

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN POST
OPERASI ISTHMOLOBEKTOMI H+1 ATAS INDIKASI
STRUMA DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai Salah Satu Persyaratan Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

ANI LUTFIYAH

NIM.40901900007

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN POST
OPERASI ISTHMOLOBEKTOMI H+1 ATAS INDIKASI
STRUMA DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

ANI LUTFIYAH

NIM.40901900007

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 kemudian hari saya ternyata melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 16 Agustus 2022



(Ani Lutfiyah)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NYA DENGAN POST OP
ISTHMOLOBEKTOMI ATAS INDIKASI STRUMA
DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun Oleh:

Nama : Ani Lutfiyah

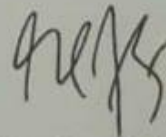
NIM : 40901900007

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Ag Semarang pada:

Hari : Selasa

Tanggal : 24 Mei 2022

Pembimbing



(Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp. KMB)

NIDN. 06-0203-7603

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari

Semarang, 16 Agustus 2022.

Penguji I

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504

()

Penguji II

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep, Sp. KMB

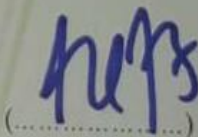
NIDN. 06-2708-8403

()

Penguji III

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp. KMB

NIDN. 06-0203-7603

()

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

()
UNISSULA SEMARANG
Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

HALAMAN MOTTO

“Tujuan hidup manusia adalah beribadah kepada Allah Swt. dan berbuat baik terhadap sesama”

“Tentu dengan kebaikan yang sudah diperbuat pasti akan ada balasan kebaikan pula”

“Berusaha sabar, tawakal, dan berdoa adalah kuncinya”

Ingat ayat ini...

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Surat Al-Insyiroh 94:6)



HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Allahamdulillahi robbil a'lamiin

Sujud syukur atas kehadiran Allah Swt. yang senantiasa melimpahkan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan dan memberikan bekal ilmu yang bermanfaat, serta dengan karunia-Mu Engkau memberikan kemudahan yang pada akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kepada junjungan kita Nabi Agung Muhammad Saw.

Pada Karya Tulis Ilmiah ini Saya persembahkan kepada orang yang sangat Saya kasihan dan sayangi.

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada kedua orangtuaku (Ma'aruf dan Rasmi) yang saya cintai saya sayangi saya banggakan yang senantiasa selalu mendoakan dan memberikan dukungan yang sangat tulus. Karena dengan doa restu beliau saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Terimakasih pada bapak ibu karena selalu memberikan waktu untuk anakmu cerita setiap kali ada masalah. Terimakasih bapak ibu yang selalu bekerja keras mencari nafkah demi membiayai anakmu selama kuliah.

Terimakasih kepada Dosen Pembimbing ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp. KMB yang selalu memberikan waktu bimbingan untuk Saya dan selalu memberikan support dalam menyelesaikan tugas karya tulis ilmiah ini.

Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk kedua kakak saya (Imam Fasihun dan Ahmad Mustahgfi) yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan memberikan tawa pada setiap kali kesempatan. Tidak lupa terimakasih untuk sahabatku Anis Septiani dan grup wanita tangguh, serta teman-teman dari D3 Keperawatan yang sudah memberikan dukungan dan memberikan waktu luang untuk kesempatan berkumpul dan bercerita.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamiin, dengan memanjatkan puji syukur kepada Allah Swt. yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Post Op Isthmolobectomy Atas Indikasi Struma Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya program studi D-III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak mungkin terselesaikan tanpa adanya dukungan, nasihat, motivasi, dan bimbingan dari berbagai pihak.

Dalam kesempatan ini penulis berterimakasih kepada:

- a. Bapak Prof. Dr. Gunarto, SH, M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
- b. Bapak Iwan Ardian., SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
- c. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M. Kep selaku Kepala Prodi D-III Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
- d. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M. Kep, Sp. KMB selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah atas segala bimbingan, arahan, dan nasihat kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik
- e. Bapak Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep.MB dan bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep selaku dosen penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukan kepada penulis
- f. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun

- g. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada Saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
- h. Kedua orangtua penulis atas dukungan dan doa yang selalu menjadi dorongan semangat bagi penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun dan terselesaikan dengan baik dan lancar.
- i. Teman-teman penulis yang selalu memberi semangat dan dukungan yang luar biasa
- j. Seluruh responden yang telah memberikan waktu dan informasi untuk membantu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
- k. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah dengan tulus dan ikhlas memberikan motivasi dan doa kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kesalahan karena itu segala kritik dan saran yang membangun akan menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini serta bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Semarang, Agustus 2022

Penulis

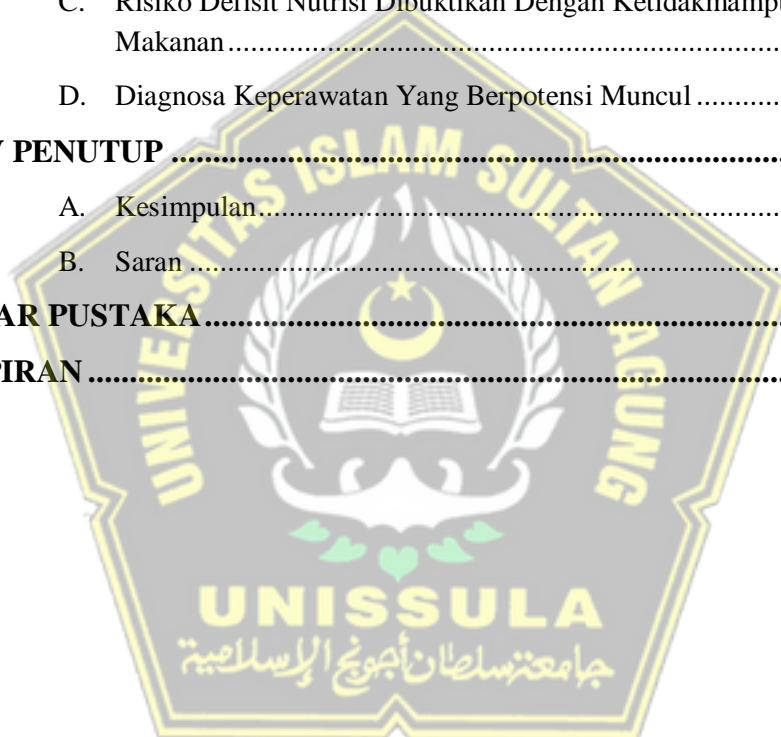


Ani Lutfiyah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat	4
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Konsep Dasar Penyakit	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi	6
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinik	8
5. Pemeriksaan Diagnostik	8
6. Komplikasi.....	9
7. Penatalaksanaan	9
B. Konsep Keperawatan	11
1. Pengkajian.....	11
2. Diagnosa Keperawatan	15
3. Intervensi Keperawatan	15
C. Pathway	19
BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN.....	20
A. Pengkajian	20

B. Analisa Data	27
C. Diagnosa Keperawatan.....	28
D. Intervensi Keperawatan.....	28
E. Implementasi	29
F. Evaluasi.....	32
BAB IV PEMBAHASAN.....	35
A. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik	36
B. Risiko Infeksi Dibuktikan Dengan Efek Prosedur Invasif	39
C. Risiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan	41
D. Diagnosa Keperawatan Yang Berpotensi Muncul	42
BAB V PENUTUP	45
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN	51



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi
- Lampiran 3. Resume Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Struma adalah kelainan pada kelenjar tiroid yang mengakibatkan leher bagian depan membesar yang disebabkan karena defisiensi yodium (Tampatty et al., 2019). Tiroid sendiri merupakan kelenjar endokrin terbesar dalam tubuh yang terletak di depan leher, yang terdiri dari dua lobus yaitu lobus kanan dan lobus kiri. Kedua lobus tersebut dihubungkan oleh sebuah isthmus, massa normal dari tiroid sekitar 30 gram (Chalik, 2016). Secara fisiologis goiter atau struma di klasifikasikan menjadi tiga yaitu eutiroidisme, hipotiroidisme, dan hipertiroidisme. Secara klinis struma di klasifikasikan menjadi struma toksik dan struma non toksik, dan secara perubahan bentuk anatomis struma diklasifikasikan menjadi nodosa dan diffusa (Tallane et al., 2016).

Struma atau goiter merupakan penyakit kelenjar tiroid terbanyak di dunia yang menyebabkan kelenjar tiroid membesar (Infodatin, 2015). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2012 memperkirakan 750 juta orang di dunia mengalami penyakit tiroid, dan menurut survey IMS Kesehatan pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat tertinggi di Asia Tenggara sekitar 1,7 juta jiwa mengalami penyakit tiroid (Melani, 2020). Menurut penelitian Tampatty (2019) selama periode Januari-Juni 2018 di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan 143 pasien di diagnosis struma. Dari 143 pasien sebanyak 128 pasien struma adalah wanita (89,51%) dan 15 pasien adalah laki-laki 10,49%. Dari banyaknya kasus, struma dapat mengakibatkan organ tubuh mengalami perubahan.

Adanya struma pada tubuh yang membuat kelenjar tiroid mengalami pembesaran akan berdampak pada penempatan organ disekitarnya. Di bagian posterial media kelenjar tiroid terdapat trakea dan esophagus yang mengarah ke dalam sehingga mendorong trakea, esophagus dan pita suara sehingga menyebabkan terjadinya kesulitan bernapas dan disfagia. Hal ini akan berdampak pada suplai oksigen, sehingga terjadi gangguan pemenuhan

oksigen, nutrisi, serta cairan dan elektrolit (Assagaf et al., 2015). Selain itu gondok merupakan faktor predisposisi terjadinya tumor tiroid dan kanker tiroid dan kemungkinan besar dapat mempengaruhi perangai biologis pada kanker tiroid. Goiter atau gondok ini terjadi melalui proses hiperplastik dan involusi yang berulang dan dalam setiap proses akan memberi peluang berkembangnya suatu perubahan yang bersifat neoplastik (Armerinayanti, 2017). Untuk mencegah dampak dari struma diperlukan penatalaksanaan atau tindakan yang tepat untuk mengatasinya baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis.

Penatalaksanaan atau tindakan pada pasien struma dapat diberikan obat-obatan antara lain pemberian anti-tiroid. Pemberian obat-obatan antitiroid diantaranya *Propylthiouracil* (PTU), *methimazole* (*Tapazole*), dan *Adrenargik bloker* seperti propranolol. Obat anti tiroid tersebut digunakan untuk menghambat proses inkorporasi yodium pada residu tirosil dan tiroglobulin, dan dapat bekerja untuk menghambat yodium membentuk iodotironin (Dewi et al., 2020). Pada kasus struma juga dapat dilakukan dengan tindakan konservatif seperti terapi yodium radioaktif, dan pembedahan. Terapi yodium radioaktif ini menggunakan sodium iodida yang berikan secara oral, terapi ini di pakai untuk menghancurkan jaringan tiroid secara bertahap sehingga produksi hormon tiroid yang berlebih bisa menurun namun tidak berhenti dalam memproduksi hormon tiroid (Noor & Saraswati, 2013). Pada kasus struma untuk tindakan bedah yang dapat dilakukan dengan bedah isthmolobektomi sampai dengan tiroidektomi tergantung dari keganasan dari struma tersebut (Yanti & Leniwita, 2019).

