

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN PENYAKIT
POST OP STRUMA
DI RUANG BAITUSSALAM 02
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh ;

Fidela Ayunissa

NIM : 40901900023

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN
PENYAKIT POST OP STRUMA
DI RUANG BAITUSSALAM 02
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh ;

Fidela Ayunissa

NIM : 40901900023

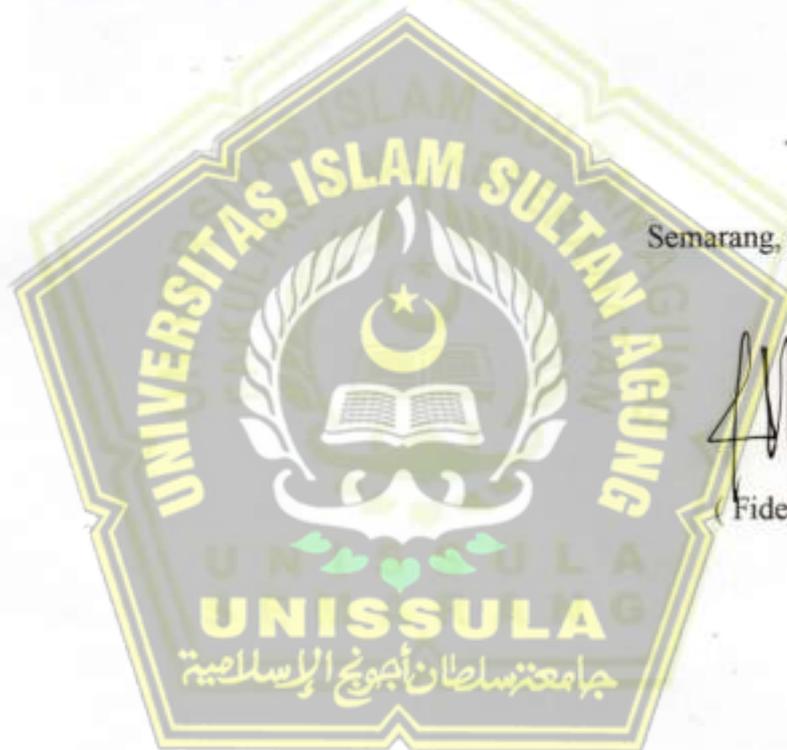
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT 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 melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Mei 2022



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN PENYAKIT POST OP STRUMA DI RUANG BAITUSSALAM 02 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Fidela Ayunissa

Nim : 40901900023

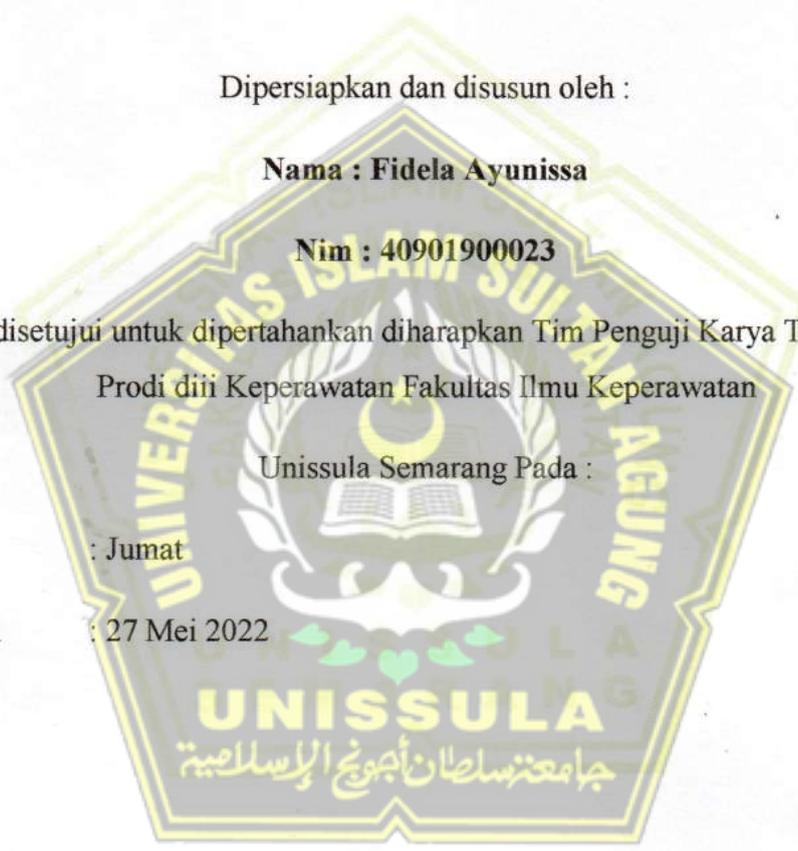
Telah disetujui untuk dipertahankan diharapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi diiii Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang Pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 27 Mei 2022



Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Raf', is placed above the printed name of the supervisor.

Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep

06-0505-7902

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

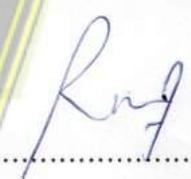
Penguji I

(Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep) (.....) 
NIDN : 06-1509-8802

Penguji II

(Dr. Erna Melastuti, S.Kep., Ns., M.Kep) (.....) 
NIDN : 06-2005-7604

Penguji III

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

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Iwan Ardian, SKM., M.Kep.
NIDN. 0622087403

MOTTO

Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu, dan boleh pula kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu; Allah mengetahui segalanya sedangkan kamu tidak mengetahui

(QS.Al-Baqarah, 2 : 216).

Belajar dari masa lalu, hidup untuk sekarang dan berharap untuk masa depan

Strategi terbesar dalam kehidupan bukanlah sebuah kematian, tapi hidup tanpa tujuan, karena itu teruslah bermimpi untuk menggapai tujuan dan harapan, supaya hidup bisa lebih bermanfaat.



KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia Nya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan *struma* di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan gelar Ahli Madya Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan petunjuk dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak/Ibu :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof Dr Gunarto SH Mhum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang dan selaku pembimbing pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. 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.

6. Ibuku (Ratna Wahyuning Hidayati) dan Ayahku (Prayoga Dioskandar) tercinta yang selalu mendo'akan, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan baik moril dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
7. Kakakku (Muhammad Ezra Pratama) tercinta yang selalu menjadi penasehat, penguat dan penyemangat terbaik.
8. Teruntuk seluruh Anggota Argajaladri serta Anggota Muda Argajaladri terimakasih selalu mendukung dan penyemangat dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
9. Terimakasih untuk sahabatku Ira Puji Astuti, Ferinna Yasmine Nurkamila, Putri Ardiyan , viviani , serta Farida Hanum. Atas dukungan dan support dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
10. Teruntuk teman sebangunan Fitri Anwar yang selalu mendukung dan menyemangati untuk sama – sama menyusun Karya Tulis Ilmiah.
11. Teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2019 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT selalu memberikan keberkahan dan senantiasa memberikan rahmat seta hidayah kepada kita semua. Dan semoga dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan refreensi dan dapat bermanfaat bagi penulis sendiri, dan semua pihak yang membaca. Demikian, terimakasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

DAFTAR ISI

SURAT BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II	4
TINJAUAN TEORI	4
A. Konsep Dasar Penyakit, Meliputi :	4
B. Konsep Dasar Keperawatan, Meliputi :	7
BAB III	19
ASUHAN KEPERAWATAN	19
A. Pengkajian	19
B. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)	22
C. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)	31
D. Data Penunjang	34
E. Analisis Data	35
F. Diagnosis Keperawatan	35
G. Planing / Intervensi Keperawatan	35
H. Implementasi	36
I. Evaluasi	38
BAB IV	40
PEMBAHASAN	40
BAB V	49
PENUTUP	49

DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran 2 Surat Kesediaan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Struma dapat diklasifikasikan toksik atau non toksik, difuse atau noduler, tunggal atau multipel. Struma (*goiter*) berdasarkan patologis merupakan perbesaran kelenjar tiroid atau merupakan suatu kelainan radang, hiperplasia atau neoplasma, dimana secara klinik sulit dibedakan. Struma secara awam dikenal dengan istilah yaitu gondok merupakan pembesaran kelenjar tiroid yang dapat berkaitan dengan gangguan primer pada organ tiroid ataupun akibat stimulasi hormonal atau faktor lain terhadap tiroid (Museum, 2019)

Adanya perubahan morfologi dan fungsional kelenjar tiroid dapat menimbulkan pengaruh kehidupan pasien, termasuk diantaranya pengaruh terhadap fisik, mental, fungsional, dan sosial. Hal inilah yang menentukan kualitas hidup penderita struma sebelum dilakukan tindakan (Meranti, 2015). Struma multinoduler dipengaruhi oleh gangguan endokrin pada 500-600 juta penduduk diseluruh dunia dan sering ditemukan pada daerah kekurangan yodium. Struma multinoduler nontoksika menjadi endemik jika didapatkan >10% populasi. Non endemik goiter tersering pada wanita usia tua, dengan perbandingan perempuan dan pria 3:1. Dari 249 penduduk di Inggris bagian utara, didapatkan struma 5,9% dengan ratio wanita dan pria 13:1. Sebanyak 0,8% pria dengan nodul tunggal tiroid dan 5,3% wanita >45 tahun dengan struma multinodosa (Meranti, 2015).

Dari rekam medis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juni 2015 – Juni 2018 tingkat kejadian struma periode 1015 sampai dengan juni 2018 didapatkan 183 penderita struma berdasarkan diagnosis yang ada di data rekam medik dari tiap subjek penelitian. Jenis struma yang ditemukan dibagi menjadi struma toksik dan struma toksik nodosa, berdasarkan penelitian, jenis truma yang paling banyak didapatkan ialah struma non toksik nodosa yaitu 71,6 % yang menunjukkan bahwa struma nontoksik nodosa memiliki angka

kejadian tertinggi. Hasil penelitian ini selaras dengan beberapa penelitian yang menyatakan bahwa struma jenis ini merupakan jenis penyakit endokrin yang biasa ditemukan dan telah memengaruhi sebanyak 500 sampai 600 juta orang diseluruh dunia. Berdasarkan kelompok usia penderita struma terbanyak pada kelompok usia 45 – 54 tahun yaitu sebanyak 23,5 %. (Tahulending & Pontoh, 2018).

