

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY I. DENGAN GANGUAN SISTEM
ENDOKRIN :POST OPERASI ISHMOLOBEKTOMI HARI KE 1 ATAS
INDIKASI STRUMA NODUSA NON TOKSIK DI RUANG RUBY
ATAS RUMAH SAKIT UMUM Dr SLAMET GARUT
KARYA TULIS**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan

Program studi DIII Keperawatan

Disusun Oleh :

RESITA NOVIANTI HARTINI

NIM : KHGA20122



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN:POST OPERSI ISTHMOLOBEKTOMI HARI KE 1 ATAS INDIKASI STRUMA NODUSA NON TOKSIK DI RUANG RUBY ATAS RUMAH SAKIT DR SLAMET GARUT

Penulis : RESITA NOVIANTI HARTINI

NIM : KHGA 20122

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk di sidangkan di hadapan

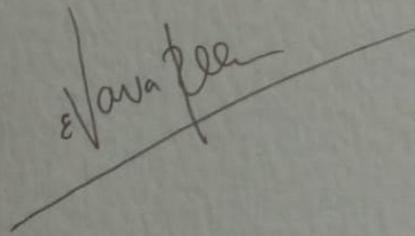
Tim penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Jumat 7 Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing



Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

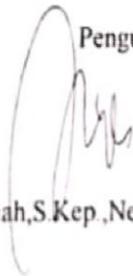
Judul KTI :ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN:POST OPERSI ISTHMOLOBEKTOMI HARI KE 1 ATAS INDIKASI STRUMA NODUSA NON TOKSIK DI RUANG RUBY ATAS RUMAH SAKIT DR SLAMET GARUT

Penulis : RESITA NOVIANTI HARTINI
NIM : KHGA 20122

Garut, jumat 7 juli 2023

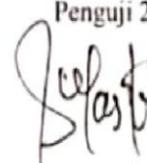
Menyetujui,

Penguji 1



Iin Patimah,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Penguji 2



Sulastini,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Mengetahui,

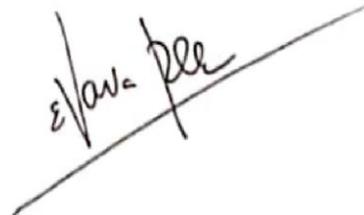
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan

Pembimbing



Eldessa Vava Rilla,S.Kep.,Ners.,M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 82 Halaman, 10 Tabel

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.I dengan gangguan sistem endokrin: post operasi ishtmolobektomi Atas Indikasi Struma Nodosa Non toksik di Ruang Ruby Atas RSUD dr Slamet Garut ”. Struma Nodosa Non Toksik termasuk penyakit tertinggi di rung rubby atas menempati urutan ke 3 struma nodosa non toksik merupakan pembesaran kelenjar tiroid tanpa gangguan fungsi tiroid. Terdapat banyak penetalkasanaan salah satunya Ishtmolobektomi adalah salah satu tindakan yang di lakukan pada kasus SNNT dengan cara pengangkatan satu lobus kelenjar tiroid beserta isthmusnya yang akan menyebabkan nyeri pada klien. Tujuan di buanya karya tulis ini untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan proses asuhan keperwatan secara langsung komprehensif melalui pengkajian,penegakan diagnosa, perencanaan,implementasi dan evaluasi.Metode yang di gunakan adalah metode deskriptif dan analitik dengan bentuk studi kasus yang di lakukan selama 3 hari . Adapun masalah yang di temukan pada kasus Ny .I yaitu nyeri akut,defisite nutrisi,defisite pengetahuan,resiko infeksi.Rencana keperwatan di susun berdasarkan maslah keperwatan pada kasus Ny.I yang mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah di tetapkan. Hasil evaluasi dari proses keperawatan yang di lakukan pada Ny.I menunjukan bahwa ke 4 dianosa yaitu nyeri akut ,defisite nutrisi ,defisite pengetahuan ,resiko infeksi dapat teratasi . Adapun simpulan dalam karya tulis ini adalah penulis mampu melakukan proses asuhan keperawatan pada N.y.I

Kata Kunci :Struma Nodosa Non Toksik,Post Operasi Ishtmolobektomi

Daftar Pustaka : 2015-2023 (buku,jurnal,atikel)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah mencurahkan Rahmat dan Hidayat-Nya kepada kita sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **"Asuhan Keperawatan pada Ny I Post Operasi Ishmolobectomi Hari Ke 1 Atas Indikasi Struma Nodosa Non Toksik"** sesuai dengan waktu yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih terhadap semua pihak yang telah membantu saya dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini, khususnya kepada:

1. Allah subhanahu wata'ala yang senantiasa memberikan perlindungan dan Rahmat-Nya.
2. Bapak Drs.H. Suryadi, M.SI, selaku ketua Yayasan Dharma Husada Garut.
3. Dr. H.Hadiat M.A., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Saepudin, S.Sos, M.M.Kes selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

7. Bapak Eldessa Vava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
10. Ny I dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah
11. Keluargaku tercinta MamahTini Kustini , Bapak Wahyu Haryadi ,Asep S, Rizky H ,Sandi N ,Reza S yang selalu mendoakan, memberi motivasi yang tiada henti, memberikan dukungan baik secara moril maupun materil, serta tiada henti-hentinya memberikan curahan kasih sayang dan semangat kepada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Sahabat-sahabat terbaikku dan rekan-rekan mahasiswa seperjuangan yang selalu memberi semangat, menemani hari-hariku, dan selalu ada disaat suka ataupun duka selama menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan dukungan dan do'anya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Saya menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk

kelengkapan karya tulis ini. Akhir kata saya ucapkan semoga karya tulis ini bisa bermanfaat bagi ilmu pengetahuan keperawatan.khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penulisan	5
C. Manfaat penulisan	5
D. Metode Penulisan	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI	9
A. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Pengertian	9
2. Etiologi	10
3. Manifestasi klinik	10
4. Anatomi dan fisiologi	10
5. Patofisiologi.....	13
6. Patway	15
7. Pemeriksaan Diagnostik	17
8. Indikasi Pembedahan.....	18
9. Penatalaksanaan.....	18
10. Komplikasi.....	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan	21
1. Pengkajian	21

2. Diagnosa Keperawatan	31
3. Intervensi keperawatan	31
4. Implementasi Keperawatan	42
5. Evaluasi	42
6. Dokumentasi	42
BAB III	43
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	43
A. Tinjauan Kasus	43
1. Pengkajian	43
2. Diagnosa Keperawatan	56
3. Intervensi Keperawatan	59
5. Catatan Perkembangan	65
B. Pembahasan	69
1. Tahap pengkajian	69
2. Tahap Diagnosa keperwatan	71
3. Intervensi keperwatan	74
4. Tahap Implementasi	76
5. Tahap evaluasi	77
BAB IV	79
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	79
A. KESIMPULAN	79
B. REKOMENDASI	80
DAFTAR PUSTAKA	82
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Presentase kasus tertinggi di Ruang Rubby Atas Tahun 2022	3
Tabel 2. 1 Analisa Data	28
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan	32
Tabel 3. 1 Pengkajian Pola Aktivitas Sehari-hari	52
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Penunjang	53
Tabel 3. 3 Therapy obat	54
Tabel 3. 4 Analisa Data	54
Tabel 3. 5 Proses keperawatan	59
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan Hari ke 1	65
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan Hari ke 2	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Penyakit struma Nodusa Non Toksik

Lampiran 3 Leaflet Penyakit struma nodusa non toksik

Lampiran 4 Format Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Struma Nodosa Non Toksik bukanlah penyakit yang jarang terjadi terutama di daerah yang kekurangan yodium yang dapat dicegah dengan konsumsi garam yang mengandung yodium. Jika ada, itu harus diikuti kecuali menyebabkan gejala atau komplikasi. Pengecualian keganasan merupakan masalah penting, dan setiap nodul yang mencurigakan mengamankan biopsi jaringan (Alkabban, 2020).

Struma adalah pembesaran kelenjar tiroid. Struma Nodosa Non Toksik adalah pembesaran kelenjar tiroid tanpa gangguan fungsi tiroid. Ini bukan karena peradangan atau neoplasia struma mungkin menyebar atau pertumbuhan lokal. Jika struma besar, dapat meluas ke ruang retrosternal. Karena ruang terbatas di mediastinum, struma dapat menyebabkan kompresi trakea atas, saraf laring, dan kerongkongan (Alkabban, 2020).

Abnormalitas pasokan atau metabolisme yodium selalu menyebabkan struma non toksik. Kelenjar tiroid biasanya memiliki berat sekitar 25 gram. Ini adalah kelenjar berbentuk kupu-kupu yang terletak di segitiga anterior leher tepat di depan laring dan trakea. Ini terdiri dari lobus kanan dan kiri dengan tanah genting penghubung. Isthmus terletak pada cincin trakea kedua dan ketiga dengan lobus memanjang di kedua sisi, dari kartilago tiroid di superior ke cincin trakea keempat di inferior. Kelenjar tiroid mengeluarkan hormon

tiroid (Tiroksin/T4 dan triiodotironin/T3) sebagai respons terhadap hormon tiotropik (TSH) dari stimulasi kelenjar hipofisis. Mereka penting untuk metabolisme sel-sel tubuh. Ini juga mengeluarkan hormon kalsitonin yang memiliki peran penting dalam metabolisme kalsium (Alkabban, 2020).

WHO (2020) mengatakan bahwa 1,6 miliar orang di seluruh dunia berisiko mengalami gangguan tiroid di seluruh dunia , dan dari jumlah tersebut, sekitar 17 juta telah di diagnosis menderita struma , salah satunya adalah Struma Nodosa yang non toksik, yang 27% di antaranya ditemukan di Asia Tenggara. 90% kasus struma bersifat jinak (benigna) dan 10 %bersifat ganas (maligna). Berdasarkan riset Kesehatan Dasar 2019, prevalensi penyakit struma termasuk dalam 10 penyakit tidak menular di Indonesia, dan struma menempati urutan ketujuh setelah asma,kanker, stroke, diabetes, penyakit jantung, dan hipertensi, struma. Di Amerika, lebih dari 250.000 kasus pasien di diagnosis menderita struma pada tahun 2019. Menurut WHO, Indonesia merupakan negara yang di kategorikan endemis kejadian struma , dengan kurang dari 12.000.000 penduduk dengan kasus struma nodosa non toksik di seluruh Indonesia (Risesdas, 2019).

Menurut data SIRS 2015 jumlah kasus Gangguan tiroid di rumah sakit Indonesia di Provinsi Jawa barat sekitar 1.100 kasus, Berdasarkan data yang di peroleh di ruang Rekam Medik RSUD Dr SLAMET GARUT periode bulan Januari – Desember 2022 terdapat kasus Struma Nodosa Non Toksik dengan jumlah 436 kasus. Di salah satu ruangan di RSUD Dr. Slemet Garut yaitu ruang Ruby Atas di temukan kasus Struma Nodosa Non Toksik dengan angka kejadian sebagai berikut :

Tabel 1. 1Presentase kasus tertinggi di Ruang Ruby Atas Tahun 2022

NO	Jenis penyakit	Jumlah kasus
1.	Appendisitis	153 kasus
2.	Cholelitiasis	58 kasus
3.	Struma nodosa non toksik	57 kasus
4.	Illieus obstruktif	47 kasus

(Sumber data:Rekam Medis RSUD dr Slamet Garut 2022).

Pola hidup masyarakat pada saat ini yang sering mengkonsumsi makanan atau kebiasaan makan yang tidak sehat tanpa disadari dapat mempengaruhi kesehatan mereka. Keadaan ini dapat memicu berbagai jenis penyakit yang dapat diderita masyarakat, salah satunya pembengkakan leher atau struma nodosa atau lebih sering di sebut struma endemik. Sekitar 10 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan tiroid, baik kanker tiroid, struma nodosa toksik, maupun struma nodosa toksik Menurut (Cintia,2022) .

Penyebab dari struma adalah kekurangan iodium iodium,diet (goitrogenik),ganguan sintesis hormon karena kelainan enzim,obat-obatan, tiroiditis, kegasan dan lain sebagainya (Azamris,2020).Tindakan pembedahan isthmolobektomi adalah tindakan pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus serta pengangkatan isthmusnya atau kelenjar tiroid pada bagian tengah diantara lobus kanan dan lobus kiri (Azamris, 2020). Menurut Prapyatiningsih (2017) proses pembedahan struma paling umum dilakukan tindakan operasi isthmolobektomi 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. Dampak yang akan terjadi jika dilakukannya pembedahan pada pasien struma kemungkinan akan muncul berbagai masalah keperawatan kebutuhan dasar manusia salah satunya seperti gangguan nyeri (nyeri akut) karena nyeri merupakan pengalaman sensori emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Dalam situasi ini pekerjaan perawat sebagai perawat dapat memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada pasien setelah operasi agar tidak menimbulkan berbagai komplikasi yang mungkin bisa terjadi. Komplikasi yang dapat dialami pasien post operasi ishmolobektomi. Pengangkatan kelenjar tiroid dapat menimbulkan komplikasi diantaranya adalah pendarahan, resiko infeksi dan lain sebagainya (Azamris, 2020).