Tindakan pembedahan *isthmolobectomy* adalah tindakan pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus serta pengangkatan isthmusnya atau kelenjar tiroid pada bagian tengah diantara lobus kanan dan lobus kiri (Sidemen, 2020). Menurut Prapyatiningsih (2017) proses pembedahan struma paling umum dilakukan tindakan operasi isthmolobectomy dengan angka 57,58% (95 kasus) dengan nodul padat sebesar 89,70%, dan 10,30% nodul kistik paling sedikit, serta di dapatkan nodul terbanyak dengan ukuran kurang dari 5 cm dibanding dengan nodul yang lebih dari 5 cm. Dengan

dilakukakannya pembedahan pada pasien struma kemungkinan akan muncul berbagai masalah keperawatan seperti nyeri akut dan risiko infeksi. Dalam situasi ini pekerjaan perawat sebagai perawat dapat memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada pasien pasca operasi agar tidak timbul berbagai komplikasi yang mungkin dapat terjadi (Sari et al., 2021).

Peran perawat disini adalah dengan memberikan asuhan keperawatan yang baik secara holistik. Dalam memberikan asuhan keperawatan kita butuh keluarga untuk membantu dalam meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Tentunya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien terkadang keluarga tidak tahu bagaimana bentuk perawatan yang dapat diberikan. Peran perawat disini sebagai edukator dimana sebagai perawat juga harus memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan juga keluarga dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan pasien dan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan lainnya seperti timbulnya nyeri akut (Djibu et al., 2021).

Timbulnya nyeri akut merupakan masalah keperawatan yang harus segera diatasi, salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah memberikan terapi relaksasi tarik napas dalam. Terapi relaksasi napas dalam adalah terapi yang memberikan suatu kenyamanan pada individu ketika terjadi nyeri, perasaan tidak nyaman, dan stress fisik. Tujuan dilakukan terapi relaksasi ini untuk membantu individu supaya segera pulih dari rasa nyeri yang dialami, memberikan kenyamanan pada individu, dan membantu individu mudah melakukan aktivitas sehari-hari (Hastomo & Suryadi, 2018). Teknik relaksasi tarik napas dalam ini apabila dilakukan secara berulang bisa meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Relaksasi ini dilakukan untuk merelaksasikan otot-otot untuk meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma akibat operasi sehingga dengan adanya suplai aliran darah yang lancar akan mempercepat penyembuhan dan menurunkan rasa nyeri yang timbul pada pasien (Rampengan et al., 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk menulis karyanya dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Post Op

Ishtmolobektomi Atas Indikasi Struma Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada Ny. A dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep penyakit struma (pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, dan penatalaksanaan medis).
- b. Mengetahui konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma (pengkajian diagnosa keperawatan, dan intervensi keperawatan).
- c. Menggambarkan dan menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. A meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

C. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan Ilmu Keperawatan untuk menyiapkan perawat yang kompeten dan dapat mendedikasikan diri dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat dan secara holistik atau penuh, khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma dan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah.

3. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan pembelajaran dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma serta untuk meningkatkan mutu pelayanan yang baik di rumah sakit.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan informasi bagi masyarakat mengenal penyakit struma atau gondok dan bagaimana upaya dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Struma merupakan istilah untuk gondok yang membesar yang dapat disertai dengan penurunan atau peningkatan fungsi normal tiroid, zat alami yang menyebabkan pembesaran pada kelenjar tiroid disebut goitrogen seperti goitrin yang terdapat pada kubis atau kembang kol (Shahab, 2017).

Struma atau istilah awam menyebutnya gondok adalah suatu penyakit atau gangguan dimana kelenjar tiroid mengalami pembesaran diakibatkan sel pada kelenjar tiroid mengalami pembelahan sel yang berulang sehingga volume hipertrofi dan hiperplasi meningkat, dimana penyebab paling umum struma diakibatkan karena defisiensi iodium. Pembesaran kelenjar tiroid tersebut biasanya berbentuk difusa atau nodular yang sifatnya dapat toksik ataupun non toksik (Fadilah et al., 2021);(Tahulending et al., 2018)

Jadi struma atau gondok merupakan penyakit gangguan tiroid yang penyebabnya bisa karena kekurangan yodium ataupun makanan yang dapat meningkatkan terjadinya pembesaran kelenjar tiroid ditandai dengan adanya benjolan pada leher yang berbentuk difusa dan nodular.

2. Etiologi

Struma atau goiter merupakan penyakit kelenjar tiroid disebabkan kurangnya konsumsi yodium pada makanan. Defisiensi yodium dapat menyebabkan pembentukan hormone tiroid menjadi terhambat akibatnya dalam proses pembentukan TSH oleh hipofisis anterior juga ikut terhambat. Hal tersebut memungkinkan hipofisis mengeluarkan TSH dalam jumlah yang banyak. Akibat dari sekresi TSH menyebabkan sel-sel tiroid mengeluarkan tiroglobulin dalam jumlah besar yang berbentuk koloid ke dalam folikel, kelenjar tersebut semakin lama akan bertumbuh menjadi

besar. Akibatnya dari kekurangan yodium tersebut maka tidak terjadi peningkatan produksi T4 dan T3, maka kelenjar tersebut akan mengalami pembesaran. Selain disebabkan defisiensi yodium struma dapat disebabkan karena adanya kelainan metabolik kongenital yang menghambat sintesis hormon, penghambat sintesis hormon tersebut adalah goitrogen yang terdapat pada obat ataupun makanan (Oetomo, 2013).

3. Patofisiologi

Menurut Tarwoto (2012) pembentukan hormon tiroid membutuhkan stimulasi unsur yodium dan TSH. Salah satu penyebab dari penyakit gondok adalah kekurangan iodium. Aktivitas utama dari kelenjar tiroid adalah berkonsentrasi menyerap yodium dari darah dan membuat hormon tiroid. Oleh karena itu, jika seseorang terjadi defisiensi (kekurangan) yodium, maka seseorang akan mengalami hipotiroidisme. Dengan tubuh yang kurang hormon tiroid atau hipotiroidisme maka tubuh akan mengkompensasi hipertrofi kelenjar tiroid, ini merupakan proses adaptif untuk defisiensi hormon tiroid. Namun, pembesaran dapat terjadi pada kelenjar tiroid karena terdapat respon terhadap peningkatan sekresi hipofisis yaitu *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH).

Pembentukan hormon tiroid memerlukan zat yang mengandung yodium. Dalam proses pembentukan hormon tiroid, yodium tersebut diserap oleh usus yang memasuki sirkulasi darah dan ditangkap oleh kelenjar tiroid. Di kelenjar tiroid, yodium dioksida diubah menjadi bentuk aktif, kemudian di rangsang oleh TSH untuk mensintesis molekul tiroksin dalam fase koloid. Senyawa yang terbentuk dalam molekul diiodothyronine akan membentuk tiroksin(T4) dan iodotironin (T3) . Tiroksin ini menunjukkan regulasi umpan balik negatif dari TSH dan sekresi berlangsung pada hipofisis tiroid, sedangkan tirodotironin adalah hormon metabolik yang tidak aktif. Akibat defisiensi iodium maka pembentukan T4 dan T3 tidak meningkat, membuat folikel menjadi lebih besar dan ukuran tiroid menjadi besar sekitar 300-500 gram. Beberapa obat dan kondisi dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan metabolisme tiroid. Secara

bersamaan dapat menghambat sintesis tiroksin dan melalui stimulasi umpan balik negatif dapat meningkatkan pelepasan TSH oleh hipofisis. Kondisi ini menyebabkan kelenjar tiroid membesar. Kelenjar tiroid tumbuh besar di usia muda dan membesar menjadi multinodular di usia dewasa. Karena pertumbuhan yang cepat, lambat laun gondok akan membesar tanpa gejala apapun, kecuali benjolan yang ada di leher. Beberapa orang yang menderita gondok hidup tanpa adanya keluhan, meskipun demikian beberapa gondok dapat menyebabkan penyempitan trakea apabila terjadi pembengkakan secara bilateral (Assagaf et al., 2015).

4. Manifestasi Klinik

Beberapa pasien dengan goiter nodular biasanya tidak memiliki gejala sama sekali, namun pasien dengan goiter atau gondok dapat terdeteksi secara kebetulan setelah datang ke dokter ini bisa di lihat dengan adanya tanda pembesaran atau benjolan yang ada pada leher. Manifestasi klinis pada pasien dengan goiter antara lain adanya sensasi yang mengganjal pada leher, adanya nyeri tekan pada leher, kesulitan menelan (disfagia), munculnya sensasi tersedak ketika makan, dan pasien biasanya memiliki rasa takut yang sangat tinggi atau muncul perasaan gelisah/kecemasan secara berlebihan (Vitti & Hegedus, 2018).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Oetomo (2013) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada struma atau goiter antara lain:

- a. Palpasi, dilakukan palpasi untuk mengetahui ada batas yang dengan satu atau lebih nodul yang konsistensinya kenyal (Diniah, 2020).
- b. Periksa sidik kelenjar tiroid, pemeriksaan dengan radioisotope untuk mengetahui ukuran, lokasi, fungsi tiroid melalui hasil tangkapan yodium radioaktif oleh kelenjar tiroid.
- c. Pemeriksaan T3, T4, TSH dilakukan untuk mengetahui hiperfungsi atau hipofungsi dari kelenjar tiroid.

- d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG), pemeriksaan untuk mengetahui kondisi nodul kelenjar tiroid misalnya dalam kondisi padat atau cair, adanya kista, dan tiroiditis (Tampatty et al., 2019).
- e. Biopsi aspirasi jarum halus (BAJAH), yaitu dengan melakukan aspirasi menggunakan jarum suntik halus dengan nomor 22-27, sehingga rasa nyeri dapat dikurangi dan relatif lebih aman. Namun, kelemahan dari pemeriksaan BAJAH adalah menghasilkan negatif atau positif palsu (Septiani et al., 2021).