Komplikasi yang dapat timbul dari tindakan operasi struma usia muda hingga tua (21 - 60 tahun) dapat berupa kosmetik berupa hipertropik skar (42,3%), perdarahan (1%), obstruksi jalan nafas (2%), suara menjadi lemah dan serak (6,9%), dan gangguan hormon tiroid berupa mudah letih (3,7%) dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita secara menyeluruh sehingga tujuan dari manajemen struma adalah kualitas hidup pasien, Fokus pemilihan terapi terutama ialah pada terapi yang memberikan angka harapan hidup terbesar dan angka rekurensi terendah. Setelah terapi dilakukan, perhatian utama akan berpindah pada bagaimana pasien akan hidup dengan segala konsekuensi yang timbul akibat terapi yang sudah dilakukan, sehingga perhatian akan pindah pada bagaimana kualitas hidup pasien setelah terapi. Kualitas hidup yang dinilai terutama kualitas hidup aspek kesehatan yang terkena dampak dari kondisi struma multinoduler non toksika (Meranti, 2015).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan penyakit Struma di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar penyakit Struma yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi, penatalaksanaan medis, dan pathways.

- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien penyakit struma yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.
- c. Menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan penyakit Struma yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menetapkan dan menerapkan teori asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Struma.

2. Bagi Profesi Keperawatan

- a. Supaya perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Struma sesuai dengan standar praktik yang ada.
- b. Sebagai peningkatan pengetahuan keperawatan dan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi Lahan Praktik

Sebagai peningkatan kemampuan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien penyakit Struma.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai sumber pengetahuan kepada masyarakat untuk perawatan pada anggota keluarga yang mengalami penyakit Struma.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit, Meliputi :

1. Definisi

Struma adalah pembesaran kelenjar gondok dibagian leher yang disebabkan oleh penambahan jaringan kelenjar gondok yang menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah yang banyak sehingga menimbulkan keluhan seperti berdebardebar, keringat, gemeteran, bicara jadi gagap, mencret, berat badan menurun, mata membesar, penyakit ini dinamakan hipertiroid. Struma didefinisikan sebagai pembesaran kelenjar tiroid. Struma juga dapat meluas keruang retro sternal, dengan atau tanpa pembesaran substansial. Karena hubungan anatomi kelenjar tiroid ke trakea, laring, saraf laring, superior dan inferior, dan esophagus, pertumbuhan abnormal dapat menyebabkan berbagai sindrom komperhensif (Dewantini, 2019).

2. Etiologi

Struma dapat disebabkan oleh gangguan sintesis hormone tiroid yang menginduksi mekanisme kompensasi terhadap kadar TSH serum, Pemeriksaan TSH adalah tes darah yang dilakukan untuk mengetahui kadar *thyroid stimulation hormone* (TSH) di dalam tubuh. TSH adalah hormon yang diproduksi oleh kelenjar pituitari di otak sehingga akibatnya menyebabkan hipertrofi dan hyperplasia selfolikel tiroid dan pada akhirnya menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid. Efek biosintetik, defisiensi iodin penyakit otoimun serta penyakit nodular juga dapat menyebabkan struma walaupun dengan mekanisme yang berbeda. berbentuk goitrous tiroiditis hashimoto terjadi karena defek yang didapat pada hormone sintesis, yang mengarah ke peningkatan kadar TSH dan konsuekensinya efek pertumbuhan (Khalifah, 2019).

3. Patofisiologi

a. Struma toksik

Kebanyakan pada penderita hipertiroidisme, kelenjar tiroid membesar dua hingga tiga kali dari ukuran normalnya, disertai dengan banyak hiperplasia dan lipatan-lipatan sel-sel folikel ke dalam folikel, sehingga berjumlah sel ini lebih meningkat beberapa kali dibandingkan dengan pembesaran kelenjar. Selain itu, dalam setiap sel meningkatkan kecepatan sekresinya ada beberapa kali lipat dengan kecepatan 5-15 kali lebih besar daripada normal (Ziaurrahman, 2014).

b. Struma non toksik

Bahan dasar dalam pembentukan hormon tiroid adalah iodium yang diperoleh dari makanan dan minuman. Ion iodium (iodida) darah masuk ke dalam kelenjar tiroid secara transport aktif dengan bantuan ATP sebagai sumber energi. Adenosina trifosfat (ATP) adalah suatu nukleotida yang dalam biokimia dikenal sebagai "satuan molecular. Akumulasi dari tiroglobulin dapat menyebabkan pembesaran pada kelenjar tiroid (struma non – toksik) (Ziaurrahman, 2014).

4. Manifestasi klinis

Manifestasi klinik pada kasus struma Menurut Dewantini (2019) adalah sebagai berikut :

- a. Adanya pembesaran kelenjar tiroid
- b. Pembesaran kelenjar limfe
- c. Nyeri tekan pada kelenjar tiroid
- d. Kesulitan menelan
- e. Kesulitan bernafas
- f. Kesulitan dalam bicara
- g. Nyeri saat berbicara

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang penyakit struma meliputi:

- a. Pemeriksaan sidik tiroid, pemeriksaan dengan radioisotop untuk mengetahui ukuran, lokasi dan fungsi tiroid, melalui hasil tangkapan yodium radioaktif oleh kelenjar tiroid.
- b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG), mengetahui keadaan nodul kelenjar tiroid misalnya keadaan padat atau cair, adanya kista, tiroiditis.
- c. Biopsi aspirasi jarum halus (BAJAH) yaitu melakukan aspirasi menggunakan jarum suntik halus nomor 22-27, sehingga rasa nyeri dapat dikurangi dan relative membuat lebih aman. Namun demikian ada kelemahan dalam pemeriksaan ini adalah menghasilkan negative atau positif palsu.
- d. Pemeriksaan T3, T4, TSH, untuk mengetahui hiperfungsi atau hipofungsi kelenjar tiroid atau hipofisis.
- e. Termografi, adalah dengan mengukur suhu kulit pada daerah tertentu, yang menggunakan alat yang disebut Dynamic Tele Thermography. Hasilnya keadaan panas apabila selisih suhu dengan daerah sekitar > 0.9 derajat, dan dingin apabila < 0.9 derajat. Sebagian besar keganasan tiroid pada suhu panas (Dewantini, 2019).

6. komplikasi

Komplikasi pada kasus struma menurut (Khalifah, 2019) adalah sebagai berikut : Apabila struma goiter tidak ditangani dengan cepat akan dapat menyebabkan beberapa komplikasi, diantaranya yaitu ; Limfoma, perdarahan, kanker tiroid, dan sepsis.

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan penyakit struma dilakukan berdasarkan ukuran struma, semakin besar ukuran struma maka akan berdampak banyak terjadi keluhan, terdapat beberapa penatalaksanaan meliputi:

- a. Pengobatan Pasien dengan satu atau lebih nodul tiroid yang mengalami hipertiroid yang diberikan obat anti tiroid
- b. Terapi *radioiodine* Merupakan terapi alternatif untuk single toxic adenoma atau toxic multinodular goiter. Tujuan dari terapi ini yaitu untuk mempertahankan fungsi dari jaringan tiroid normal. Radioiodine juga digunakan untuk mengurangi volume nodul pada nontoksik multinodular goiter.
- c. Pembedahan Tujuan pembedahan adalah untuk mengurangi massa fungsional pada hipertiroid, mengurangi penekanan pada esophagus dan trakhea, mengurangi ekspansi pada tumor atau keganasan (Dewantini, 2019).
 - 1) Pembedahan tiroidektomi secara umum adalah tindakan bedah yang cukup aman. Persiapan praoperasi yang baik akan mencegah timbulnya komplikasi pada angka yang sangat kecil. Kurang dari 2-3 persen. Komplikasi terbanyak terdapat pada cedera nervus rekuren dan hipoparatiroid permanen meskipun hematom pasca tiroidektomi relatif jarang terjadi komplikasi ini sangat serius dan dapat berakibat sangat fatal.

B. Konsep Dasar Keperawatan, Meliputi :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan sebuah data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Buchari ·2018,).

Pokok Utama dalam sebuah Pengkajian, meliputi : Data Subjektif Yaitu data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap penyakitnya, situasi dan kejadian. Data ini di dapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan dan ide tentang status kesehatan nya. Data Objektif Yaitu data yang didapatkan dari hasil observasi dan pengakuan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Buchari ·2018).

a. Data Umum

1) Identitas

a) Meliputi :

nama,umur, jenis kelamin,pendidikan,alamat,agama, pekerjaan, suku / bangsa, tanggal dan jam masuk, diangnosa medis.

b) Identitas penanggung jawab Meliputi :

nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/ bangsa, pendidikan, alamat, hubungan dengan klien.

2) Status kesehatan saat ini

3) Keluhan utama pasien: biasanya nyeri pada leher, sulit menelan, sulit berbicara, badan terasa lemas, sering gemeteran, keringat berlebih, jantung tersa berdetak cepat.

4) Riwayat peyakit dahulu : perlu di tanyakan penyakit dahulu yang berhubungan dengan peyakit gondok, misalnya pernah menderita gondok lebih dari satu kali, tetagga atau penduduk sekitar berpenyakit gondok

5) Riwayat kesehatan keluarga : apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien saat ini.