Penatalaksanaan post operasi pada pasien dengan ishmolobektomi merupakan praktik keperawatan mandiri yang dapat meminimalkan terjadinya komplikasi dan membantu mempercepat pemulihan pasien. Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk membuat laporan akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Post Operasi Pasien Struma Nodusa Non Toksik dengan Prosedur Tindakan Ismolobektomi di Ruang Ruby Atas RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2023”

Berdasarkan latar belakang diatas penulis mengambil rumusan masalah sebagai berikut Bagaimana “**Asuhan Keperawatan Post operasi Pada Pasien Struma Nodusa Non Toxic Dengan Tindakan Ishmolobektomi Di Ruang Ruby Atas Post Operasi Di Rumah Sakit Dr Slamet Garut Tahun 2023**”

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

- a. Memperoleh pengalaman yang lebih nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada Ny I dengan gangguan sistem endokrin
- b. Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan nyata meliputi aspek bio psiko, sosial, spiritual pada Ny I dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

Adapun Tujuan khusus dari Karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai berikut :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny I dengan Post Operasi Ismolobektomi.
- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan pada Ny I . dengan Post Operasi Ismolobektomi.
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan yang paling mendasar pada Ny I. dengan Post Operasi Ismolobektomi.
- d. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan pada Ny I. dengan Post Operasi Ishmolobektomi.

C. Manfaat penulisan

1. Bagi instansi pendidikan

Menegembangkan Ilmu Keperawatan untuk menyiapkan perawat yang

kompeten dan dapat mendedikasikan diri dalam daam memberikan asuhan keperawatan yang tept secara holistik atau penuh ,khususnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan post op ishmolobektomi atas indikasi struma noduusa non toksik.

2. Bagi profesi keperawatan

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

3. Bagi lahan praktik

Sebagai bahan pembelajaran dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien post op ishmolobektomi atas indiksi struma nodusa non toksik

D. Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penyusun menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pengambilan data pada kasus dilakukan dengan pengamatan hasil dari:

a. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara langsung melakukan komunikasi lisan pada klien mengenai hal-hal yang berhubungan langsung dengan masalah klien.

b. Observasi

Penulisan secara langsung memperhatikan keluhan dan masalah yang terjadi pada klien dengan teknik pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

c. Dokumentasi

Digunakan untuk menunjang pengumpulan data dengan mempelajari literatur yang berhubungan dengan Struma Nodosa Non Toksik.

d. Partisipasi Aktif

Penulis dan keluarga bersama-sama menetapkan perencanaan untuk mencari penyelesaian masalah yang dialami klien dalam setiap masalah yang dialami klien dalam setiap tahap proses keperawatan.

e. Studi kepustakaan

Untuk menyempurnakan data-data yang diperoleh, penulis mencari teori-teori yang relevan tentang penyakit, diagnosa keperawatan, dan proses keperawatan dari buku-buku dan referensi dari situs e-book atau website yang berkaitan dengan kasus yang dialami klien

E. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Berisi Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan.

BAB II TIJAUAN TEORITIS

Berisi tentang konsep dasar yang meliputi: Pengertian, etiologi, manifestasi klinik, anatomi dan fisiologi, patofisiologi, patway, pemeriksaan diagnostik, indikasi pembedahan, penatalaksanaan, komplikasi, penatalaksanaan, Bagian kedua tentang konsep dasar proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan mencakup prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan pada klien dengan post operasi ishmolobektomi hari pertama, implementasi, evaluasi, dokumentasi.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Berisi laporan tentang laposan khusus dari kasus yang ditangani oleh penulis dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. Bagian pembahasan berisi usulan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan, berdasarkan pemahaman penulis tentang konsep dasar dan kasus, patofisiologi, komunikasi dan pendidikan kesehatan serta konsep-konsep lain yang relevan.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran juga rekomendasi pelaksanaan tindakan terhadap masalah yang ditemukan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Struma didefinisikan sebagai pembesaran kelenjar tiroid. Struma dapat meluas keruang retro sternal, dengan atau tanpa pembesaran substansial. Karena hubungan anatomi kelenjar tiroid ke trakea, laring, saraf laring, superior, inferior, dan esophagus. Pertumbuhan abnormal dapat menyebabkan berbagai sindrom komperhensif (Tampatty, dkk 2019).

Struma nodosa non toksik adalah pembesaran kelenjar tiroid tanpa gangguan fungsi tiroid. Ini bukan karena peradangan atau neoplasia struma mungkin menyebar atau pertumbuhan lokal. Jika struma besar, dapat meluas ke ruang retrosternal. Karena ruang terbatas di mediastinum, struma dapat menyebabkan kompresi trakea atas, saraf laring, dan kerongkongan (Alkabban, 2020).

Dari pernyataan di atas maka dapat di simpulkan bahwa struma nodosa non toksik adalah pembsaran kelenjar tiroid tanpa gangguan tiroid,penyebabnya bukan karena peradangan atau (neoplasia), yaitu kondisi sel yang terdapat pada jaringan yang dapat memperbanyak diri sehingga jumlahnya dari satu sel menjadi miliaran sel,membentuk jaringan dan organ dengan fungsi yang berbeda beda,dan jika struma membesar atau abnormal dapat menyebar ke ruang belakang tulang dada dan gejala komprehensif seperti kompresi trakea atas,saraf laring,dan kerongkongan.

2. Etiologi

Penyebab Struma Nodosa Non Toksik dapat di bagi menjadi beberapa klasifikasi diantaranya :

- a. Endemik : dengan penyebab spesifik defisiensi iodium yang terkandung dalam air, diet goitrogenik(brokoli,kembang kol,kangkung,beriberian,singkong,teh hijau.
- b. Obat –obatan: iodida, amiodarone, litium,sulfonyuria, thiocarbamide.
- c. Tiroiditis :sub akut ,kronik (Hashimoto).
- d. Familial : gangguan sistesis hormon karena gangguan enzim.
- e. Keganasan :adenoma,karsinoma.
- f. Resistensi hormon tiroid penyebab spesifiknya belum di ketahui(Azamris,2020).

3. Manifestasi klinik

Sebagian besar pasien dengan struma nodosa non toksik asimptomatik namun teraba pembesaran tiroid pada salah satu lobus yang bisa membuat adanya sensasi penekanan atau kompresi trakea ukuran struma menimbulkan gejala seperti dispneu (sesak) dan dispagia (sulit menelan). Sewaktu menelan trakea naik untuk menutup laring dan epiglotis sehingga terasa berat karena terfiksasi pada trakea pasien juga akan mengeluh sering membersihkan tenggorokan, deviasi trakea, rasa berat di leher, (Azamris,2020).

4. Anatomi dan fisiologi

- a. Anatomi kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid terletak di bagian bawah leher, kelenjar ini memiliki dua bagian lobus yang dihubungkan oleh isthmus yang masing-masing berbentuk lonjong berukuran panjang 2,5-5 cm, lebar 1,5 cm, tebal 1-1,5 cm dan berkisar 10-20 gram. Kelenjar tiroid sangat penting untuk mengatur metabolisme dan bertanggung jawab atas normalnya kerja setiap sel tubuh. Kelenjar ini memproduksi hormon tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3) dan menyalurkan hormon tersebut ke dalam aliran darah.

Terdapat 4 atom yodium di setiap molekul T4 dan 3 atom yodium pada setiap molekul T3. Hormon tersebut dikendalikan oleh kadar hormon perangsang tiroid TSH (*thyroid stimulating hormone*) yang dihasilkan oleh lobus anterior kelenjar hipofisis. Yodium adalah bahan dasar pembentukan hormon T3 dan T4 yang diperoleh dari makanan dan minuman yang mengandung yodium (Maulinda,2022).

Sistem endokrin terdiri atas badan-badan jaringan kelenjar, seperti tiroid tetapi juga terdiri atas kelenjar yang ada di dalam suatu organ tertentu, seperti testis, ovarium, dan jantung. Sistem endokrin menggunakan hormon untuk mengendalikan dan mengatur fungsi tubuh sama seperti sistem saraf menggunakan sinyal listrik kecil. Kedua sistem berintegrasi di otak dan saling melengkapi, tetapi keduanya cenderung bekerja dengan kecepatan yang berbeda.

Saraf bereaksi dalam hitungan detik tetapi tindakan mereka tidak lama kemudian hilang, beberapa hormon memiliki efek yang lebih lama dan bekerja

dalam hitungan jam, minggu bahkan tahun. Hormon mengatur proses seperti pemecahan substansi kimia dalam metabolisme, keseimbangan cairan dan produksi urin, pertumbuhan dan perkembangan tubuh, serta reproduksi seksual. Hasil kerja hormon dari suatu kelenjar dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk kadar zat dalam darah dan masukan dari sistem saraf. Karna hormon mengalir dalam darah, setiap hormon dapat mencapai setiap bagian tubuh. Meskipun demikian bentuk molekul khusus dari setiap hormon hanya bisa masuk ke dalam reseptor (penerima) pada jaringan atau organ sasarannya saja (Maulinda, 2022).

b. Fisiologi kelenjar tiroid

Hormon tiroid memiliki efek pada pertumbuhan sel, perkembangan dan metabolisme energi. Selain itu hormon tiroid mempengaruhi pertumbuhan pematangan jaringan tubuh dan energi, mengatur kecepatan metabolisme tubuh dan reaksi metabolik, menambah sintesis asam ribonukleat (RNA), menambah produksi panas, absorpsi intestinal terhadap glukosa, merangsang pertumbuhan somatis dan berperan dalam perkembangan normal sistem saraf pusat. Tidak adanya hormon-hormon ini, membuat retardasi mental dan kematangan neurologik timbul pada saat lahir dan bayi. (Maulinda, 2022).

Kelenjar tiroid mengeluarkan hormon triiodotironin (T3) dan tiroksin (T4) yang memiliki fungsi dalam mengatur metabolisme tubuh, mengatur sensitivitas tubuh terhadap hormon lain, memiliki peran penting dalam mengontrol perkembangan embrio/fetus, otak, jantung, dan paru-paru. Hormon-

hormon tersebut juga memiliki peran aktif yang sangat penting dalam mekanisme pencernaan, termoregulasi, pertumbuhan, fungsi otot dan daya tahan tubuh (Maulinda, 2022).

