

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan masyarakat perkotaan dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya lingkungan, perilaku, akses pelayanan kesehatan dan kependudukan gaya hidup masyarakat perkotaan saat ini, yang sering mengkonsumsi pola makan yang kurang sehat dan kurangnya olahraga. Dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat perkotaan itu sendiri. Keadaan ini memicu berbagai jenis penyakit yang diderita oleh masyarakat perkotaan. Salah satunya adalah pembengkakan pada leher atau biasa disebut struma nodosa atau gondok. Penyebab struma nodosa antara lain terpaparnya oleh goitrogen, pencemaran lingkungan, gangguan hormonal dan riwayat radiasi pada area kepala dan leher. Goiter pembesaran kelenjar tiroid atau gondok adalah salah satu cara mekanisme kompensasi tubuh terhadap kurangnya unsur yodium dalam makanan dan minuman. Keadaan ini, dapat menghambat pembentukan hormon tiroid oleh kelenjar tiroid. Goiter endemik, sering terdapat di daerah-daerah yang air minumnya kurang mengandung yodium. Di Indonesia, banyak terdapat di daerah pegunungan, namun ada juga yang ditemukan di dataran rendah ditepi pantai, seperti Minangkabau, Dairi, Jawa, Bali dan Sulawesi (Anies, 2008).

Kelenjar tiroid adalah salah satu dari kelenjar endokrin terbesar pada tubuh manusia. Kelenjar ini dapat ditemui dibagian depan leher, sedikit dibawah laring. Kelenjar ini, berfungsi untuk mengatur kecepatan tubuh membakar energi, membuat protein dan mengatur sensitivitas tubuh terhadap hormon lainnya. Kelenjar tiroid mensekresi tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3). Kedua hormon ini, sangat meningkatkan kecepatan metabolisme tubuh. Kekurangan total sekresi tiroid, biasanya menyebabkan penurunan metabolisme basal kira – kira 40 -50 persen dibawah normal. Bila kelebihan sekresi tiroid sangat hebat, dapat meningkatkan kecepatan metabolisme sampai setinggi 60-100 persen diatas

normal. Karena pentingnya fungsi tiroid ini, kelainan pada kelenjar tiroid akan berpengaruh besar pada proses fisiologis tubuh (Muttaqin, 2008).

Lokasi anatomik kelenjar tiroid sangat unik, berada di superfisial maka, nodul tiroid, dengan mudah dapat dideteksi baik melalui pemeriksaan fisik maupun dengan menggunakan berbagai diagnostik. Pada pemeriksaan penunjang tiroid, teraba nodul satu atau lebih maka ini disebut struma nodosa. Struma nodosa tanpa disertai tanda - tanda hipertiroidisme disebut struma non toksik. Struma nodosa, dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu berdasarkan jumlah nodul, bila jumlah nodul hanya satu disebut struma nodosa soliter (unidos) dan bila lebih dari satu, disebut multinodosa. Kelainan ini sangat sering dijumpai bahkan dapat dikatakan bahwa dari semua kelainan tiroid struma paling tidak sering ditemukan (Sodikin, 2009).

Penderita struma nodosa, biasanya tidak mengalami keluhan karena tidak adanya hipotiroidisme atau hipertiroidisme. Jumlah nodul bermacam macam, mungkin tunggal dan mungkin banyak terdapat nodul yang berkembang menjadi multinodular yang tidak berfungsi. Gejala awal yang ditemui adalah adanya benjolan di area leher tanpa adanya keluhan lain yang menyerupai. Kasus Struma nodosa non toksik, harus dilakukan penanganan yang segera dan pengobatan, serta perawatan yang adekuat, karena kemungkinan dapat menimbulkan keganasan. Disamping itu, keluhan klien yang tidak nyaman, karena adanya tekanan mekanik nodul terhadap organ sekitar serta adanya pertimbangan masalah kosmetik. Tindakan bedah, juga dapat dilakukan pada satu nodul jinak. Sebaiknya, bila hasil BAJAH (Biopsi aspirasi jarum halus positif ganas, maka perlu segera dilakukan tindakan pembedahan (Hawari, 2008).

Namun, pembedahan jika tidak dilakukan dengan baik beresiko tinggi mencederai dua unsur penting, yakni kelenjar parathyroid dan nervus rekumen laringeal. Pembedahan dan pembiusan, mempengaruhi semua sistem tubuh. Konsep diri yang kurang akan menghalangi kemampuan untuk beradaptasi dengan stress operasi dan memperburuk perasaan bersalah (Perry & Potter, 2009).

Paska operasi tiroidektomi, adalah salah satu tindakan operasi yang memerlukan perawatan dan penanganan yang baik. Dalam hal ini, Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan care provider dapat meningkatkan status kesehatan klien pre dan paska operasi tiroidektomi. Hal ini dapat meminimalkan komplikasi yang mungkin terjadi pada klien paska operasi tiroidektomi. Setiap klien yang mengalami pembedahan berisiko mengalami komplikasi, termasuk tiroidektomi (Talley, 2008).

Klien yang dilakukan pembedahan di Ruang Bougenvile Rumah Sakit Daerah Kota Yogyakarta pada tahun 2017 berjumlah 2.760 klien, jumlah klien yang menderita kasus Struma Nodosa Non Toxic yang dilakukan pembedahan ada 121 klien (0.043 % dari kasus pembedahan), (*Sumber RM, th 2017*).

Dari latar belakang data pasien yang tidak sampai 1% tersebut, penulis menggali semoga dapat memberi nilai positif bagi institusi pendidikan, Rumah Sakit maupun bagi penulis sendiri,

B. Rumusan Masalah

Tindakan pembedahan untuk mengangkat struma yang membesar (tiroidektomi) menjadi alternatif terakhir pada penderita struma nodosa. Pembedahan dan pembiusan mempengaruhi semua sistem tubuh. Perawatan sebelum dan sesudah pembedahan pada kasus tiroidektomi berfokus pada persiapan klien yang akan dilakukan pembedahan dan pengembalian klien ke tingkat kesehatan yang relatif fungsional sesegera mungkin. Kecepatan pemulihan bergantung pada jenis atau tingkat operasi, faktor risiko, manajemen nyeri dan komplikasi paska operasi. Peran perawat sangat dibutuhkan sebagai pelaksana memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka individu tertarik untuk melakukan studi kasus akhir program DIII Keperawatan RPL adalah **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.A Dengan Struma Nodosa Non Toxic di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta”**.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan Struma Nodosa Non Toxic di ruang perawatan Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari studi kasus ini adalah sebagai berikut:

- a. Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, pada klien Tn.A dengan Struma Nodosa Non Toxic yang dirawat di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.
- b. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan Struma Nodosa Non Toxic di ruang perawatan Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.
- c. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dengan Struma Nodosa Non Toxic di ruang perawatan Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah sakit

Penulisan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak pelayanan rumah sakit untuk, bahan peningkatan kinerja perawat pelaksana, dalam rangka peningkatan kualitas, pelayanan asuhan keperawatan, khususnya dalam melakukan Asuhan Keperawatan klien dengan Struma nodosa non toksik.

2. Bagi Penulis

Studi kasus ini dapat dipakai sebagai pengalaman belajar dalam menerapkan ilmu terutama ilmu studi kasus dengan cara melakukan

praktek tindakan keperawatan secara langsung terhadap klien dengan Struma nodosa non toksik

3. Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat untuk, mengembangkan ilmu pengetahuan terapan, khususnya berkaitan dengan melakukan Asuhan Keperawatan klien endokrin dengan Struma Nodosa Non Toksik.

E. Waktu Penulisan

Praktek tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu: pada tanggal 02 Juli 2018 sampai dengan 04 Juli 2018 di Ruang perawatan Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta. Dan diberikan waktu penulisan dan konsultasi ke dosen pembimbing karya tulis ilmiah mulai tanggal 05 Juli 2018 sampai dengan 21 Juli 2018.

F. Metode Penulisan

Dalam penulisan laporan akhir study kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif dan metode kepustakaan. Metode deskriptif yaitu tipe study kasus dengan pendekatan proses keperawatan, tehnik yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu dengan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Sumber data yang diperoleh atau yang digunakan adalah data primer yang di dapat langsung dari klien dan data sekunder, yang di dapat dari keluarga, tenaga kesehatan dan dokumen hasil pemeriksaan penunjang lainnya, sedangkan study kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR STRUMA

1. Pengertian

Struma disebut juga goiter adalah suatu pembengkakan pada leher oleh karena pembesaran kelenjar tiroid akibat kelainan glandula tiroid dapat berupa gangguan fungsi atau perubahan susunan kelenjar dan morfologinya (syaugi m.assegaf dkk,2015).

Dampak struma terhadap tubuh terletak pada pembesaran kelenjar tiroid yang dapat mempengaruhi kedudukan organ-organ di sekitarnya. Di bagian posterior medial kelenjar tiroid terdapat trakea dan esophagus. Struma dapat mengarah ke dalam sehingga mendorong trakea, esophagus dan pita suara sehingga terjadi kesulitan bernapas dan disfagia. Hal tersebut akan berdampak terhadap gangguan pemenuhan oksigen, nutrisi serta cairan dan elektrolit. Bila pembesaran keluar maka akan memberi bentuk leher yang besar dapat asimetris atau tidak, jarang disertai kesulitan bernapas dan disfagia (syaugi m.assegaf dkk,2015).

2. Etiologi

Penyebab utama struma nodosa ialah karena kekurangan yodium (Black and Hawks, 2009).

Defisiensi yodium dapat menghambat pembentukan hormon tiroid oleh kelenjar. Hal tersebut memungkinkan hipofisis mensekresikan TSH dalam jumlah yang berlebihan. TSH kemudian menyebabkan sel-sel tiroid mensekresikan tiroglobulin dalam jumlah yang besar ke dalam folikel, dan kelenjar menjadi bertambah besar. Penyebab lainnya karena adanya cacat genetik yang merusak metabolisme yodium, konsumsi goitrogen yang tinggi (yang terdapat pada obat, agen lingkungan, makanan, sayuran),

kerusakan hormon kelenjar tiroid, gangguan hormonal dan riwayat radiasi pada kepala dan leher (Rehman dkk, 2006).

Hal yang mendasari pertumbuhan nodul pada struma nodosa *non toxic* adalah respon dari sel-sel folikular tiroid yang heterogen dalam satu kelenjar tiroid pada tiap individu. Dalam satu kelenjar tiroid yang normal, sensitivitas sel-sel dalam folikel yang sama terhadap stimulus TSH dan faktor pertumbuhan lain (IGF dan EGF) sangat bervariasi. Terdapat sel-sel autonom yang dapat bereplikasi tanpa stimulasi TSH dan sel-sel sangat sensitif TSH yang lebih cepat bereplikasi. Selsel akan bereplikasi menghasilkan sel dengan sifat yang sama. Sel-sel folikel dengan daya replikasi yang tinggi ini tidak tersebar merata dalam satu kelenjar tiroid sehingga akan tumbuh nodul-nodul (syaugi m.assegaf dkk,2015).