6. Komplikasi

Adanya pembesaran pada kelenjar tiroid (struma) apabila tidak ditangani dengan baik, maka akan menimbulkan beberapa komplikasi pada organ tubuh. Pada bagian tengah belakang kelenjar tiroid terdapat trakea dan esophagus, apabila pembesaran mengarah ke dalam maka akan mendorong trakea, esophagus, dan pita suara sehingga penderita struma mengalami gangguan pernapasan, kesulitan menelan yang berakibat pemenuhan oksigen pada tubuh tidak dapat terpenuhi dengan maksimal, nutrisi dan juga cairan elektrolit tidak terpenuhi akibatnya penderita bisa mengalami penurunan berat badan, serta terjadinya penekanan pada pita suara dapat mengakibatkan penderita mengalami suara serak. Apabila pembesaran mengarah ke luar, maka akan timbul benjolan pada leher yang berdampak pada ketidakestetikan atau kecantikan membuat penderita mengalami gangguan citra tubuh pada dirinya (Wheeler, 2012).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien struma bisa dilakukan tindakan antara lain (Widyawigata et al., 2019):

- a. Pengobatan anti tiroid (Pemberian anti tiroksin)

Pemberian obat tiroksin dapat mengakibatkan menyusutnya ukuran struma atau gondok. Selama ini dipercaya, pertumbuhan sel kanker tiroid dipengaruhi oleh thyroid stimulating hormone, sehingga untuk menekan TSH diberikan obat tiroksin (T4), obat ini juga

digunakan untuk mengatasi hipotiroid yang terjadi sesudah operasi pengangkatan kelenjar tiroid.

b. *Radioactive Iodine* (Yodium Radioaktif)

Pemberian yodium radioaktif ini merupakan pemberian sinar radiasi dengan dosis yang tinggi pada kelenjar tiroid sehingga menghasilkan ablasi jaringan. Pemberian yodium radioaktif ini diberikan pada pasien yang sudah dalam kondisi eutiroid. Tindakan ini dapat mengurangi 50% penyakit gondok atau struma. Pada terapi yodium tidak memberikan dampak yang lebih besar seperti risiko kanker, leukemia, dan atau gangguan genetik yang lain. Biasanya yodium diberikan secara oral dan akan mengakibatkan penurunan aktivitas kelenjar tiroid selama 2-3 bulan. Terapi ini tidak disarankan diberikan selama kehamilan karena kelenjar tiroid pada janin dapat mengkonsentrasi isotopnya (Fahlevie & Aryasa, 2017).

c. Pembedahan

Pembedahan pada kelenjar tiroid atau tiroidektomi adalah operasi pengangkatan kelenjar tiroid, operasi bersih dan tergolong sebagai operasi besar yang dilakukan untuk mengangkat sebagian atau total dari kelenjar tiroid untuk menghilangkan atau mengangkat nodul.

Macam pembedahan pada kelenjar tiroid yang dilakukan berdasarkan indikasinya antara lain (Ardhiansyah, 2016):

- 1) Isthmolobektomi/hemitiroidektomi yaitu pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus beserta dengan isthmusnya, isthmus adalah bagian dari kelenjar tiroid yang letaknya di tengah antara lobus kanan dan lobus kiri. Operasi isthmolobektomi atau lobektomi total ini dapat dilakukan jika pembesaran pada kasus tiroid digolongkan terjadinya faktor risiko rendah atau jinak. Menurut American Thyroid Association Internatioanl Federation of Head and Neck Oncologic Societis merekomendasikan operasi tiroid untuk lobektomi atau isthmolobektomi hanya dilakukan

pada kasus dengan risiko rendah. Beberapa penelitian menunjukkan angka kesakitan pada pasien yang dilakukan bedah tiroidektomi total hampir sama dengan pasien yang dilakukan hemitiroidektomi atau lobektomi total (Adham & Aldino, 2018)

- 2) Lobektomi subtotal, operasi yang dilakukan untuk mengangkat sebagian lobus tiroid yang mengandung jaringan patologis.
- 3) Tiroidektomi subtotal, pembedahan atau operasi pada kelenjar tiroid yang dilakukan untuk mengangkat sebagian kelenjar tiroid pada kedua lobus yang mengandung jaringan patologis.
- 4) Tiroidektomi near total, merupakan pengangkatan seluruh lobus tiroid.
- 5) Tiroidektomi total merupakan pengangkatan total kelenjar tiroid.

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses pemberian asuhan keperawatan dimana pengkajian ini merupakan tahap pengumpulan data dari berbagai sumber baik dari pasien langsung maupun seseorang yang dapat memberikan informasi secara akurat. Tujuan dari pengkajian sendiri untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan pasien baik secara fisik, mental maupun emosional. Informasi ini digunakan untuk menentukan diagnosa atau masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan kondisi pasien yang sedang dialami, dengan seperti itu perawat dapat memberikan tindakan sesuai dengan masalah yang dialami pasien (Debora, 2013).

a. Data Umum

1) Identitas pasien

Data informasi pada identitas pasien umumnya yang harus dikaji seperti jenis kelamin dan umur. Menurut penelitian Farich & Nurmalasari (2015) wanita umur 20-30 tahun lebih berisiko mengalami goiter di banding wanita dengan umur tidak risiko 31-40 tahun, karena pada usia 20-30 tahun merupakan usia subur

pada wanita. Dengan seperti itu wanita usia subur lebih banyak membutuhkan yodium untuk kebutuhan tubuh guna metabolisme pada saat kehamilan, melahirkan, dan menyusui. Dalam pengkajian perlu juga pengkajian pada tempat tinggal pasien guna mengetahui faktor penyebab terjadinya gondok tersebut. Pada penyakit gondok ini biasanya faktor penyebabnya adalah kekurangan yodium, maka perlu diketahui tempat tinggal pasien apakah pada daerah dataran tinggi atau dataran rendah. Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah pasien berasal dari daerah endemis goiter.

2) Keluhan utama pasien

Umumnya keluhan yang dirasakan pasien pada kasus struma atau goiter mengeluh adanya benjolan di leher dengan masalah sulit menelan dan sesak napas. Namun, pada pasien post operasi biasanya keluhan yang dirasakan adalah nyeri akibat adanya luka operasi.

3) Riwayat penyakit saat ini

Pasien dengan struma umumnya merasakan keluhan seperti leher terasa berat, ini terjadi ketika pada saat menelan trakea akan naik untuk menutup laring dan epiglottis.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien dengan struma atau gondok perlu ditanyakan riwayat penyakit dahulunya seperti apakah sebelumnya pernah menderita penyakit gondok. Dalam pengkajian riwayat penyakit dahulu perlu di tanyakan tentang penggunaan obat-obatan yang pernah digunakan seperti obat dari dokter atau obat yang diperoleh secara bebas.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam pengkajian ini perlu di tanyakan apakah dalam anggota keluarga ada yang menderita penyakit yang sama seperti pasien

atau penyakit lain yang berhubungan dengan gangguan hormonal seperti, obesitas, diabetes mellitus, kelainan pada kelenjar tiroid.

b. Menurut (Doenges et al., 2019) data pengkajian pada pasien dengan goiter antara lain:

1) Aktivitas dan istirahat

Gejala yang muncul pada pasien post op goiter antara lain insomnia, otot melemah, sensitivitas meningkat, dan kelelahan berat yang ditandai atrofi otot.

2) Sirkulasi

Gejala yang muncul antara lain palpitasi dan nyeri dada yang ditandai peningkatan tekanan darah yang cukup berat, takikardia, dan syok.

3) Eliminasi

Gejala yang muncul biasanya urine yang dihasilkan dalam jumlah banyak, perubahan dalam feses dan biasanya mengalami diare.

4) Integritas ego

Gejala yang muncul biasanya pasien mengalami stress yang berat baik emosional maupun fisik, yang ditandai dengan emosi yang labil dan depresi.

5) Makanan dan minuman

Gejala yang muncul biasanya pasien mengalami penurunan berat badan secara drastis, peningkatan nafsu makan yang banyak, mudah haus, dan mual muntah. Tanda yang muncul pembesaran tiroid dan edema non pitting.

6) Neurosensori

Gejala yang muncul antara lain bicara yang cepat dan parau, gangguan status mental dan perilaku seperti kebingungan dan gelisah.

7) Nyeri

Gejala yang muncul antara lain nyeri otot orbit dan fotofobia.

8) Pernapasan

Peningkatan frekuensi napas, takipnea, dyspnea, edema paru.

9) Keamanan

Gejala yang muncul biasanya peningkatan keringat yang berlebihan, alergi terhadap yodium yang ditandai dengan peningkatan suhu, diaphoresis, kulit hangat dan kemerahan, serta eksoftalmus.

10) Seksualitas

Terjadi penurunan libido, amenorea, dan impoten.

11) Mengajar dan belajar

Perlu dilihat riwayat pada keluarga ada tidaknya masalah pada penyakit tiroid yang serupa dengan pasien, riwayat hipotiroidisme atau penggunaan terapi obat-obatan untuk penyakit tiroid.

c. Pemeriksaan fisik

Pada pasien dengan gangguan tiroid umumnya dilakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui letak dan massa kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan fisik pasien dengan struma umumnya dilakukan pemeriksaan pada bagian leher. Pemeriksaan leher tersebut dilakukan untuk menilai apakah ada atau tidaknya pembengkakan pada leher, kekakuan pada leher seperti kaku kuduk serta untuk menilai adanya pembesaran atau tonjolan pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan leher yang umumnya dilakukan yaitu inspeksi palpasi, perkusi, auskultasi. Inspeksi dilakukan untuk melihat bentuk, ukuran, serta warna leher simetris atau tidak, terdapat penonjolan pada leher atau tidak. Palpasi dilakukan dengan cara pulsasi arteri karotis melihat normal atau abnormal, adanya kaku kuduk atau tidak dan terjadi pembesaran pada tiroid atau tidak. Perkusi dilakukan untuk menilai ada tidaknya goiter retrosternal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar adanya bruit pada arteri karotis atau tidak (Setiati, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu cara memfokuskan atau penilaian terhadap respon pasien terhadap masalah yang muncul pada pasien baik aktual maupun risiko. Tujuan dilakukan diagnosa keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara fokus sesuai dengan masalah yang dialami pasien agar masalah yang muncul dapat diatasi dengan tepat (PPNI, 2017).

