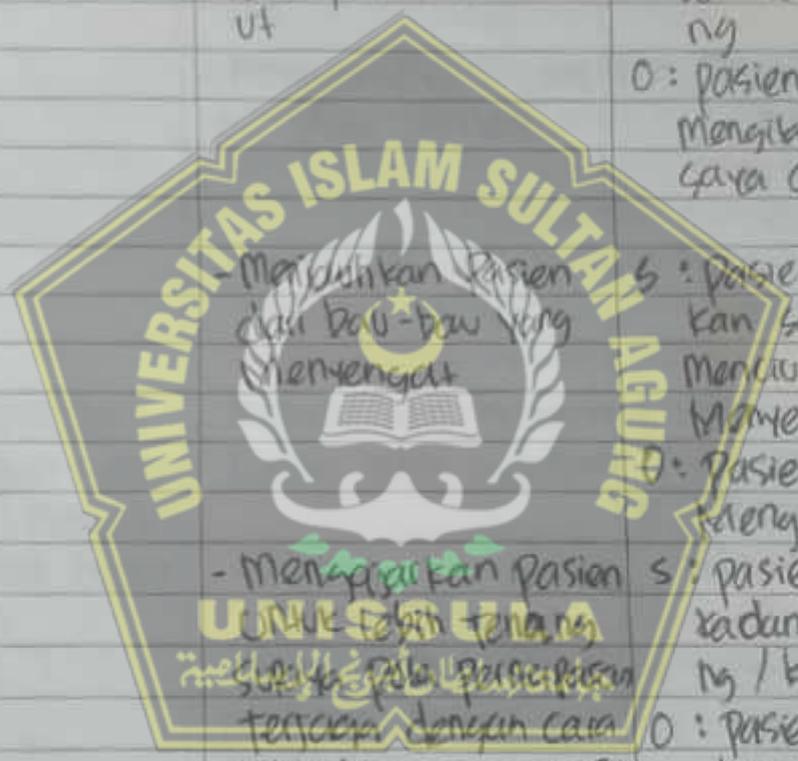
Tgl / jam	DIAGNOSA Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	TD
02/02/2021 10:00	Jalan nafas tidak efektif b.d kekakuan yang tertahan	<p>sebelum dilakukan tindakan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah sesak dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan bunyi / denyar menurun</li> <li>2. Kemampuan menengkiat meningkat</li> <li>3. Melaporkan nyeri meningkat</li> <li>4. Pukungan atau terdapat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji frekuensi kedalaman pernafasan</li> <li>- Tinggikan kepala di Tempat Tidur, bantu pasien utk memilih posisi yang mudah utk bernapas</li> <li>- Awasi tingkat kesadaran</li> <li>- Kaji / awasi secara rutin kulit dan warna membran mukosa</li> </ul>	✓
02/02/2021 10:15	Nyeri akut b.d Pencedera Fisik	<p>sebelum dilakukan tindakan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Kemampuan menengkiat penyebab nyeri meningkat</li> <li>3. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri</li> <li>- Berikan teknik non Farmakologis untuk Mengurangi rasa nyeri, terapi Musik, distaksi, relaksasi</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Mengontrol lingkungan yg memperberat Rasa nyeri</li> </ul>	

02/02 /2020 10:30	gangguan aman nyam an b.d men gelut tidak nyaman	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan masalah tidak nyaman dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyam an menurun 2. Kemampuan Menye nai Penyebab Merit Meningkat 3. Dukungan orang terdekat 4. Mampu Memahami dan Mengulas keputusan	- Fall kebutuhan tidur Pasien - Ciptakan suasana Ruang yang nyaman - Memecahkan Permasalah pasien dalam pemenuhan kebutuhan istirahat tidur - Mem perjelas penyebab dan cara istirahat tidur
-------------------------	--	---	---



## IMPLEMENTASI

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon Pasien
02/02/2021 11:00	Jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	- memposisikan pasien setaman mungkin	S: pasien mengatakan nyaman kepala agak naik O: pasien nampak terlihat nyaman
11:30		- Mengajarkan kepada pasien untuk bernafas "peran" dari mulut	S: pasien mengatakan agak pengap jika bernafas dari hidung O: pasien nampak mengikuti yang saya ajarkan
13:00		- Mengajarkan pasien dari bau-bau yang menyengat	S: pasien mengatakan sakit ketika mencium bau yang menyengat O: pasien nampak mengerti
13:15		- Mengajarkan pasien untuk lebih tenang dengan cara mendengarkan musik	S: pasien mengatakan kadang tidak tenang / khawatir O: pasien mendengarkan alunan musik
03/03/2021 08:00	Nyeri akut b.d Pencegahan Fisik	- Mengurangi nyeri pasien dengan menggunakan skala	S: pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 5
08:15		- Menjelaskan sebab akibat nyeri pada pasien dan keluarga	S: pasien mengatakan nyeri ketika mencium bau yang menyengat