3. Patofisiologi

Yodium merupakan bahan utama yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan hormon tiroid. Bahan yang mengandung yodium diserap usus, masuk kedalam sirkulasi darah dan ditangkap paling banyak oleh kelenjar tiroid. Dalam kelenjar, yodium dioksida menjadi bentuk yang aktif yang distimulasikan oleh *Tiroid Stimulating Hormon* (TSH) kemudian disatukan menjadi molekul tiroksin yang terjadi pada fase sel koloid. Senyawa yang terbentuk dalam molekul diyodotironin membentuk tiroksin (T4) dan molekul triiodotironin (T3). Tiroksin (T4) menunjukkan pengaturan umpan balik negatif dari sekresi TSH dan bekerja langsung pada tirotriphypofisis, sedangkan T3 merupakan hormon metabolik yang tidak aktif. Akibat kekurangan yodium maka tidak terjadi peningkatan pembentukan T4 dan T3, ukuran folikel menjadi lebih besar dan kelenjar tiroid dapat bertambah berat sekitar 300-500 gram. Beberapa obat dan keadaan dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan metabolisme tiroid sekaligus menghambat sintesis tiroksin (T4) dan melalui rangsangan umpan balik negatif meningkatkan pelepasan TSH oleh kelenjar hipofisis. Keadaan ini menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid. Biasanya tiroid

mulai membesar pada usia muda dan berkembang menjadi multinodular pada saat dewasa. Karena pertumbuhannya berangsurangsur, struma dapat menjadi besar tanpa gejala kecuali benjolan di leher. Sebagian besar penderita dengan struma nodosa dapat hidup dengan strumanya tanpa keluhan. Walaupun sebagian struma nodosa tidak mengganggu pernafasan karena menonjol kebagian depan, sebagian lain dapat menyebabkan penyempitan trakea bila pembesarannya bilateral (syauqi m.assegaf dkk,2015).

Klasifikasi

Secara klinis pemeriksaan klinis struma nodosa dapat dibedakan menjadi (Tonacchera, dkk, 2009):

a. Struma nodosa *toxic*

Struma nodosa *toxic* dapat dibedakan atas dua yaitu struma nodosa diffusa *toxic* dan struma nodosa nodosa *toxic*. Istilah diffusa dan nodosa lebih mengarah kepada perubahan bentuk anatomi dimana struma nodosa diffusa *toxic* akan menyebar luas ke jaringan lain. Jika tidak diberikan tindakan medis sementara nodosa akan memperlihatkan benjolan yang secara klinik teraba satu atau lebih benjolan (struma nodosa multinodular *toxic*). Struma nodosa diffusa *toxic* (tiroktosis) merupakan hipermetabolisme karena jaringan tubuh dipengaruhi oleh hormon tiroid yang berlebihan dalam darah. Penyebab tersering adalah penyakit *Grave* (gondok eksoftalmik/exophtalmic struma nodosa), bentuk tiroktosis yang paling banyak ditemukan diantara hipertiroidisme lainnya. Perjalanan penyakitnya tidak disadari oleh pasien meskipun telah diidap selama berbulan-bulan. Antibodi yang berbentuk reseptor TSH beredar dalam sirkulasi darah, mengaktifkan reseptor tersebut dan menyebabkan kelenjar tiroid hiperaktif.

b. Struma nodosa *non toxic*

Struma nodosa *non toxic* sama halnya dengan struma nodosa *toxic* yang dibagi menjadi struma nodosa diffusa *non toxic* dan struma nodosa nodosa *non toxic*. Struma nodosa *non toxic* disebabkan oleh kekurangan yodium yang kronik. Struma nodosa ini disebut sebagai simpel struma nodosa, struma nodosa endemik, atau struma nodosa koloid yang sering ditemukan di daerah yang air minumnya kurang sekali mengandung yodium dan goitrogen yang menghambat sintesa hormon oleh zat kimia

Struma nodosa dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu (Roy, 2011):

- a. Berdasarkan jumlah nodul: bila jumlah nodul hanya satu disebut struma nodosa soliter (uninodosa) dan bila lebih dari satu disebut struma multinodosa.
- b. Berdasarkan kemampuan menyerap yodium radioaktif, ada tiga bentuk nodul tiroid yaitu nodul dingin, hangat, dan panas. Nodul dingin apabila penangkapan yodium tidak ada atau kurang dibandingkan dengan bagian tiroid sekitarnya. Hal ini menunjukkan aktivitas yang rendah. Nodul hangat apabila penangkapan yodium sama dengan sekitarnya. Ini berarti fungsi nodul sama dengan bagian tiroid lainnya. Dan nodul panas bila penangkapan yodium lebih banyak dari sekitarnya. Keadaan ini memperlihatkan aktivitas yang berlebih.
- c. Berdasarkan konsistensinya lunak, kistik, keras dan sangat keras.

Manifestasi Klinis

Beberapa penderita struma nodosa *non toxic* tidak memiliki gejala sama sekali. Jika struma cukup besar, akan menekan area trakea yang dapat mengakibatkan gangguan pada respirasi dan juga esofagus tertekan sehingga terjadi gangguan menelan. Peningkatan seperti ini jantung

menjadi berdebar-debar, gelisah, berkeringat, tidak tahan cuaca dingin, dan kelelahan. Beberapa diantaranya mengeluh adanya gangguan menelan, gangguan pernapasan, rasa tidak nyaman di area leher, dan suara yang serak. Pemeriksaan fisik struma nodosa *non toxic* berfokus pada inspeksi dan palpasi leher untuk menentukan ukuran dan bentuk nodular. Inspeksi dilakukan oleh pemeriksa yang berada di depan penderita yang berada pada posisi duduk dengan kepala sedikit fleksi atau leher sedikit terbuka. Jika terdapat pembengkakan atau nodul, perlu diperhatikan beberapa komponen yaitu lokasi, ukuran, jumlah nodul, bentuk (diffus atau noduler kecil), gerakan pada saat pasien diminta untuk menelan dan palpasi pada permukaan pembengkakan. Pemeriksaan dengan metode palpasi dimana pasien diminta untuk duduk, leher dalam posisi fleksi. Pemeriksa berdiri di belakang pasien dan meraba tiroid dengan menggunakan ibu jari kedua tangan pada tengkuk penderita. Struma nodosa tidak termasuk kanker tiroid, tapi tujuan utama dari evaluasi klinis adalah untuk meminimalkan risiko terhadap kanker tiroid (wiseman,2011).

Gejala secara umum yaitu kelelahan dan kelesuan, sering mengantuk, jadi pelupa kesulitan belajar, kulit kering dan gatal, rambut dan kuku yang rapuh, wajah bengkak, konstipasi, nyeri otot, penambahan berat badan, peningkatan sensitifitas terhadap banyak pengobatan, menstruasi yang banyak, peningkatan frekuensi keguguran pada wanita hamil (wiseman,2011).

Pemeriksaan Penunjang

a. Inspeksi

Inspeksi dilakukan oleh pemeriksa yang berada di depan penderita yang berada pada posisi duduk dengan kepala sedikit fleksi atau leher sedikit terbuka. Jika terdapat pembengkakan atau nodul, perlu diperhatikan beberapa komponen yaitu lokasi, ukuran, jumlah nodul, bentuk (diffus atau noduler kecil), gerakan pada saat pasien diminta untuk menelan dan palpasi pada permukaan pembengkakan.

b. Palpasi

Pemeriksaan dengan metode palpasi dimana pasien diminta untuk duduk, leher dalam posisi fleksi. Pemeriksa berdiri di belakang pasien dan meraba tiroid dengan menggunakan ibu jari kedua tangan pada tengkuk penderita.

c. Tes Fungsi Hormon

Status fungsional kelenjar tiroid dapat dipastikan dengan perantara tes-tes fungsi tiroid untuk mendiagnosa penyakit tiroid diantaranya kadar total tiroksin dan triyodotiroin serum diukur dengan radioligand assay. Tiroksin bebas serum mengukur kadar tiroksin dalam sirkulasi yang secara metabolik aktif. Kadar TSH plasma dapat diukur dengan assay radioimunometrik. Kadar TSH plasma sensitif dapat dipercaya sebagai indikator fungsi tiroid. Kadar tinggi pada pasien hipotiroidisme sebaliknya kadar akan berada di bawah normal pada pasien peningkatan autoimun (hipertiroidisme). Uji ini dapat digunakan pada awal penilaian pasien yang diduga memiliki penyakit tiroid. Tes ambilan yodium radioaktif (RAI) digunakan untuk mengukur kemampuan kelenjar tiroid dalam menangkap dan mengubah yodida.

d. Foto Rontgen leher

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat struma telah menekan atau menyumbat trakea (jalan nafas).

e. Ultrasonografi (USG)

Alat ini akan ditempelkan di depan leher dan gambaran gondok akan tampak di layar TV. USG dapat memperlihatkan ukuran gondok dan kemungkinan adanya kista/nodul yang mungkin tidak terdeteksi waktu pemeriksaan leher. Kelainan-kelainan yang dapat didiagnosis dengan USG antara lain kista, adenoma, dan kemungkinan karsinoma.

f. Sidikan (Scan) tiroid

Caranya dengan menyuntikan sejumlah substansi radioaktif bernama technetium-99m dan yodium125/yodium131 ke dalam pembuluh darah. Setengah jam kemudian berbaring di bawah suatu kamera

canggih tertentu selama beberapa menit. Hasil pemeriksaan dengan radioisotop adalah teraan ukuran, bentuk lokasi dan yang utama adalah fungsi bagian-bagian tiroid.

g. Biopsi Aspirasi Jarum Halus

Dilakukan khusus pada keadaan yang mencurigakan suatu keganasan. Biopsi aspirasi jarum tidak nyeri, hampir tidak menyebabkan bahaya penyebaran sel-sel ganas. Kerugian pemeriksaan ini dapat memberikan hasil negatif palsu karena lokasi biopsi kurang tepat. Selain itu teknik biopsi kurang benar dan pembuatan preparat yang kurang baik atau positif palsu karena salah interpretasi oleh ahli sitologi.