Menurut (Nurarif & Kusuma Hardi, 2015) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan struma nodosa non toksik ada 6 buah antara lain:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan perdarahan, obstruksi trakea, dan pembengkakan
- b. Ketidakseimbangan nutrisi dibuktikan dengan kesulitan menelan, kurang intake cairan
- c. Nyeri akut berhubungan dengan tindakan bedah
- d. Gangguan rasa nyaman
- e. Hambatan komunikasi verbal b.d cedera pita suara
- f. Risiko infeksi ditandai dengan adanya kuman yang masuk

Diagnosa keperawatan yang diambil pada buku (PPNI, 2017b) adalah

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif
- c. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang diberikan perawat berdasarkan pengetahuan dan pengalaman klinis dalam melakukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kualitas kesehatan pasien (PPNI, 2017)

- a. Nyeri akut

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah nyeri menurun dengan kriteria hasil (PPNI, 2018):

- 1) Keluhan nyeri menurun dengan skala nyeri 0-1
- 2) Gelisah menurun
- 3) Kemampuan mengontrol nyeri meningkat

Intervensi keperawatan pada SIKI antara lain (PPNI, 2018):

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgesik

b. Risiko infeksi

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dan teratasi dengan kriteria hasil (PPNI, 2018):

- 1) Kebersihan tangan meningkat dengan sering cuci tangan setelah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar
- 2) Demam menurun dengan suhu normal antara 36,5⁰C-37,5⁰C
- 3) Kemerahan menurun
- 4) Nyeri menurun antara skala 0-1
- 5) Bengkak menurun
- 6) Area luka membaik

Intervensi keperawatan pada SIKI antara lain (PPNI, 2018):

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

c. Risiko defisit nutrisi

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (PPNI, 2018):

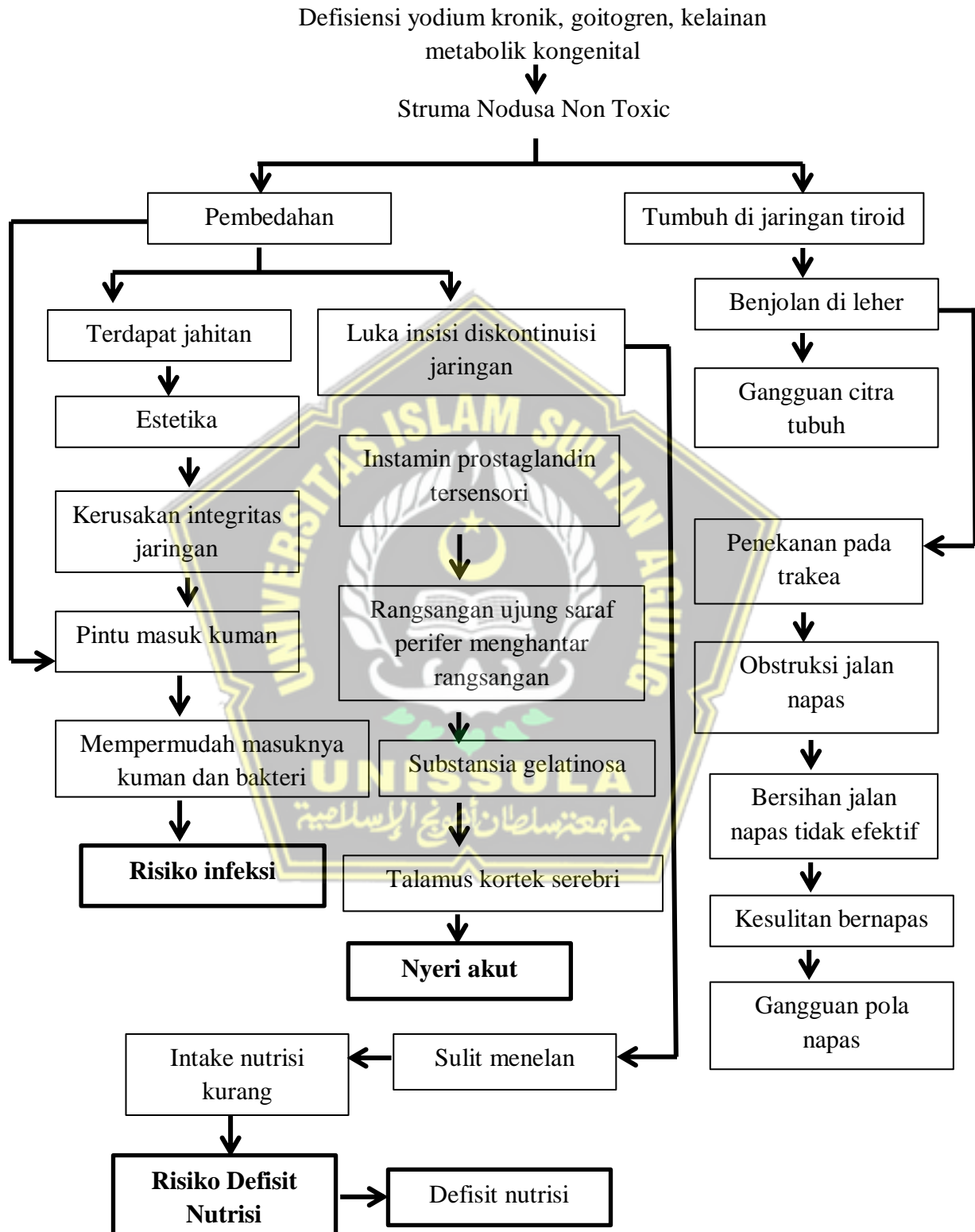
- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Frekuensi makan membaik
- 3) Nafsu makan membaik

Intervensi keperawatan

- 1) Observasi dan catat asupan pasien
- 2) Timbang dan catat berat badan pasien
- 3) Tinggikan bagian kepala tempat tidur pasien
- 4) Anjurkan makan sedikit tapi sering



C. Pathway



(Shahab, 2017);(Wheeler, 2012);(Nurarif & Kusuma Hardi, 2015)

BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan pada Ny. A dengan penyakit struma di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, didapatkan gambaran kasus sebagai berikut:

1. Data Umum

Pasien atas nama Ny. A berusia 24 tahun, dengan jenis kelamin wanita beragama Islam. Ny. A tinggal di Tayu Kulon 02/05 Pati, pendidikan terakhir Ny. A adalah S1 Matematika yang sekarang berprofesi sebagai guru. Ny. A masuk ke Rumah Sakit pada tanggal 11 Januari 2022 pukul 13:00 WIB melalui poli dengan diagnosa struma. Selama dirawat Ny. A yang bertanggung jawab atas Ny. A adalah keluarga bernama Ny. M yang berusia 52 tahun. Ny. M berjenis kelamin perempuan beragama Islam. Ny. M bertempat tinggal di Tayu Kulon 02/05 Pati. Pendidikan terakhir Ny. M adalah MA yang profesinya sebagai guru mengaji.

Saat ini Ny. A mengeluhkan nyeri pada leher setelah di operasi. Sebelum di operasi Ny. A mengatakan masuk rumah sakit karena adanya benjolan di leher, lamanya keluhan benjolan di leher sudah 3 tahun, Ny. A merasa khawatir apabila dapat memperburuk kondisinya. Upaya yang dilakukan pasien untuk mengatasi penyakitnya dengan pergi ke klinik, karena benjolan di leher sudah sangat besar, kemudian dokter klinik merujuk pasien ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk dilakukan operasi. Pada riwayat kesehatan dahulu Ny. A mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Ny. A tidak memiliki alergi obat serta Ny. A tidak mengetahui sudah di imunisasi atau belum.

Pada riwayat kesehatan keluarga Ny. A mengatakan di rumah tinggal bersama kakaknya, kedua orangtuanya sudah meninggal dunia.

Ny. A mengatakan memiliki 7 saudara dan pasien merupakan anak terakhir dari kedua orangtuanya. Ny. A mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama serta tidak ada penyakit yang sedang di derita anggota keluarganya. Pada lingkungan tempat tinggal Ny. A, Pasien mengatakan kebersihan rumahnya bersih dan lingkungan di sekitar rumah juga bersih karena pasien rajin dalam membersihkan rumah dan pasien mengatakan kemungkinan terjadinya bahaya di rumah maupun lingkungan tempat tinggal tidak ada.

2. Pengkajian Kesehatan Fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi pasien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit pasien mengatakan persepsi tentang kesehatan dirinya itu tidak pernah diperhatikan, dan selama dirawat pasien mengatakan lebih memperhatikan kesehatan diri dan menyadari pentingnya kesehatan untuk dirinya.

2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit dan pasien mengatakan tidak tahu bagaimana perawatannya. Selama dirawat pasien mengatakan sekarang tahu penyakitnya dan tahu bagaimana perawatan penyakitnya dengan minum obat teratur sesuai anjuran dari dokter.

3) Upaya yang biasa dilakukan untuk mempertahankan kesehatan

Upaya yang dilakukan pasien untuk mempertahankan kesehatan jika hanya demam biasanya beli obat di apotik. Namun sekarang selama dirawat upaya pasien untuk mempertahankan kesehatan dengan minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter dan makan sesuai anjuran dari dokter dan ahli gizi.

4) Kemampuan pasien dalam mengontrol kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan mencoba mengontrol emosinya supaya keadaannya tidak tambah buruk dan selama dirawat

pasien mengatakan mencoba mematuhi perintah dokter untuk minum obat secara teratur.

5) Kebiasaan hidup

Pasien mengatakan sebelum dirawat setiap pagi sering minum air hangat seperti teh dan selama dirawat pasien mengatakan sering minum air putih.

6) Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Pasien mengatakan pekerjaannya sebagai guru dan cukup untuk kehidupan sehari-harinya, namun selama dirawat pasien mengatakan cuti selama dirawat di rumah sakit.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Pola makan

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk, dan sayur, biasanya pasien makan dalam jumlah 1 piring habis namun terkadang tidak habis, makanan kesukaannya udang tepung goreng. Keadaan sakit sekarang ini sangat mempengaruhi pola makan dan minum pasien karena pasien merasa nyeri ketika menelan makanan. Pasien mengatakan dari sebelum dan selama dirawat tidak memiliki alergi makanan ataupun obat. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat penambah nafsu makan dan pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang mempengaruhi untuk diet.

2) Pola minum

Pasien mengatakan sebelum sakit minum air putih sekitar 2000 ml dan selama dirawat pola minum pasien menjadi berkurang, banyaknya yang di minum pasien 1200 ml. pasien selama dirawat di pasang infus, cairan yang masuk RL 1500 ml dalam 24 jam.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB lancar biasanya BAB 1x sehari, warna kuning, konsistensi lembek, tidak ada keluhan

diare maupun konstipasi. Pasien selama dirawat mengatakan BAB lancar 1xsehari, warna kuning, konsistensi lembek, tidak menggunakan obat pencahar dan tidak ada keluhan diare ataupun konstipasi.

2) Pola BAK

Pasien mengatakan sebelum sakit BAK lancar , kurang lebih 4xsehari, warna kuning agak bening dan selama dirawat pasien mengatakan BAK lancar kurang lebih 3xsehari warna kuning agak bening.