6) Kebersihan rumah dan lingkungan

7) Perlu ditanyakan bagaimana keadaan lingkungan rumah dan lingkungan sekitar rumah Pasien, serta kebersihan dan kenyamanan rumah

b. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a) Persepsi klien tentang kesehatan diri
Adanya tindakan penatalaksanaan kesehatan sebelum sakit dan selama sakit akan menimbulkan perubahan terhadap pemeliharaan kesehatan.
 - b) Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya
Adanya penurunan nafsu makan atau tidak dan disertai adanya mual muntah tidak pada Pasien dengan penyakit Srtuma akan mempengaruhi asupan nutrisi pada tubuh yang berakibat adanya penurunan BB dan penurunan massa otot.
 - c) Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan Kesehatan
Adanya pengupayaan dengan makan – makanan bergizi serta perbanyak minum yang sehat, ditambah mulai menjadwalkan olahraga secara rutin.
 - d) Kemampuan pasien mengontrol Kesehatan
Adanya kekmapuan dalam mengontrol kesehatan sebelum sakit dan selama sakit.
 - e) Kebiasaan hidup
Kebiasaan hidup pasien selama sakit atau sebelum sakit.
 - f) Factor sosiaal ekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan Perlu ditanya mengenai sosial ekonomi Pasien tentang kesehatan.
- 2) Pola Nutrisi dan Metabolik
 - a) Pola makan

Pola makan pada Pasien saat sebelum sakit atau selama sakit, jumlah dan berapa kali makan serta menu apa saja yang sering dimakan.

- b) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum

Perlu ditanya mengenai saat sakit apakah berpengaruh terhadap pola makan serta minum.

- c) Makanan yang disukai pasien, adakah pantangan/ makanan yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi

Perlu ditanya mengenai pantangan makanan yang dapat menyebabkan alergi serta adakah makanan yang dibatasi.

- d) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Perlu ditanya mengenai keyakinan seta budaya yang dianut apakah mempengaruhi diet.

- e) Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan

Perlu ditanya mengenai kebiasaan dalam mengkonsumsi vitamin atau obat penambah nafsu makan.

- f) Keluhan dalam makan

- (1) Adanya keluhan anoreksia

Perlu ditanya mengenai gangguan makan yang ditandai dengan berat badan yang sangat rendah ataupun kenaikan berat badan.

- (2) Adanya keluhan mual/muntah

Perlu ditanya pernahkah merasa mual ataupun muntah.

- (3) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan

Perlu ditanya mengenai kemampuan mengunyah dan menelan

- g) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir
 - h) Perlu ditanya mengenai berat badan apakah ada penurunan selama 6 bulan terakhir.
 - i) Pola minum
 - j) Perlu ditanya mengenai pola minum, jumlah minum sehari berapa kali, dan jenis minuman , dan adakah gangguan minum.
 - k) Bila pasien terpasang infuse barapa cairan yang masuk dalam sehari
 - l) Dilihat apakah Pasien terpasang infus dan berapakah cairan infuse yang masuk ke tubuh dalam sehari.
 - m) Adanya keluhan demam
 - n) Perlu ditanya apakah Pasien ada keluhan demam
- 3) Pola eliminasi
- a) Eliminasi fase
 - (1) Pola BAB
 - Perlu ditanya mengenai BAB sebelum dan selama sakit dan berapakah frekuensi, jumlah, warna.
 - (2) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB
 - Perlu ditanya mengenai perubahan dalam kebiasaan BAB
 - b) Pola BAK
 - Perlu ditanya mengenai BAK sebelum sakit dan selama sakit, jumlah , dan warna.
- 4) Pola aktifitas dan Latihan
- a) Kegiatan dalam bekerja
 - i. Perlu ditanya mengenai kegiatan Pasien dalam bekerja selama sakit dan sebeleum sakit.
 - b) Olahraga yang dilakukan
 - i. Perlu ditanya mengenai olahraga yang dilakukan saat selama sakit dan sebelum sakit.

- c) Kesulitan/keluhan dalam aktifitas
- (1) Pergerakan tubuh
Perlu ditanya mengenai pergerakan tubuh sebelum sakit dan selama sakit.
 - (2) Perawatan diri
Perlu ditanya mengenai perawatan diri sebelum sakit dan selama saki.
 - (3) Berhajat (BAB/BAK)
Perlu ditanya adalah kesulitan BAB atau BAK, sebelum atau selama sakit.
- 5) Pola Istirahat dan Tidur
- a) Kebiasaan tidur
Perlu ditanya kebiasaan tidur Pasien selama sakit dan sebelum sakit.
 - b) Kesulitan tidur
Perlu ditanya apakah Pasien mengalami kesulitan tidur sebelum dan selama sakit.
- 6) Pola Kognitif-Perseptual sensori
- a) Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi
Perlu ditanya mengenai kemampuan sensori selama sakit dan sebelum sakit.
 - b) Kemampuan kognitif
Perlu ditanya mengenai kemampuan kognitif sebelum sakit dan selama sakit.
 - c) Kesulitan yang dialami
Perlu ditanya mengenai gangguan atau adakah kesulitan yang dialami mengenai perseptual sensori, sebelum sakit dan selama sakit.
 - d) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S,T

P : apa yang menyebabkan rasa sakit/ nyeri

Q : bisa menjelaskan rasa sakit/ nyeri

R : nyeri dibagian mana

S : skala nyeri berapa

T : kapan sakit/ nyeri mulai muncul

7) Pola Seksual-Reproduksi

a) Bagaimana pemahaman pasien tentang fungsi seksual.

i. Perlu ditanya mengenai pemahaman akan fungsi seksual

b) Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

i. Perlu ditanya mengenai gangguan saat berhubungan seksual dengan berbagai kondisi.

c) Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual

i. Perlu ditanya apakah Pasien mengalami permasalahan selama melakukan aktifitas seksual.

d) Pengkajian pada perempuan terutama pada pasien dengan masalah tumor atau keganasan system reproduksi

8) Pola Nilai dan Kepercayaan

a) Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan.

i. Perlu ditanya apakah pasien menjalankan kegiatan agamanya dan bagaimana caranya.

b) Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat.

i. Perlu ditanya adakah masalah yang berkaitan dengan aktifitas selama dirawat.

c) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.

i. Perlu ditanya mengenai keyakinan dan kebudayaan yang dianut Pasien apakah bertentangan dengan kesehatan.

d) Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani.

c. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1) Kesadaran

Dilihat tingkat kesadaran Pasien.

2) Penampilan

Dilihat apakah Pasien lemah, lesu dan lain – lain.

3) Vital sign

a) Suhu tubuh :

i. Suhu tubuh ialah dikatakan sebagai ukuran panas atau dingin didalam tubuh.

b) Tekanan darah :

i. Tekanan Darah menunjukkan seberapa kuat Jantung memompa darah.

c) Respirasi :

i. Proses terjadinya pertukaran oksigen dengan karbondioksida didalam organ Paru

d) Nadi :

i. Nadi untuk mengetahui detak jantung, Irama jantung.

e) Skala nyeri :

i. Skala nyeri adalah peningkatan atau penurunan sakit Terbagi beberapa angka umunya 0 – 10.

4) Kepala

5) Kaji cedera lain pada kepala, periksa kebersihan, dan keutuhan rambut, warna rambut.

6) Mata

7) Periksa mata untuk mengetahui ada tidaknya nyeri tekan, kaji reflek cahaya, edema kelopak mata.

8) Hidung

9) Kaji cairan yang keluar dari hidung, ada tidaknya sumbatan, adakah lesi, kebersihan Hidung.

10) Telinga

Kaji ada tidaknya sakit telinga, rabas, ketajaman pendengaran, lesi, dan kebersihan telinga.

11) Mulut dan Tenggorokan

12) Kaji ada kotoran, bentuknya bagaimana, mukosa, keadaan Gigi.

13) Dada

a) Jantung

Inspeksi :

Apa menahan sakit, apa ada kotoran, apa ada benjolan/pembesaran

Palpasi :

Apa ada benjolan, apa terdengar BJ I dan II, apa merasakan nyeri tekan

Perkusi :

Mengetuk bagian dada ada bunyi sonor, pekak, redup, hipersonor, timpani.

Auskultasi :

Memeriksa bagian jantung menggunakan stetoskop normal /abnormal

b) Paru- paru

Inspeksi :

Apa menahan sakit, apa ada kotoran, apa ada benjolan/pembesaran.

Palpasi :

Apa ada benjolan, apa terjadi nyeri tekan

Perkusi :

mengetuk bagian dada ada bunyi sonor, pekak, redup, hipersonor, timpani.

Auskultasi :

Memeriksa bagian paru paru menggunakan stetoskop apa ada suara normal /abnormal.

14) Abdomen

Inspeksi :

Bentuknya seperti apa.

Palpasi :

Apa terjadi nyeri tekan.

Perkusi :

Mengetuk bagian perut apa perut kembung atau tidak.

Auskultasi :

Memeriksa bagian perut menggunakan Stetoskop ada suara normal atau abnormal.

15) Genetalia :

Jenis kelamin laki-laki/perempuan ,apa ada benjolan dibagian kelamin,

Adanya lesi / tidak.

d. Data Penunjang

1) Hasil Pemeriksaan Penunjang

i. Data Tersier atau data penunjang adalah bahan-bahan yang memberi petunjuk atau penjelasan terhadap sumber data primer dan sekunder, diantaranya adalah kamus dan ensiklopedi.

2) Diit yang diperoleh

i. Diit yang diperoleh Pasien saat di Rumah Sakit.