5. Patofisiologi

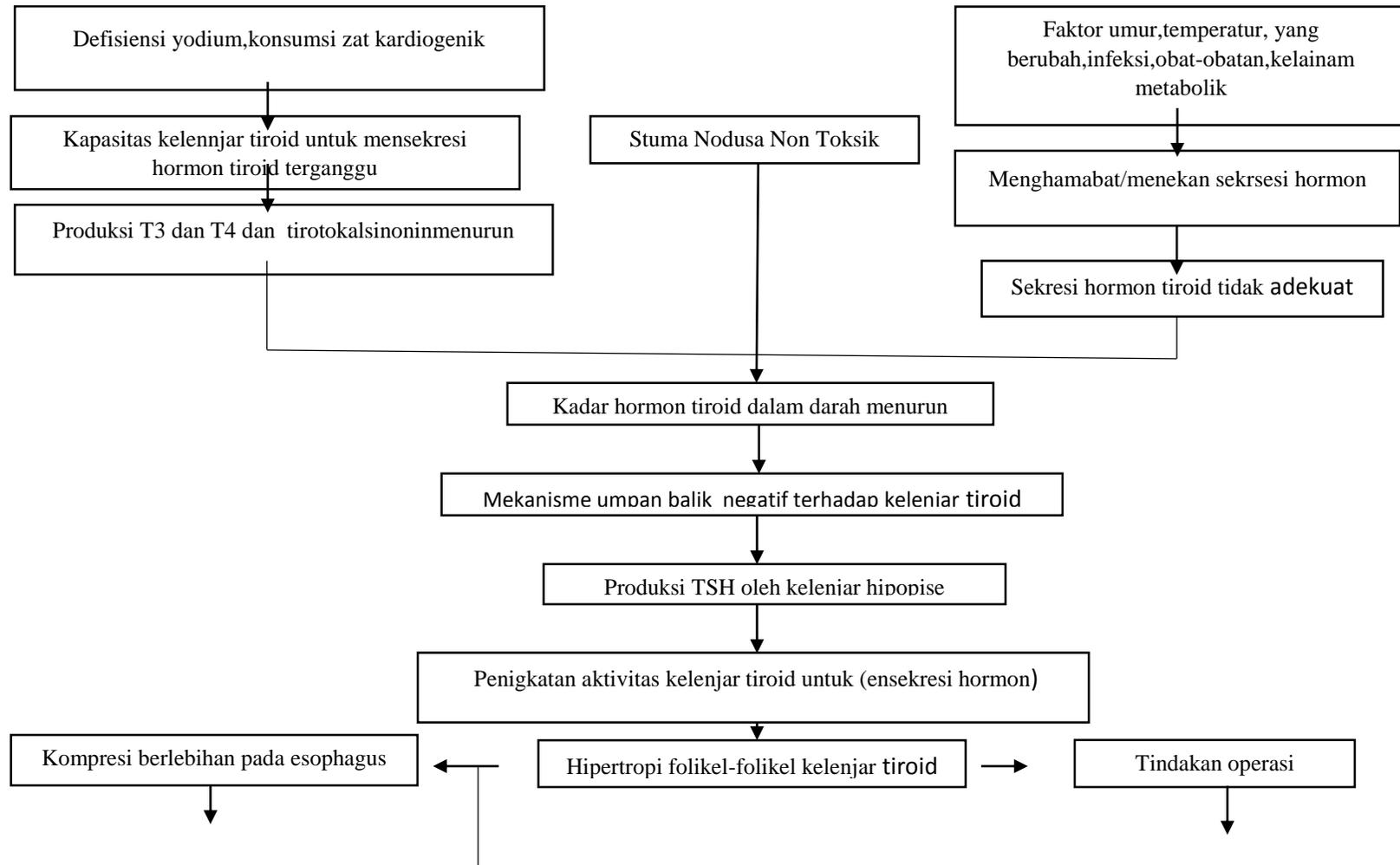
Yodium merupakan komponen utama yang dibutuhkan oleh tubuh manusia untuk pembentukan hormon tiroid. Defisiensi yodium, konsumsi zat kardiogenik, kelainan metabolik, obat-obatan, temperatur, umur dan lain sebagainya faktor ini dapat menyebabkan kapasitas kelenjar tiroid untuk mensekresi hormon tiroid terganggu sehingga produksi T3, T4 dan tirokalsinonin dan dapat menghambat atau menekan sekresi hormon sehingga sekresi hormon tidak adekuat, kadar hormon tiroid dalam darah menurun mekanisme feed back negatif terhadap kelenjar tiroid dan produksi TSH oleh kelenjar hipofisis yang akan meningkatkan aktivitas kelenjar tiroid untuk mensekresi hormon yang akan menyebabkan hipertropi folikel-folikel kelenjar yang dapat mempengaruhi organ sekitarnya dan terjadi distensi pada trakea menyebabkan obstruksi jalan nafas sehingga jalan nafas tidak paten akhirnya kesulitan bernafas dan gangguan pola nafas tidak efektif.

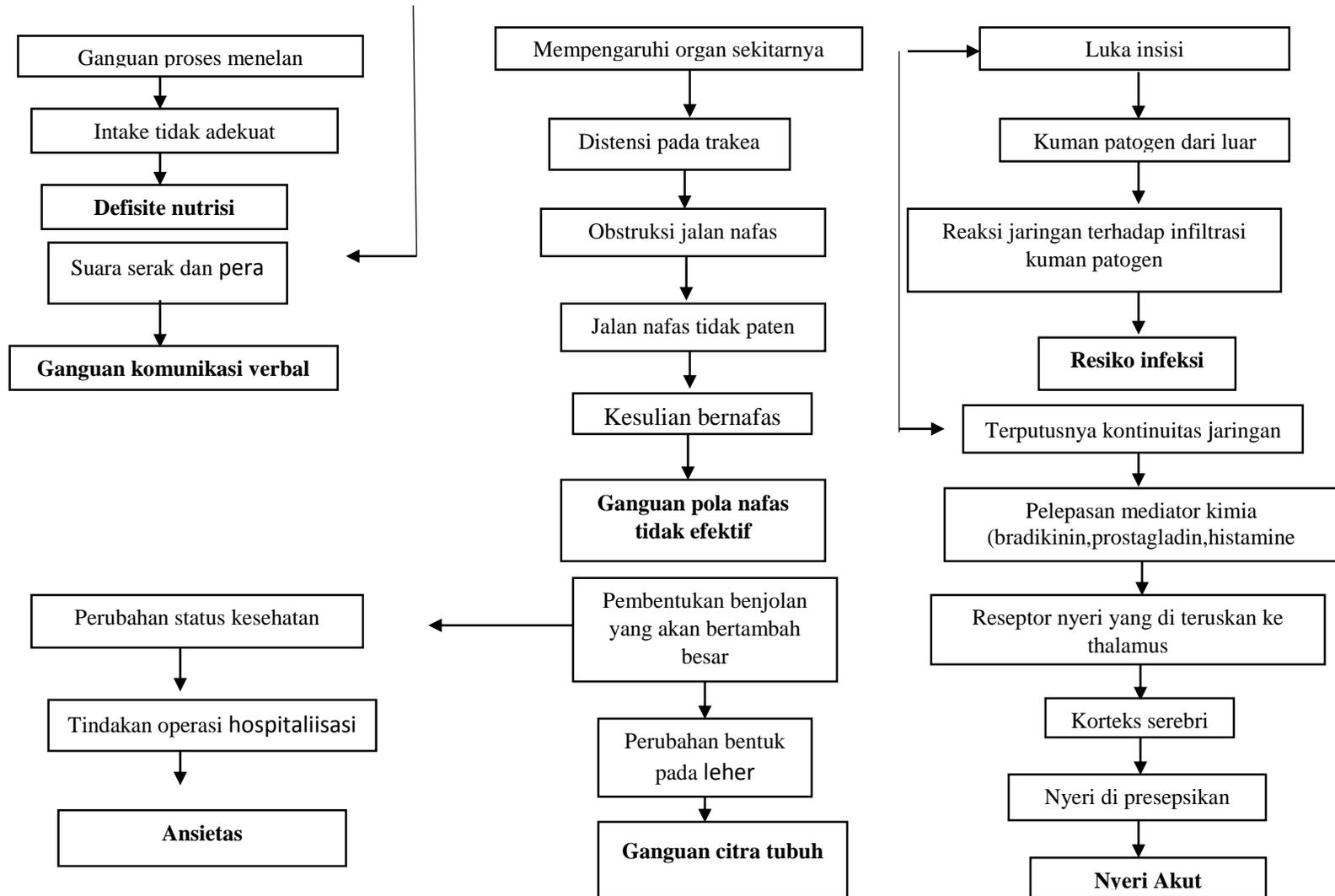
Dari hipertropi folikel-folikel ini bisa berakhir dengan proses tindakan operasi yang akan menimbulkan luka insisi yang bisa terpapar kuman patogen dari luar dan reaksi jaringan terhadap infiltrasi kuman patogen sehingga dapat terjadi resiko infeksi. Dari luka insisi tersebut menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang akan melepaskan mediator kimia

(bradikinin, prostagladin, histamine) merangsang reseptor nyeri yang akan di teruskan ke hipotalamus dan kortek serebri akhirnya nyeri di persepsikan timbulah nyeri akut. Dari hipertropi folikel juga dapat menyebabkan kompresi berlebihan pada leher sehingga menyebabkan gangguan proses menelan intake pun menjadi tidak adekuat dan akhirnya mengalami defisit nutrisi.

Dari kompresi berlebihan pada leher dapat menyebabkan suara serak dan perah dan akhirnya gangguan komunikasi verbal. Pembentukan benjolan yang akan bertambah besar menyebabkan perubahan bentuk pada leher dan akhirnya gangguan citra tubuh. Pembentukan benjola yang kan bertambah besar akan menyebkan perubahan status kesehatan indikasi pembedahan yang akan menyebabkan ansietas.

Patway





6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada struma antara lain:

- a. Palpasi, dilakukan palpasi pada tiroid dan KGB
- b. Uji tangkap tiroid untuk menentukan serta membedakan berbagai penyakit hipertiroid dan menentukan dosis iodium radio aktif untuk pengobatan hipertiroid
- c. Pemeriksaan laboratorium T3, T4, FT4, 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 (solid) cair, adanya kistik (kista), dan papilari intra kistik.
- e. FNA (FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY) atau aspirasi jarum halus (bajah), yaitu dengan melakukan aspirasi menggunakan jarum suntik halus untuk mengetahui struma uni nodusa dengan insiden keganasan sebesar 20 % struma multinodusa yang di curigai ganas.kejadian keganasan sebesar 60-70% sehingga tidak rutin di kerjakan pada struma multi nodusa.struma retrosternal dengan kejadian keganasan sebesar 60-70%sehingga tetap di lakukan FNA meski struma multi nodusa. Sensitivitas FNA lebih dari 90% dan spesivitas lebeh dari 80%dan 0,4% false negatif

- f. Foto toraks dilakukan untuk mendiagnosis ,untuk struma retrosternal,untuk persiapan praoperatif,untuk melihat kondisi jantung dan paru (penyakit komorbid).
- g. Tiroid scan untuk melihat nodul yang fungsional , untuk mencari sisa jaringan tiroid postoperasi.

(Ardiansyah,2016).

7. Indikasi Pembedahan

Indikasi pembedahan pada kelenjar tiroid :

- a. Struma yang membesar/multinoduler.
- b. Kecurigaan keganasan.
- c. Penekanan organ sekitar.
- d. Tirotoksikosis residitif setelah penghentian obat/non responsif
- e. Kosmetik. (Azamris,2020).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien struma bisa dilakukan tindakan antara lain

(Ardiansyah,2016):

- a. Tirostatika (OAT=Obat Anti Tiroid)

Cara kerja :menghambat proses organifikasi dan eaksi autoimun.PTU juga memiliki cara kerja yang lain dengan menghambat kompersi T4menjadi T3 di perifer dengan macam obat Proplitiourasil(PTU):400mg,metimazol(MMI):30mg,karbimazol (CBZ) :30 mg.

- b. Radio aktif iodium

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 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

c. Pembedahan

- 1) Tiroidektomi :pengangkatan kelenjar tiroid.
- 2) Isthmolobektomi :pengangkatan satu lobus kelenjar tiroid beserta isthmusnya.
- 3) Lobektomi :pengangkatan satu lobus kelenjar tiroid.
- 4) Subtotal tiroidektomi :pengangkatan sebagian besar tiroid kedua lobus (kiri- kanan)dengan meyisakan jaringan tiroid masing –masing 2-4 gram.
- 5) Near total tiroidektomi :pengangkatan seluruh kelenjar tiroid

(Azamris,2020).

9. Komplikasi

a. Dalam setiap pembedahan komplikasi bisa terjadi. Komplikasi pembedahan bisa terjadi namun tidak selalu terjadi, diantaranya :

- 1) Pendarahan
- 2) Paralisis n. Laringeus Rekuren.komplikasi yang terjadi yang bisa bersifat sementara.resiko ini bila terdapat tiroiditis ekstensi retrosternal ,keganasan atau riwayat operasi sebelumnya .mekanisme cedera dapat berupa laserasi,regangan tekanan iskemia ,cedera akibat suction.gejala klinis yang muncul suara serak,bicara pelan,stridor,obtruksi jalan nafas.
- 3) Paralisis n. Laringeus superior.mekanisme cedera akibat regangan,gejala klinis jika terkena cabang intrna berupa batuk saat minum dan tersedak .Tidak bisa suata tinggi.
- 4) Kelemahan trakea (trakeomalasia)
- 5) Infeksi.
- 6) Tetani hipokalsemia.komplikasi metabolik akibat hipoparatiroidisme.klinis berupa baal ujung jari gelisah,spasme,
- 7) Krisis tiroid yang di picu oleh trauma atau stress pembedahan.gejala klinis berupa demam,derilium ,kejang,diare muntah takikardi,gagal jantung akut,berkeringat (Azamris,2020).

b. Komplikasi struma yang membesar dapat menyebabkan :

- 1) Hipertiroidisme
- 2) Kompresi trakea

- 3) Dapat berubah menjadi keganasan
- 4) Berdarah di leher
- 5) Dapat terkena infeksi (Alkabban,2023).

A. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data data pasien. supaya dapat mengidentifikasi masalah –masalah,kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien,baik fisik,mental,sosial dan lingkungan (Hadinata,2022).

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 struma di banding wanita dengan umur tidak 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 struma tersebut. Pada penyakit struma 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 struma.

2) Keluhan utama pasien umumnya keluhan yang dirasakan pasien pada kasus struma 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,apakah pasien tinggal di daerah endemis.

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.