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit, pasien mengatakan dalam kegiatan sehari-hari kegiatannya mengajar dan membersihkan rumah, tidak ada gangguan dalam aktivitasnya, namun selama di rawat pasien mengatakan aktivitasnya sedikit terganggu.

e. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur normal 8 jam dari jam 21.00-05.00 WIB. Dan selama dirawat pasien mengatakan tidurnya berkurang, tidur 6 jam dari jam 22.00-04.00 WIB. Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah dalam pola tidurnya, namun selama dirawat pasien mengatakan agak sulit tidur.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan dan pendengaran serta pasien mengatakan masih mampu mengingat dan berbicara dengan baik. Pasien mengatakan merasa nyeri dileher P = luka post operasi di leher, Q = cekut-cekut, R = disekitar leher, S = 5, T = hilang timbul, timbul biasa ketika makan dan bicara yang keras.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan ingin penyakitnya sembuh tidak kambuh lagi, pasien merasa senang karena operasinya berjalan dengan lancar. Pasien di rumah berperan sebagai adek dan bekerja sebagai guru,

pasien tidak memiliki gangguan citra tubuh dan penilaian orang lain terhadap dirinya selalu sama.

h. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan dalam mengambil keputusan, mengambil keputusan sendiri terkadang juga di bantu kakak ataupun keluarga yang lain.

i. Pola seksual-reproduksi

Pasien mengatakan paham tentang fungsi seksual, pasien tidak mengalami gangguan penyakit di organ kelamin. Kemudian dalam setiap bulan pasien mengatakan menstruasi lancar, lamanya menstruasi 6-7 hari dan pasien mengatakan belum pernah hamil.

j. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan komunikasinya jelas dan mudah di pahami, orang terdekat pasien adalah kakak dan keluarganya, ketika pasien memiliki masalah selalu meminta bantuan dari kakak dan keluarga yang lain.

k. Pola nilai kepercayaan

Dalam kegiatan agama atau kepercayaan pasien mengatakan sholat 5 waktu dan suka mengaji di rumah, dan selama dirawat pasien mengatakan tidak ada masalah dalam melakukan aktivitas dalam beribadah.

3. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a. Keadaan pasien

Pasien dalam kesadaran yang composmentis, keadaan pasien lemah, dengan tanda-tanda vital sebagai berikut: suhu tubuh $36,4^{\circ}\text{C}$, tekanan darah 100/60 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 80x/menit, dan skala nyeri 5. Bentuk kepala pasien bulat dengan rambut warna hitam, kulit kepala bersih dan tidak ada luka. Kedua mata pasien simetris, bisa melihat dengan jelas, tidak menggunakan alat bantu untuk melihat. Hidung pasien bersih, tidak ada secret dan tidak ada pernapasan cuping hidung. Kedua telinga pasien simetris kanan dan

kiri, tidak ada kotoran, pendengaran pasien masih jelas, tidak menggunakan alat bantu mendengar, dan tidak ada luka di telinga. Mulut pasien dalam keadaan bersih, di bagian leher pasien terdapat luka bekas operasi terlihat kemerahan di sekitar luka dan kata dari pasien terasa nyeri.

b. Pemeriksaan jantung, paru, dan abdomen

Pemeriksaan dada bagian jantung, inspeksi : tidak ada lesi, palpasi : tidak ada edema, perkusi : denyutan teraba, auskultasi: tidak ada suara tambahan, terdengar suara S1, S2. Dada bagian paru, inspeksi: tidak ada lesi, pengembangan dada kanan/kiri simetris, palpasi: tidak ada nyeri tekan, perkusi: suara paru normal, sonor -, auskultasi: bunyi vesikuler. Pemeriksaan abdomen, inspeksi: tidak ada lesi atau edema, auskultasi: suara bising usus normal, perkusi: timpani, palpasi: tidak ada nyeri tekan.

c. Pemeriksaan genitalia, ekstremitas atas dan bawah, kulit

Pada pemeriksaan genitalia pasien, pasien tidak terpasang kateter, keadaan genitalia bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada pemeriksaan ekstremitas pasien, kedua ekstremitas atas dan bawah masih berfungsi dengan baik, kuku ekstremitas atas dan bawah bersih, tidak ada edema, tidak bengkak, capillary refill time < 3 detik, terdapat tusukan infus di tangan kiri, tidak ada bengkak, dan tidak ada kemerahan. Keadaan kulit pasien bersih, warna kulit putih langsung, kelembaban kulit normal, turgor kulit baik.

4. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	12,3	11,7-15,5	g/dL	

Hematokrit	35,8	33,0-45,0	%
Leukosit	4,86	3,60-11,00	Ribu/ μ l
Trombosit	220	150-440	
Golongan darah	B/Positif		
PPT			
PT	9,7	9,3-11,4	detik
PT (Kontrol)	10,4	9,3-12,7	detik
APTT			
APTT	25,4	21,8-28,4	detik
APTT (Kontrol)	24,5	21,1-28,6	detik
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah sewaktu	78	75-110	mg/dL
Ureum	17	10-50	mg/dL
Creatinin	0,71	0,60-1,10	mg/dL
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	135,0	135-147	mmol/L
Kalium	2,50	3,5-50	mmol/L
Klorida (Cl)	H 109,0	95-105	mmol/L

b. Pemeriksaan radiologi

Thorax Besar (Non Kontras)

X FOTO TORAX

COR : CTR <50 %

PULMO

Corakan bronkovaskular normal

Tak tampak bercak pada kedua paru
Diagfagma dan sinus kostofrenikus baik

Kesan

COR : Tak membesar

PULMO : Tak Tampak Kelainan

c. Diit yang diperoleh

Bubur dan nasi

d. Therapy

Terapi yang diberikan kepada pasien ada infus : Futrolic 20 tpm dan RL 20 tpm, ceftriaxone 500 mg, penloss 800 gr, ketorolac 30 mg, dan tramadol 100 mg/kp

B. Analisa Data

Data fokus yang pertama pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:00 WIB, penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik. Masalah tersebut didukung dari data subjektif pasien dengan pasien mengatakan nyeri pada leher dan sedikit pusing, P: luka di leher, Q: cekot-cekot, R: disekitar leher, S:5, T: hilang timbul. Kemudian data objektif pasien tampak gelisah, lemas, dan meringis, tekanan darah pasien 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,4⁰C, nadi 80x/menit, RR 20x/menit,

Data fokus yang kedua pada tanggal 12 Januari 2022 pada pukul 13:05 WIB. Penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa risiko infeksi d.d efek prosedur invasif. Dengan data subjektif dari pasien, pasien mengatakan ada luka disekitar leher karena habis dioperasi. Dan dari data objektif didapatkan pasien tampak lemah, terlihat balutan luka disekitar leher, kemerahan disekitar luka, dan terjadi penurunan fungsi dalam menelan. Tekanan darah pasien 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,4⁰C, nadi 80x/menit, RR 20x/menit,

Data fokus yang ketiga pada tanggal 12 Januari 2022, pukul 13:10 WIB. Penulis menganalisa data dan didapatkan diagnosa risiko defisit nutrisi. Masalah tersebut didukung oleh data subjektif pasien mengatakan nafsu makan

menurun merasa nyeri saat menelan makanan, makan 3x sehari sesuai yang diberikan dari rumah sakit, namun selalu tidak habis. Data objektif pasien, pasien terlihat lemah, tampak makanan yang ada di meja tidak dimakan. Berat badan pasien sebelum sakit 42 kg, selama dirawat berat badan 41 kg, dan tinggi badan pasien 150 cm. jadi IMT pasien dari sebelum sakit yaitu 18,6 dan selama dirawat 18,2.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
3. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan

D. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:20 WIB, intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun 0-1, meringis menurun, dan gelisah menurun. Dengan intervensi keperawatan sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab nyeri, kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan yang kedua risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif dan mempunyai kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: nyeri menurun, kemerahan menurun, kultur area luka membaik. Dengan intervensi keperawatan sebagai berikut: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi,

ajarkan cara cuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.

Diagnosa keperawatan yang ketiga risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidak mampuan menelan makanan dengan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: porsi makan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, dan nafsu makan membaik. Dengan intervensi sebagai berikut: observasi dan catat asupan pasien, timbang dan catat berat badan pasien, tinggikan bagian kepala tempat tidur pasien, anjurkan makan sedikit tapi sering.

E. Implementasi

Dari rencana keperawatan yang sudah ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnosa masalah implementasi yang akan dilakukan pada tanggal 12-14 Januari 2022. Pada tanggal 12 Januari 2022, pada pukul 13.:03 WIB dilakukan implementasi dengan diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dengan respon data subjektif, pasien mengatakan merasa nyeri di leher, respon data objektif pasien tampak gelisah, nyeri kesakitan. Pada pukul 13:05 WIB mengidentifikasi skala nyeri. Respon subjektif pasien dengan mengatakan nyeri berada di skala 5, dan respon objektif pasien tampak meringis. Pukul 13:07, menjelaskan penyebab nyeri dan pemicu nyeri, dengan respon subjektif pasien mengatakan tidak tau penyebabnya dan respon objektif pasien terlihat kebingungan saat dijelaskan. Pada pukul 13:10 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan respon subjektif pasien mengatakan iya dan respon objektif pasien kooperatif. Pukul 13:12 WIB mengkolaborasikan pemberian analgesik dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah diberikan obat dan respon pasien ketika diberikan obat kooperatif.

Pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:08 WIB dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kedua yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek

prosedur invasif dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, respon data subjektif pasien mengatakan disekitar leher ada luka bekas operasi dan respon objektif pasien tampak cemas dan gelisah. Pukul 13:13 WIB, mengajarkan cara cuci tangan, respon subjektif pasien mengatakan belum bisa melakukan cuci tangan yang benar, respon objektif pasien tampak kebingungan. Pada pukul 13:18 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, respon subjektif pasien mengatakan belum tahu cara memeriksa kondisi luka operasi, respon objektif pasien terlihat bingung.

Pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:15 WIB, melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga yaitu risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan dengan mengobservasi dan mencatat asupan makan pasien, respon subjektif pasien mengatakan merasa nyeri saat menelan makanan, respon objektif pasien makanan dimeja terlihat masih banyak, pasien terlihat lemas. Pukul 15:25 WIB menimbang dan mencatat berat badan pasien, respon objektif berat badan pasien 41 kg. pukul 13:30 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, respon subjektif pasien mengatakan iya dan respon objektif pasien tampak paham dan mengerti apa yang di jelaskan.