4. Penatalaksanaan Keperawatan dan terapi Medis

Ada beberapa macam untuk penatalaksanaan medis jenis-jenis struma antara lain sebagai berikut :

a. Pemeriksaan radiologi

Foto rontgen dapat memperjelas adanya deviasi trakea, atau pembesaran struma yang pada umumnya secara klinis sudah bisa diduga, foto rontgen pada leher lateral diperlukan untuk evaluasi kondisi jalan nafas.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG). Manfaat USG dalam pemeriksaan tiroid :

- Untuk menentukan jumlah nodul
- Dapat membedakan antara lesi tiroid padat dan kistik
- Dapat mengukur volume dari nodul tiroid.
- Dapat mendeteksi adanya jaringan kanker tiroid residif yang tidak menangkap yodium, dan tidak terlihat dengan sidik tiroid
- Untuk mengetahui lokasi dengan tepat benjolan tiroid yang akan dilakukan biopsi terarah
- Pemeriksaan sidik tiroid. Hasil pemeriksaan dengan radioisotop adalah tentang ukuran, bentuk, lokasi dan yang utama adalah fungsi bagian-bagian tiroid.

- c. Biopsi aspirasi jarum halus (*Fine Needle Aspiration Biopsy*). Biopsi ini dilakukan khusus pada keadaan yang mencurigakan suatu keganasan.

Penatalaksanaan Konservatif

- a. Pemberian Tiroksin dan obat Anti-Tiroid.

Tiroksin digunakan untuk menyusutkan ukuran struma, selama ini diyakini bahwa pertumbuhan sel kanker tiroid dipengaruhi hormon TSH. Oleh karena itu untuk menekan TSH serendah mungkin diberikan hormon tiroksin (T4) ini juga diberikan untuk mengatasi hipotiroidisme yang terjadi sesudah operasi pengangkatan kelenjar tiroid. Obat anti-tiroid (tionamid) yang digunakan saat ini adalah propiltiourasil (PTU) dan metimasol/karbimasol.

- b. Terapi Yodium Radioaktif .

Yodium radioaktif memberikan radiasi dengan dosis yang tinggi pada kelenjar tiroid sehingga menghasilkan ablasi jaringan. Pasien yang tidak mau dioperasi maka pemberian yodium radioaktif dapat mengurangi gondok sekitar 50 %. Yodium radioaktif tersebut berkumpul dalam kelenjar tiroid sehingga memperkecil penyinaran terhadap jaringan tubuh lainnya. Terapi ini tidak meningkatkan resiko kanker, leukimia, atau kelainan genetik. Yodium radioaktif diberikan dalam bentuk kapsul atau cairan yang harus diminum di rumah sakit, obat ini biasanya diberikan empat minggu setelah operasi, sebelum pemberian obat tiroksin.

- c. Tiroidektomi

Tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat kelenjar tiroid adalah tiroidektomi, meliputi subtotal ataupun total. Tiroidektomi subtotal akan menyisakan jaringan atau pengangkatan 5/6 kelenjar tiroid, sedangkan tiroidektomi total, yaitu pengangkatan jaringan seluruh lobus termasuk istmus (Sudoyo,A.,dkk.,2009). Tiroidektomi merupakan prosedur bedah yang relative aman dengan morbiditas kurang dari 5 %.

Menurut Lang (2010), terdapat 6 jenis tiroidektomi, yaitu :

- Lobektomi tiroid parsial, yaitu pengangkatan bagian atas atau bawah satu lobus
- Lobektomi tiroid, yaitu pengangkatan seluruh lobus
- Lobektomi tiroid dengan isthmusectomy, yaitu pengangkatan satu lobus dan istmus
- Subtotal tiroidektomi, yaitu pengangkatan satu lobus, istmus dan sebagian besar lobus lainnya.
- Total tiroidektomi, yaitu pengangkatan seluruh kelenjar
- Tiroidektomi total radikal, yaitu pengangkatan seluruh kelenjar dan kelenjar limfatik servikal.

Komplikasi

- a. Gangguan menelan atau bernafas
- b. Gangguan jantung baik berupa gangguan irama hingga penyakit jantung kongestif (jantung tidak mampu memompa darah keseluruh tubuh)
- c. Osteoporosis, terjadi peningkatan proses penyerapan tulang sehingga tulang menjadi rapuh, keropos dan mudah patah.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

- a. Identifikasi pasien.
- b. Kaji keluhan utama pasien. Pada klien pre operasi mengeluh terdapat pembesaran pada leher. Kesulitan menelan dan bernapas. Pada post operasi thyroidectomy keluhan yang dirasakan pada umumnya adalah nyeri akibat luka operasi.
- c. Riwayat penyakit sekarang. Biasanya didahului oleh adanya pembesaran nodul pada leher yang semakin membesar sehingga mengakibatkan terganggunya pernafasan karena penekanan trakhea eusofagus sehingga perlu dilakukan operasi.

- d. Riwayat penyakit dahulu. Perlu ditanyakan riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit gondok, sebelumnya pernah menderita penyakit gondok.
- e. Riwayat kesehatan keluarga. Ada anggota keluarga yang menderita sama dengan klien saat ini.
- f. Riwayat psikososial. Akibat dari bekas luka operasi akan meninggalkan bekas atau sikatrik sehingga ada kemungkinan klien merasa malu dengan orang lain.
- g. Pemeriksaan fisik. Pada umumnya keadaan penderita lemah dan kesadarannya kompos mentis dengan tanda-tanda vital yang meliputi tensi, nadi, pernafasan dan suhu yang berubah. Pada klien dengan pre operasi terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada post operasi thyroidectomy biasanya didapatkan adanya luka operasi yang sudah ditutup dengan kasa steril yang direkatkan dengan hypafik serta terpasang drain. Drain perlu diobservasi dalam dua sampai tiga hari. Biasanya pernafasan lebih sesak akibat dari penumpukan sekret efek dari anestesi, atau karena adanya darah dalam jalan nafas. Pada pemeriksaan reflek hasilnya positif tetapi dari nyeri akan didapatkan ekspresi wajah yang tegang dan gelisah karena menahan sakit.

2. Rumusan Diagnosa Keperawatan

- 1). Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional (prosedur operasi).
Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan membahayakan bagi pasien, maka tidak heran jika seringkali pasien dan keluarga menunjukkan sikap yang agak berlebihan dengan kecemasan yang mereka alami. Kecemasan yang mereka alami biasanya terkait dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat segala macam prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan (*Fitria, 2009*).

Peranan perawat dalam persiapan mental pasien dapat dilakukan dengan pemberian informasi, gambaran, penjelasan tentang tindakan persiapan operasi dan memberikan kesempatan bertanya prosedur operasi.

Hasil penelitian *Alimansur (2013)*, menunjukkan mayoritas pasien pre operasi mengalami kecemasan berat sebanyak 48 dari 68 total responden yang diteliti. Peranan perawat dalam memberi dukungan mental pada pasien sebelum operasi meliputi membantu pasien mengetahui tindakan-tindakan yang akan dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami pasien selama proses operasi, memberikan penjelasan terlebih dahulu setiap tindakan persiapan operasi sesuai tingkat perkembangan, memberikan dukungan mental, menganjurkan pasien untuk berdoa dan kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat pre medikasi.

2). Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.

3). Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, keadaan yang memperlihatkan ketidaknyamanan secara subjektif atau individual, menyakitkan tubuh dan kapan pun individu mengatakan adalah nyata. Reseptor nyeri terletak pada semua syaraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran yang mengelilingi otak dan usus (*Solehati dan Kosasih, 2015*).

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan pasien. Ada 2 cara penatalaksanaannya yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Relaksasi nafas dalam merupakan relaksasi menggunakan teknik pernafasan yang biasa

digunakan di Rumah Sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun (Solehati dan Kosasih, 2013).

4). Risiko infeksi.

Namun, pada sisi negatifnya, RS juga menjadi salah satu tempat yang berisiko menjadi sumber penyebaran penyakit. Rumah Sakit menjadi tempat penyakit infeksi karena terdapat populasi mikroorganisme yang tinggi. Dalam pelayanan Bedah bagaimana kita melakukan pencegahan terhadap IDO (Infeksi Daerah Operasi). Faktor risiko terjadinya IDO antara lain kondisi pasien, prosedur operasi, jenis operasi, dan perawatan pasca operasi (Kemenkes RI, 2011). Program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) RS bertujuan memutus mata rantai penularan infeksi, dengan program 6 langkah cuci tangan dan 5 moment cuci tangan, yaitu sebelum ke tempat pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh pasien, setelah dari lingkungan pasien dan setelah terkena cairan tubuh pasien. Jika perawat mampu menerapkan prinsip 6 langkah cuci tangan dan 5 moment cuci tangan maka risiko infeksi pada pasien akan jauh berkurang, (istiqomah, PPI RS Jogja, 2016).

5). Risiko perdarahan.

6). Ketidakefektivan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan spasme laringeal.

3. Perencanaan & Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Kecemasan berhubungan dengan krisis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan ... x jam tingkat kecemasan pasien dapat menurun, dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang menenangkan Jelaskan semua tindakan dan apa yang akan dirasakan selama tindakan Berikan informasi yang aktual tentang

situasional	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak mengatakan terjadi kecemasan. b. Tidak terjadi gangguan tidur. c. Tidak terjadi serangan panik. d. Tangan tidak gemetaran. e. Tidak marah yang berlebihan 	<p>diagnosa, tindakan dan prognosis</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Dorong secara tepat kepada keluarga untuk mendampingi pasien 5. Dukung perilaku pasien secara tepat 6. Dengarkan pasien dengan penuh perhatian 7. Ciptakan suasana saling percaya dengan pasien 8. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, persepsi dan ketakutan 9. Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi 10. Kaji tanda-tanda cemas secara verbal dan nonverbal
Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatanx.....jam, pasien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengetahui informasi kesehatan b. Pasien berperilaku sesuai dengan kondisinya c. Pasien mampu menghindari perilaku yang merugikan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nilai tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya 2. Jelaskan secara obyektif pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien 3. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan 4. Berikan informasi yang tepat kepada keluarga tentang kemajuan pasien 5. Hindari memberikan harapan kosong 6. Hindari taktik menakut-nakuti pasien dalam merubah pola perilaku pasien 7. Diskusikan dengan pasien tentang perubahan gaya 8. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi kronis 9. Berikan informasi secara tepat tentang kondisi pasien saat ini
Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis.	<p>Setelah dilakuka asuhan keperawatan x 24 jam pasien dapat menurunkan nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak melaporkan nyeri b. Tidak menunjukkan ekspresi nyeri c. Tidak mengerang dan menangis d. Tidak meringis e. Tidak menggosok area nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan , dan kebisingan) 3. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (misal : hipnosis, relaksasi, akupresur, pijatan, sensasi dingin/panas, distraksi, terapi