Menurut (Hartoyo,2022). Data pengkajian pada pasien dengan struma antara lain:

b. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya tidak dijumpai penurunan kesadaran , meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda vital

terkadang tekanan darah menurun akibat, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

a) Nadi takikardi dan suhu di atas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.

b) Tekanan darah bisa meningkat berat akibat nyeri , tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan post operasi

c) Frekuensi pernafasan meningkat ,takipneu ,dyspneu ,edema paru.

a) Kepala

Kaji kesimetrisan muka dan tengkorak, palpasi kepala mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

b) Wajah

(1) Mata

Dikaji kesimetrisan antara mata sebelah kiri dan kanan, fungsi penglihatannya, konjungtiva: apakah anemis atau tidak, sklera: apakah ikterik atau tidak dan bentuk pupil saat dirangsang cahaya. Biasanya terdapat lingkaran hitam dan mata tampak merah dapat disebabkan kurang tidur karena masih terdapat nyeri pada luka bekas operasi

(2) Hidung

Dikaji bentuk hidung sebelah kanan dan kiri, fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, kebersihannya, terdapat secret atau tidak. Palpasi sinus maksilaris, frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan atau tidak.

(3) Telinga

Dikaji kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit, fungsi pendengaran serta kebersihannya apakah terdapat serumen atau tidak. Palpasi adanya nyeri tekan atau tidak.

(4) Integumen

Biasanya kulit kemerahan dan lembab, kaji juga kontinuitas, elastisitas kulit.

(5) Mulut dan gigi

Dikaji apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan lidah. kemudian lakukan palpasi apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak.

c) Leher

Dikaji bentuk leher, warna kulit, kaji adakah pembengkakan, biasanya mengeluh ada benjolan di leher dan kaji pergerakan kelenjar tiroid, kemudian lakukan palpasi mengenai kelenjar, biasaya setelah operasi klien akan terpasang draindi bagian leher.

d) Dada dan payudara

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung S1 S2 (lup/dub, tidak ada bunyi tambahan) dan biasanya terjadi palpitasi kaji bunyi denyut jantung ,dan biasanya mengeluh nyeri dada dan di tandai dengan peningkatan tekanan darah

(2) Paru-paru

Dikaji kesimetrisan dada kiri dan kanan, irama nafas, frekuensi nafas. Palpasi adakah nyeri tekan atau tidak. Perkusi apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan. bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(3) Payudara

Dikaji bentuk simetris atau tidak, benjolan saat palpasi, puting susu menonjol keluar, datar, atau masuk

e) Abdomen

Kaji bentuk perut, auskultasi bising usus, palpasi adanya nyeri tekan, perkusi suara bunyi abdomen.

f) Genetalia/seksualitas

Biasanya klien mengalami amenore, penurunan libido dan impoten.

Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis, akral dingin, ada tidaknya edema, kekuatan otot dan ROM.

Pada klien dengan post operasi ishtmolobektomi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisannya, kaji adanya sianosis, ada tidaknya oedema, kekuatan otot, ROM, reflek patella human sign,.

3) Aspek Psikologis, Sosial dan Spritual. Biasanya pasien tampak stress yang berat, depresi, emosi yang labil. Klien dengan post op ismolobektomi akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien.

Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat. kaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

c. Pola sehari-hari

1) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8jam baru diberikan makanan lunak. Kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan meningkat biasanya , frekuensi minum meningkat ,bb menurun secara drastis,anorexia,dehidrasi.

2) Eliminasi

Meliputi beberapa kali BAB biasanya konstipasi,di kaji konsistensi, warna, bau, keringat berlebihan.

3) Istirahat tidur

Pada klien dengan post operasi ishmolobektomi mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter. Dikaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya seta adanya gangguan atau tidak.

4) Personal hygiene

Dikaji meliputi kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene.

5) Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan, merasa tidak nyaman

d. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1.	Data Subjektif : - Kemungkinan klien akan mengeluhkan nyeri di area luka operasi. Data Objektif : - Tampak adanya luka - Klien tampak meringis - Skala nyeri sedang - Klien tampak lemas - Tanda tanda vital meningkat	Tindakan pembedahan menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga lisosomi merangsang pengeluaran bradikinin, serotonin dan histamin. sehingga impuls tersampaikan ke hipotalamus dan dipersepsikan untuk nyeri.	Nyeri akut
2.	Data Subjektif : - Kemungkinan klien akan mengungkapkan ketidaknyamanan di luka operasi - Kemungkinan klien akan mengeluhkan demam yang tinggi Data Objektif : - Suhu menurun - Leukosit menurun - Luka tampak basah atau rembes.	Terputusnya kontinuitas jaringan merupakan porte de entri yang akan menyebabkan mikroorganisme patogen lebih mudah untuk masuk dan berkembang ke dalam tubuh yang akan menimbulkan adanya infeksi	Resiko infeksi
3.	Data Subjektif : Kemungkinan klien mengeluh tidak nafsu makan Data Objektif : - Berat badan turun 10% dari rentang ideal	Biasanya disebabkan, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan. Peningkatan kebutuhan metabolisme, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, faktor ekonomi, faktor psikologis	Defisit nutrisi

	<ul style="list-style-type: none"> - Bising usus hiperaktif - Membran mukosa pucat 		
4.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemungkinan klien akan bertanya-tanya tentang kondisinya. - Kemungkinan klien akan bertanya-tanya tentang pantangan makanan yang harus dihindari <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemungkinan klien akan terlihat cemas - Kemungkinan klien akan bertanya-tanya 	Dikarenakan perubahan status kesehatan dan pengetahuan yang terbatas maka membuat klien timbul persepsi dan kopping yang tidak efektif	Defisit pengetahuan
5.	<p>Data Subjektif: kemungkinan klien mengeluh sesak nafas</p> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat penggunaan otot bantu penafasan - Fase ekspirasii memanjang - pola nafas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea - hiperventilasi kusmaul cheynestokes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Disebabkan oleh hambatan upaya nafas, - Deformitas dinding dada. Deformitas tulang dada, - Gangguan neuromuskular, Gangguan neorologis 	Gangguan pola nafas tidak efektif
6.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh susah atau kesulitan saat berbicara <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - biasanya klien Tidak mampu berbicara atau mendengar , Menunjukkan respon tidak sesuai, bicara terbata bata 	<ul style="list-style-type: none"> - penurunan sirkulasi sereberal, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan muskuloskeletal, Kelaian pelatum - Hambatan fisik (mis. terpasang trkheostomi, intubasi, krikotirodektomi - Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi) , Hambatan pskiologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. Ketidakcukupan informasi, ketiadaan 	Gangguan komunikasi verbal

		orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)	
7.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biasanya klien mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang 	<ul style="list-style-type: none"> - Dikarenakan beberapa hal yaitu : Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat) - Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan) - Perubahan fungsi kognitif - Ketidaksesuain budaya, keyakinan atau sistem nilai - Transisi perkembangan - Gangguan psikososial - Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi) 	Gangguan citra tubuh
8.	<p>Data subjektif:</p> <p>Klien mengeluh merasa bingung, Merasa khawatir dengan akibat prosedur</p> <p>Data objektif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah. - Tampak tegang. - Sulit tidur - Sulit berkonsentrasi. 	<p>Biasanya disebabkan oleh :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisis situasional. - -Kebutuhan tidak terpenuhi. - Krisis maturasional. - Ancaman terhadap konsep diri. - Ancaman terhadap kematian. - Kekhawatiran mengalami kegagalan. - Disfungsi sistem keluarga. - Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. - Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) - Penyalahgunaan zat. - Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain). - Kurang terpapar informasi. 	Ansietas

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post operasi ishmolobektomi :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- 2) Resiko di tandai dengan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 5) Gangguan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
- 6) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik
- 7) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan invasif
- 8) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau

aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran (outcome) keperawatan. Sebelum menentukan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome) keperawatan (PPNI, 2019). Perencanaan yang mungkin muncul pada klien post operasi menurut SIKI (2018), adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Nyeri akut</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh nyeri 2) Merasa depresi (tertekan) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak meringis 2) Gelisah 3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <p>Merasa takut mengalami cedera berulang</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bersikap protektif (mis. Posisi menghindar nyeri) 2) Waspada 3) Pola tidur berubah 4) Anoreksia 5) Fokus menyempit 6) Berfokus pada diri sendiri 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Tidak meringis 3) Tidak gelisah 4) Tekanan darah membaik 5) Melaporkannya terkontrol 6) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 7) Kemampuan teknik non-farmakologis 	<p>Intervensi utama</p> <p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

			<p>3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemberian analgesik
2	Resiko infeksi DS: DO:	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3× 24 jam status nutrisi terpenuhi degan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada area edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

			<p>3) Ajarkan etika batuk</p> <p>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
3	<p>Defisite nutrisi</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjectif</p> <p>Objektif</p> <p>1) Berat badan menurun minimal 10 % di bawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>subjectif</p> <p>1) Cepat kenyang setelah makan</p> <p>2) Kram nyeri abdomen</p> <p>3) Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif</p> <p>1) Bising usus hiperaktif</p> <p>2) Otot mengunyah lemah</p> <p>3) Otot menelan lemah</p> <p>4) Membrane mukosa pucat</p> <p>5) Sariawan</p> <p>6) Serum albumin turun</p> <p>7) Rambut rontok berlebihan</p> <p>8) Diare</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3× 24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2) Berat badan atau IMT meningkat</p> <p>3) Frekuensi makan meningkat</p> <p>4) Nafsu makan meningkat</p> <p>5) Perasaan cepat kenyang menurun</p>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi status nutrisi</p> <p>2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>3) Identifikasi erlunya tindakan pemaangan selang NGT</p> <p>4) Monitor asupan makanan</p> <p>5) Monitor berat badan</p> <p>Teurapeutik</p> <p>1) Lakukan personal hygiene sebelum makan jika perlu</p> <p>2) Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>3) Hentikan pemberian maksnsn melalui selang NGT jika asupan oral dapat di toleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan posisi duduk jika mampu</p> <p>2) Ajarkan diet yang di</p>

			<p>programkan</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah dan jenis nutrien yang di butuhkan <p>Promosi berat badan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kemungkinan bb kurang 2) Monitor adanya mual muntah <p>Teurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien 2) Berikan pujian kepada pasien atas peningkatan yang di capai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan makanan yang bergizi tinggi terjangkau
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>Menanyakan masalah yang dihadapi</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai ajaran 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeris) 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Porsi makan yang dihabiskan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot pengunyah meningkat 2) Kekuatan otot menelan meningkat 3) Diare menurun 4) Berat badan membaik 5) Frekuensi makan membaik 6) Nafsu makan membaik 	<p>Edukasi proses penyakit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Indentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terpeutik 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab dan

			<p>factor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Ajarkan hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5.	<p>Gangguan pola nafas tidak efektif</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjectif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dyspneu <p>Objectif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penggunaan otot bantu pernafasan 2) Fase ekspirasi memanjang 3) Pola nafas abnormal (misal takipneu, bradipneu, hiper ventilasi, kussmaul, cheynestokes) <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjectif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ortophnea <p>Objectif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) penafasan pursed lip 2) pernafasan cuping hidung 3) diameter torak anterior – posterior meningkat 4) ventilasi semisnit menurun 5) kaasitas vital 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dyspneu membaik 2) penggunaan otot bantu nafas membaik 3) frekuensi nafas membaik 4) kedalaman nafas membaik 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen 2) monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 3) monitor adanya sumbatan jalan nafas <p>Teurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) atur interval pemantau respirasi sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) informasikan hasil pemantauan jika perlu <p>Terapi oksigen</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) monitor kecepatan oksigen 2) monitor posisi alat terapi oksigen 3) mnitor tanda tanda hioventilasi 4) monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksiegen <p>Teurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bersihkan secret pada mulut, hidung, dan terakea jika

	<p>mennurun</p> <p>6) tekanan ekspirasi menurun</p> <p>7) tekana innspiasi menurun</p> <p>8) ekskursi dada berubah</p>		<p>perlu</p> <p>2) pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>3) berikan oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1) ajarkan cara pemaangan oksigen pada keluarga kalien di rumah</p> <p>kolaborasi</p> <p>1) kolaborasi pemberiann bronkhodilator,e kspektorat,muko litik jika perlu</p>
6.	<p>Gangguan komunikasi verbal</p> <p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>Objektif:</p> <p>1) Tidak mampu berbicara atau mendengar</p> <p>2) .Menunjukkan respon tidak sesuai</p> <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif</p> <p>Objektif</p> <p>1) Afasia</p> <p>2) Disfasia</p> <p>3) Apraksia</p> <p>4) Disleksia</p> <p>5) Disartria</p> <p>6) Afonia</p> <p>7) Dislalia</p> <p>8) Pelo</p> <p>9) Gagap</p> <p>10) tidak ada kontak mata</p> <p>11) Sulit memahami komunikasi</p> <p>12) Sulit mempertahankan komunikasi</p> <p>13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p> <p>14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p> <p>15) Sulit menyusun kalimat</p> <p>16) Verbalisasi tidak tepat</p> <p>17) Sulit mengungkapkan kata-kata</p> <p>18) disorientasi orang, ruang, waktu</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1) kemampuan berbicara meningkat</p> <p>2) kemampuan mendengar meningkat</p> <p>3) kontak mata meningkat</p> <p>4) respons perilaku membaik</p> <p>5) pemahaman komunikasi membaik</p>	<p>Promosi komunikasi :</p> <p>defisit bicara</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)</p> <p>3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi</p>