O : Pasien nampak  
mendengarkan  
dan mengerti  
yang diucapkan

- Mengajarkan distensi  
relaksasi

S : Pasien merasakan  
nyeri

O : Menitikan bila  
yang perawat  
ajarkan dengan  
pelan-pelan  
dengan mulut

- Mengobservasi tanda  
vital pasien

S : Pasien mengelak  
an nyeri

O : Melina apakah  
terdapat infeksi  
pada luka post-  
operasi

09/02 gangguan  
/2020 aman namun  
08:15 b.d mengkh  
tidak mem  
an

- Memberikan susunan  
Ruang yang nyaman

S : Pasien mengelak  
an tidak nyaman

O : Pasien mulai ter  
lihat tenang

08:30

- Mengajarkan teknik  
non farmakologis untuk  
mengurangi nyeri  
dengan terapi musik

S : -

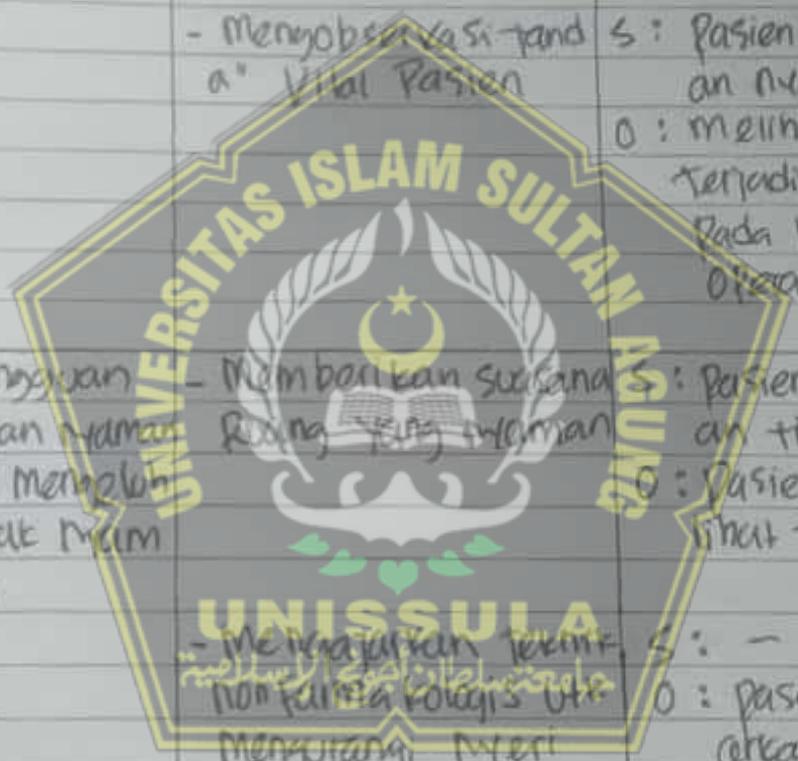
O : pasien mendengar  
dan terlihat  
nyaman

08:40

- memberikan kebu  
han istirahat tidur  
yang cukup

S : -

O : pasien nampak  
beristirahat seke  
lah jam 8 malam



# EVALUASI

Tgl/waktu	Diagnosa keperawatan	Evaluasi
02/02 /2021 10:00	Dx 1	<p>S : Pasien Mengatakan susah bernafas dari hidung</p> <p>O : - pasien nampak terlihat pernapas - pasien napas dari mulut - TD : 137 / 89 mmHg RR : 28x / menit N : 98x / menit S : 36°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
11:00	Dx 2	<p>S : Pasien Mengatakan masih nyeri</p> <p>O : - pasien nampak meriangis kesakitan</p> <p>P : nyeri ketika mencium bau yang menyegat</p> <p>G : Nyeri seperti di tusuk</p> <p>R : nyeri di bagian hidung</p> <p>S : skala nyeri 5</p> <p>T : nyeri ketika mencium bau yang menyegat</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
13:00	Dx 3	<p>S : Pasien Mengatakan sulit tidur</p> <p>O : - Terlihat kurang tidur - TD : 137 / 89 mmHg RR : 28x / menit N : 98x / menit S : 36°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>