		<p>bermain, terapi aktivitas, terapi musik,) baik sebelum, setelah, bahkan selama terjadi nyeri bila memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan medikasi untuk mengurangi nyeri 6. Tingkatkan istirahat 7. Dorong pasien untuk mengungkapkan pengalaman nyerinya 8. Berikan infoirmasi tentang nyeri, termasuk penyebab nyeri, berapa lama akan terjadi, antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 9. Turunkan faktor –faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri
Risiko infeksi.	<p>Setelah dilakukan x 24 jam klien tidak terjadi peningkatan infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada kemerahan b. Tidak ada discharge yang berbau busuk c. Tidak ada sputum purulent d. Tidak ada demam e. Ada nafsu makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Ajarkan teknik cuci tangan pada pasien dan keluarga 4. Cuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan di tempat pasien 5. Terapkan universal precaution 6. Pakai sarung tangan steril sesuai indikasi 7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat (tindakan invasif) 8. Pastikan menggunakan teknik perawatan luka secara tepat 9. Dorong pasien untuk meningkatkan pemasukan nutrisi 10. Berikan antibiotik bila perlu 11. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
Risiko perdarahan.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan x 24 jam pasien tidak terjadi penurunan kehilangan darah dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak terjadi perdarahan b. Tidak ada perdarahan post operasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Monitor tanda dan gejala dari perdarahan yang menetap (catat berapa darah yang keluar) 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 4. Berikan medikasi secara tepat 5. Sarankan untuk tidak mengkonsumsi aspirin atau obat antikoagulan

	<p>c. Tidak terjadi kepeucatan di kulit dan membrane mukosa</p> <p>d. Tidak terjadi penurunan haemoglobin (Hb) dan hematokrit (Hmt)</p>	<p>lainnya</p> <p>6. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>7. Berika tranfusi darah (WB,PRC)</p> <p>8. Lindungi pasien dari trauma, terutama yang bias menyebabkan perdarahan.</p>
<p>Ketidakefektivan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan spasme laringeal.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan x 24 jam pasien tidak terjadi penurunan kehilangan darah dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <p>b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p>	<p>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2. Auskultasi suara nafas, catat bila ada suara tambahan.</p> <p>3. Monitor respirasi dan status O2</p> <p>4. Berikan bronkodilator bila perlu</p> <p>5. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p>6. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</p> <p>7. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p>

4. Evaluasi

Memeriksa kembali hasil pengkajian awal dan intervensi awal untuk mengidentifikasi masalah dan rencana keperawatan klien termasuk strategi keperawatan.

Evaluasi/ kesimpulan akhir didasarkan pada pengkajian awal, catatan perkembangan, data yang telah direvisi dan data klien yang terbaru.

Evaluasi menghasilkan informasi/ data yang baru. Informasi baru ini dibandingkan dengan informasi awal dan keputusan yang telah dibuat tentang tujuan yang telah dicapai.

C. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Mengutamakan aspek legal dokumentasi:

1. Komponen umum data menurut hukum.
Kondisi fisik, mental dan emosi. Prilaku. Program pengobatan / perawatan. Respon pasien terhadap perawatan.
2. Pedoman pencatatan data menurut hukum.
 - a. Memahami dasar hukum dari tuntutan mal praktek bagi perawat yang terlibat.
 - b. Memberikan informasi kondisi pasien secara tepat.
 - c. Memperlihatkan fakta secara tepat dan akurat mengenai penggunaan proses keperawatan.
 - d. Perhatikan terhadap situasi perawatan pasien. Misalnya: Pasien dengan masalah yang kompleks.
 - e. Situasi perawatan pasien yang membutuhkan intervensi care.
Perawatan klien penyakit akut.
3. Metode pencatatan data.
 - a. Penggunaan tinta.
 - Tinta hitam / biru.
 - Tidak dibenarkan memakai pensil – mudah dihapus – mudah dimodifikasi.
 - b. Tanda tangan.
 - masing-masing catatan pada setiap kegiatan ditanda tangani oleh pembuatannya (nama jelas dan gelar).
 - c. Kesalahan.
 - dicoret, lalu di atasnya ditulis salah kemudian ditanda tangani.
 - Tidak boleh dihapus / dihilangkan.

- d. Waktu.
 - Masing-masing catatan pada setiap kegiatan harus mencatat waktu/ hari kapan tindakan tersebut akan telah dilakukan.
- 4. Situasi yang memberikan kecenderungan pada tuntutan pengadilan.
 - a. Kesalahan administrasi pengobatan.
 - b. Kelemahan dalam supervisi pasien secara dan penggunaan alat.
 - c. Kelainan dalam mengangkat /mengecek benda asing setelah operasi.
 - d. Mengakibatkan pasien mengalami luka bakar.
 - e. Pemberhentian obat oleh perawat.
 - f. Tidak melakukan teknik antiseptik yang diharuskan.
 - g. Tidak mengikuti peraturan dan prosedur yang diharuskan.
 - h. Kelalaian tugas.
- 5. Hubungan etika dalam legalitas dokumentasi keperawatan.
 - a. Menjaga kerahasiaan dan privacy catatan pasien.
 - b. Kewajiban moral sehat dengan pencatatan elemen-elemen informed consent.
 - c. Menjaga kerahasiaan pernyataan / keterangan saksi.
 - d. Menjaga kerahasiaan hak pilih pasien.
- 6. Penanggung jawaban pelayanan keperawatan melalui dokumentasi keperawatan.
 - a. Berpegang pada kode etik.
 - b. Memberikan prioritas terhadap kebutuhan / masalah pasien.
 - c. Menggunakan standar dalam mencatat.
 - d. Menggunakan kebijaksanaan standar.
 - e. Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan kerja perawat secara luas dan profesional.

BAB III
KASUS DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Studi Kasus

Hari/Tanggal	: Senin, 2 Juli 2018
Jam	: 07.30
Tempat	: Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta
Oleh	: Suhardi
Sumber data	: Pasien dan status Rekam Medis
Metode	: Wawancara dan Pemeriksaan Fisik

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : T. A
- 2) Tempat Tgl Lahir : Yogyakarta, 08-11-1974
- 3) Umur : 44 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : STM
- 7) Pekerjaan : Swasta (bengkel motor di Banciro)
- 8) Status Perkawinan : Belum menikah
- 9) Suku / Bangsa : Jawa
- 10) Alamat : Gendeng GK 4/322 Gunung Kidul
- 11) No. RM : 720xxx
- 12) Tanggal Masuk RS : 01-07-2018

b. Penanggung Jawab / Keluarga

- 1) Nama : Bp. P
- 2) Umur : 73 tahun

- 3) Pendidikan : SMP
- 4) Pekerjaan : Pensiunan PNS
- 5) Alamat : Gendeng GK 4/322 Gunung Kidul
- 6) Hubungan dengan pasien : Bapak kandung
- 7) Status perkawinan : Menikah

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Klien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Klien merasa ada benjolan di leher sebelah kiri. Pada saat mau operasi di ruang persiapan gelisah, tidur di brankar sering ganti posisi, Tn A mengatakan “sedikit cemas”.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS :

Adanya benjolan di leher sebelah kiri kira-kira 3cm, jika menunduk leher terasa kaku dan mengganjal.

b) Riwayat Kesehatan Pasien ;

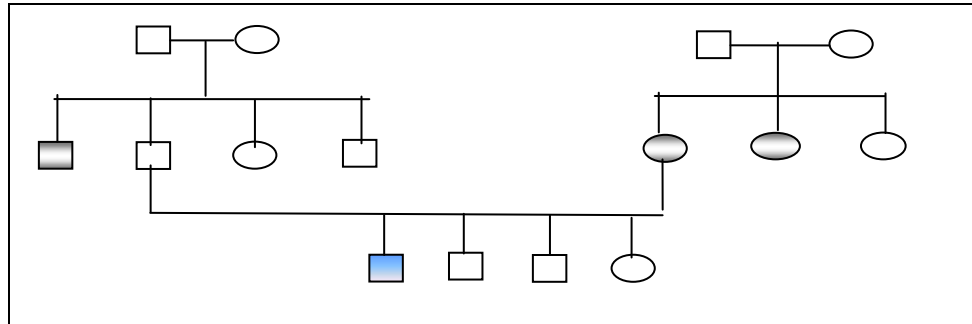
Sebelumnya pernah ada benjolan di leher kanan kurang lebih 7cm dan sudah dilakukan operasi tanggal 26 Maret 2018. Setelah itu muncul benjolan di leher kiri.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien pernah operasi benjolan di leher kanan dan tahun 2009 pernah patah tulang clavícula dan dioperasi pasang plate. Pasien memakai gigi palsu 3.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Keterangan Gambar :

Laki laki : □
Perempuan : ○
Klien : ■

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu dan budhe pasien pernah mengalami kanker payudara, bulik pasien mengalami DM, dan pakde mengalami stroke.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik – Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan biasanya makan 3 kali sehari sarapan, makan siang dan sore (nasi, sayur dan lauk), minum kira-kira 6 gelas per hari, Tn.A mengatakan makan dengan garam juga, tetapi tidak tahu kandungan yodium pada makan yang dimakannya,

b) Selama Sakit

Pasien mengatakan makan siang dan sore sebelum operasi.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning. Biasanya BAK kira-kira 6 kali sehari

dengan warna urin jernih, tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada rasa belum tuntas saat BAK dan tidak ada anyang-anyangan saat BAK.

b) Selama Sakit

Pagi hari sebelum operasi pasien sudah BAB dengan konsistensi lembek dan BAK 1 kali pada pagi sebelum operasi tanpa keluhan (warna jernih, lancar dan tidak ada nyeri).

3) Pola Aktivitas

a) Sebelum Sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Pasien mengatakan melakukan kegiatan sehari-hari bekerja di bengkel motor, tidak ada keluhan saat melakukan aktivitas sehari-hari dan bekerja, tidak ada sesak nafas ataupun lemas.

(2) Keadaan pernafasan

Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing

(3) Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak sesak nafas

b) Selama Sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Pasien selama sebelum operasi masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, mengganti baju operasi dan berjalan di kamar.

(2) Keadaan pernafasan

Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing, tidak ada kesulitan bernafas, hanya merasa ngganjel di leher.

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak sesak nafas.