Pada tanggal 13 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pukul 09:00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri masih terasa dan respon objektif pasien tampak lemah. Pukul 09:05 WIB mengidentifikasi skala nyeri, dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, respon objektif pasien terlihat tampak meringis. Pukul 09:10 WIB memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon subjektif pasien mengatakan sudah paham dan respon objektif pasien tampak sudah mengerti. Pukul 09:20 WIB mengkolaborasikan pemberian analgesik, respon subjektif pasien mengatakan sudah diberikan obat dan respon objektif pasien kooperatif. Pukul 09:25 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, respon subjektif pasien mengatakan iya dan respon objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 13 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa yang kedua risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada pukul 09:30 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal, respon subjektif pasien mengatakan nyeri disekitar luka operasi, respon data objektif pasien kooperatif, tidak ada kemerahan disekitar luka. Pukul 09:35 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan, respon data objektif melakukan cuci tangan. Pukul 09:40 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon subjektif pasien mengatakan mengerti apa yang disampaikan perawat dan respon objektif pasien kooperatif. Pada pukul 09:50 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka respon subjektif pasien mengatakan sudah mengerti dan respon objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 13 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan diagnosa yang ketiga risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan. Pukul 10:00 WIB mengobservasi dan mencatat asupan makanan. Respon subjektif pasien mengatakan masih nyeri saat menelan makanan dan respon objektif pasien terlihat lemah. Pukul 10:05 WIB meninggikan bagian kepala tempat tidur pasien, respon subjektif pasien mengatakan mau dan respon objektif pasien kooperatif. Pukul 10:10 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan respon subjektif pasien mengatakan iya dan respon objektif pasien tampak mengerti.

Pada tanggal 14 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pukul 08:00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, respon subjektif pasien mengatakan nyeri di sekitar leher sudah berkurang, skala nyeri 1 dan respon objektif pasien tampak lebih baik. Pukul 08:05 WIB memberikan teknik non farmakologis, respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa dan respon objektif pasien kooperatif dan bisa melakukan. Pukul 08:10 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, respon objektif pasien kooperatif. Pada pukul 08:20 WIB memberikan obat analgesik dengan respon objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 14 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kedua risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada pukul 08:30 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, respon subjektif pasien mengatakan luka disekitar leher sudah membaik dan respon objektif pasien tampak tenang, tidak ada kemerahan disekitar luka. Pukul 08:40 WIB mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, respon subjektif pasien mengatakan sudah mengerti cara cuci tangan dengan benar dan respon objektif pasien kooperatif. Pukul 08:50 WIB mengajarkan cara memeriksa kondisi luka dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah mengerti dan respon objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 14 Januari 2022 melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan. Pada pukul 09:10 mengobservasi dan mencatat asupan makanan dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah nafsu makan dan nyeri telan sudah berkurang dan respon objektif terlihat makanan hampir habis, dan makan sudah nasi. Pukul 09:15 WIB meninggikan bagian kepala tempat tidur pasien, respon objektif pasien kooperatif. Pukul 09:20 menganjurkan makan sedikit tapi sering, respon subjektif pasien mengatakan iya dan respon objektif pasien kooperatif.

F. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:20 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah S: pasien mengatakan nyeri di leher, P: luka di leher, Q: cekot-cekot, R: disekitar leher, S: 5, T: hilang timbul, O: pasien tampak kesakitan, TD: 100/60 mmHg, S: 36⁰C, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, A: masalah belum teratasi, P lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:30 pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif adalah S: pasien mengatakan ada luka disekitar leher, O: luka tertutup balutan, ada

kemerahan disekitar leher, skala nyeri 5, terjadi penurunan fungsi dalam menelan, A: Masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1,2,3,5.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:40 pada diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan adalah S: pasien mengatakan tidak nafsu makan dan merasa nyeri saat menelan, O: pasien terlihat lemah, makan 3xsehari tetapi cuma 5-6 sendok, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1,3,4.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 09:30 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah S: pasien mengatakan masih merasa nyeri, P: luka di leher, Q: ditusuk-tusuk, cekot-cekot, R: disekitar leher, S:3, T: hilang timbul, O: pasien tampak masih meringis kesakitan, TD: 110/60 mmHg, S: 36,6⁰C, N: 83x/menit, RR: 20x/menit, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi 1,3,4,6.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 10:00 pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif adalah S: pasien mengatakan ada luka disekitar leher, O: keadaan luka sudah mulai membaik, kemerahan berkurang, penurunan fungsi menelan masih, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi 1,4,5.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 pada pukul 10:15 pada diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan adalah S: pasien mengatakan sudah bisa makan sedikit-sedikit 3xsehari sesuai yang diberikan rumah sakit tetapi selalu tidak habis hanya setengah porsi saja yang dimakan, O: pasien tampak masih lemah, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi 1,3,4.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 pukul 09:00 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, P: luka dileher, Q: seperti cekot-cekot, R: di bagian leher, S: 1, T: hilang timbul, O: pasien tampak sudah terlihat membaik, tidak lemas lagi, TD: 105/81 mmHg, S: 36,3⁰C, N: 85x/menit, RR: 20x/menit, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 pukul 09:30 pada diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif adalah S: pasien mengatakan luka sudah membaik, O: pasien sudah tidak gelisah lagi, kulit disekitar luka tidak merah, nyeri sudah tidak, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 pukul 10:00 pada diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan adalah S: pasien mengatakan sudah bisa makan nasi dan nafsu makan sudah baik, O: pasien terlihat sudah bugar, makanan di meja terlihat dihabiskan, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini penulis akan membahas hasil analisa kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny. A dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari mulai tanggal 12 Januari 2022 sampai dengan 14 Januari 2022. Pada bab ini akan membahas tentang kendala dan hambatan yang diperoleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan post op isthmolobektomi yang sudah disesuaikan dengan teori meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Sebelum penulis membahas lebih lanjut tentang diagnosa keperawatan, penulis akan membahas data pengkajian yang kurang tepat. Berikut ini data pengkajian yang kurang tepat, pada pengkajian keperawatan penulis belum mencantumkan tanggal pengkajian yang telah dilakukan, seharusnya penulis mencantumkan tanggal pengkajian. Penulis melakukan pengkajian pasien Ny. A pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 13:00 WIB. Pada pengkajian hubungan pasien dengan penanggung jawab penulis kurang tepat dalam pendokumentasian, seharusnya penulis mengkaji lebih dalam lagi hubungan penanggung jawab dengan pasien di jelaskan lebih spesifik. Pada pengkajian keluhan utama penulis mencantumkan keluhan pasien nyeri dan adanya benjolan di leher, seharusnya penulis mencantumkan adanya benjolan di leher pada data alasan masuk ke rumah sakit. Pada riwayat kesehatan lalu penulis belum mengkaji riwayat imunisasi secara detail seharusnya penulis menanyakan riwayat imunisasi yang terkini seperti imunisasi covid atau hepatitis. Pada riwayat kesehatan lingkungan penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan kemungkinan terjadinya bahaya dalam lingkungan tepat tinggal, seharusnya penulis mengaitkan munculnya penyakit pada lingkungan tepat tinggal apakah di daerah dataran tinggi atau dataran rendah. Pada pola persepsi klien tentang kesehatan diri penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan,

seharusnya penulis menjelaskan tentang persepsi pasien tentang kesehatan dirinya misalnya pandangan pasien mengenai penyakitnya. Pada pola makan, penulis belum mencantumkan pola makan pasien selama di rawat, seharusnya penulis mencantumkan pola makan pasien selama di rawat berapa porsi makan, waktu, makan teratur 3x sehari atau tidak selama sakit. Pada pola BAK penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan frekuensi, waktu, dan jumlah volume BAK, seharusnya penulis mencantumkan waktu dan berapa ml urine yang keluar dalam sehari. Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan data mulut bersih, ada luka bekas operasi di leher, terdapat kemerahan di sekitar, penulis belum mendeskripsikan luka operasi, seharusnya penulis mendeskripsikan luka operasi dalam kondisi yang sudah tertutup balutan kasa steril, terpasang drain, dan luka operasi yang terasa nyeri ketika makan. Pada pemeriksaan jantung didapatkan data inspeksi: tidak ada lesi, palpasi: tidak ada edema, perkusi: denyutan teraba, auskultasi: tidak ada suara tambahan, terdengar suara S1 dan S2 penulis belum menjelaskan secara lengkap, seharusnya penulis pada pemeriksaan inspeksi: tidak ada penonjolan di daerah precordium, tampak ictus cordis, tidak ada luka. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada ictus cordis, perkusi: tidak ada pelebaran jantung dan suara jantung redup, auskultasi: tidak ada suara tambahan, terdengar suara S1,S2. Pada pemeriksaan palpasi paru penulis kurang tepat dalam pendokumentasian, seharusnya penulis pada palpasi menuliskan fremitus taktil teraba atau tidak. Pada pemeriksaan auskultasi abdomen penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan suara bising usus, seharusnya penulis mencantumkan suara bising usus yang normal pada frekuensi 5-35x/menit. Pada pemeriksaan kulit penulis kurang tepat dalam mendeskripsikan kondisi kulit normal seharusnya penulis mendeskripsikan kulit tidak terlalu sensitif, tekstur kulit elastis dan kenyal, tidak ada masalah penyakit pada kulit.

Selanjutnya penulis akan membahas tentang diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada kasus Ny. A dengan post op isthmolobektomi.

A. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional atau aktual secara tiba-tiba ataupun lambat, disertai dengan tingkat keparahan ringan hingga berat yang berlangsung selama kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena pada waktu pengkajian ditemukan data subjektif pasien dengan keluhan utama nyeri di bagian leher dan data objektif pasien tampak gelisah, lemas, meringis. Dalam buku standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) ditemukan tanda dan gejala mayor di data subjektif mengeluh nyeri dan data objektif antara lain tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, dan frekuensi nadi meningkat. Pengambilan diagnosa tersebut sudah pas karena pasien mengatakan mengeluh nyeri dan dari data objektif pasien tampak gelisah, meringis dan bersikap protektif, penegakkan diagnosa tersebut sudah memenuhi syarat untuk 80% data objektif.

Alasan penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri sebagai diagnosa prioritas pertama karena dalam pengkajian didapatkan data subjektif pasien dengan keluhan nyeri di bagian leher, serta data dari pendekatan PQRST didapatkan data P: luka di leher, Q: cekot-cekot, R: disekitar leher, S: 5, T: hilang timbul. Data objektif pasien tampak gelisah, lemas, dan meringis kesakitan. Tanda vital pasien meliputi tekanan darah 100/60 mmHg, suhu tubuh 36,4⁰C, nadi 80x/menit, dan RR 20x/menit. Dalam pengkajian PQRST penulis belum lengkap dalam mendokumentasikan yang tepat, seharusnya penulis menuliskan pengkajian PQRST dengan tepat. Penilaian PQRST berguna untuk memperoleh informasi vital yang berkaitan dengan proses terjadinya nyeri itu, penilaian tersebut meliputi penyebab munculnya nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri itu muncul, berapa skala nyeri, dan waktu kapan munculnya nyeri (Yudiyanta et al., 2015). Seharusnya pada penulis menuliskan P (paliatif/penyebab): luka di leher setelah operasi isthmolobektomi, Q (quality/kualitas): rasa nyeri yang dirasakan cekot-cekot, R (radiates/penyebaran): nyeri luka operasi terasa hanya

dibagian leher , S (severity/keparahan) : nyeri di skala 5 pada rentang skala nyeri 1-10, T (time/waktu) : nyeri muncul hilang timbul, muncul ketika makan dan ketika berbicara dengan keras. Mekanisme nyeri didasarkan pada beberapa proses diantaranya nosiseptif, sensitiasi perifer, perubahan fenotipik, sensitiasi sentral, eksitabilitas ektopik, pengorganisasian ulang struktur, dan denaturasi inhibisi. Dengan adanya iritasi kerusakan jaringan dan pengalaman nyeri subjektif ada empat proses seperti transmisi, transisi, modulasi, dan persepsi. Rangsangan nyeri diterima oleh nosiseptor di kulit dan usus. Sel yang nekrotik melepaskan K^+ dan protein intraseluler yang dapat menyebabkan peradangan (Bahrudin, 2018).