			<p>dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <p>2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>4) Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>5) Berikan dukungan psikologis</p> <p>6) Gunakan juru bicara, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	---

			1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
7.	<p>Gangguan citra tubuh Gejala & Tanda Mayor: Subjektif Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh 2) Kehilangan bagian tubuh 3) Fungsi/ struktur tubuh berubah/ hilang 4) Gejala & Tanda Minor: <p>Subjektif objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/ kehilangan bagian tubuh 2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh 3) .Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain 4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup 5) Menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan 6) Menghindari melihat dan/ atau menyentuh bagian tubuh 7) Fokus berlebihan pada perubahan tubuh 8) Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh 9) Fokus pada penampilan pada kekuatan masa lalu 10) Hubungan sosial berubah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) melihat bagian tubuh membaik 2) menyentuh bagian tubuh membaik 3) verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 4) verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik 	<p>Promosi citra tubuh Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3) Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan 4) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. luka penyakit, pembedahan) 5) Diskusikan cara mengembangka

			<p>n harapan citra tubuh secara realistis</p> <p>6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3) Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik) 4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya) 5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6) Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan) 7) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
8.	<p>Ansietas</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>Merasa bingung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 2) Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah 2) Tampak tegang 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Konsentrasi membaik 2) Pola tidur membaik 3) Prilaku gelisah 	<p>Reduksi ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan <p>Teurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan

	<p>3) Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh pusing 2) Anoreksia 3) Papitasi 4) Merasa tidak berdaya <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nafas meningkat 2) Frekuensi nadi meningkat 3) Tekanan darah meningkat 4) Diaforesis 5) Tremor 6) Muka tampak pucat 7) Suara bergetar 8) Kontak mata buruk 9) Sering berkemih 10) Berorientasi pada masa lalu 	<p>membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Verbaliasasi membaik 5) Verbaliasasi khawatirakibat kondisi yang di hadapi 6) Prilaku tegang menurun 	<p>suasana teurapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Guanakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memivu kecemasan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelakan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan 3) Anjurkan keluarga untuk tetap dengan pasien 4) Latih kegiatan pengalihan untuk menurangi ketegan 5) Latih tehnik relaxasi
--	--	--	---

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dan

StandarLuaran Kepeawatan Indonesia (PPNI, 2019)

4. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan. untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus memiliki keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan (Hadinata, 2020).

5. **Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang di berikan dalam menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan diterima (Hadinata, 2022).

6. **Dokumentasi**

Dokumentasi adalah suatu catatan *otentik* atau dokumen asli yang dapat di jadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang akurat dan lengkap yang di miliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, dan tim kesehatan termasuk perawat (Hidayat, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	:Ny.I
Umur	:45 tahun
Jenis Kelamin	:Perempuan
Agama	:Islam
Pendidikan	:SD
Suku bangsa	:Sunda
Status Perkawinan	:Menikah
Alama	:Kp.Ciseupan Rt 04/Rw 06 Ds hegarmanah kec.Bayongbong
Tanggal Masuk	:Selasa,4 April 2023
Tanggal Pengkajian	:Rabu,5 April 2023
Tanggal Operasi	: Rabu,5 April 2023
No.RM	:01.111.42.70
Diagnosa Medis	:Struma Nodusa Non Toksik
Identitas Penanggung Jawab	

Nama	:Tn. I
Jenis Kelamin	:Laki-laki
Status Perkawinan	:Menikah
Umur	: 56 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	:SD
Suku bangsa	:Sunda
Pekerjaan	:Buruh Hariaan Lepas
Alamat	:Kp.Ciseupan Rt 04/Rw 06 Ds hegarmanah kec.Bayongbong
Hubungan dengan klien	:Suami dari klien

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakana nyeri di area luka operasi (leher sebelah kanan).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Saat pengkajian pada tanggal 05 April 2023, klien mengatakan nyeri terdapat luka operasi di area leher sebelah kanan sekitar 5cm ,dengan kualitas nyeri seperti di sayat sayat, rasa nyerinya di sekitar area luka operasi tidak menyebar , Skala yang dirasakan oleh pasien 6 dari 0 - 10,waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan

timbul pada saat di gerakan pada leher dan menelan di sertai klien mengeluh makan klien habis $\frac{1}{4}$ porsi, nafsu makan klien menurun di sertai rasa mual setelah operasi .Berat badan klien menurun selama sakit dari 57 kg menjadi 52 kg serta klien tidak tau cara perawatan luka setelah operasi dan menyatakan bahawa pengetahuannya terbatas terhadap penyakit yang di alaminya

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien dan keluarga mengatakan bahwa baru kali ini mengalami penyakit ini dan sudah terjadi < 1 tahun namun tidak memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan namun semakin hari semakin membesar dan akhirnya memeriksakan ke puskesmas dan langsung di rujuk ke rumah sakit karena harus di lakukan operasi dan di jadwalkan pada hari rabu 5 april 2023 klien tidak memiliki penyakit yang berat seperti diabetes melitus atau DM, jantung, hipertensi, asma, ginjal dan lain sebagainya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak memiliki penyakit yang sama dan tidak memiliki penyakit turunan seperti penyakit DM atau diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, dan sebagainya

c. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

a) Kesadaran : Compos Mentis, GCS= 15
(E4M6V5)

b) Keadaan Umum : Klien tampak lemah dan tampak meringis

2. Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan Darah : 132/90 mmHg

b. Respirasi : 22 x / permenit

c. Nadi :90x/menit

d. Suhu :36,7°C

e. Spo2 : 98%

f. Bb sebelum sakit :57 kg

g. Bb sesudah sakit :52kg

3. Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernapasan

(a) Hidung

Inspeksi : hidung simetris antara keduanya,tidak nampak adanya kotoran Tidak nampak PCH,tidak nampak adanya kelainan.

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan pada bagian hidung

(b) Paru-paru

Inspeksi : pengembangan dada simetris

Palpasi :pergerakan dada simetris,taktil vokal fremitus simetris

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler tidak terdengar suara nafas tambahan

b) Sistem Kardiovaskular

inspeksi :tidak terdapat sianosis

Palpasi :tidak nampak peningkatan JVP , nadi 93×/menit ,teraba kuat
, CRT ,2 menit

Auskultasi :bunyi jantung S1 S2 irama reguler

c) Sistem Pencernaan

(1) Mulut

Inspeksi :warna bibir hitam kecoklatan, membrane mukosa kering ,tidak ada caries dentis,gigi lengkap lidah tampak bercak putih,tidak tampak adanya stomatitis

(2) Abdomen

Inspeksi :bentuk perut simetris (datar)

Auskultasi :bising usus 6 ×/menit

Palpasi :tidak namapak adanya nyeri tekan

Perkusi : timpani

d) Sistem Perkemihan

Inspeksi :tetpasang kateter urine no 18 urine kateter 1.500 ml

Palpasi :tidak adanya distensi abdomen

e) Sistem Genitalia

klien mengatakan tidak ada kelainan dan tidak ada keluhan,klien mengatakan sudah tidak mengalami menstruasi

f) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas:

Inspeksi : bentuk tangan simetris anatar kiri dan kanan ,jumlah jari lengkap,tanagn kiri terapsang infuse assering 20 ttpm kekutan otot 5/5,tidak nampak varises tidak nampak adanya oedema

(2) Ekstremitas Bawah:

Inspeksi : bentuk kaki simetris kaki kiri da kanan,jumlah kaki lengkap,tidak namapak adanya varises , skala kekuatan otot 5/5, tidak ada varises maupun oedema.

g) System Persyarafan

(1) Tingkat Kesadaran Compos Mentis, GCS-15(E4M6V5)

(2) Syaraf Kranial

(a) NI (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau ruangan seperti bau darah dan bau pewangi ruangan

(b) NII (Optikus)

Klien dapat membaca papan nama perawat ± 30 cm dengan tidak menggunakan kacamata dengan pencahayaan matahari.

(c) NIII, IV, VI (Okulumotorius, Abdusen,Troklearis)

Pupil isokor terbukti ketika diberi rangsang cahaya pupil mengecil dan dijauhkan rangsang cahaya pupil membesar.

Pergerakan bola mata dapat digerakkan ke segala arah, lapang pandang baik.

(d) NV (Trigerminus)

Klien dapat merasakan sentuhan di wajahnya saat wajahnya disentuh oleh tisu dalam keadaan menutup mata.

(e) NVII (Fasialis)

Klien dapat membedakan rasa asin, asam, manis, pahit dan klien dapat mengerutkan dahi, wajah klien simetris saat tersenyum.

(f) NVIII (akustikus)

Klien dapat menjawab pertanyaan pemeriksa dengan baik tanpa harus diulang

(g) NIX,X (Glosofaringeus, Vagus)

Uvula bergetar simetris saat mengatakan "ah" dan reflex menelan bagus namun terganggu karena luka operasi

(h) N XI (Asesorius)

Klien dapat menggerakkan kepala ke segala arah namun adanya rasa nyeri saat di gerakan karena luka bekas operasi pada leher.

(i) N XII (Hipoglosus)

Lidah klien dapat digerakan bebas dan tidak mengalami kekakuan

h) Sistem integumen

(1) Rambut dan kulit kepala

Inspeksi : warna rambut hitam,pendek bersih,tidak nampak ketombe dan lesi,kulit kepala berwarna putih

Palpasi :tidak teraba adanya benjolan,tidak nampak adanya nyeri tekan

(2) Kuku

Inspeksi :warna kuku transparan ,bentuk kuku cembung,kuku tampak bersih dan pendek CRT <2 detik

(3) Kulit

Inspeksi : warna kulit tubuh sawo matang ,tidak tampak kelainan pada kulit

Palpasi ; tekstur kulit lembab dan halus,elastisitas kulit baik

i) Sistem Penginderaan

(1) Mata

Inspeksi :simetris antara kiri dan kanan, sklera putih dan konjungtiva anemis, bola mata dapat digerakan ke segala arah, fungsi penglihatan baik terbukti klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm, lapang pandang baik,reflek pupil terhadap cahaya miosis

Palpasi :tidak tampak terdapat nyeri tekan ataupun benjolan.

(2) Telinga

Inspeksi : simetris antara kanan dan kiri, tekstur halus, warna telinga sama dengan kulit sekitarnya, keadaan bersih tidak ada serumen.

(3) Lidah

Inspeksi : warna lidah pink keputihan , dapat digerakan ke segala arah dan fungsi pengecapan baik.

(4) Lubang hidung

Inspeksi : Letak lubang hidung simetris, keadaan bersih, tidak ada benjolan PCH negatif

(5) Kulit

Bersih, dan dapat merasakan sensasi nyeri, panas, dingin, tekanan dengan baik.

j) Sistem Endokrin

Inspeksi : Tidak nampak pembesaran kelenjar tyroid karena sudah dilakukan operasi ismolobektomi. Dan terpasang drain pada lehers sebelah kanan dengan produksi darah dan tertutup kassa.

d. Aspek Psikologi

Pasien mengatakan cemas ada namaun yakin akan sembuh ,bahwa allah swt segala penyakitnya pasti ada obatnya dan senantiasa akan terus berikhtiar unuk menyembuhkannya dan meyakini bahwa ini adalah ujian untuk mengurangi dosa

e. Aspek Sosial, Budaya dan Spiritual

Hubungan klien dengan keluarga dan tetangga baik terbukti klien selama di RS keluarga klien selalu mendampingi dan banyak yang menjenguk klien ketika di rawat di RS. Hubungan klien dengan tenaga kesehatan dan mahasiswa baik terbukti klien mau diajak kerjasama dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Klien mengatakan bahwa sakitnya ini merupakan ujian dari Allah SWT, dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

f. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pengkajian Pola Aktivitas Sehari-hari

NO	Aktifitas	Dirumah	Dirumah sakit
1.	a. Makan Jenis Frekuensi Porsi Cara	Nasi+lauk pauk+sayur mayur kadang 2x sehari 1 porsi Mandiri	Bubur+lauk pauk 3x/hari 1/4 porsi Dibantu
	b. Minum Jenis Frekuensi Cara	Air putih+teh _+5-6 gelas/hari Mandiri	Air putih < 1 liter Dibantu sedikit2
2.	a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau Cara	1x/hari Padat Khas feses Khas feses Mandiri	- - - - -
	b. BAK Frekuensi Konsistensi Warna Bau Cara	3-5x/hari Cair Khas urine Khas urine mandiri	_+ 1500/24 jam Cair Khas urine Khas urine Terpasang kateter
3.	a. Tidur siang	2 jam/sehari	1 jam 1/2