(4) Skala ketergantungan

Tabel 1. Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)
 Pasien Tn.A di Ruang Bougenville Tanggal 02 – 08 - 2018

No	Fungsi	Skor	Uraian	NilaiSkor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Takterkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang-kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	2		
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Takterkendali/ pakai kateter			
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)			
		2	Mandiri	2		
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			
		1	Mandiri	1		
4..	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain			
		2	Mandiri	2		
5.	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan			
		2	Mandiri	2		
6.	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang)			
		2	Bantuan (2 orang)			
		3	Mandiri	3		
7.	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu			
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri	3		

8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju)	
		2	Mandiri	2
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	2
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	1
Total Skor				20
Tingkat Ketergantungan				Mandiri
Paraf & Nama Perawat				

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

20 : Mandiri

5-8 : Ketergantungan berat

9-1 : Ketergantungan Sedang

12-19 : Ketergantungan ringan

0-4 : Ketergantungan total

Tabel Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 2. Pengkajian Resiko Jatuh

Pasien Tn.A di Ruang Bougenville Tanggal 02 – 07 - 2018

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tgl 02/07	Skoring 2 Tgl	Skoring 3 Tgl
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0		
		Ya	25		
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak	0		
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan:				
	Bed rest/diabntu perawat	0	0		
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4.	Menggunakan infus	Tidak	0	0	
		Ya	25		
5.	Cara berjalan/berpindah:				
	Normal/bed rest/imobilisasi	0	0		
	Lemah	15			
	Terganggu	30			

6.	Status mental:	0
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0
	Lupa keterbatasan	15
Jumlah skor		0
Tingkat Resiko Jatuh		Tidak berisiko
Paraf & Nama Perawat		

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tingkat Risiko:

Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik

Risiko rendah bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar**

(lanjutkan formulir pencegahan)

Risiko Tinggi bila skor ≥ 51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi** (lanjutkan dengan pencegahan jatuh pasien dewasa)

Tabel Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel 3. Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Pasien Tn. A di Ruang Bougenville Tanggal 02 - 07 - 2018

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang inkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	4	4	4	4
	Total Skor	20			
	Paraf & Nama Perawat			
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak

Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor				
Total Skor				
Paraf & Nama Perawat				
Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinen	Kadang – kadang int/kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor				
Total Skor				
Paraf & Nama Perawat				

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus

12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus

<12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

Dengan hasil skor **20** (risiko rendah terjadi dekubitus).

4) Kebutuhan istirahat – tidur

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada keluhan untuk kebiasaan tidurnya.

Hanya leher yang terasa ngganjel saja. Biasanya tidur antara jam 23.00 – 05.00 Wib.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan leher terasa mengganjal sehingga tidak nyaman tidurnya saat di RS.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Saat pertama kali ada benjolan di leher pada bulan Maret 2018 pasien sudah mencari pertolongan di dokter, tidak mencari pengobatan alternatif. Saat muncul benjolan lagi di sebelah kiri pasien juga setuju untuk operasi kembali. Tetapi pasien mengatakan sebenarnya tidak tahu prosedur tindakan operasi yang akan dilakukan.

2) Pola hubungan

Selama mondok di RS hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik. Hubungan dengan dokter, perawat, ahli gizi dan praktikan baik. Pasien selalu ditunggu oleh bapak kandungnya. Selama pengobatan ini pasien selalu diantar dan didukung oleh keluarga.

3) Koping atau toleransi stres

Sejak tahu ada benjolan lagi di leher kiri pasien memeriksakan diri kembali ke poli onkologi. Pasien mengatakan lebih memilih untuk memeriksakan diri ke dokter daripada mencari alternatif lain dan mau mengikuti program terapi di RS. Pasien mengatakan menerima sakitnya dan yakin dengan operasi penyakitnya akan segera sembuh.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien mengatakan mau operasi tetapi tidak tahu prosedur operasinya dan apa yang akan dilakukan di kamar operasi, hanya tahu benjolannya diangkat. Pasien merasa cemas karena ini adalah operasi kedua di lehernya.

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan mengerti jika setelah operasi ada bekas luka di leher kiri. Sebelumnya juga sudah ada bekas luka di leher kanan. Pasien mengatakan menerima hasil luka operasi.

b) Harga Diri

Sejak sakit ini pasien merasa tetap dihargai dan dihormati oleh saudara-saudaranya dan teman-temannya.

c) Peran Diri

Pasien adalah karyawan bengkel, selama di RS sebagai pasien, Tn. A bersikap baik dan kooperatif dengan program terapi.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan yakin dengan operasi penyakitnya akan segera sembuh.

e) Identitas Diri

Pasien mengatakan sebagai seorang anak.

6) Seksual dan menstruasi

Pasien mengatakan laki-laki yang belum menikah.

7) Nilai

Pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan sholat 5 waktu, pasien juga mengatakan bahwa penyakitnya karena cobaan dari Allah SWT.

c. Aspek Lingkungan Fisik

Lingkungan rumah pasien baik. Lingkungan di kamar perawatan pasien bersih, tidak ada ceceran makanan, spreng rapi dan bersih, dan tidak ada semut.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Compos Mentis, agak gelisah

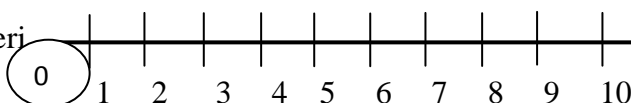
2) Status Gizi : TB = 168 cm

BB = 58 Kg

IMT= 20,5 (normal)

3) Tanda Vital : TD= 120/80 mmHg Nadi = 84 x/mnt

Suhu = 36,2 °C RR = 18 x/mnt

4) Skala Nyeri 

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo – Caudal*)

1) Kulit

Kulit bersih warna sawo matang, tampak baik, tidak ada sianosis.

2) Kepala

Bentuk mesocephal, bentuk simetris,vtak ada benjolan, rambut pendek, hitam dan bersih. Mata ishokor, simetris, visus normal. Telinga simetris dan bersih.

3) Leher

Ada benjolan di leher kiri, merasa agak menekan dan mengganjal, tidak terasa nyeri. Ada bekas luka operasi di leher sebelah kanan.

4) Tengkuk

Tidak ada benjolan

5) Dada

a) Inspeksi

Bentuk dada simetris, retraksi otot normal, areola dada berwarna gelap dan simetris.

b) Auskultasi

Vesikuler

c) Perkusi

Sonor

d) Palpasi

Tidak ada benjolan, simetris, tidak ada nyeri tekan.

6) Payudara

a) Inspeksi

Areola dada berwarna gelap dan simetris.

b) Palpasi

Tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

7) Punggung

Tidak ada nyeri punggung, tidak ada skoliosis dan lordosis.

8) Abdomen

a) Inspeksi

Warna kulit sawo matang, tidak ada kemerahan dan kekuningan, tidak ada bekas luka. Perut datar dan simetris.

b) Auskultasi

Bising usus 18x/menit.

c) Perkusi

Terdengar redup, tidak ada hepatomegali

d) Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

9) Panggul

Tidak ada nyeri panggul

10) Anus dan Rectum

Pasien mengatakan tidak pernah BAB darah dan tidak ada benjolan di anus.

11) Genetalia

a) Pada Wanita

b) Pada Pria

Pasien mengatakan genetalia bersih dan tidak ada sekret yang keluar.

12) Ekstremitas

a) Atas

Mampu menggerakkan tangan secara mandiri, tidak teraba benjolan dan terpasang infus RL 20 tts/mnt di lengan kanan. Tidak ada kelainan bentuk dan fungsi.

b) Bawah

Mampu menggerakkan kaki secara mandiri dan tidak teraba benjolan.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 4. Pemeriksaan laboratorium Tn.A di Ruang Bougenville Tgl 02 Juli 2018

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
01 – 07- 2018	Leukosit	9,0	4,4-11,3
	Eritrosit	4,34	4,1-5,1
	Haemoglobin	15,2	12,3-15,3
	Trombosit	344	350-470
	Masa perdarahan	2'3"	<6 menit
	Masa Penjendalan	8'30"	<12 menit
	GDS	198	70-140
	SGOT	26	<31
	SGPT	17	<32
	Ureum	34	10-50
	Creatinin	1,2	<1,2
	HbsAg	Negatif	
	Free T4	9,22	12,8-20,4
	TSH	0,09	0.27-4,20

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tabel 5. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pasien Tn. A di Ruang Bougenville Tanggal 02 –7 -2018

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan / Interpretasi
01-7-2018	Rontgen thorax	Cor n pulmo dbn

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Terapi

Tabel 6. Pemberian Terapi Pasien Tn. A di Ruang Bougenville Tgl 02/07/2018

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
01-07-2018	Injeksi Cefim	1 gram	IV jam 07.00
	Injeksi Cefim 1gr/12 jam	1 gram	IV
02-07-2018	Injeksi Ketorolac 1A/12 jam	30 mg	IV
2018	Injeksi Asam Tranexamat	500 mg	IV

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

B. ANALISA DATA

Pasien Tn.A di Ruang Bougenville Tanggal 02-07-2018

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS: Pasien mengatakan “saya tidak tahu tentang prosedur tindakan operasi”. Pasien mengatakan “saya hanya tahu jika benjolannya akan diambil”.	Kurang terpapar informasi	Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi
2.	DO: Pasien tidak mampu menjawab pertanyaan tentang prosedur tindakan operasi. DS: Pasien mengatakan “sedikit cemas mau melakukan operasi” DO: Gelisah, tidur di brankar sering mengganti posisi, dan tidur tidak nyenyak malam sebelum operasi. <i>suhardi</i> (Hardi)	Krisis situasi (prosedur tindakan operasi) <i>suhardi</i> (Hardi)	Kecemasan <i>suhardi</i> (Hardi)

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pre operasi

1. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi).
2. Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi. *suhardi*(Hardi)

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn. A Ruang : Bougenville

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	INTERVENSI
Senin, 02/07	Kecemasan berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi) <i>suhardi</i> (Hardi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit tingkat kecemasan pasien menurun, dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak mengalami kecemasan. • Pasien tidak mengalami gangguan tidur. • Pasien merasa nyaman. <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang. 2. Jelaskan semua tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Berikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Relaksasi nafas dalam. 5. Dorong keluarga untuk mendampingi pasien. <i>Suhardi</i> (Hardi)
Senin, 02/07	Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi <i>suhardi</i> (Hardi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit pasien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengetahui informasi tentang tindakan operasi. • 2. pasien berperilaku sesuai dengan kondisinya. <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. 2. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan. <i>suhardi</i> (Hardi)

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama Pasien / NO CM: T. A/ 720xxxRuang : Bougenville

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Senin, 02/07 jam 08.30	Kecemasan berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi) <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pendekatan yang tenang. 2. Menjelaskan semua tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Memberikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Menyarankan pasien untuk relaksasi nafas dalam. 5. Mendorong keluarga untuk mendampingi pasien. <i>suhardi</i> (Hardi)	<p>S: Pasien merasa lebih tenang</p> <p>O: wajah tenang, pasien mampu rileks, keluarga mendampingi pasien sampai kamar oprasi</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <i>suhardi</i> (Hardi)
Senin, 02/07 jam 08.30	Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. 2. Menjelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien. 3. Melibatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Menjelaskan secara teat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan. <i>suhardi</i> (Hardi)	<p>S: Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi.</p> <p>O: Tingkat pendidikan STM, pasien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <i>suhardi</i> (Hardi)

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No.C.M : Tn. A/ 720xxx Ruang : Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Kecemasan

Hari/TGL /Jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pendekatan yang tenang. 2. Menjelaskan semua tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Memberikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Menyarankan pasien untuk relaksasi nafas dalam. 5. Mendorong keluarga untuk mendampingi pasien. <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: Pasien merasa lebih tenang</p> <p>O: wajah tenang, pasien mampu rileks, keluarga mendampingi pasien sampai OK</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>

Nama Pasien/No.C.M : T. A/ 720xxx Ruang : Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi.