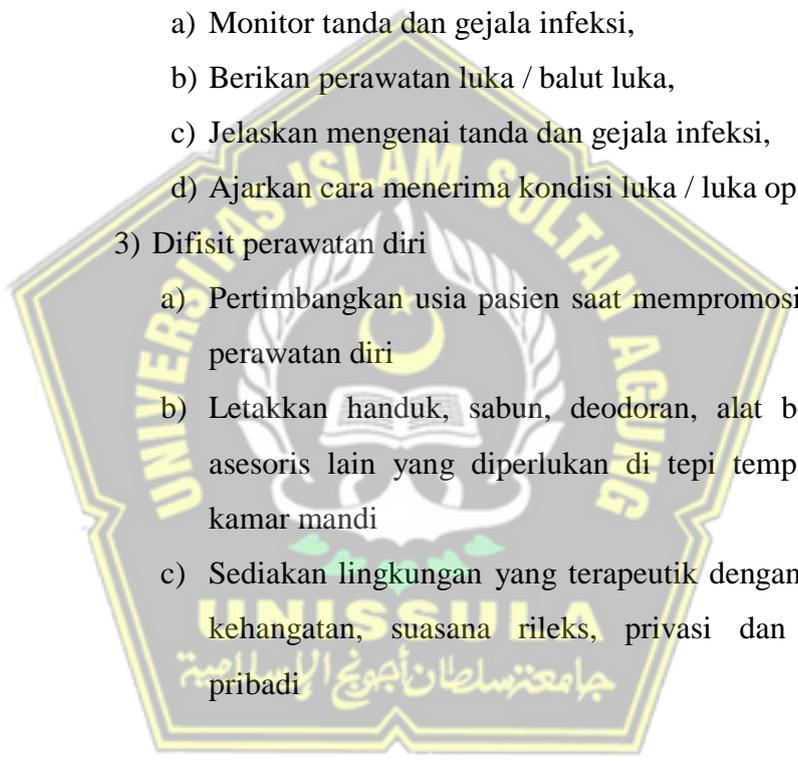
3) Therapy

Therapy yang diperoleh saat di Rumah Sakit.

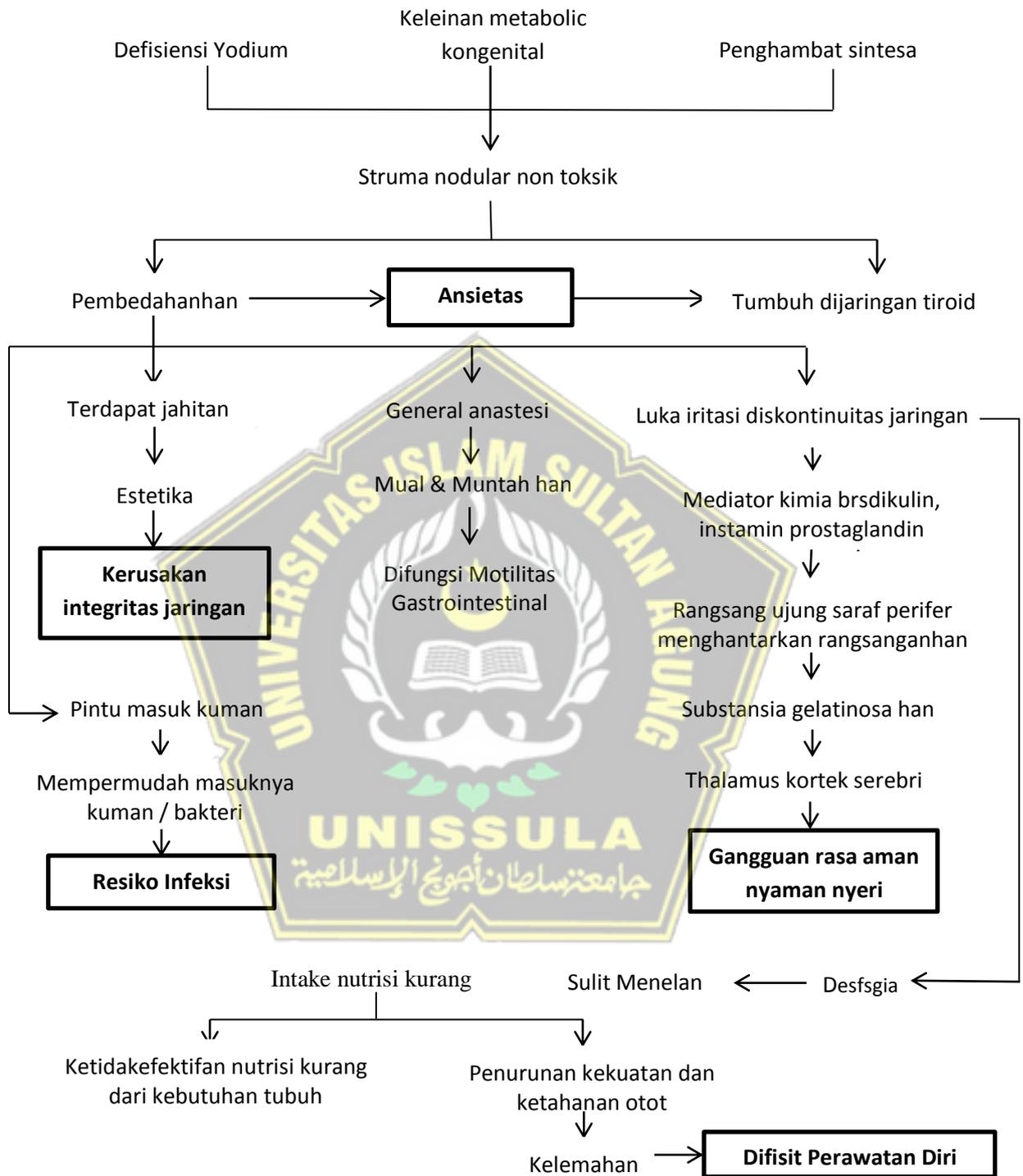
e. Diagnosis keperawatan dan fokus Intervensi

(PPNI,2018) Mengatakan ada beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin muncul yakni:

1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengakami kegagalan

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, Kondisi, waktu)
 - b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
 - c) Anjurkan melakukan kegiatan kompetitif sesuai kebutuhan
 - d) Latih teknik relaksasi
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas jaringan .
- a) Monitor tanda dan gejala infeksi,
 - b) Berikan perawatan luka / balut luka,
 - c) Jelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi,
 - d) Ajarkan cara menerima kondisi luka / luka op.
- 3) Difisit perawatan diri
- a) Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri
 - b) Letakkan handuk, sabun, deodoran, alat bercukur, dan asesoris lain yang diperlukan di tepi tempat tidur atau kamar mandi
 - c) Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi
- 

C. Pathways



Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Data umum

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama : Ny. Y
Umur : 33 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Welehan RT 02 RW 03
Diagnosis : Struma
Tanggal dan jam masuk : 16 Januari 2022

2) Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 25 - 03 - 1986
Jenis kelamin : Laki - Laki
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Pendidikan terakhir : SMK
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Welehan RT 02 RW 03
Hubungan dengan pasien : Suami Pasien

b. Status Kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri, terdapat benjolan di bagian leher dan tenggorokan.

2) Faktor pencetus

Pasien mengatakan nyeri bersifat mendadak atau tiba tiba muncul saat melakukan aktivitas yang berat.

3) Lamanya keluhan

± 5 Tahun.

4) Timbulnya keluhan

Pasien mengatakan timbulnya keluhan saat beraktivitas padat dan berat.

5) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

Pasien mengatani untuk mengatasi nyeri pasien istirahat sejenak dan terkadang tidur untuk meminimalisir nyeri.

6) Faktor yang memperberat

Pasien mengatakan enggan untuk melakukan pergerakan karena nyeri sehingga hanya berbaring ditempat tidur saja.

c. Riwayat kesehatan lalu

1) Penyakit yang pernah di alami

Pasien mengatakn belum pernah mengalami sebuah penyakit sebelumnya.

2) Kecelakaan

Pasien mengatakn belum pernah mengalami sebuah kecelakaan sebelumnya.

3) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan belum pernah dirawat di Rumah Sakit.

4) Alergi

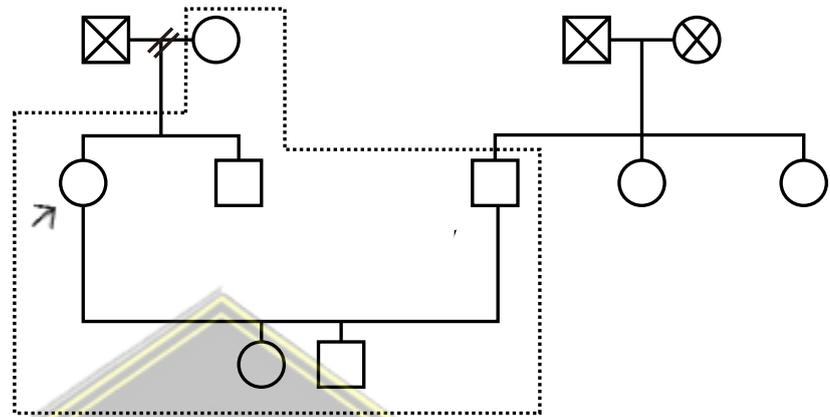
Pasien mengatakan tidak memiliki alergi.

5) Imunisasi

Pasien mengatakan imunisasi dengan lengkap

d. Riwayat Kesehatan keluarga

1) Status kesehatan keluarga (genogram: 3 generasi)



Keterangan :

□ : Laki-laki

↗ : Pasien

○ : Perempuan

..... : Tinggal Serumah

— : Hubungan Keluarga

// : Cerai

⊠ : Laki-laki Meninggal

⊗ : Perempuan Meninggal

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada dan tidak memiliki penyakit serius.

3) Penyakit yang sedang diderita keluarga

Keluarga pasien mengatakan saat ini tidak ada penyakit yang diderita sekeluarga.

e. Riwayat kesehatan lingkungan

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Pasien dan keluarga mengatakan kebersihan rumah dan sekitar lingkungan bersih dan terjaga serta nyaman.

2) Kemungkinan terjadinya bahaya

Pasien dan keluarga mengatakan kalau rumahnya berada dikampung dan setiap malam ada Pos Ronda yang berjaga jadi kemungkinan terjadi bahaya sangat kecil.

B. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a. Persepsi klien tentang kesehatan diri
 - 1) Sebelum sakit :
Pasien mengatakan kalo sehat dan Dan kebersihan diri itu sangatlah penting.
 - 2) Selama sakit :
Pasien mengatakan sehat itu sangatlah Penting dan Pasien mengatakan akan lebih menghargai kesehatan
 - b. Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya
 - 1) Sebelum sakit :
Pasien mengatakan penyakit yang diderita adalah sebuah cobaan dari Gusti Allah.
 - 2) Selama sakit :
Pasien mengatakan sudah paham akan penyakitnya dan penyakit yang dideritanya itu penyakit ringan
 - c. Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan Kesehatan
Pasien mengatakan upaya yang sudah dilakukan untuk mempertahankan kesehatan yaitu dengan banyak minum air putih dan menghindari sebisa mungkin minum – minuman yang berasa, serta makan – makanan yang tidak sehat. Serta perbanyak berolahraga yang rutin.
 - d. Kemampuan pasien mengontrol Kesehatan
 - 1) Sebelum sakit :
Pasien mengatakan sering datang ke pengobatan alternatif.
 - 2) Selama sakit :

Pasien serta keluarga mengatakan lebih memilih – milih kembali makanan yang sehat.

e. Kebiasaan hidup

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering mengonsumsi jamu – jamuan dari pengobatan alternatif, Pasien mengatakan juga sering sekali makan – makanan yang instan. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi Narkoba ataupun Alkohol serta Rokok.

2) Selama sakit :

pasien mengatakan sudah tidak mengonsumsi jamu – jamuan semenjak dirawat serta aktivitasnya untuk saat ini hanya bisa berbaring di tempat tidur RS.

f. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan Kesehatan

Keluarga serta pasien sendiri mengatakan mempunyai asuransi.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Pola makan

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3× sehari dengan porsi banyak serta minum air putih ± 6-8 gelas / hari dan terkadang suka minum – minuman yang berasa. Dengan menu sayur, tempe, ikan serta minum Teh setiap pagi. Untuk sore makan – makanan instan serta minum Es Teh, kemudian malam dengan menu ayam opor serta minum air putih.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan makan serta minum 3×sehari dengan porsi sesuai dengan yang sudah di tentukan Rumah Sakit, dengan menu bubur sumsum serta teh Hangat

- b. Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum

Pasien mengatakan saat sakit ini nafsu makan menurun karena makanan di RS tidak berasa, serta pasien

- c. Makanan yang disukai pasien, adakah pantangan/ makanan yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi.

Pasien mengatakan makanan yang disukai adalah mie dan bakso yang pedas, Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan untuk persoalan makanan

- d. Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Pasien mengatakan beragama Islam, tidak ada kebudayaan yang mempengaruhi diet.

- e. Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan
Pasien mengatakan hanya minum Jamu – jamuan herbal saja.

- f. Keluhan dalam makan

- 1) Adanya keluhan anoreksia

Pasien mengatakan tidak keberatan jika berat badan naik karena makanan.

- 2) Adanya keluhan mual/muntah

Pasien mengatakan tidak pernah merasa mual dan muntah selama di RS.

- 3) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan

Pasien mengatakan untuk menelan lumayan sulit karena sedikit sakit.

- g. Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir

Pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan karena Pasien sebelum sakit suka makanan dan selama sakitpun Pasien selalu dipaksa oleh suaminya makan.

h. Pola minum

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat minuman , sehari sebanyak 8 gelas besar.

i. Bila pasien terpasang infuse berapa cairan yang masuk dalam sehari

Pasien terpasang infus RL 500 ml dengan 20Tpm dan sehari cairan infus yang masuk 1.500 ml Infus RL.

j. Adanya keluhan demam

Pasien mengatakan tidak demam.

3. Pola eliminasi

a. Eliminasi feses

1) Pola BAB

a) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar, berbentuk dan berwarna feses kuning kecoklatan, konsistensi lembek tidak ada keluhan Diare. BAB sehari 1× di pagi hari.

b) Selama sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar, berbentuk dan berwarna feses kuning kecoklatan, konsistensi lembek tidak ada keluhan Diare. BAB 2 sehari 1× di malam hari.

2) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB

Pasien mengatakan sudah BAB, Pasien tidak terpasang kolostomi.

b. Pola BAK

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAK lancar kurang lebih sebanyak 4 – 5 × sehari. Dan berwarna kuning jernih.

2) Selama sakit

Pasien mengatakan BAK lancar dan tidak terpasang kateter, BAK warna kuning kecokelatan, banyaknya sehari 3- 4 × BAK.

4. Pola aktifitas dan Latihan

a. Kegiatan dalam bekerja

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan berkegiatan seharinya sebagai Ibu rumah tangga, mencuci piring, baju serta keperluan rumah tangga.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur saja.

b. Olahraga yang dilakukan

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan berolahraga setiap hari minggu berkeliling Desa.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak berolahraga.

c. Kesulitan/keluhan dalam aktifitas

1) Pergerakan tubuh

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien leluasa untuk bergerak tetapi selama sakit pasien hanya berbaring dan jarang melakukan pergerakan.

2) Perawatan diri

a) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan perawatan diri secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

b) Selama sakit :

Pasien mengatakan perawatan diri dibantu oleh suami.

3) Berhajat (BAB/BAK)

a) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam BAB / BAK

b) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam BAB / BAK.

4) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

a) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada sesak nafas saat melakukan aktifitas.

b) Selama sakit :

Pasien mengatakan sesak nafas saat melakukan aktifitas yang terlalu berat.

5) Mudah merasa kelehan

a) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak merasa lelah

b) Selama sakit :

Pasien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas.

5. Pola Istirahat dan Tidur

a. Kebiasaan tidur

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur secara normal, tidur 8 jam setiap malam

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidur normal tetapi terkadang suka terbangun karena berisik, tidur malem 5 jam sedangkan pagi 3 jam / 4 jam.

b. Kesulitan tidur

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan tidur.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki kesulitan tidur.

6. Pola Kognitif-Perseptual sensori

a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada sensori seperti pengelihatan, pendengaran, berbicara.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada sensori seperti pengelihatan, pendengaran, berbicara.

b. Kemampuan kognitif

1) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada kemampuan kognitif

2) Selama sakit :

pada sensori seperti pengelihatan, pendengaran, berbicara.

c. Kesulitan yang dialami

1) Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan yang dialami mengenai perseptual sensori.

2) Selama sakit :

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan yang dialami mengenai perseptual sensori.

3) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P,Q,R,S,T

P : Benjolan / luka dileher

Q : Nyeri terasa tajam

R : Leher

S : Skala nyeri 4

T : Timbul hilang timbul, lamanya 1 jam , biasanya saat Aktifitas berat.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

a. Persepsi diri

Pasien mengatakan setelah menjalani perawatan rasa sakit yang dirasakan berkurang, sudah lebih baik dan ingin cepat sembuh dan bisa beraktifitas seperti biasanya.

b. Status emosi

Pasien tampak ikhlas menerima sakitnya dan emosinya stabil.

c. Konsep diri:

1) Citra diri/body image

Pasien mengatakan merasa terganggu aktivitasnya karena ada benjolan dileher.

2) Identitas

Pasien mengatakan siapa dirinya, mampu menerima keadaanya.

3) Peran

Pasien sebagai ibuk ingin tepat mendidik

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh.

5) Harga diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dan menghargai dirinya.

8. Pola Mekanisme Koping

a. Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan

Pasien mengatakan dalam mengambil keputusan bermusyawarah terlebih dahulu dengan keluarga terutama suami.

b. Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Pasien mengatakn saat menghadapi masalah harus sabar dan tenang jangan sampai kepancing emosi.

c. Bagaimana upaya pasien dalam menghadapi masalahnya sekarang

Pasien mengatakan dalam menghadapi masalahnya sekarang harus tetap tenang jangan sampai malah drop dan menambah sakit.

- d. Menurut pasien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

Pasien mengatakan perawat lebih sabar dalam melakukan tindakan cukup merasa nyaman.

9. Pola Seksual-Reproduksi

- a. Bagaimana pemahaman pasien tentang fungsi seksual.

Pasien mengatakan pemahaman tentang fungsi seksual ialah ketika pasien berhubungan seksual dengan suami.

- b. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

Pasien mengatakan tidak terdapat gangguan hubungan seksual.

- c. Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual

Pasien mengatakan tidak ada permasalahan selama aktivitas seksual.

- d. Pengkajian pada perempuan terutama pada pasien dengan masalah tumor atau keganasan system reproduksi

- 1) Riwayat menstruasi

Pasien mengatakan menstruasinya lancar biasanya awal bulan, selama 6 hari, darah menstruasipun normal.

- 2) Riwayat kehamilan

Pasien mengatakan dulu waktu kehamilan pertama lancar dan lahir secara normal lalu untuk anak ke 2 lahir normal juga.

- 3) Riwayat pemeriksaan ginekologi misal pap smear

Pasien mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan ginekologi.

10. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

- a. Kemampuan pasien dalam berkomunikasi

Pasien mengatakan selalu berkomunikasi dengan keluarga, teman dan tetangga dengan ramah,

- b. Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien

Pasien mengatakan ibunya serta suaminya.

- c. Kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah.

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah pasien selalu cerita dengan suami untuk meminta pendapat.

- d. Adakah kesulitan dalam keluarga

Pasien mengatakan tidak ada dalam keluarga soal kesulitan.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

- a. Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan.

Pasien mengatakan sebelum sakit beliau sering sekali ke masjid untuk sholat dan selama sakit pasien mengatakan sholat tetapi terkadang telat karena tidak sadar ketiduran.

- b. Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat.

Pasien mengatakan tidak ada masalah selama dirawat.

- c. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.

Pasien mengatakan tidak ada yang bertentangan tentang keyakinan atau kebudayaan mengenai kesehatan.

- d. Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani

Pasien mengatakan tidak ada yang bertentangan tentang nilai / keyakinan / kebudayaannya terhadap pengobatan yang sedang dijalani.

C. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1. Kesadaran

Compos mentis

2. Penampilan

Lemah

3. *Vital sign*

- a. Suhu tubuh : 36°C
- b. Tekanan darah : 115/ 80 mmhg
- c. Respirasi : 20 ×/ menit
- d. Nadi : 88 × / menit
- e. Skala nyeri : 4 nyeri

4. Kepala

Kepala simetris, warna rambut hitam, bersih, rambut tidak rontok dan tidak berketombe serta tidak ada lesi.

5. Mata

Kemampuan pengelihatannya baik, kedua mata berbentuk simetris, pupil isokor sklera tidak, konjungtiva tidak anemis, reaksi cahaya baik, tidak memakai alat bantu.

6. Hidung

Hidung bersih tidak ada lesi, tidak ada sekret, tidak ada pembesaran, terpasang O₂.

7. Telinga

Kedua telinga simetris, pasien tidak hilang pendengaran, tidak menggunakan alat bantu dengar, telinga bersih tidak ada lesi.

8. Mulut dan Tenggorokan

Tidak ada gangguan bicara, gigi bersih, terdapat nyeri leher skala 4, tidak terdapat penurunan fungsi.

9. Dada

a. Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak, simetris, tidak ada pembesaran jantung.

Palpasi : ictus cordis tidak teraba, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara pekak

Auskultasi : terdengar suara reguler dup lup

b. Paru- paru

- Inspeksi : pengembangan dada simetris, tidak terdapat jejas
- Palpasi : teraba vocal viemit us
- Perkusi : suara sonor
- Auskultasi : terdengar vesikuler

10. Abdomen

- Inspeksi : bentuk simetris, datar, tidak asi tes
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : suara timpani
- Auskultasi : terdengar bising usus 10× / menit

11. Genetalia :

Pasien tidak terpasang kateter, tidak ada luka, serta tidak ada lesi.

12. Ekstremitas atas dan bawah

a. Ekstermitas atas

Kuku bersih, warna kulit hitam langsung, turgor kulit elastis, tidak ada edema, kedua tangan mampu digerakan, tangan kiri terpasang infus

b. Ekstermitas bawah

Kuku kaki bersih, warna kulit hitam langsung, turgor kulit elastis, tidak ada edema, kedua kaki mampu digerakan.

c. *Capillary refill*

Hilang 1 detik.

d. Kemampuan berfungsi untuk semua ekstermitas,

Pasien mengatakan kemampuan aktivitas semua berfungsi.

e. Bila terpasang infus

Pasien terpasang infus tangan kiri.

13. Kulit

Kulit pasien tampak baik elastis tidak terdapat lesi.

D. Data Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tuliskan data fokus terkait penyakit pada :

Pemer	Hasil	Ny. Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah Rutin I			
Hemoglobin	133.3	11.17 – 15.5	g / dl
Hematokrit	39.0	33.0-45.0	%
Leukosit	332	3.60 – 11.00	ribu/ dl
Trombosit	332	150 -330	ribu/ dl
Gol Darah / Rh	a/ positif		
PPT			
PT	10.5	9.3 – 11.7	Detik
PT (Kontrol)	11.8	9.3 – 12.7	Detik
APTT			
APTT	25.9	21.8 – 28.4	Detik
APTT (Kontrol)	27.4	21.2 – 28.6	Detik
Kimia Klinik			
GDS	98	75 – 110	mg/dl
Urea	13	10 – 50	mg /dl
Creatinin	0.85	0.60 – 1.10	Mg/dl

2. Diet yang diperoleh

Bubur.

3. Therapy

Injeksi sharox 75 mg, astanex 75 mg, adona dhip, ketorolac.

E. Analisis Data

Pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 10.00 WIB, didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan gatal dibagian leher, sedangkan data objektifnya terdapat luka post op dileher dan kemerahan serta nyeri.

Data fokus yang kedua yaitu pada tanggal 18 Januari 2022 pukul 10.00 WIB, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu dari pasien sendiri yaitu pasien mengatakan nyeri dibagian leher, sedangkan data objektifnya yaitu pasien nampak meringis kesakitan dengan pendekatan P,Q,R,S,T yaitu P : benjolan / luka dileher, Q : Nyeri terasa tajam, R : Leher, S : Skala nyeri 4, T : Timbul hilang timbul, lamanya 1 jam , biasanya saat Aktifitas berat.

Data fokus yang ketiga pada tanggal 19 Januari 2022, pada pukul 13.00 WIB. Didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya untuk data objektifnya pasien nampak terlihat bingung akan penyakit yang diderita, dengan pemeriksaan tanda tanda vital : TD : 115 / 80 MmHg , S : 36,0 °C , N : 89 × / Menit, RR : 20 × / Menit

F. Diagnosis Keperawatan

1. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

G. Planing / Intervensi Keperawatan

1. 17/ 01 / 2022

11.00 WIB Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Tujuan dan kreteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Nyeri menurun, tidak gatal, tidak ada tanda – tanda gatal. Dengan intervensi : Monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka / balut luka,

jelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara menerima kondisi luka / luka op.

2. 18 / 01 / 2022

11.00 WIB Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 8 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis kesakitan menurun, gelisah menurun. pasien mampu dapat mengontrol nyeri, pasien mengetahui penyebab yang menimbulkan rasa nyeri, dan pasien mampu menggunakan tindakan untuk pencegahan rasa nyeri yang muncul.

Dengan intervensi : Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, jelaskan strategi meredakan nyeri.

19 / 01 / 2022

13.00 WIB Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 8 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil : Perilaku sesuai dianjurkan meningkat, kemampuan menjelaskan penyakit struma.

Dengan intervensi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan pengertian penyakit struma, jelaskan tanda – tanda struma.

H. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang sudah disusun oleh penulis selanjutnya diaplikasikan dalam bentuk tindakan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan pada Ny. Y dengan diagnosis Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif ditandai dengan gatal diarea bekas op pada

tanggal 17 Januari 2022 dihari pertama pada jam 10.00 WIB, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Dan respons Pasien S : Pasien mengatakan nyeri karena bekas op, O : Pasien tampak meringis kesakitan. Kemudian jam 11.45 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi. Dan respons Pasien S : pasien mengatakan gatal dibagian leher , O : terlihat dibagian leher merah. Kemudian jam 11.55 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Dan respons Pasien S : pasien mengatakan mau diberikan penjelasan O : Pasien tampak kooperatif. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan TD : 120 / 70 MmHg, S : 36,0 °C, N : 98 × / Menit, RR : 18× / Menit

Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis ditandai dengan mengeluh nyeri dihari op pada pukul 11.20 WIB Mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri Dan respons Pasien S : pasien mengatakan nyeri dan sakit dibagian leher, O : meringis kesakitan , dengan Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan : P : benjolan Q : terasa tajam K : leher S : skala 4 T : hilang timbul. Lalu pada jam 10.18 WIB Dengan implementasi memberikan teknik non farmakologis, dan respons Pasien S : Pasien mengatakan setuju untuk diberikan teknik non farmakologis O : Pasien tampak kooperatif. Kemudian jam 14.00 WIB Dengan implementasi menjelaskan strategi meredakan nyeri. Dan respons Pasien S : Pasien mengatakan mau untuk melakukan strategi meredakan nyeri, O : Pasien tampak kooperatif. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan: TD : 115 / 80 MmHg , S : 36,0 °C , N : 89 × / Menit, RR : 20 × / Menit

Diagnosis ke Tiga Difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi ditandai dengan tidak mengetahui tentang penyakit struma pada jam 12.00 WIB dengan implementasi mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dan respons pasien S : Pasien mengatakan siap untuk diberikan informasi O : Pasien tampak kooperatif, pada jam 11.00 WIB menjelaskan tentang pengertian penyakit struma dan cara pencegahannya. Dan respons Pasien S : Pasien mengatakan siap untuk

diberikan penjelasan mengenai struma dan cara pencegahannya, O : Pasien tampak kooperatif. Kemudian jam 15.00 WIB mengajarkan tanda – tanda struma. Dan respons Pasien S : Pasien mengatakan akan mendengarkan penjelasan mengenai tanda – tanda struma O : Pasien terlihat menyimak. Kemudian dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan TD : 120 / 70 MmHg, S : 36,0 °C, N : 98 × / Menit, RR : 18× / Menit

I. Evaluasi

Pada tanggal 17 Januari 2022, pukul 10.00 WIB, hasil diagnosis pada diagnosis pertama S : Pasien mengatakan nyeri leher berkurang. O : dengan Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan : P : benjolan dileher Q : terasa tajam R : leher S : skala 3 T : saat beraktifitas berat nyeri hilang timbul, A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi. Evaluasi pada diagnosis kedua pada pukul 11.00 WIB, S : Pasien mengatakan sudah sedikit paham akan penjelasan, O : TD : 115 / 82 MmHg, N : 98 × / Menit, S : 36°C, RR : 20× / Menit, A : masalah belum teratasi, P : lanjut intervensi. Untuk evaluasi diagnosis ketiga pukul 12.00 WIB, S : Pasien mengatakan sedikit lebih paham tentang penyakit struma, O : TD : 120 / 70 MmHg, S : 36,0 °C, N : 98 × / Menit, RR : 18× / Menit, A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 18 Januari 2022, pada pukul 10.20 WIB, hasil evaluasi pada diagnosis pertama S : pasien mengatakan nyeri dileher. O : dengan Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan : P : benjolan dileher Q : terasa tajam R : leher S : skala 4 T : saat beraktifitas berat nyeri hilang timbul. A : Masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi. Evaluasi diagnosis kedua pada pukul 11.45 WIB, S : pasien mengatakan Pasien mengatakan nyeri dileher karena gatal. O : terlihat dengan leher yang kemerahan, dengan tanda vital : TD : 115 / 80 MmHg, N : 94 × / menit, S : 36, 6 °C, RR : 20× / menit, A : masalah belum teratasi, P : lanjut intervensi. Evaluasi diagnosis ketiga pada pukul 12.50 WIB, S : pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit

struma. O : : Pasien nampak terlihat bingung, A : masalah belum teratasi, P : lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada tanggal 19 Januari 2022, pukul 14.05 WIB, diagnosis pertama S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri dibagian leher, O : dengan Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan : P : benjolan dileher Q : nyeri hilang R : leher S : skala 1 T : sudah tidak nyeri timbul tidak ada, A : masalah teratasi P : hentikan intervensi. Pada evaluasi diagnosis kedua hari ketiga, pada pukul 14.30 WIB, S : Pasien mengatakan sudah merasa tidak gatal lagi dibagian leher, O : Pasien nampak tenang, A : masalah teratasi, P : hentikan intervensi. Untuk evaluasi diagnosa ketiga pada pukul 15.00 WIB, S : Pasien mengatakan sudah faham mengenai penyakit struma yang dialami, O : Pasien tampak paham, dilakukan TTV : TD : 110/ 80 MmHg, S : 36,0 °C, N : 98 × / Menit, RR : 18× / Menit. A : masalah teratasi. P : hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab 4 penulis akan menguraikan hasil dari asuhan keperawatan pada Ny .Y dengan Struma di ruang Baitussalam yang di sesuaikan dengan teori. Proses Asuhan keperawatan di lakukan selama 3 hari, mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan tanggal 19 Januari 2022.