	Lama Kualitas b. Tidur malam Lama kualitas	Nyenyak 7-8jam/hari nyenyak	Nyenyak 6 jam perhari Sedikit kurang nyenyak dikarenakan nyeri diarea luka operasi
4	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Gunting kuku d. Ganti baju e. Cara	1x/hari 2x/hari Setiap hari jumat 2x/hari Mandiri	1x/hari di waslap - - 1x/hari Di bantu

g. Pemeriksaan Penunjang

Nama :Ny .I

No RM :01.111.42.70

Umur :45 Tahun

Ruang :Ruby Atas

Jenis Kelamin :Perempuan

Tanggal : 08-02-2023

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
TsHs	0,40	ULU/ML	Eutyroid :0,27-4,7 Hypertyroid:<0,27 Hypotyroid :>.4,7
FT4	1,34	Mg/dL	0,62-1,51

Hasil : Eutyroid (normal).

h. Teraphy obat

Tabel 3. 3 Therapy obat

No	Nama obat	Dosis	Kegunaan obat obat	Cara	Waktu
1.	Ceftriaxone	1 x 2 Mg	Antibiotik	IV	08.00-19.00
2.	Ketorolac	3 x 30 Mg	Analgetik	IV	08.00-16.00-00
3.	Omeprazole	2 x 40 Mg	Lambung	IV	08.00-19.00
4.	Assering	20 Tpm 500 ML	Pengganti cairan	IV (infus)	-

Analisa Data**Tabel 3. 4 Analisa Data**

No	Data(Symptom)	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skla nyeri 6 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atua berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerjakan leher dan saat menelam makanan - Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak meringis - bersikap protektif terhadap nyeri - tampak luka operasi sekitar 5cm yang tertutup kassa <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 132/89 - HR : 93 x/menit - RR : 22 x/menit 	<p>Struma Nodusa Non toksik</p> <p>↓</p> <p>Tindakan operasi ishmolobektomi</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada leher sebelah kanan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kondisi kontunitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator kimia (bradikardikinin,histamine,prostagladin)</p> <p>↓</p> <p>Reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Di teruskan ke hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Korteks serebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri di presepsikan</p>	Nyeri Akut

	<ul style="list-style-type: none"> - SPO2 : 98% - S :36,7°C 	↓ Nyeri akut	
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan makan habis ¼ porsi bubur - Tidak napsu makan - Adanya rasa mual - Adanya rasa nyeri saat proses menelan <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makan klien tampak masih tersisa banyak - Klien tampak kesakitan saat menelan (meringis) - Bb sebelum sakit 57 kg - Bb setelah sakit 52 kg 	↓ Struma nodosa non toksik ↓ Tindakan pembedahan isthmolobektomi ↓ nyeri di area leher bekas operasi dan terpasang drain ↓ nyeri pada saat proses menelan ↓ Nafsu makan menurun ↓ Mual (nutrisi tidak adekuat) ↓ Defiiste Nutrisi	Defisite Nutrsi
3.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga mengatakan penegetahuan nya terbatas terhadap penyakit yang di alaminya <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga tampak menanyakan terkait penyakitnya - Klien tampak bingung dan sedikit cemas 	↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi terkait penyakit yang di alami ↓ Defisit pengetahuan	Defisite pengetahuan
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka setelah operasi 	↓ Tindakan operasi isthmolobektomi ↓ Luka insisi	Resiko infeksi

	<ul style="list-style-type: none"> - adanya nyeri skala 6 (0-10) <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka di daerah leher sekitar 5 cm dan terpasang drain dengan produksi darah yang normal dan di tutup kassa - Klien tampak menyakan seputar luka - Keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi POD 1 	<pre> graph TD A[Kuman patogen dari luar] --> B[Reaksi jaringan terhadap infiltrasi kuman patogen] B --> C[Resiko Infeksi] </pre>	
--	--	---	--

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi isthmolobektomi

Ds :

- (1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya ,dengan Kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skala nyeri 6 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerjakan leher dan saat menelam makanan
- (2) Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi.

Do :

- (1) Klien tampak meringis
- (2) Bersikap protektif terhadap nyeri
- (3) Tampak luka bekas operasi sekitar 5 cm di tutup kassa

TTV :

- TD : 132/89
- HR : 90 x/menit
- RR : 22 x/menit
- SPO2 : 98%
- S :36,7°C

b. Defisit Nurtsi berhubungan dengan gangguan proses menelan ditandai dengan:

Ds :

- (1) Klien mengatakan makan habis $\frac{1}{4}$ porsi bubur
- (2) Tidak nafsu makan
- (3) Adanya rasa mual
- (4) Adanya rasa nyeri saat proses menelan karena terdapat luka operasi dan terpasang drain di leher.

Do:

- (1) Makan klien tampak masih tersisa banyak
- (2) Klien tampak kesakitan saat menelan (meringis)
- (3) Bb sebelum sakit 57 kg
- (4) Bb sesudah sakit 52 kg

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

ditandai dengan :

Ds:

- (1) Klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya terbatas terhadap penyakit yang dialaminya

Do:

- (1) klien dan keluarga tampak menanyakan terkait penyakitnya
- (2) klien tampak kebingungan

- d. Resiko Infeksi ditandai dengan Luka insisi tindakan operasi isthmolobektomi ditandai dengan :

Ds :

- (1) Klien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka setelah operasi
- (2) Adanya nyeri skala 6 (0-10)

Do:

- (1) Tampak luka di daerah leher sekitar 5 cm dan terpasang drain dengan produksi darah yang normal dan ditutup kasa
- (2) Klien tampak menanyakan seputar luka
- (3) Keadaan luka belum menunjukkan tanda-tanda infeksi POD 1

3. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny.I
 Umur : 45 Tahun
 Alamat : Kp Ciseupan

No RM : 01.11.42.70
 Diagnosa Medis : SNNT
 Ruangan : Ruby Atas

Tabel 3. 5 Proses keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Pereencanaan			
			Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi ismolobektomi di tandai dengan DS : (1) klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selam 3×24 jam nyeri berkurang dengan kriteria hasil : (1) Keluhan nyeri berkurang atua hilang (2) Meringis menurun (3) Tekanan darah membaik TTV : - TD : 110-120/60-90MmHg - HR : 70-80x/menit x/menit	(1) Identifikasi lokasi karakteristik,,fr ekuensi,kualitas ,intensitas,skaln nyeri (2) Identifikasi respon nyeri non verbal (ekspresi wajah) (3) Observasi tanda tanda vital (4) Berikan dan ajarkan tehnik non farmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri (tehnik	(1) Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya (2) Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang di rasakan pasien (3) Menegthui keaaan	Rabu, 05-04-2023 jam 15.20 (1) Mengidentifikasi lokasi karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas,skal nyeri (2) mengidenifikasi respon nyeri non verbal (3) mengobservasi tanda tanda vital (4) memberikan dan mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mrngurangi rasa nyeri tehnik nafas dalam (5) memberikan obat yang sudah di resep kan oleh dokter obat analgetik keterolac sesuai advice dokter 3×30 mg /iv	DS : (1) klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skla nyeri 6 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada

	<p>saja tidak menyebar dengan skala nyeri 6 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerjakan leher dan saat menelan makanan</p> <p>(2) Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi</p> <p>Do :</p> <p>(1) Klien tampak meringis</p> <p>(2) Bersikap protektif terhadap nyeri</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 132/89 - HR : 90 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> - RR : 22 x/menit - Siakap protektif menurun - Prilaku mengikuti anjuran 	<p>distraksi relaksi).</p> <p>(5) Berikan obat yang sudah di resepkan oleh dokter analgetikketerol 3x30 mg /iv</p> <p>(6) Berikan cairan assering 20 ttpm per iv untuk mengnti cairan yang hilang</p>	<p>umum psien</p> <p>(4) Mengurangi ketegangan otot sehingga melancarkan peredaan darah jadi mengurangi nyeri</p> <p>(5) Di harapkan kandungan yang ada dalam obat tersebut dapat mengurangi rasa nyeri</p> <p>(6) Di harapkan cairan tersebut dapat menganti cairan yang hilang</p>	<p>(6) memberikan cairan assering 20 ttpm per iv untuk mengganti cairan yang hilang</p>	<p>saat mengerjakan leher dan saat menela makanan</p> <p>(2) Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi</p> <p>Do :</p> <p>(1) klien tampak meringis</p> <p>(2) bersikap protektif terhadap nyeri</p> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 132/89 - HR : 90 x/menit - RR : 22 x/menit - SPO2 : 98% - S :36,7°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:L/Intervensi</p> <p>TTD: RESITA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - RR : 22 x/menit - SPO2 : 98% - S :36,7°C 					
2.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan gangguan proses menelan ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Klien mengatakan makan habis ¼ porsi bubur (2) Tidak nafsu makan (3) Adanya rasa mual (4) Adanya rasa nyeri saat proses menelan karena ada luka dan terpasang drain <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Makan klien tampak masih tersisa banyak (2) Klien tampak kesakitan saat menelan 	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3×24 jam resiko defisite nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Porsi makan meningkat (2) Berat badan membaik (3) Nafsu makan meningkat (4) Mual hilang (5) Klien termotivasi untuk makan 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Observasi asupan makanan (2) Observasi berat badan klien (3) Kaji tanda yang dapat menyebabkan mal nutrisi (4) Ajurkan pasien untuk makan sedikit sedikit tapi sering apabila merasa mual dan sakit saat menelan (5) Anjurkn makan dan minum selagi hangat (6) motivasi klien untuk makan (7) Kolaborasi dengan ahli gizi pemberian makanan lunak bubur 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Untuk menegetah ui input nutrisi klien (2) Untuk memonitoring tanda mal nutrisi (3) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien (4) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (5) Untuk mengurangi rasa mual Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien (6) Agar klien termotivasi untuk makan dan mengingat pentingkan 	<p>Rabu,05-04-23Jam 22.05</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) mengobservasi asupan makanan (2) mengobservasi berat badan klien (3) mengkaji tanda yang dapat menyebabkan mal nutrisi (4) mengajarkan pasien untuk makan sedikit sedikit tapi sering apabila merasa mual dan sakit saat menelan (5) menganjurkan makan dan minum selagi hangat (6) memberikan motivasi kepada klien untuk makan (7) berkolaborasi dengan ahli gizi pemberian makanan lunak bubur 	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) klien mengatakan makan habis ¼ porsi bubur (2) tidak nafsu makan (3) adanya rasa mual (4) adanya rasa nyeri saat proses menelan karena bekas operasi di leher dan terpasang drain (5) klien mengatakan akan mencoba melakukan apa yang di sarankan untuk makan sedikit sedikit sedikit tapi sering,minum air hangat <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) makan klien tampak masih tersisa banyak (2) klien tampak kesakitan saat

	(meringis) (3) Bb sebelum 57 kg (4) Bb sesudah 52 kg			asupan makanan. (7) Untuk mempermudah proses menelan.		menelan (meringis) (3) klien tampak termotivasi (4) bb sebelum sakit 57 kg (5) Bb sesudah sakit 52 kg A : masalah belum teratasi P :L /Intervensi TTD:RESITA
3.	Defisite pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan : DS : (1) klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya terbatas terhadap penyakit yang di alaminya DO : (1) klien dan keluarga tampak menanyakan terkait	Setelah di lakukan tindakan keperwatan 3×24 jam resiko defisite pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : (1) Pengetahuan klien dan keluarga meningkat (2) Dapat menjelaskan topik yang di bahas meningkat (3) Perubhan prilaku	(1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (2) Sediakan materi dan media leaflet pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan topik yang jelas (3) Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya (4) Evaluasi hasil penkes yang di	(1) Untuk memaksimalkan pengetahuan klien (2) Agar klien dapat membaca kapanpun dan mempermudah proses penjelasan (3) Untuk mengklarifikasi pemahaman klien yang kurang di mengerti	Rabu,05-04-2023Jam 16.40 (1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (2) Menyediakan materi dan media leaflet pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan topik yang jelas(SNNT) (3) memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya menegani materi ynag di berikan SNNT (4) mengevaluasi hasil penkes yang di berikan memberikan reinfocment positif atas pencapaian yang di lakukan	DS : (1) Klien dan keluarga mengatakan bersedia dan siap untuk di berikan informasi (2) Klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya lumayan bertambah terhadap penyakit yang di alaminya setelah di berikan penjelasan DO : (1) Klien dan keluarga tampak menjelaskan sebagian dari mulai

	penyakitnya (2) klien tampak bingung dan sedikit cemas		berikan (5) Berikan reinfocment positif atas pencapaian yang di lakukan	(4) Agar mengetahui sejauh mana proses pemahaman klien terhadap materi yang di sampaikan (5) Motivasi klien untuk lebih semangat		definisi,penyebab ,dll terkait penyakit nya SNNT (2) Klien tampak masih sedikit bingung dan tidak begitu cemas (3) Klien tampak kooperatif A : Masalah teratasi sebagian P : L /intervensi TTD:RESITA
4.	Risiko Infeksi berhubungan dengan Luka insisi tindakan operasi ismolobektomi ditandai dengan : Ds : (1) Klien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka setelah operasi (2) Adanya nyeri skla 6 (0-10) Do: (1) Tampak luka	Setelah dlakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : (1) Tidak timbul tanda tanda infeksi (2) Nyeri menurun (3) Pengetahuan klien dapat bertambah menegenai resiko infeksi	(1) Monitor tanda dan gejala infeksi (2) Berikan perawatan luka steril setiap hari (3) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai perawatan tanda infeksi dan cara perawatan luka (cara cuci tangan) (4) Anjurkan	(1) Untuk menegetahui keadaan luka dan perkembangan luka (2) Agar mencegah infeksi dan terpapar kuman dan bakteri (3) Agar klien dan keluarga tau tau mengenai infeksi dan	Rabu 05-04-2023Jam 16.00 (1) memonitor tanda dan gejala infeksi (2) memberikan perawatan luka steril POD 2 dengan nacl 0,9% (3) memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai perawatan tanda infeksi dan cara perawatan luka serta malukan perawatan luka pada pasien (mengajarkan cuci tangan). (4) Menganjurkan meningkatkan nutrisi makanan dan mengajurkan makan	Ds : (1) Klien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang di jelaskan mengenai infeksi dan cara perawatan luka sebagian Adanya nyeri skla 6 (0-10) (2) Klien mengatakan akan mengikuti saran yang di berikan Do: (1) Tampak luka di