Hari/TG L/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin, 02/07 2018 jam 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. 2. Menjelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien. 3. Melibatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Menjelaskan secara teat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi.</p> <p>O: Tingkat pendidikan STM, pasien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>

Data fokus pasien post operasi hari ke-0 Tiroidektomi leher kiri

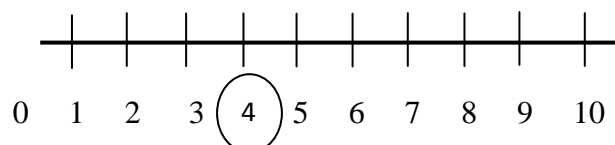
Pasien kembali dari ruang Kamar Operasi tanggal 02-07-2018 jam 11.30, dengan kondisi:

DS: Pasien mengatakan “masih terasa lemas dan tempat operasi terasa nyeri clekit-clekit, agak panas”.

DO:

1. Pasien Tn.A usia 44 tahun dilakukan tindakan operasi tiroidektomi pada leher kiri dengan lama operasi 40 menit. Diameter tumor kurang lebih 3cm. Terpasang drain di leher sebelah kiri dengan produk darah kurang lebih 10cc berwarna merah, perban kassa bersih dan kering. Dilakukan general anestesi di OK dengan premedikasi Fentanyl 100mg dan SA 1 ampul, dilakukan pemasangan LMA, propofol 100mg, dan Ondansentron injeksi 1 ampul. Terpasang infus asering di tangan kiri 20 tpm.
2. KU: cukup, terlihat lemah, kesadaran: compos mentis. Tanda vital: tensi: 120/80mmhg, N: 80/menit, RR: 20x/menit, S: 36,8°C, terdapat balutan bersih kering dileher kiri bawah, luka jahitan +/-7cm dengan jahitan jelujur subcutikuler (data laporan status), drain merah +/-10cc
3. Pengkajian nyeri:
 - a. P: nyeri luka operasi,
 - b. Q: “terasa clekit-clekit, agak panas”
 - c. R: leher sebelah kiri
 - d. S: VAS: 4

SkalaNyeri



- e. T: terasa terus menerus setelah operasi
4. Suara pasien tidak serak, pasien mampu berbicara normal.

A. Analisa Data

Pasien: Tn. A, Ruang Bougenville, RSUD Kota Yogyakarta, tanggal 02/07/2018 jam 11.30

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: Pasien mengatakan “terasa clekit-clekit, agak panas” nyeri luka operasi DO: P: nyeri pada tempat operasi, R: pada leher kiri, S: VAS: 4, T: terus menerus setelah operasi.	Agen injuri fisiologis (tindakan operasi)	Nyeri akut
2.	DS: - DO: tindakan ismolobektomi, balutan leher kiri, terpasang drain di leher kiri, terpasang infus di tangan kiri		Risiko infeksi
3.	DS: - DO: Post operasi ismolobektomi, balutan dileher kiri, dengan dipasang drain, dengan produk merah darah +/- 10cc		Risiko perdarahan

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).
2. Risiko infeksi.
3. Risiko perdarahan.

C. Perencanaan Keperawatan

Nama pasien: Tn. A/720xxx, Ruang Bougenville

Hari/tgl /jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Intervensi
Senin, 02/07 jam 13.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri pasien menurun, dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak melaporkan nyeri (VAS: 0-3) • Tidak menunjukkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Kolaborasi pemberian terapi anti nyeri. 5. Monitor tanda-tanda vital pasien.

	<i>suhardi</i> (Hardi)	ekspresi nyeri • Tidak menangis <i>suhardi</i> (Hardi)	6. Tingkatkan istirahat. <i>Suhardi</i> (Hardi)
Senin, 02/07 jam 13.30	Risiko infeksi <i>suhardi</i> (Hardi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, pasien tidak mengalami infeksi, dengan KH: • Tidak ada kemerahan. • Tidak demam. • Tidak ada rembesan luka operasi. <i>Suhardi</i> (Hardi)	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Terapkan universal precaution. 4. Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Berikan antibiotik bila perlu. 7. Batasi pengunjung. 8. Dressing infus setiap 2 hari sekali. <i>Suhardi</i> (Hardi)
Senin, 02/07 jam 13.30	Risiko perdarahan <i>suhardi</i> (Hardi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam pasien tidak mengalami perdarahan pasca operasi dengan KH: • Tidak terjadi perdarahan pasca operasi • Tidak terjadi sianosis. • Tidak terjadi penurunan HB <i>suhardi</i> (Hardi)	1. Monitor tanda-tanda perdarahan pasca operasi. 2. Monitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain). 3. Monitor tanda vital. 4. Berikan medikasi secara tepat. 5. Ajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan. <i>Suhardi</i> (Hardi)

D. Pelaksanaan Keperawatan

Nama Pasien: Tn. A 720xxx/ Ruang Bougenville

Hari/tg l/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi	S: Pasien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 5, T: terus menerus setelah operasi.

	operasi). <i>suhardi</i> (Hardi)	<p>nonverbal dari nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Menganjurkan pasien untuk istirahat. <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>T: 130/80, N: 84, RR: 20, S: 36°C.</p> <p>Pasien terlihat meringis menahan sakit.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
Selasa, 03/07 jam 07.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi). <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Menganjurkan pasien untuk istirahat. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa nyeri.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 5, T: setiap saat. T: 120/80, N: 86, S: 36,3°C, RR: 20. Pasien kurang nyaman tidurnya semalam karena nyeri luka operasi.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
Selasa, 03/07 jam 14.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi). <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Menganjurkan pasien untuk istirahat. 	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 4, T: saat bergerak. Pasien terlihat meringis menahan sakit. Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,4°C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>

<p>Selasa, 03/07 jam 21.00</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Monitor tanda-tanda vital pasien. Menganjurkan pasien untuk istirahat. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 3, T: saat menengok dan menengok. Pasien sudah bisa tersenyum. Tensi: 120/80, N: 82, RR: 16, S: 36, 2°C. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi pengkajian nyeri Evaluasi kemampuan relaksasi Tingkatkan istirahat pasien Berikan injeksi anti nyeri <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>
<p>Rabu, 04/07 jam 07.30</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Monitor tanda-tanda vital pasien. Menganjurkan pasien untuk istirahat. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam, sudah tidak terasa ngganjel tapi msh ada drain dan sudah bisa mobilisasi. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 3, T: saat menengok. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi Tensi: 110/80, N: 78, RR: 16, S: 36,5°C. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluasi pengkajian nyeri Evaluasi kemampuan relaksasi Tingkatkan istirahat pasien Berikan injeksi anti nyeri <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
<p>Rabu, 04/07 jam 14.00</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).</p>	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Mengajarkan teknik 	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur dengan drain masih terpasang di leher. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 2, T: saat menengok. Pasien sudah</p>

	<i>suhardi</i> (Hardi)	<p>nonfarmakologis (relaksasi).</p> <p>4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV</p> <p>5. Monitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>6. Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi, Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,3°C.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
--	---------------------------	---	--

Nama: Tn.A Ruang Bougenville

Hari/tgl /jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Risiko infeksi <i>suhardi</i> (Hardi)	<ol style="list-style-type: none"> Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. Menerapkan universal precaution. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. Memeriksa antibiotik bila perlu. Membatasi pengunjung. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>S: -</p> <p>O: Ku: lemah, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien masih belum mau makan. Suara pasien tidak serak.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien: <ul style="list-style-type: none"> Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. Berikan antibiotik bila perlu. Batasi pengunjung. <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>
Selasa, 03/07 jam 07.30	Risiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. Menerapkan universal precaution. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 	<p>S: Pasien sudah mulai makan sedikit-sedikit</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Suara pasien tidak serak. Pasien sudah menghabiskan seperempat makanan.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. Ajarkan teknik cuci tangan

		<p>4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka.</p> <p>5. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.</p> <p>6. Memeriksa antibiotik bila perlu.</p> <p>7. Membatasi pengunjung.</p> <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>	<p>sesudah dari tempat pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
Rabu, 04/07 jam 14.00	Risiko infeksi	<p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien.</p> <p>2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga.</p> <p>3. Menerapkan universal precaution.</p> <p>4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka.</p> <p>5. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.</p> <p>6. Memeriksa antibiotik bila perlu.</p> <p>7. Membatasi pengunjung.</p> <p><i>suhardi</i>(Hardi)</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka leher kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan darah atau pus. Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>

E. Catatan Perkembangan

Nama Pasien: Tn.ARUang Bougenville

Diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).