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai penyelesaian masalah yang ditemukan dan di sesuaikan dengan konsep dasar yang terdapat pada bab 2 dengan memperhatikan proses Asuhan Keperawatan meliputi : Pengkajian keperawatan, Diagnosis keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi keperawatan dan Evaluasi keperawatan.

Dari hasil analisa yang penulis dapatkan yaitu terdapat 3 diagnosa yaitu :

1. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif
2. Diagnosa keperawatan dari struma itu ialah Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik
3. Difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

A. Pengkajian

1. Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 17 Januari 2022 ditemukan pasien Ny. Y dengan diagnosis Struma. Pengertian dari struma adalah pembesaran kelenjar gondok yang disebabkan oleh penambahan jaringan kelenjar gondok yang menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah banyak sehingga menimbulkan keluhan seperti berdebardebar, keringat, gemeteran, bicara jadi gagap, mencret, berat badan menurun, mata membesar, penyakit ini dinamakan hipertiroid. Struma didefinisikan sebagai pembesaran kelenjar tiroid (Dewantini, 2019). Ada beberapa jenis penyakit Struma yaitu Struma Toksik dan Struma Non Toksik (Ziaurrahman, 2014). Dan pasien tersebut menderita penyakit struma toksik. Pada kasus struma menurut (Dewantini, 2019) yaitu : Adanya

pembesaran kelenjar tiroid, Pembesaran kelenjar limfe, Nyeri tekan pada kelenjar tiroid, Kesulitan menelan, Kesulitan bernafas, Kesulitan dalam bicara, Gangguan bodi image. Tanda – tanda pada penyakit struma yaitu Merasa sulit bernafas dan menelan, Batuk, Perasaan sesak di dalam tenggorokan, Suara serak, Adanya bengkak di pangkal leher (Khalifah, 2019). Tanda- tanda tersebut sama dengan pasien yaitu perasaan sesak didalam tenggorokan. Dari pengkajian riwayat keluarga, penulis akan menjabarkan riwayat penyakit mulai dari kakek pasien dari garis keturunan ibu tidak memiliki penyakit, pasien tinggal satu rumah dengan suami, anak pertama adalah perempuan dan anak kedua adalah laki - laki. Berdasarkan dari hasil pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis maka penulis menegakkan 3 diagnosis yaitu : yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis, Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, dan Difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Risiko infeksi adalah risiko yang mengalami peningkatan terserang organisme patogenik PPNI (2016). Infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen dan bersifat sangat dinamis. Mikroba sebagai makhluk hidup tentunya ingin bertahan hidup dengan cara berkembang biak pada suatu reservoir yang cocok dan mampu mencari reservoir baru dengan cara berpindah atau menyebar (Rosadiana, 2020).

Alasan penulis memilih Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif menjadi diagnosis ke - dua diagnosis yang perlu ditangani dengan segera sebab dalam kasus nyata Pasien. Karena salah satu ciri - ciri infeksi adalah color (panas) daerah peradangan pada kulit menjadi lebih panas dari sekelilingnya, Dolor (rasa sakit) dapat ditimbulkan oleh pertumbuhan pH lokal atau konsentrasi local ion – ion tertentu dapat merangsang ujung saraf, Rubor (kemerahan) merupakan hal pertama

yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan, Tumor (pembengkakan) ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel –sel dari sirkulasi darah ke jaringan interstisial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal (Flood, 2012).

Intervensi untuk diagnosis Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif selama 3×8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Nyeri menurun, tidak gatal, tidak ada tanda – tanda gatal. Dengan intervensi : Monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka / balut luka, jelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara menerima kondisi luka / luka op.

Implementasi dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022. Dalam melakukan tindakan implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan luka / balut luka, menjelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara menerima kondisi luka / luka op. melakukan perawatan luka / balut luka. Manfaat perawatan luka / balut luka manajemen luka adalah mendapatkan penyembuhan yang cepat dengan fungsi dan hasil estetik yang optimal. Tujuan ini dicapai dengan pencegahan infeksi dan trauma lebih lanjut serta memberikan lingkungan yang optimal bagi penyembuhan luka (Ariningrum & Subandono, 2018).

Evaluasi dilakukan selama 3 hari mulai 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Dari data Kriteria hasil Nyeri menurun, tidak gatal, tidak ada tanda – tanda gatal. Dari data kriteria hasil Monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka / balut luka, jelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara menerima kondisi luka / luka op. Dalam melakukan evaluasi tidak mengalami kendala. Masalah teratasi dan lanjutkan intervensi..

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang

berlangsung kurang dari tiga bulan (Selviani, 2019). Untuk data mayornya adalah mengeluh nyeri dan untuk data minornya adalah tampak meringis kesakitan dan gelisah.

Menurut (PPNI, 2016) nyeri akut merupakan sensasi terjadinya kerusakan jaringan aktual ataupun fungsional berupa emosional atau sensori dengan intensitas ringan hingga berat dan bereaksi secara perlahan serta terjadi kurang dari 3 bulan. Didalam pengkajian keperawatan dilakukan untuk membuktikan terjadinya adalah sebagai berikut : bukti nyeri didapatkan dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri pada pasien yang tidak dapat mengungkapkan rasa nyerinya dengan cara melihat ekspresi wajah nyeri, keluhan intensitas menggunakan standar skala nyeri, keluhan karakteristik nyeri dengan menggunakan instrument nyeri, dilatasi pupil, perubahan aktivitas pada pasien, mengekspresikan perilaku, laporan tentang perilaku nyeri, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, gelisah, gangguan tidur, putus asa, sikap untuk melindungi rasa nyeri, agen pencedera fisik, agen pencedera biologis, agen pencedera kimiawi.

Diagnosis keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Cidera Biologis ditandai dengan mengeluh nyeri , kemudian penulis menegakan diagnosis nyeri akut atas dasar data yang didapatkan pada Ny. Y dengan penyakit struma dibagian leher pada data subjektif : pasien mengatakan nyeri dibagian leher dengan PQRST yaitu : P : benjolan / luka dileher, Q : Nyeri terasa tajam, R : Leher, S : Skala nyeri 4, T : Timbul hilang timbul. Dengan data objektif : meringis kesakitan, pasien tampak gelisah , pasien tampak menahan nyerinya, dari hasil memonitor tanda – tanda vital didapatkan tanda tanda vital : TD : 115 / 80 MmHg , S : 36,0 °C , N : 89 × / Menit, RR : 20 × / Menit.

Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan Agen cidera biologis menjadi diagnosa yang prioritas menurut herarki maslow kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, stabilitas,

ketergantungan, perlindungan dan kebebasan seperti kriminalitas, perang, terorisme, penyakit, takut, cemas, bahaya.

Data yang didapatkan belum memenuhi kriteria mayor, sehingga diagnosis keperawatan yang tepat adalah gangguan rasa nyaman karena data mayor untuk gangguan rasa nyaman mengeluh tidak nyaman

Intervensi : yang dilakukan yaitu Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, jelaskan strategi meredakan nyeri.

Implementasi dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022. Dalam melakukan tindakan implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologis, menjelaskan strategi meredakan nyeri. memberikan teknik non farmakologis dengan cara menggunakan tarik nafas dalam Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan (Oliver, 2019).

Evaluasi dilakukan selama 3 hari mulai 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Adapun dalam melakukan evaluasi penulis menemukan kendala yaitu pada hari terakhir evaluasi tanggal 19 Januari

2022 pasien masih mengalami nyeri skala 1, dari data kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis kesakitan menurun, gelisah menurun. pasien mampu dapat mengontrol nyeri, pasien mengetahui penyebab yang menimbulkan rasa nyeri, dan pasien mampu menggunakan tindakan untuk pencegahan rasa nyeri yang muncul. Jadi untuk kesimpulannya masalah teratasi sebagian.

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Selviani, 2019). Untuk data mayornya adalah mengeluh nyeri dan untuk data minornya adalah tampak meringis kesakitan dan gelisah.

Menurut (PPNI, 2016) nyeri akut merupakan sensasi terjadinya kerusakan jaringan actual ataupun fungsional berupa emosional atau sensori dengan intensitas ringan hingga berat dan bereaksi secara perlahan serta terjadi kurang dari 3 bulan. Didalam pengkajian keperawatan dilakukan untuk membuktikan terjadinya adalah sebagai berikut : bukti nyeri didapatkan dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri pada pasien yang tidak dapat mengungkapkan rasa nyerinya dengan cara melihat ekspresi wajah nyeri, keluhan intensitas menggunakan standar skala nyeri, keluhan karakteristik nyeri dengan menggunakan instrument nyeri, dilatasi pupil, perubahan aktivitas pada pasien, mengekspresikan perilaku, laporan tentang perilaku nyeri, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan selera makan, gelisah, gangguan tidur, putus asa, sikap untuk melindungi rasa nyeri, agen pencedera fisik, agen pencedera biologis, agen pencedera kimiawi.