	<p>di daerah leher dan terpasang drain dengan produksi darah normal dan di tutup kasa</p> <p>(2) Klien tampak menayakan seputar luka</p> <p>(3) Keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi POD 1</p>		<p>meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>(5) Berikan obat yang sudah di resepkan oleh dokter pemberian antibiotik ceftriaxon 1x2 mg per iv</p>	<p>perawatan luka yang benar</p> <p>Untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>(4) Untuk mencegah terjadinya resiko infeksi dan untuk mempercepat penyembuhan luka</p> <p>(5) Untuk menghambat terjadinya resiko infeksi</p>	<p>untuk proses penyembuhan luka seperti ikan dan telur</p> <p>(5) Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik ceftriaxon 1x2mg per iv</p>	<p>daerah leher dan terpasang drain dengan produksi darah normal dan di tutup kasa</p> <p>(2) Klien tampak masih menayakan seputar luka</p> <p>(3) Keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi POD 1</p> <p>A :Masalah belum teratasi</p> <p>P : L /Intervensi</p> <p>TTD:RESITA</p>
--	--	--	---	---	--	---

1. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan Hari ke 1

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Kamis 06-04-2023 Jam 08.00-08.10.	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya masih ada ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skla nyeri berkurang 4 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerjakan leher dan saat menelam makanan (2) Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Klien tampak sedikit meringis bersikap Protektif terhadap nyeri <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/82MmHg - HR : 91 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO2 : 97% <p>S :36,5°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:L/Intervensi</p>	RESITA
2.	Kamis 06-04-2023 Jam 08.15-08. 20	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Klien mengatakan makan habis ¼ lebih 2 sendok porsi makan bubur (2) Napsu makan masih kurang namun memaksakan untuk makan meskipz masih sakit saat proses menelan karena luka operasi di leher dan terpasang drain (3) Rasa mual berkurang (4) Masih adanya rasa nyeri saat proses menelan (5) Klien mengatakan akan mencoba melakukan apa yang di sarankan untuk makan sedikit sedikit sedikit tapi sering,minum air hangat 	RESITA

		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Makan klien tampak masih tersisa banyak (2) Klien tampak meringis saat menelan (3) Tampak adanya motivasi untuk makan (4) Bb sebelum sakit 57 kg (5) Bb sesudah sakit 52 kg dan belum terkaji ulang kaji ulang <p>A : masalah belum teratasi P :L /Intervensi</p>	
3.	Kamis 06-04-2023 Jam 08.25-08.30	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Klien dan keluarga mengatakan siap di berikan informasi dan di evaluasi (2) klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya bertambah lebih dari yang sebelumnya karena membaca dari leaflet yang di berikan terhadap penyakit yang di alaminya setelah di berikan penjelasan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) klien dan keluarga tampak mampu menjelaskan sebagian dari mulai definisi, penyebab ,dll terkait penyakitnya SNNT (2) klien tampak sudah memahami terkait penyakitnya (3) klien tampak kooperatif <p>A : Masalah teratasi sebagian P : L/iintervensi</p>	RESITA
4.	Kamis 06-04-2023 Jam 08.30-09.00	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Klien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang di jelaskan mengenai infeksi dan cara perawatan luka dan menjelaskan langkah perawatan luka (2) Adanya nyeri skala 4 (0-10) <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Tampak luka di daerah leher dan terpasang drain dengan produksi darah normal dan di tutup kasa (2) Klien tampak menayakan seputar luka (3) Keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi POD 2 dan belum di lakukan perawatan luka <p>A :Masalah teratasi sebagian P : L /Intervensi</p>	RESITA

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan Hari ke 2

NO	Tanggal /Jam	Catatan perkembangan	Paraf
1.	Jumat 07-04-2023 Jam 09.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya masih ada ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skla nyeri berkurang 2 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerakan leher dan saat menelan makanan (2) Klien mengatakan nyerinya terasa di area luka operasi <p>o :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Klien tidak terlalu meringis (2) Bersikap protektif terhadap nyeri <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 122/80MmHg - HR : 86 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO2 : 97% - S :36,1°C <p>A: Masalah teratasi P:L/Intervensi</p>	RESITA
2.	Jumat 07-04-2023 09.30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Klien mengatakan makan habis ½ porsi secara sedikit sedikit (2) Nafsu makan sudah ada namun masih sedikit sakit pada saat menelan (3) Mual sudah tidak ada dan klien mengatakan sering minum air hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Bb klien belum di kaji ulang (2) Klien tampak ada motivasi untuk makan (3) Klien tampak lebih segar 	RESITA

		A :Masalah teratasi P :pertahankan intervensi	
3.	Jumat 07-04-2023 jam 09.20	S : (1) klien dan keluarga mengatakan pengetahuan nya bertambah dan lebih dari yang sebelumnya karena membaca dari leaflet yang di berikan terhadap penyakit yang di alaminya setelah di berikan penjelasan O : (1) Klien dan keluarga tampak mampu menjelaskan sebagian dari mulai definisi,penyebab ,dll terkaitpenyakit nya SNNT (2) Klien tampak sudah memahami terkait penyakitnya (3) Klien tampak kooperatif A :Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi	RESITA
4.	Jumat 07-04-2023 Jam 09.10	S : (1) Klien dan keluarga mengatakan mengerti apa yang di jelaskan mengenai infeksi dan cara perawatan luka agar terhindar dari infeksi dan menjelaskan langkah perawatan luka (2) Adanya nyeri skla 2 (0-10) (3) Klien merasa nyaman setelah di lakukan perawatan luka dan pelepasan drain O : (1) Tampak luka di daerah leher dengan produksi darah akibat pelepasan drain (2) Klien tampak tidak bertanya tanya mengenai luka (3) Keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi POD 3 pada saat dilakukan perawatan luka ,luas luka sekitar 5 cm dan di tutup kebal oleh kasa (4) Klien tampak nyaman setelah di lakukan perawatan luka dan pelepasan drain A :Masalah teratasi P : Pertahankan Intervensi	RESITA

Kesimpulan : Dari ke 4 diagnosa yang di ambil dapat teratasi.

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis akan membahas mengenai masalah yang di temukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.I dengan gangguan sistem endokrin berhubungan dengan Post Operasi Isthmolobektomi atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik Hari pertama Di ruang Ruby Atas RSUD dr. Slamet Garut. penulis telah mendapatkan satu pengalaman dan keterampilan secara langsung dengan menggunakan metode asuhan keperawatan melalui 5 tahapan proses keperawatan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 05 april sampai dengan 7 april 2023 selama melakukan asuhan keperawatan ini penulis menemukan beberapa hambatan tetapi dia atasi dengan adanya faktor pendukung.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawaatan, dimana dalam tahap ini kita mengumpulkan data dari klien, keluarga, petugas kesehatan yang ada maupun dari pendokumentasian yang ada di ruangan. Data yang di peroleh merupakan data yang subjektif dan objektif kemudian dianalisis dan di rumuskan menjadi diagnosa keperawatan. Selama pengkajian di temukan data pada Ny.I post operasi isthmolobektomi atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik yaitu :

Hasil pengkajian yang di dapatkan pada Ny. I Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Oprasi Isthmolobektomi Hari Ke 1 atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik di Ruang Rubby Atas RSUD dr. Slamet

Garut, tanggal 05 -07 april 2023 yaitu hasil pemeriksaan laboratirium menunjukkan hasil yang normal tidak ada gangguan hipotiroid atau hipertiroid dengan hasil TsHs 0,40UL/ML , sedangkan nilai normal normlnya 0,27-4,7 dan hasil FT4 dengan hasil1,34 Mg/Dl . Klien mengeluh nyeri pada luka operasi pada lehernya ,dengan kualitas nyeri terasa seperti tersayat sayat nyeri di rasa hanya di daerah bekas luka operasi saja tidak menyebar dengan skla nyeri 6 dari(0-10) nyeri dirasa hilang timbul nyeri hilang atua berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerakan leher dan saat menelan.

Berdasarkan pengkajian pada Ny .I dengan Post operasi isthmolobektomi atas indikasi struma nodosa non toksik hari pertama pasien mengeluhkan nyeri diarea luka operasi.proses penyembuhan luka secara klasik dibagi menjadi 4 tahap yaitu ada hemostasis (pembekuan darah),Inflamasi (peradangan),proliferasi(pembentukan jaringan baru), dan remodeling (pematangan/penguatan jaringan. Saat terjadinya luka pada fase awal (emostatis) akan selalu berupa keluarnya darah. selama proses inilah hemostasis (pembekuan darah) yang adekuat terjadi, Baik jalur koagulasi ekstrinsik dan intrinsik diaktifkan dan berperan dalam menghentikan kehilangan darah (*Wallace et al., 2022*).

Tahapan selanjutnya adalah inflamasi, normal terjadinya peradangan pada saat terjadinya luka. tahap ini penyembuhan luka terjadi dalam 24 jam pertama setelah cedera terjadi dan dapat terjadi terjadi hingga 2 minggu pada luka normal dan secara signifikan akan lebih lama pada luka

kronis. Sel mast melepaskan butiran berisi enzim, histamin dan amina aktif lainnya, yang bertanggung jawab atas tanda-tanda dari karakteristik peradangan, rubor (kemerahan), calor (panas), tumor (pembengkakan) dan dolor (nyeri) di sekitar lokasi luka. Neutrofil, monosit, dan makrofag adalah sel kunci selama fase inflamasi (Schultz et al., 2011). Pada tahapan Proliferasi dimulai dari terbentuknya jaringan baru pada luka dan mulai produksinya kolagen. Pada hari ke 5-7, fibroblas mulai menghasilkan kolagen dan glikosaminoglikan baru. (Wallace et al., 2022).

Remodelling yaitu tahapan yang terakhir dari penyembuhan luka adalah remodelling atau pematangan (penguatan jaringan). Tahapan ini dimulai dua sampai tiga minggu setelah timbulnya lesi dan dapat berlangsung selama satu tahun atau lebih (Gonzalez et al., 2016).