03/02  
2021  
08:00

Dx 1

S: Pasien Mengatakan susah bernafas dari hidung

O: - Pasien terlihat pengap  
- sulit nafas dari hidung  
- TD: 136/90 mmHg  
RR: 20x/mnt  
N: 98x/mnt  
S: 36,5°C

A: Masalah sebagian teratasi

P: Lanjutkan Intervensi

09:00

Dx 2

S: Pasien Mengatakan masih nyeri

P: Nyeri ketika mencium bau yang menyengat

Q: Nyeri seperti di tusuk<sup>2</sup>

R: Nyeri dibagian hidung

S: skala nyeri 5

T: Nyeri ketika mencium bau yang menyengat

O: - Pasien terlihat nahan sakit

TD: 136/90 mmHg

RR: 20x/mnt

N: 98x/mnt

S: 36,5°C

A: Masalah teratasi sebagian

P: Lanjutkan Intervensi

10:00

Dx 3

S: Pasien Mengeluh sulit tidur

O: - Terlihat kurang tidur

- Terlihat lelah kurang istirahat

- TD: 136/90 mmHg

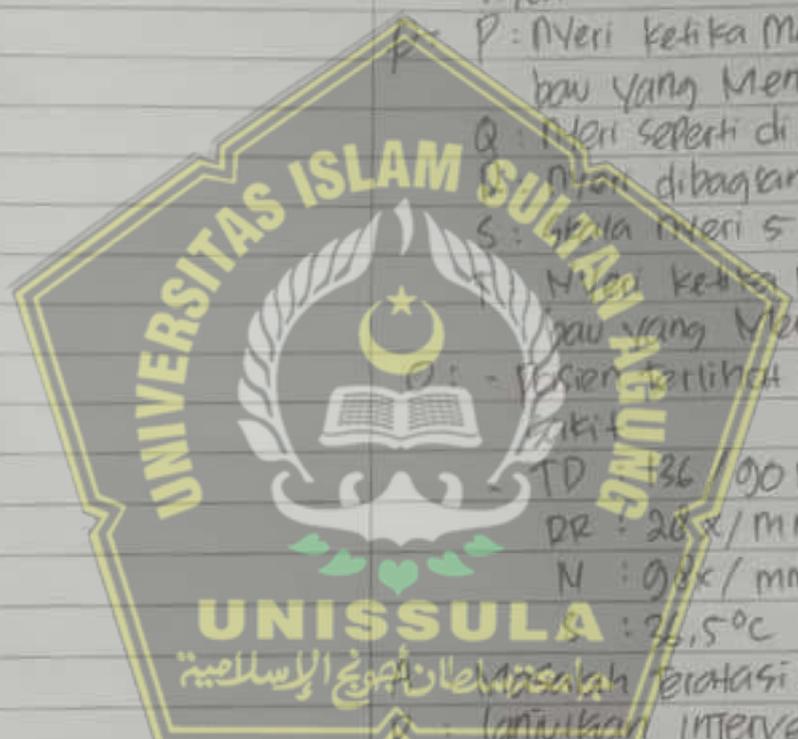
RR: 20x/mnt

N: 98x/mnt

S: 36,5°C

A: Masalah Teratasi Sebagian

P: Lanjutkan Intervensi



04/02  
2021  
07:00

Dx 1

S : Pasien Mengatakan sudah  
Mulai bernafas dari hidung  
O : - Pasien nampak tidak gelisah  
- TD : 130/90 mmHg  
RR : 25x/mnt  
N : 94x/mnt  
S : 36°C

A : Masalah teratasi  
P : Hentikan intervensi

08:00

Dx 2

S : Pasien Mengatakan nyeri  
berkurang

O : - Pasien terlihat tidak  
gelisah  
- Pasien sudah di anjurkan  
boleh pulang

P : nyeri ketika mencium  
bau Menagat

A : nyeri dibagian hidung

R : nyeri seperti di tusuk

S : skala nyeri 3

T : nyeri ketika mencium  
bau Menagat

A : TD : 130/90 mmHg

RR : 25x/mnt

N : 94x/mnt

S : 36°C

A : Masalah Teratasi

P : hentikan intervensi

09:00

Dx 3

S : Pasien Mengatakan sudah  
Mulai bisa tidur karena  
sedikit bisa bernafas dari  
hidung

O : - terlihat tidak gelisah  
- Muka terlihat tidak  
pucat

- TD : 130/90 mmHg RR : 90x/mnt

- RR : 25x/mnt S : 36°C