Diagnosis keperawatan Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Cedera Biologis ditandai dengan mengeluh nyeri , kemudian penulis menegakan diagnosis nyeri akut atas dasar data yang didapatkan pada

Ny. Y dengan penyakit struma dibagian leher pada data subjektif : pasien mengatakan nyeri dibagian leher dengan PQRST yaitu : P : benjolan / luka dileher, Q : Nyeri terasa tajam, R : Leher, S : Skala nyeri 4, T : Timbul hilang timbul. Dengan data objektif : meringis kesakitan, pasien tampak gelisah , pasien tampak menahan nyerinya, dari hasil memonitor tanda – tanda vital didapatkan tanda tanda vital : TD : 115 / 80 MmHg , S : 36,0 °C , N : 89 × / Menit, RR : 20 ×/ Menit.

Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis menjadi diagnosa yang prioritas menurut herarki maslow kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan seperti kriminalitas, perang, terorisme, penyakit, takut, cemas, bahaya.

Data yang didapatkan belum memenuhi kriteria mayor, sehingga diagnosis keperawatan yang tepat adalah gangguan rasa nyaman karena data mayor untuk gangguan rasa nyaman mengeluh tidak nyaman

Intervensi : yang dilakukan yaitu Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, jelaskan strategi meredakan nyeri.

Implementasi dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022. Dalam melakukan tindakan implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologis, menjelaskan strategi meredakan nyeri. memberikan teknik non farmakologis dengan cara menggunakan tarik nafas dalam Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri. Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Tujuan dari

teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan (Oliver, 2019).

Evaluasi dilakukan selama 3 hari mulai 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Adapun dalam melakukan evaluasi penulis menemukan kendala yaitu pada hari terakhir evaluasi tanggal 19 Januari 2022 pasien masih mengalami nyeri skala 1, dari data kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis kesakitan menurun, gelisah menurun. pasien mampu dapat mengontrol nyeri, pasien mengetahui penyebab yang menimbulkan rasa nyeri, dan pasien mampu menggunakan tindakan untuk pencegahan rasa nyeri yang muncul. Jadi untuk kesimpulannya masalah teratasi sebagian.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu PPNI (2016). Penulis menegakkan diagnosis defisit pengetahuan sudah memenuhi 80% data mayor dan minor, antara lain : menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah dan perilaku yang berlebihan (PPNI, 2016).

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respons (Engel, 2014).

Alasan penulis mengangkat diagnosis tersebut karena pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit struma, penulis memprioritaskan menjadi diagnosis ke tiga.

Intervensi untuk diagnosis keperawatan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×8 jam diharapkan pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil : Perilaku sesuai dianjurkan meningkat, kemampuan menjelaskan penyakit struma. Bantu pasien dalam menjelaskan tentang penyakit struma dan diharapkan pengetahuan akan penyakit struma meningkat

Implementasi dilakukan selama tiga hari, mulai pada tanggal 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022. Saat dilakukan implementasi, tidak semua implementasi dapat dilakukan sendiri oleh penulis, penulis membantu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menjelaskan pengertian penyakit struma, menjelaskan tanda – tanda dari penyakit struma. Dari respons pasien terhadap penjelasan penulis sangat kooperatif dan antusias antara penulis dan Pasien melakukan komunikasi dua arah.

Dari hasil evaluasi dan melakukan implementasi selama 3 hari masalah teratasi, dari data kriteria hasil Perilaku sesuai dianjurkan meningkat, kemampuan menjelaskan penyakit struma. dirasa pasien sudah merasa cukup faham. Masalah teratasi.

BAB V

PENUTUP

A . Kesimpulan

1. Struma multinoduler adalah pembesaran kelenjar tiroid dengan nodul multipel yang secara histologi dimana folikel kelenjar tiroid mengalami perubahan morfologi dan fungsional.
2. Pengkajian keperawatan
Untuk mendapatkan data klien sebagai pelengkap dalam asuhan keperawatan maka harus dilakukan pengkajian keperawatan, antara lain : identitas, status kesehatan, riwayat kesehatan keluarga, pengkajian pola fungsional, pengkajian fisik. Fokus pengkajian yang pada pasien struma adalah nutrisi metabolis, pola persepsi kesehatan, pola preseptual kognitif. Pengkajian yang telah dilakukan yaitu pasien yang mengalami struma dan mengeluh nyeri dan pasien belum cukup mengetahui tentang penyakitnya.
3. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. Y adalah diagnosis keperawatan yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, diagnosis yang ke dua yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, dan untuk diagnosis yang ketiga Difisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.
4. Intervensi keperawatan merupakan tahapan untuk membuat rencana keperawatan yang digunakan sebagai acuan untuk melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan standar intervensi keperawatan.
5. Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dibuat sesuai dengan rencana keperawatan yang digunakan untuk membantu kesembuhan pasien tindakan yang dilakukan meliputi cara untuk meredakan nyeri, perawatan luka steril dan bagaimana cara perawatan luka.
6. Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dalam proses asuhan keperawatan. Dalam pemberian asuhan keperawatan didapatkan kesimpulan masalah teratasi sebagian dan tujuan tercapai sebagian.

B. Saran

1. Institusi

Menjadikan karya tulis ilmiah yang telah penulis susun sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk menopang dalam penyusunan Asuhan Keperawatan dengan kasus penyakit struma.

2. Lahan Praktek

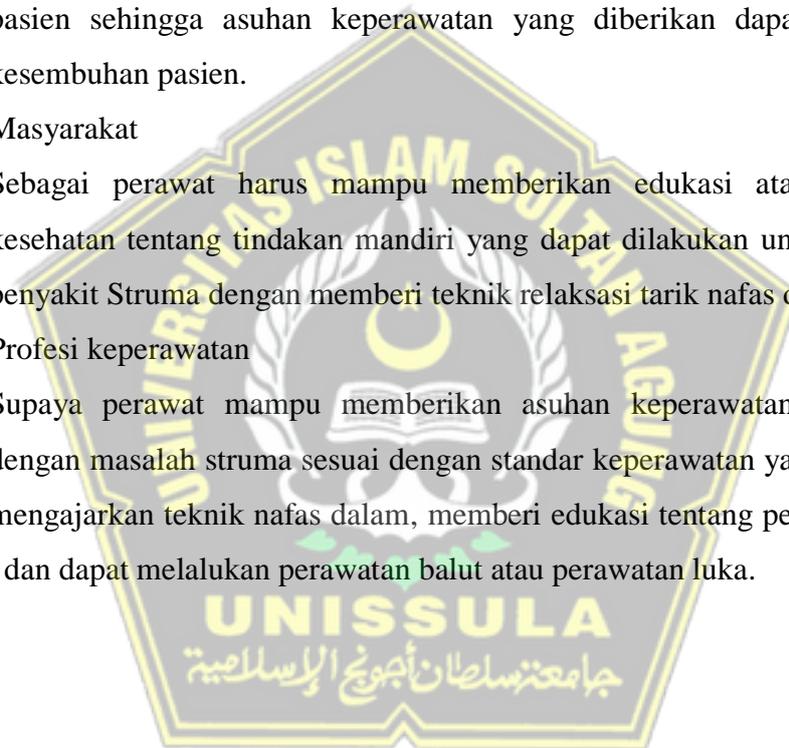
Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan kerjasama, baik antar tim kesehatan maupun dengan pasien sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat mendukung kesembuhan pasien.

3. Masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan tentang tindakan mandiri yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyakit Struma dengan memberi teknik relaksasi tarik nafas dalam.

4. Profesi keperawatan

Supaya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah struma sesuai dengan standar keperawatan yang ada seperti mengajarkan teknik nafas dalam, memberi edukasi tentang penyakit Struma , dan dapat melalukan perawatan balut atau perawatan luka.



DAFTAR PUSTAKA

- A Buchari ·2018. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Tiroidektomy Atas Infikasi Struma Nodusa Non Toksik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Marjan Bawah Rsu Dr. Slamet Garut Tahun 2018.*
- Ariningrum, D., & Subandono, J. (2018). Buku Pedoman Manajemen Luka. *Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta*, 1–74. <https://skillslab.fk.uns.ac.id/wpcontent/uploads/2018/08/manajemen-luka-2018-smt-7.pdf>.
- Dewantini, E. A. (2019). Pengalaman Pasien Struma Dengan Trakeostomi Di Rumah Jalan Langsep Tajinan Kab. Malang Tahun 2019. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Engel. (2014). No Title No Title No Title. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7–20.
- Flood, J. H. and I. (2012). klasifikasi luka. *Экономика Региона, Kolisch 1996*, 49–56.
- Khalifah, S. (2019). Tanda dan Gejala Struma., *126(1)*, 1–7.
- Meranti, D. I. K. (2015). *Pengaruh Tiroidektomi Terhadap Penyakit Struma. II*, 1–15.
- Museum, M. F. (2019). *Definisi Penyakit Struma. 45(45)*, 95–98.
- Oliver, J. (2019). Teknik Relaksasi Napas Dalam dengan Nyeri Akut. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (D. PPNI (ed.); 1st ed.).
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Rosadiana, A. (2020). *Hubungan Kepatuhan Perawat Kamar Bedah dengan Risiko Infeksi Daerah Operasi (IDO) di RSUD Wonosari.* 9–38.
- Tahulending, Z., & Pontoh, V. (2018). *Gambaran kejadian Struma di RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou Manado.* 116–120.
- Ziaurrahman, M. (2014). *Contributing Factor Of Struma Disease.* 1–54.