Menurut (PPNI, 2017) penulis menetapkan cara untuk mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan tampak gelisah, lemas, dan meringis, penulis menyusun tujuan dan kriteria hasil. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, dan meringis menurun. Adapun intervensi yang ditetapkan oleh penulis menurut buku SIKI adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis (tarik napas dalam) untuk mengatasi nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik (PPNI, 2017). Pada intervensi kolaborasi pemberian analgesik penulis kurang tepat, seharusnya intervensi yang dicantumkan penulis adalah berikan obat analgesik ketorolac 30 mg.

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Oleh penulis melakukan implementasi tindakan non farmakologis memberikan tarik napas dalam sudah dilakukan dengan respon pasien bersedia diberikan tindakan dan pasien mampu melakukan tarik napas dalam sendiri ketika rasa nyeri muncul. Tindakan tarik napas dalam adalah terapi relaksasi pernapasan perut yang dilakukan secara perlahan, berirama, dilakukan dengan memejamkan kedua mata tujuannya untuk meningkatkan perasaan nyaman dan tenang, mengurangi kecemasan yang sedang dialami

seseorang, mengurasi rasa nyeri, serta mencegah terjadinya stress (Kurniawati, 2019). Pada implementasi memberikan obat penulis kurang tepat dalam pendokumentasian dosis pemberian obat, cara pemberian obat, dan waktu pemberian obat, seharusnya penulis memberikan ketorolac 3x1 30 mg melalui intravena pukul 20:00 WIB, 08:00 WIB, 16:00 WIB. Penloss 2x1 100mg melalui intravena pada pukul 24.00 WIB dan 08:00 WIB, ceftriaxone 2x1 500 mg melalui intravena pada pukul 16:00 WIB dan 24:00 WIB.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis setelah dilakukan asuhan keperawatan ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, P: nyeri luka di leher setelah operasi, Q: cekot-cekot, R: dibagian leher, S: 1, T: hilang timbul, muncul ketika sedang makan dan berbicara keras. Data objektif pasien sudah tampak membaik dan tidak lemas, tekanan darah 105/81 mmHg, suhu 36,3⁰C, nadi 85x/menit, RR 20x/menit. Berdasarkan capaian kriteria hasil nyeri menurun pada skala 1, gelisah menurun, meringis menurun hasilnya masalah dapat teratasi. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari masalah nyeri akut pada Ny. A dapat teratasi dan kondisi kesehatan Ny. A menjadi lebih baik maka rencana tindakan di hentikan.

B. Risiko Infeksi Dibuktikan Dengan Efek Prosedur Invasif

Menurut (PPNI, 2017) risiko infeksi adalah risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif karena dalam pengkajian didapatkan pasien dengan post op istmolobektomi dapat mengalami masalah risiko infeksi. Operasi isthmolobektomi adalah operasi pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu sisinya lobus kanan atau lobus kiri yang disertai pengangkatan isthmusnya (Gunawan, 2020). Dalam tindakan operasi pasti menghasilkan luka sayatan ketika dilakukan bedah, apabila luka bekas operasi tidak di tangani dengan tepat akan terjadi risiko infeksi isehingga perlu dilakukan perawatan luka untuk menghindarkan dari infeksi (Ramadhan & Megawati, 2019). Batasan karakteristik pada data subjektif pasien mengatakan ada luka operasi di leher setelah di operasi, dan data objektif pasien tampak ada

balutan luka di leher dan luka disekitar leher tampak merah. Pada penulisan data objektif penulis kurang dalam mendeskripsikan kondisi pasien pasca operasi, seharusnya penulis menambahkan data pasien yang terpasang draine dan VD yang dikeluarkan. Pengambilan diagnosa tersebut sudah pas karena sesuai data dari pasien mengatakan ada luka di leher setelah di operasi yang tampak kemerahan. Dari data tersebut penulis menetapkan sebagai diagnosa yang kedua karena diagnosa risiko dapat dilakukan setelah diagnosa aktual, pengambilan diagnosa tersebut sudah memenuhi untuk 80% dari data subjektif dan objektif.

Penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi bisa teratasi dengan kriteria hasil kemerahan menurun dan nyeri menurun (PPNI, 2017). Ketika terjadi luka operasi, tubuh akan melakukan proses penyembuhan luka itu secara alami dan berkesinambungan. Terdapat tahapan dalam proses penyembuhan luka, tahap tersebut ada 5 antara lain homeostatis, inflamasi, migrasi, proliferasi, dan maturasi (Purnama et al., 2017). Adapun Intervensi yang ditetapkan penulis berdasarkan buku SIKI (PPNI, 2017) antara lain: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan disekitar pasien, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, dan ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan oleh penulis dan semua intervensi sudah diberikan karena Ny. A kooperatif pada saat dilakukan tindakan. Pasien mendengarkan dan memperhatikan apa yang telah di sampaikan penulis. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari dari tanggal 12 Januari 2022-14 Januari 2022.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan ditemukan data subjektif pasien mengatakan luka disekitar leher sudah membaik. Berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan hasilnya masalah teratasi dan setelah dilakukan implementasi selama 3 hari maka intervensi dihentikan.

C. Risiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan

Risiko defisit nutrisi adalah risiko seseorang dapat mengalami ketidakcukupan asupan nutrisi pada tubuh dalam memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2017). Penulis mengangkat diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan makanan karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada saat menelan makanan dan nafsu makan menurun. Teori ini sesuai pada buku SDKI ditemukan ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya defisit nutrisi antara lain ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, dan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan. Adapun data objektif yang didapatkan pada saat pengkajian pasien terlihat lemah, tampak makanan yang ada di meja tidak dimakan, terjadi penurunan berat badan.

Alasan penulis mengangkat diagnosa risiko defisit nutrisi karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan nafsu makan menurun karena merasakan nyeri ketika menelan makanan, makan 3x/hari sesuai yang diberikan dari rumah sakit namun selalu tidak habis. Data objektif yang didapatkan pasien terlihat lemah, tampak makanan yang ada di meja tidak dihabiskan, berat pada pasien sebelum sakit 42 kg dan selama dirawat berat badan pasien 41 kg serta tinggi badan pasien 150 cm, indeks massa tubuh pasien (IMT) sebelum sakit 18,6 dan selama dirawat 18,2. Pada penentuan diagnosa risiko defisit nutrisi penulis belum sepenuhnya melakukan pengkajian nutrisi ABCD, seharusnya dalam menentukan diagnosa tersebut penulis melakukan pengkajian ABCD secara lengkap. Menurut Rahayu (2013) pengkajian ABCD tersebut meliputi antropometri (berat badan, tinggi badan, pengukuran index massa tubuh (IMT), LILA, lingkar perut, lingkar dada), biochemical data (hasil laboratorium seperti hemoglobin, hematokrit, total limfosit, albumin, glukosa, kalsium, dan natrium), *clinical sign* (penampilan umum seperti

mata, kulit, bibir, atau pada organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid yang ditemukan pada bagian leher), diet (status kesehatan, masuk dan keluarnya asupan makanan, status sosial ekonomi, dan penggunaan obat-obat).

Penulis dalam menentukan diagnosa risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan sebelumnya penulis menyusun tujuan dan kriteria hasil yang harus dicapai selama memberikan asuhan keperawatan. Tujuan penulis setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, dan nafsu makan membaik. Adapun intervensi yang penulis tetapkan adalah observasi dan catat asupan pasien, timbang dan catat berat badan pasien, tinggikan bagian kepala tempat tidur pasien, dan anjurkan makan sedikit tapi sering (PPNI, 2017).

Dalam melakukan implementasi penulis sudah melakukan semua intervensi yang sudah ditetapkan dari mengobservasi dan mencatat asupan nutrisi pasien hingga menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Pada saat memberikan implementasi pasien kooperatif disini pasien mendengarkan, memperhatikan, memberikan informasi, dan pasien melakukan apa yang sudah disampaikan penulis, sehingga semua implementasi dapat dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan.

Evaluasi yang sudah dilakukan penulis setelah dilakukan implementasi keperawatan ditemukan data subjektif pasien sudah bisa makan nasi dan nafsu makan membaik. Data objektif pasien terlihat sudah bugar, makanan dimeja terlihat dihabiskan. Berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan nafsu makan membaik, porsi makan meningkat maka masalah risiko defisit nutrisi teratasi, dengan seperti itu tindakan keperawatan dapat dihentikan.

D. Diagnosa Keperawatan Yang Berpotensi Muncul

Pada kasus Ny. A dengan post op isthmolobektomi atas indikasi struma penulis akan menambahkan diagnosa keperawatan yang dapat muncul tetapi bkeum ditegakkan oleh penulis yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan dibuktikan dengan terpasang drain karena dalam pengkajian ditemukan pasien yang terpasang draine sehingga pasien dapat mengalami masalah pada jalan napas karena adanya perdarahan setelah di operasi.

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan perdarahan dibuktikan dengan terpasang drain

Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan dalam membersihkan secret, darah atau terjadi obstruksi napas sehingga sulit untuk mempertahankan jalan napas agar tetap paten (PPNI, 2017). Bersihan jalan napas tidak efektif ini seharusnya menjadi diagnosa kedua yang perlu diangkat penulis karena karena pasien yang terpasang drain setelah operasi dapat mengalami masalah jalan napas. Munculnya diagnosa bersihan jalan napas yang tidak efektif penulis seharusnya menyusun kriteria hasil yang harus dicapai dan rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah bersihan jalan napas yang tidak efektif. Tujuan dan kriteria hasil yang harus dicapai sebagai berikut bersihan jalan napas dapat meningkat, produksi sputum cukup menurun, sulit bicara menurun, dan pola napas membaik.