2. Tahap Diagnosa keperawatan

Dari teori di atas di temukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post operasi Isthmolobektomi sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi isthmolobektomi
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan proses menelan
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- d. Resiko infeksi ditandai dengan luka insisi post operasi isthmolobektomi

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa yang muncul pada Ny.I dengan post operasi Isthmolobektomi atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Diagnosa keperawatan ini diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi pada leher, dengan kualitas nyeri terasa seperti tersyat sayat, nyeri terasa hanya di daerah luka operasi saja tidak menyebar dengan skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri dirasa hilang timbul atau berkurang pada saat di beri obat dan nyeri timbul pada saat mengerjakan leher dan saat menelan makanan. Data objektifnya yaitu klien tampak meringis, klien bersikap protektif terhadap nyeri, terdapat luka operasi pada leher sebelah kanan dengan panjang ± 5 cm. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan atau tindakan.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan proses menelan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) bahwa defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dengan data subyektif tidak jelas dengan data objektif berat badan menurun 10% di bawah rentang ideal. Dengan penyebab lain seperti ketidak

mampuan menelan makanan, ketidak mampuan mencerna makanan, ketidak mampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis : finansial tidak mencukupi), faktor psikologi (mis : stress, keengganan untuk makan). Diagnosa ini diangkat karena didapatkan data subjektif klien mengatakan makan habis ¼ porsi, tidak nafsu makan, adanya mual, adanya rasa nyeri pada saat proses menelan dengan data objektif yaitu makanan klien tampak masih tersisa banyak, klien tampak kesakitan saat menelan (meringis), berat badan sebelum sakit 57 dan pada saat sakit menjadi 52 kg dan penurunan ini wajar terjadi pada struma nodosa non toksik

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi menurut Standar diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) bahwa defisit pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya pengetahuan kognitif terkait topik tertentu dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas. data objektif defisit pengetahuan, termasuk dengan menunjukkan perilaku yang tidak dianjurkan dan mengidentifikasi kesalahan pemahaman tentang masalah tersebut Penyebab kecemasan adalah ketakutan atau kekhawatiran yang akan datang menimbulkan ketakutan karena penyakit yang dideritanya. Diagnosa ini diangkat karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya terbatas terhadap penyakitnya yang dialami. Data objektif yaitu klien dan keluarga tampak menanyakan terkait penyakitnya, klien tampak bingung dan sedikit cemas.

d. Resiko infeksi di tandai dengan luka insisi post operasi isthmolobektomi Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019). bahwa resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan atau terserang nya organisme patogenik. untuk data subjektif dan objektif individu terhadap objeknya tidak jelas. tetapi ada faktor resiko yang bisa menyebabkan adanya resiko infeksi adanya penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh secara primer dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh secara sekunder. kondisi klinis terkait resiko infeksi terdapat adanya AIDS, luka bakar, tindakan invasif, gagal ginjal, gangguan fungsi hati dan diabetes melitus. Diagnosa ini di angkat karena pada saat pengajian klien mengatakan data subjectif yaitu klien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka setelah operasi ,adanya rasa nyeri 6 (0-10). Data objectif yaitu tampak luka di daerah leher ± 5 cm dan terpasang drain dengan produksi darah dan normal pada pod 1 dan tertutup kasa ,klien tampak menanyakan seputar luka, keadaan luka belum menunjukkan tanda tanda infeksi karena klien pada saat itu POD 1

3. Intervensi keperawatan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan karena adanya kerjasama, dukungan, bantuan dari keluarga klien dan petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya perencanaan.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2018):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi ishmolobektomi dengan tujuan perawatan yang akan di lakukan 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri akan berkurang yang di tunjukan dengan nyeri berkurang atau hilang,meringis menurun,tekanan darah membaik (SLKI),perencanaan meliputi mengidentifikasi lokasi,karakteristik,kualitas,intensitas,skala nyeri ,mengidentifikasi respon nyeri non verbal mengobservasi tanda tanda vital,memberikan dan mengajarkan tehnik non farmakologis distraksi relxasi untuk mengurangi rasa nyeri ,memberikan obat sesuai dengan advice dokter (SIKI)
- b. Defisite nutrisi berhubungan dengan gangguan proses menelan dengan tujuan di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan defisite nutrisi tidak terjadi dengan kriteria hasil porsi makan meningkat,berat badan meningkat,nafsu makan meningkat,mual menghilang,(SLKI).Perencanaan tindakan keperawatan mengobservasi asupan makanan,mengobservsi berat badan klien,kaji tanda yang yang dapat menyebabkan mal nutrisi,an jurkan pasien untuk makan sedikit sedikit namun serinang apabila merasa mual dan sakit saat menelan,anjurkan makan selagi hangat,motivasi klien untuk makan,kolaborasi dengan ahli gizi pemberian makan lunak bubur (SIKI).
- c. Defiste pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan tujun tindakan 3x24 jam defisite pengetahuan membaik

dengan kriteria hasil pengetahuan klien dan keluarga meningkat,dapat menjelaskan topik yang yang di bahas meningkat,menunjukkan perubahan perilaku (SLKI).Perencanaan yang di lakukan meliputi identifikasi kesipan dan kemampuan menerima informasi,sediakan materi dan media leaflet pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan topik yang jelas,berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya,evaluasi hasil penkes yang di berikan,berikan reinforcemen positif atas pencapaian yang di lakukan (SIKI),

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi tindakan operasi isthmolobektomi dengan tujuan tindakan 3x 24 jam resiko infeksi di harapkan tidak terjadi dengan kriteria hasil tidak timbul tanda tanda infeksi,nyeri menurun,pengetahuan klien dapat bertambah mengenai resiko infeksi (SLKI).Perencanaan yang di lakukan meliputi monitor tanda dan gejala infeksi, , berikan perawatan luka steril setiap hari,berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai perawatan luka, tanda infeksi,dan cara perawatan luka, anjurkan meningkatkan asupan makanan,kolaborasi dengan dokter pemberian obat antibiotik ceftriaxon (SIKI).

4. Tahap Implementasi

Dalam tahap ini penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Penulis tidak menemukan data atau respon yang menyimpang antara teori dan praktek lapangan. dalam

melaksanakan tindakan keperawatan penulis selalu menjelaskan kepada pasien sesuai prosedur sehingga pasien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Tahap evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. I penulis menemukan 4 masalah keperawatan, diantaranya: nyeri akut, defisit nutrisi, defisit pengetahuan, risiko infeksi. Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post operasi isthmolobektomi masalah teratasi dengan hasil evaluasi klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (0-10), hasil TTV: TD:122/80mmHg, N:86x/menit, R:20x/menit, S:36 °C, SPO2 :97% klien tampak tidak terlalu bersikap protektif terhadap nyeri, klien tidak nampak terlalu meringis. Pada diagnosis ke 2 yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan proses menelan dengan hasil evaluasi masalah teratasi klien mengatakan makannya habis ½ porsi dengan sedikit sedikit, nafsu makan klien sudah ada namun masih sedikit sakit pada saat menelan, mual sudah berkurang dan klien sering minum air hangat, dengan data objektif klien tampak ada motivasi untuk makan dan lebih segar dari sebelumnya. Pada diagnosis ke 3 yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan hasil evaluasi masalah teratasi

dengan data subjectif klien dan keluarga mengatakan pengetahuannya bertambah dari sebelumnya, klien dan keluarga mampu menjelaskan apa yang telah dijelaskan dan data objectif yaitu klien dan keluarga mampu memahami dan mampu menjelaskan terkait penyakit yang dialaminya, klien pun tampak kooperatif selama perawatan. Pada diagnosis ke 4 risiko infeksi ditandai dengan luka insisi tindakan operasi isthmolobektomi dengan hasil evaluasi masalah teratasi dengan data subjectif klien mengerti tentang infeksi, langkah perawatan luka yang benar, namun masih ada nyeri skala 2 dan data objectif klien tampak luka di daerah leher dengan produksi darah akibat pelepasan drain, klien tidak bertanya mengenai luka, luka tidak nampak adanya tanda-tanda infeksi POD 3 pada saat dilakukan perawatan luka, luka panjang sekitar 5 cm dan ditutup kassa.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.I dengan post operasi isthmolobektomi hari pertama atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik di ruang Ruby Atas RSUD dr. Slamet Garut maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny .I dengan post operasi Isthmolobektomi hari pertama atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik . penulis mendapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, pasien tampak lemas dan meringis,merasa bingung tentang kondisi kesehatan saat ini.
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny.I dengan post operasi Isthmolobektomi hari pertama atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik . Adapun diagnosa yang muncul pada pasien yaitu, nyeri akut, defisite nutrisi ,defisit pengetahuan dan resiko infeksi.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny.I dengan post operasi Isthmolobektomi hari pertama atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik berdasarkan prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan post operasi Isthmolobektomi hari pertama atas indikasi

Struama Nodusa Non Toksik sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny . I dengan post operasi Isthmolobektomi hari pertama atas indikasi Struma Nodusa Non Toksik . Dari keempat masalah yang muncul teratasi dengan baik.

B. REKOMENDASI

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.I dengan post operasi herniotomy hari pertama atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

a. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual terhadap pasien post operasi Isthmolobektomin atas indikasi Struma Nodusa Non Toksik berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh selama pendidikan dengan memperbanyak latihan kasus dan jadwal praktek lapangan.

b. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien diharapkan dapat memperoleh pengetahuan yang telah perawat dan harus terus melakukan perawatannya dirumah, serta keluarga pasien harus selalu memberikan dorongan, motivasi, semangat dan selalu mendoakan pasien

c. Bagi Perawat

Dalam memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik dan optimal kepada pasien, perawat diharapkan memperdalam ilmu kesehatan terutama keperawatan dengan cara mengikuti pelatihan - pelatihan yang terkait seperti seperti perawatan luka post operasi, dan membaca literatur serta mengadakan penelitian yang berhubungan dengan perawatan luka post operasi.

d. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan mutu pelayanan rumah sakit lebih ditingkatkan lagi, baik segi sarana maupun prasarana agar memberikan pelayanan yang lebih memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhiansyah, A. O. (2016). *Kanker Tiroid : Surgery Mapping*. Airlangga University Press. Armerinayanti, N. W. (2)
- Azamris. 2020. *Buku Ajar Kelainan Tiroid .yogjakarta : Deepublish*.
- CINTIA, A. (2022). Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Struma Nodosa Non Toksik Dengan Tindakan Ismolobektomi Di ruang Operasi Rumah Sakit Bhayangkara Polda Lampung Tahun 2022 (Doctoral dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
- Alkabban; M. Fadi Bhupendra C. Patel. 2020. "Nontoxic Goiter." National Library Medicine. diakses 16 juni 2023 pada <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK48224/>
- 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).
- Hadinata Dian . A . J . A , 2022 . Metodologi Keperawatan . Bandung : Widina Bhakti Persada Bandung .
- Hartoyo, M., Musiana, N., Handayani, R. S., & Kep, M. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Haswita, & Reni Sulistyowati. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta
Jakarta: Mediacion
- James R Maulinda. MsD., FACP (2018). Medscape. Goiter. <https://emedicine.Medscape.com/article/120034-overview#a6-> diakses pada 16 juni, 2023.
- 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.v48i1.3>
- Rekam Medik dan Profil Penyakit Tidak Menular Tahun 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2007 ISBN : 978-602-416-176-7.
- Rekam Medik RSUD Data Penyakit Dr Slamet Garut tahun 2022
- Riskesdas. (2019). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia*: Departemen Kesehatan Indonesia.

- Tampatty, Gabriela, Vonny Tubagus, and Alfa Rondo. 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.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia Timur : CV. Trans Info Media.
- World Health Organization. (2020). *Data Penyakit Terbanyak Di Dunia*.
- Yunike, dkk. (2023). *Manajemen Luka Sumatera Barat* : PT. Global Eksekutif Teknolog

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama :Resita Novianti Hartini
Tempat Tanggal Lahir :Garut,09 November 2001
Jenis Kelamin :Perempuan
Alamat :Kp.Bentar Hilir RT 03 RW 19 Kecamatan
Garut Kota, Kabupaten Garut.
Agama :Islam
Pekerjaan :Mahasiswa

B. Riwayat Hidup

1. Tk AR-rasyid :Tahun 2007-2008
2. SDN Sukamentri 07 :Tahun 2008-2014
3. SMPN 5 Garut :Tahun 2014-2017
4. SMK YBKP 3 Garut :Tahun 2017-2020
5. Mahasiswa DIII Keperawatan STikes Karsa Husada 2020 sampai
sekarang .

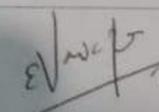
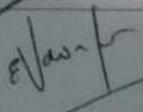
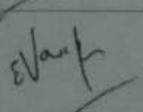
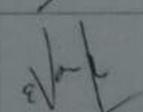
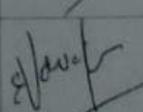
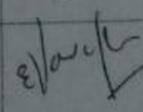
LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Resita Novianti Hartini

NIM : KHGA 20122

Pembimbing : Edessa Valtarina, S.Kep., Ners. M.Kep.

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny I Pasi Op
atas indikasi struma nodosa non toksik. Ismolobektomi hari ke 1

NO	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing
	Masuk	Keluar			
1.	29-05-2023		Bab I	Revisi bab I Abstrak - Det. Rn - paku samud I - LB.	
2	21-05-2023		Bab I bab II	Revisi bab I Revisi bab II	
3	07-06-2023		Bab I Bab III	Revisi bab I & Bab II	
4	08-06-2023		Bab I bab II bab III	Revisi bab III Revisi bab I, II	
5	12-06-2023		bab III	Revisi bab III PQRST tabel intervensi satukan	
6	14-06-2023		Bab I	Revisi bab I LB. Abstrak masuk kan diagnosis bab I masuk	

7	16-06-2023			efek post operasi	evaluasi
8	21 Juni - 2023			Bab 1 Masukan Tujuan Penulisan bab III Evaluasi satuhan dengan tabel intervensi	evaluasi
9	22-06-2023			Bab 4 Masukan etiologi dan keterangan evaluasi	evaluasi
10	23-06-2023			ACC Bab 1 bab 2 bab 3 bab 4	evaluasi