Intervensi keperawatan yang seharusnya penulis tetapkan antara lain: monitor sputum, posisikan pasien semi fowler atau fowler, berikan minuman hangat, anjurkan asupan cairan 2000ml/hari (PPNI, 2017). Selanjutnya penulis dapat melakukan implementasi keperawatan antara lain: memonitor sputum yang di dikeluarkan, memposisikan pasien semi fowler ataupun fowler, memberikan minuman hangat dan menganjurkan asupan cairan 2000ml/hari. Setelah dilakukan implementasi keperawatan seharusnya penulis dapat memberikan evaluasi dari tindakan yang sudah

dilakukan. Apabila tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sudah teratasi, maka penulis bisa menghentikan intervensi.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari (PPNI, 2017). Diagnosa intoleransi aktivitas ini dapat muncul menjadi diagnosa pada pasien dengan post operasi struma. Intoleransi aktivitas dapat muncul sebagai diagnosa keperawatan jika ditandai dengan penyebab ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton dibuktikan dengan tanda dan gejala mayor maupun minor. Munculnya masalah keperawatan intoleransi aktivitas, penulis seharusnya menyusun tujuan dan kriteria hasil dalam memberikan asuhan keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, tekanan darah membaik. Selanjutnya penulis menentukan intervensi keperawatan pada masalah intoleransi aktivitas, intervensi tersebut antara lain identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, lakukan latihan gerak pasif dan aktif, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (PPNI, 2017).

Setelah ditentukan intervensi keperawatan selanjutnya penulis melakukan implementasi pada intervensi tersebut. Implementasi keperawatan tersebut mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, melakukan latihan gerak pasif dan aktif, menganjurkan aktivitas secara bertahap. Selanjutnya penulis memberikan evaluasi dari tindakan yang sudah dilakukan. Apabila tujuan dan kriteria hasil sudah teratasi maka intervensi keperawatan dapat dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Struma atau istilah awam menyebutnya gondok adalah suatu penyakit atau gangguan dimana kelenjar tiroid mengalami pembesaran diakibatkan sel pada kelenjar tiroid mengalami pembelahan sel yang berulang sehingga volume hipertrofi dan hiperplasi meningkat, dimana penyebab paling umum struma diakibatkan karena defisiensi iodium ataupun dikarenakan makanan (Fadilah et al., 2021).

1. Pengkajian

Pada saat pengkajian penulis sudah berusaha melakukan pengkajian dengan baik antara lain identitas Ny. A, alasan masuk rumah sakit, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari, pemeriksaan fisik dan didapatkan data pasien dengan post op isthmolobektomi yang terdapat adanya luka dibalut kasa bekas operasi di leher dan terpasang drain.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang sudah penulis tetapkan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, gelisah, meringis, risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan menelan, dan diagnosa tambahan bersihan jalan napas berhubungan dengan perdarahan dibuktikan dengan terpasang drain, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dicapai dan rencana tindakan keperawatan sudah sesuai dengan SDKI dan SIKI yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3x8 jam dan implementasi sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam didapatkan evaluasi masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah ini agar institusi pendidikan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus struma atau gondok.

2. Bagi perawat

Saran penulis bagi perawat adalah perawat harus mampu memberikan pendidikan kesehatan tentang bagaimana memberikan tindakan dengan cara mandiri untuk mengatasi nyeri dan risiko infeksi seperti dengan relaksasi tarik napas dalam dan mengajarkan cara cuci tangan dengan benar.

3. Bagi masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan kepada pasien untuk patuh minum obat dan menjaga pola makan untuk menjaga kesehatan agar terhindar dari berbagai penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Adham, M., & Aldino, N. (2018). Diagnosis Tatalaksana Karsinoma Tiroid Berdiferensial. *Departemen Telinga Hidung Tenggorok, Vol.48(2)*.
- Ardhiansyah, A. O. (2016). *Kanker Tiroid: Surgery Mapping*. Airlangga University Press.
- Armerinayanti, N. W. (2017). Goiter Sebagai Faktor Predisposisi Karsinoma Tiroid. *WMJ (Warmadewa Medical Journal)*, 1(2), 42.
<https://doi.org/10.22225/wmj.1.2.27.42-50>
- Assagaf, syaugi M., Lumintang, N., & Lampus, H. (2015). Gambaran Eutiroid Pada Pasien Struma Multinodosa Non-Toksik di Bagian Bedah RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manda Periode Juli 2012-Juli 2014. *Jurnal E-Clinic (ECI)*, 3, 1–5.
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7.
<https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Chalik, R. (2016). *Anatomi dan Fisiologi Manusia (Pertama)*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika.
- Dewi, R., Permatasari, J., & Ulandari, L. (2020). Pola Penggunaan Obat Antitiroid Pada Pasien Hipertiroid Di Rsud Raden Mattaher Jambi. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(1), 114–124.
<http://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/download/677/293>
- Diniah, B. N. (2020). Hubungan Kadar Timbal (Pb) Dalam Darah Kejadian Goiter Pada Anak Usia Sekolah Dasar (Studi di SDN 01 Grinting Kecamatan Bulakamba Kabupaten Brebes). *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada*, 11.
- Djibu, E., Afiani, N., & Zahra, F. (2021). Pengaruh Peran Perawat Sebagai Edukator Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi. *Media Husada Journal of Nursing Science*, 9(3), 215–217.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9394\(26\)91015-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9394(26)91015-5)
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* (10th ed.). EGC.
- Fadilah, I., Rusjdi, D. A., & Aprilia, D. (2021). Gambaran Pemeriksaan

- Ultrasonografi pada Pasien Struma di Bagian/SMF Radiologi RSUP DR. M. Djamil Periode Januari-Desember 2019. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 2, 41–47.
- Fahlevie, A., & Aryasa, T. (2017). Terapi Obat Untuk Hipotiroidisme dan Hipertiroidisme. *Jurnal Kedokteran Udayana*, 1–7. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/50ad33eccd269271ca585795f48cf2b4.pdf
- Farich, A., & Nurmalasari, Y. (2015). Hubungan Umur, Pengetahuan dan Perilaku Konsumsi Yodium dengan Kejadian Goiter pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Gedung Meneg Kabupaten Tulang Bawang Tahun 2015. *Medika Malahayati*, 2(3).
- Gunawan, dr. F. (2020). Tiroidektomi, Operasi Pengangkatan Kelenjar Tiroid. *Linksehat*. <https://linksehat.com/artikel/tiroidektomi-operasi-pengangkatan-kelenjar-tiroid>
- Hastomo, M. T., & Suryadi, B. (2018). Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Skala Nyeri Pada Saat Pemasangan Infus Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, Vol.8(2).
- Infodatin. (2015). *Situasi dan Analisis Tiroid.pdf*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniawati, E. (2019). *Efektivitas Teknik Relaksasi Napas Dalam dan Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Dengan General Anastesi di RSUD Muhammadiyah Bantul* (pp. 10–22). Poltekkes Jogja. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/3561/4/04Chapter2.pdf>
- Melani, Y. I. (2020). Studi Kasus Pada Pasien Struma Multinodosa Non Toxic Post Op Tiroidektomi Dengan Masalah Nyeri Akut Di Rumah Sakit L Malang. *Jurnal Kesehatan Malang*.
- Noor, I. W. H., & Saraswati, M. R. (2013). Therapy of Graves' Disease With Sodium Iodide-131. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(11), 1909–1924.
- Nurarif, A. H., & Kusuma Hardi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC edisi Revisi Jilid 1*. Med Action Publishing.
- Oetomo, K. S. (2013). Struma. *SMF Bedah RSUD Haji Surabaya*.
- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2017b). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. DPP PPNI.

- PPNI. (2017c). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2017d). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2017e). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Persatuan Perawat Indonesia.
- Prapyatiningsih, Y., Ardika Nuaba, I. G., & Sucipta, I. W. (2017). Karakteristik penderita nodul tiroid yang mendapatkan tindakan operatif di RSUP Sanglah Denpasar periode 2011-2013. *Medicina Journal*, 48(1), 72. <https://doi.org/10.15562/medicina.v48i1.30>
- Purnama, H., Sriwidodo, & Ratnawulan, S. (2017). Review Sistematis: Proses Penyembuhan dan Perawatan Luka. *Farmaka*, 15(2), 251–256.
- Rahayu, S. (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia II: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Nutrisi*. Badan PPSDM Kemenkes RI.
- Ramadhan, C. A., & Megawati. (2019). *Hubungan Pengetahuan Dengan Tindakan Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Luka Operasi Pada Pasien Post Operasi Di Rumah Sakit Islam Malahayati Medan Tahun 2019*. 1–19.
- Rampengan, S. F. Y., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas RSUP Prof. DR. R. D. Knadou Manado. *Jurnal Kesehatan*.
- Sari, D. U., Adi, G. S., & Oktariani, M. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Struma Nodosa Non Toksik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Keamanan dan Kenyamanan. *Jurnal Kusuma Husada*.
- Septiani, F., Marsudi, L. O., & Irwadi, D. (2021). *Jurnal Teknologi Laboratorium Medik Borneo* Gambaran Kadar Hormon Tiroid Dan Hasil Pemeriksaan FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy) Pada Penderita Nodul Tiroid. *Jurnal Teknologi Laboratorium Medik Borneo*, 1(1), 28–34.
- Setiati, S. (2013). *Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Komprehensif*. Interna Publishing.
- Shahab, A. (2017). *Dasar-Dasar Endokrinologi*. Rayyana Komunikasindo.
- Sidemen, I. G. A. P. Y. (2020). Nodul tiroid soliter. *Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali*, 1–7.
- Tahulending, Z., Pontoh, V., & Lengkong, A. C. (2018). Gambaran Kejadian

Struma di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juni 2015-Juni 2018. *Jurnal E-Clinic*, 6, 116–120.

Tallane, S. T., Monoarfa, A., & Wowiling, P. A. V. (2016). Profil struma non toksik pada pasien di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Juli 2014-Juni 2016. *Jurnal E-Clinic*, 4(2), 4–5.

Tampatty, G., Tubagus, V., & Rondo, A. (2019). Profil Pemeriksaan Ultrasonografi pada Pasien Struma dibagian/SMF Radiologi FK Unsrat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Medik Dan Rehabilitasi*, 1(3), 1–6.

Tarwoto. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Trans Info Medikal.

Vitti, P., & Hegedus, L. (2018). Endocrinology: Thyroid Diseases Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. In *Springer International Publishing*. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-45013-1>

Wheeler, M. H. (2012). Disease of the Thyroid Patophysiology and Management. *World Journal of Surgery*.

Widyawigata, R. Z. G., Prajoko, Y. W., Mahati, E., & Adrianto, A. A. (2019). Tiroidektomi Meningkatkan Imt (Indeks Massa Tubuh) Pada Pasien Hipertiroid Di Rsup Dr. Kariadi Semarang. *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, 8(4), 1225–1235.

Yanti, A., & Leniwita, H. (2019). *Modul Keperawatan Medikal Bedah II*. Universitas Krinten Indonesia. <http://repository.uki.ac.id/2750/1/fmodulKMB2.pdf>

Yudiyanta, Khoirunnisa, N., & Novitasari, R. W. (2015). Assessment Nyeri. *Jurnal Gadjah Mada*, 42(3), 214–234.