Hari/ tgl/ jam	Pelaksanaan	Evaluasi
<p>Senin, 02/07 jam 16.00</p> <p>16.15</p> <p>16.40</p> <p>17.30</p>	<p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi).</p>	<p>S: Pasien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 5, T: terus menerus setelah operasi. T: 130/80, N: 84, RR: 20, S: 36°C. Pasien terlihat meringis menahan sakit.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

20.00	Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien <p><i>suhardi</i> (Hardi)</p>
Senin, 02/07 jam 21.30 22.00 06.30 07.15	<p>Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa nyeri.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 5, T: setiap saat. T: 120/80, N: 86, S: 36,3°C, RR: 20.</p> <p>Pasien kurang nyaman tidurnya semalam karena nyeri luka operasi.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>
Selasa , 03/07 jam 07.30 08.00 10.00 10.15 12.00 13.00	<p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 4, T: saat bergerak. Pasien terlihat meringis menahan sakit. Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,4°C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri <p><i>Suhardi</i> (Hardi)</p>
Selasa , 03,07 jam 15.00 16.00 16.15 16.30	<p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>Memonitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 3, T: saat mengangguk dan menengok. Pasien sudah bisa tersenyum. Tensi: 120/80, N: 82, RR: 16, S: 36, 2°C.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri

20.00 20.30	Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Menganjurkan pasien untuk istirahat.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri <i>suhardi(Hardi)</i>
Selasa, 03/07 jam 21.30 21.45 07.00 07.30	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Memonitor tanda-tanda vital pasien. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam, sudah tidak terasa ngganjel tapi msh ada drain dan sudah bisa mobilisasi.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 3, T: saat menengok. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi Tensi: 110/80, N: 78, RR: 16, S: 36,5°C.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri <i>suhardi(Hardi)</i>
Rabu, 04/07 jam 07.30 08.00 10.00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Memonitor tanda-tanda vital pasien.	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur dengan drain masih terpasang di leher.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa clekit-clekit, R: leher kiri, S: VAS: 2, T: saat menengok. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi, Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,3°C.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <i>suhardi (Hardi)</i>

Nama Pasien: Tn.ARuang Bougenville Diagnosa keperawatan: Risiko infeksi

Hari/ tgl/ jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 16.00 16.05 16.30	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga.	<p>S: -</p> <p>O: Ku: lemah, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien masih belum mau makan. Suara pasien tidak serak</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p>

17.30 19.00	Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat pasien bergantian dua-dua orang. Mendorong pasien untuk makan Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. • Berikan antibiotik bila perlu. • Batasi pengunjung. <p><i>suhardi(Hardi)</i></p>
Senin, 02/07 jam 21.15 07.00 07.15	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Mengevaluasi apakah pasien sudah mau makan Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Mendorong pasien untuk makan	<p>S: Pasien sudah mulai makan sedikit-sedikit O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan seperempat makanan. Suara pasien tidak serak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. <p><i>suhardi(Hardi)</i></p>
Selasa , 03/07 jam 07.30 08.00 11.15 11.30 12.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Melakukan dressing infus Mengganti cairan infus pasien Futrolit 20 tpm Mengevaluasi kemampuan mencuci tangan pasien Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan seperempat makanan. Tidak ada tanda plebitis di area insersi infus. Pasien masih salah melakukan 6 langkah cuci tangan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. <p><i>suhardi(Hardi)</i></p>
Selasa , 03/07 jam 16.00 16.15	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat pasien bergantian dua-dua orang.	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan $\frac{3}{4}$ makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah

17.30 19.00	Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan. Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV	dari tempat pasien. <ul style="list-style-type: none"> • Berikan antibiotic • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. <i>suhardi (Hardi)</i>
Selasa , 03/07 jam 21.30 07.00 07.15	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Mengganti linen pasien Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan. Menganjurkan pasien untuk minum susu.	S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. <i>suhardi (Hardi)</i>
Rabu, 04/07 jam 07.30 07.35 10.00 10.30 12.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Mengevaluasi kemampuan cuci tangan pasien. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril Melepas infus pasien Mengevaluasi makanan yang sudah dimakan pasien	S: Pasien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka leher kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan darah atau pus. Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi <i>suhardi(Hardi)</i>

Nama Pasien: Tn.A Ruang Bougenville
Diagnosa Keperawatan: Risiko perdarahan.

Hari/ tgl/ jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 14.30 14.45 17.30 18.00 21.00	Memonitor tanda-tanda perdarahan pasca operasi. Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain). Memonitor tanda vital. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan. Memberikan injeksi asam tranexamat	S: - O: Ku: lemah, CM. Terdapat drain di leher kiri. Tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 50cc. T: 130/80, N: 84, RR: 20, S: 36°C. Tidak ada sianosis. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi. • Monitor tanda vital.

	500mg IV	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan menetap (produk drain). • Berikan medikasi yang tepat <i>suhardi (Hardi)</i>
<p>Senin, 02/07 jam 22.00 01.00 07.00 07.15</p>	<p>Memonitor tanda-tanda perdarahan pasca operasi. Memberikan injeksi asam tranexamat 500mg IV Memonitor tanda vital. Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain).</p>	<p>S: - O: Ku: lemah, CM. Terdapat drain di leher kiri. Tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 75cc. T: 120/80, N: 86, S: 36,3°C, RR: 20. Tidak ada sianosis A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi. • Monitor tanda vital. • Monitor tanda-tanda perdarahan menetap (produk drain). • Berikan medikasi yang tepat <i>suhardi(Hardi)</i>
<p>Selasa , 03/07 jam 08.00 09.30 09.40 13.00</p>	<p>Memonitor tanda-tanda perdarahan pasca operasi. Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain). Memonitor tanda vital. Memberikan injeksi asam tranexamat 500mg IV</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak pusing dan tidak berkunang-kunang. O: Ku: Cukup, CM. Terdapat drain di leher kiri, tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 30cc. Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,4°C. Tidak ada sianosis. A: Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi. • Monitor tanda vital. • Monitor tanda-tanda perdarahan menetap (produk drain). • Berikan medikasi yang tepat • Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan. <i>suhardi(Hardi)</i>
<p>Selasa , 03/07 jam 17.00 18.00</p>	<p>Memonitor tanda vital. Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak pusing dan tidak berkunang-kunang. O: Ku: Cukup, CM. Terdapat drain di leher kiri, tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 30cc. Tensi: 120/80, N: 82, RR: 16, S: 36, 2°C. Tidak ada sianosis.</p>

21.00	<p>drain).</p> <p>Memberikan injeksi asam tranexamat 500mg IV</p>	<p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi. • Monitor tanda vital. • Monitor tan-tanda perdarahan menetap (produk drain). • Berikan medikasi yang tepat • Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan. <p><i>suardi (Hardi)</i></p>
<p>Selasa , 03/07 jam 22.00 01.00 07.00</p>	<p>Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain).</p> <p>Memberikan injeksi asam tranexamat 500mg IV</p> <p>Memonitor tanda vital.</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak pusing dan tidak berkunang-kunang.</p> <p>O: Ku: Cukup, CM. Terdapat drain di leher kiri, tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 30cc. Tensi: 110/80, N: 78, RR: 16, S: 36,5°C Tidak ada sianosis.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi. • Monitor tanda vital. • Monitor tan-tanda perdarahan menetap (produk drain). • Berikan medikasi yang tepat • Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan. <i>suardi (Hardi)</i>
<p>Rabu, 04/07 jam 08.00 09.30 13.00</p>	<p>Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain).</p> <p>Memonitor tanda vital.</p> <p>Memberikan injeksi asam tranexamat 500mg IV</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak pusing dan tidak berkunang-kunang.</p> <p>O: Ku: Cukup, CM. Terdapat drain di leher kiri, tidak ada rembesan darah. Produk drain berupa darah kurang lebih 10cc. Tensi: 110/80, N: 78, RR: 16, S: 36,5°C Tidak ada sianosis.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p> <p>Persiapkan discharge planing kepulangan pasien, motivasi untuk menjaga kebersihan, diet TKTP, rajin minum obat dan menjadwalkan kontrol rawat jalan di poliklinik bedah onkologi.</p> <p><i>suardi(Hardi)</i></p>

2. Pembahasan

Dari hasil studi kasus yang telah dilakukan di Ruang Perawatan Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta selama 3 hari mulai tanggal 02 Juli 2018 sampai dengan tanggal 04 Juli 2018 didapatkan pengalaman nyata melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn.A dan terdapat kesesuaian dengan SPO dan tinjauan teori.

a. Proses Keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dan landasan dalam proses asuhan keperawatan, oleh karena itu diperlukan ketepatan dan ketelitian dalam mengenali masalah-masalah yang muncul pada klien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat (Muttaqin, 2008).

Pada hasil pengkajian ditemukan data fokus pre operasi, DO: ada benjolan di leher sebelah kiri. Gelisah, tidur di brankar sering ganti posisi, tidak nyaman malam sebelum operasi. DS: Tn A mengatakan “**sedikit cemas**”.

Data fokus post operasi ditemukan KU: cukup, terlihat lemah, kesadaran: compos mentis. Tanda vital: tensi: 120/80mmhg, N: 80/menit, RR: 20x/menit, S: 36,8°C, terdapat balutan bersih kering di leher kiri bawah, luka jahitan +/-7cm dengan jahitan jelujur subcutikuler (data laporan status), drain merah +/-10cc. Pengkajian nyeri: P: nyeri luka operasi, Q: “**terasa clekit-clekit, agak panas**”, R: leher sebelah kiri, S: VAS: 4, T: terasa terus menerus setelah operasi.

Menurut teori wiseman(2011), terdapat gejala gemetar pada ekstrimitas, dan jantung berdebar (takikardi) tetapi pada hasil kasus yang ditemukan tidak terjadi. Hal ini kemungkinan disebabkan pada Tn.A memiliki gizi yang cukup dan aktifitas yang bagus sehingga otot ekstrimitas maupun otot jantung tidak terjadi gangguan.

Sedangkan gangguan menelan, gangguan pernafasan, rasa tidak nyaman di area leher, dan suara yang serak, pada Tn A masalah tidak muncul sesuai teori wiesman,(2011), hal ini menurut penulis dikarenakan ukuran pembesaran kelenjar tiroid yang masih sedang dan belum menekan trakea maupun jalan nafas dan pita suara pada leher.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A ada 5 menurut tinjauan teori ada 6, yang tidak muncul adalah Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan spasme laryngeal, diagnosa tersebut tidak penulis angkat karena pada Tn.A tidak terjadi masalah tersebut, karena tidak mengeluh sesak nafas, respirasi 18x/mnt, suara post operasi masih jelas, dan kesadaran composmentis, ku: cukup, nadi 78x/mnt.

Diagnosa yang muncul pada pre operasi adalah

1), Kecemasan

Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan membahayakan bagi pasien, maka tidak heran jika seringkali pasien dan keluarga menunjukkan sikap yang agak berlebihan dengan kecemasan yang mereka alami. Kecemasan yang mereka alami biasanya terkait dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat segala macam prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan (*Fitria, 2009*).

Peranan perawat dalam persiapan mental pasien dapat dilakukan dengan pemberian informasi, gambaran, penjelasan tentang tindakan persiapan operasi dan memberikan kesempatan bertanya prosedur operasi.

Hasil penelitian *Alimansur (2013)*, menunjukkan mayoritas pasien pre operasi mengalami kecemasan berat sebanyak 48 dari 68 total responden yang diteliti. Peranan perawat dalam memberi dukungan mental pada pasien sebelum operasi meliputi membantu pasien mengetahui tindakan-tindakan yang akan dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami pasien selama proses operasi, memberikan penjelasan terlebih dahulu setiap tindakan persiapan operasi sesuai tingkat perkembangan, memberikan dukungan mental, menganjurkan pasien untuk berdoa dan kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat pre medikasi.

2), Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi.

Hampir semua pasien mengalami kurang pengetahuan tentang hal ini, maka pemerintah telah mengeluarkan standart akreditasi untuk semua rumah sakit di seluruh Indonesia, masuk kepada Hak & Pelayanan Pelanggan Standart KARS Departemen Kesehatan Indonesia. Pada Tn.A dan keluarga telah disampaikan prosedur operatif menurut SPO RSUD Kota Yogyakarta.

Setelah dilakukan operasi pada Tn.A diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri akut, berisiko terjadi infeksi dan risiko terjadinya perdarahan *Nanda,NIC,NOC,(2012)*.

3), Nyeri akut, merupakan pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, keadaan yang memperlihatkan ketidaknyamanan secara subjektif atau individual, menyakitkan tubuh dan kapan pun individu mengatakan adalah nyata. Reseptor nyeri terletak pada semua syaraf bebas yang terletak pada kulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran yang mengelilingi otak dan usus (*Solehati dan Kosasih, 2015*).

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan pasien. Ada 2 cara

penatalaksanaan nyeri yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Relaksasi nafas dalam merupakan relaksasi menggunakan teknik pernafasan yang biasa digunakan di Rumah Sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun (*Solehati dan Kosasih, 2013*).

4), Resiko terjadi perdarahan. Pada kasus post operatif Tn.A maupun semua Klien yang dilakukan pembedahan total tiroidektomi maupun istmulobektomi dijumpai punya resiko yang sangat besar terjadi perdarahan, disekitar istmus maupun tiroid terdapat arteri karotis komunis dan vena jugularis yang beresiko tercederai, juga arteri dan vena kecil yang mendarahi organ tiroid (*Budiono KMBI,2016*).

5), Resiko terjadi infeksi. Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan hehabilitatif. Pelayanan yang diadakan Rumah Sakit antara lain Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Rawat Darurat (*UU no. 44 Tahun 2009*).

Namun, pada sisi negatifnya, RS juga menjadi salah satu tempat yang berisiko menjadi sumber penyebaran penyakit. Rumah Sakit menjadi tempat penyakit infeksi karena terdapat populasi mikroorganisme yang tinggi. Dalam pelayanan Bedah bagaimana kita melakukan pencegahan terhadap IDO (Infeksi Daerah Operasi). Faktor risiko terjadinya IDO antara lain kondisi pasien, prosedur operasi, jenis operasi, dan perawatan pasca operasi (*Kemenkes RI, 2011*).Program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) RS bertujuan memutus mata rantai penularan infeksi, dengan program 6 langkah cuci tangan dan 5 moment cuci tangan, yaitu sebelum ke tempat pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh pasien, setelah dari lingkungan pasien dan setelah terkena cairan tubuh pasien. Jika perawat mampu menerapkan

prinsip 6 langkah cuci tangan dan 5 moment cuci tangan maka risiko infeksi pada pasien akan jauh berkurang,(*istiqomah,PPI RS Jogja, 2016*).

3. Perencanaan & Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan kategori perilaku perawat yang bertujuan menentukan rencana keperawatan yang berpusat kepada pasien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga tujuan tersebut terpenuhi (*Amin Huda, 2016*).

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis menyusun Intervensi berdasarkan *Nursing Intervension Clasification (NIC)* dan *Nursing Outcame Clasification (NOC)2012*.

Perencanaan keperawatan yang disusun untuk mengatasi 2 diagnosa pre operasi dan 3 diagnosa post operasi disusun berdasarkan NOC yaitu setelah dilakukan keperawatan selama 3 x 24 jam maka kondisi klien terkontrol dengan kriteria hasil klien mengatakan siap dilakukan operasi, paham prosedur operasi, dan setelah dilakukan operasi, nyeri berkurang, skala nyeri berkurang sampai 0 tanda vital dalam batas normal.

Intervensi keperawatan yang disusun adalah dengan NIC yang meliputi: kaji nyeri (lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi,intensitas, factor pencetus), observasi tanda non verbal dari ketidaknyamanan, memonitor tanda tanda vital, kontrol factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien, ajarkan tehnik nonfarmakologis kepada pasien dan keluarga: relaksasi nafas dalam, distraksi, dan kolaborasi medis (pemberian analgetik), kontrol perdarahan, ganti balutan luka oprasi, dressing infus, tindakan dengan tehnik septik aseptik, dan tidak lupa 6 langkah cuci tangan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai

tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan diselesaikan (Amin huda,2015).

1), Kecemasan

Menggunakan pendekatan yang tenang. Menjelaskan semua tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. Memberikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. Mengajarkan relaksasi nafas dalam. Mendorong keluarga untuk mendampingi pasien.

2), Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi.

Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. Menjelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Melibatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. Menjelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. Mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan.

3), Nyeri akut,

Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). Melakukan kolaborasi pemberian terapi anti nyeri dan mendapatkan ketorolac IV tiap 12jam 30mg. Memonitor tanda-tanda vital pasien. Memotivasi cukup istirahat.

4), Resiko terjadi perdarahan.

Memonitor tanda-tanda perdarahan pasca operasi. Memonitor tanda dan gejala dari perdarahan menetap (monitor produk drain). Memonitor tanda vital. Memberikan medikasi secara tepat. Mengajarkan kepada pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda-tanda perdarahan.

5), Resiko terjadi infeksi.

Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga.

Menerapkan universal precaution. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. Memberikan antibiotik bila perlu. Membatasi pengunjung. Melakukan Dressing luka dan infus setiap 2 hari sekali.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap keefektifan pemberian tindakan keperawatan dan kemajuan pasien terhadap tercapainya tujuan yang telah disusun (*Amin huda, 2015*).

Pada kasus Tn.A evaluasi proses dilakukan pada setiap setelah melakukan tindakan dan dilakukan evaluasi hasil setiap hari dengan metode SOAP (subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning). Hasil evaluasi pada Tn.A didapatkan data bahwa klien telah dilakukan operasi pada tanggal 02 Juli 2018 jam 10.00wib sampai jam 11.00wib dan kembali masuk ruangan bougenvile jam 12.30wib.

Dan setelah dilakukan perawatan 3 hari sampai dengan tanggal 04 Juli 2018, DO: Tn.A terdapat balutan kering bersih pada leher kiri, terpasang drain kosong (botol telah diganti), infus telah dilepas, mobilisasi jalan, makan minum mandiri, T: 120/80mmhg, N:76x/mnt. R: 18x/mnt. DS: Tn.A mengatakan “tidak nyeri, rasa lebih nyaman”.

Dari hasil evaluasi yang didapat telah terdapat kesesuaian antara praktek langsung dengan teori dan harapan kesembuhan. Jadi penulis tidak menemukan perbedaan yang menyolok maupun pertentangan dari teori yang dipelajari.

b. Dokumentasi keperawatan.

Pada penulisan dokumentasi keperawatan di status Tn.A secara umum telah sesuai teori dan memperhatikan kaedah - kaedah penulisan secara benar, jika penulisan salah di coret lurus dan diparaf tidak menggunakan type-ex, inisial dan paraf tercantum, menggunakan

bahasa yang umum. Selama melakukan pengambilan studi kasus tidak menjumpai kendala dalam pendokumentasian di status.

3. Keterbatasan Studi Kasus

- a. Keterbatasan penulis untuk mendapatkan sumber-sumber buku referensi terbaru dan keterbatasan kemampuan penulis dalam mengakses internet.
- b. Asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Bedah yang baru pertama kali bagi penulis melakukan asuhan keperawatan di sana. Dengan waktu yang singkat penulis harus bisa menjalin hubungan saling percaya dengan pasien dan perawat ruangan.
- c. Hal-hal lain yang menghambat,
 - 1). Kurang kesiapan penulis dalam melaksanakan ujian dan kecemasan.
 - 2). Kelas DIII RPL keperawatan masih mengerjakan tugas bekerja di instansi pada pagi hari sampai jam 14.00 WIB.
 - 3). Kurangnya fasilitas ruangan untuk responsi atau pertemuan mahasiswa di Ruang bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.

BAB IV

PENUTUP

1. Kesimpulan

- a. Telah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Struma Nodosa Non Toxic sinistra selama 3 hari, yang meliputi pengkajian, analisa data, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat rencana asuhan, melaksanakan implementasi dan melakukan evaluasi.
- b. Masalah pre operasi yang ditemukan, untuk kecemasan setelah dilakukan asuhan keperawatan bisa teratasi, pasien bisa tenang dan siap dilakukan operasi, untuk masalah kurang pengetahuan tentang prosedur, telah diberikan penjelasan mengenai prosedur dan proses operasi yang dilakukan dan pasien menyatakan cukup paham. Dan Tn.A dapat dilakukan pembedahan di ruang operasi RSUD Kota Yogyakarta pada tanggal 02 Juli 2018 pukul 10.00Wib.
- c. Setelah dilakukan tindakan operatif pada Tn.A terjadi 3 masalah yang muncul, untuk resiko perdarahan bisa terkontrol walaupun produksi drain masih merah pada hari ke tiga \pm 10cc, untuk masalah nyeri dapat teratasi setelah dirawat selama 3 hari rasa agak panas dan clekit-clekit dirasakan menurun menurut pengakuan Tn.A, resiko infeksi juga tidak terjadi, tetapi masih perlu perawatan dirumah dan periksa rawat jalan. Tn.A boleh pulang dan rawat jalan dengan mendapatkan obat oral antibiotik per 12 jam dan anti nyeri per 12 jam, drain masih terpasang dan dicek pada saat kontrol selanjutnya di ruang rawat jalan.
- d. Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan format dan jelas, aktual.

2. Saran

- a. Untuk perawat RSUD Kota Yogyakarta

Perawat mengusulkan ke bagian manajemen untuk fasilitas ruang alangkah lebih bagus jika ditata biar lebih fungsional dan rapi untuk kepentingan responsi/ pertemuan mahasiswa dan pendidikan mahasiswa praktek.

- b. Untuk ilmu keperawatan

Sebagai sumber referensi bagaimana melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stuma Nodusa Non Toxic.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC NOC*, Yogyakarta Media Action Publhising.
- Andarmoyo Sulisty (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri* Yogyakarta, Ar. Ruzz Media.
- Black & Hawks (2009), *Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Positive Outcomes* (8.edition)
- Budiono (2016), *Modul Keperawatan Medikal Bedah I*, untuk mahasiswa RPL Keperawatan.
- Eva Agustina, Fariani Syahrul (2017), "*Pengaruh Prosedur Operasi Terhadap Infeksi pada Pasien Operasi Bersih Terkontaminasi*", Fakultas Kesehatan Masyarakat (2017).
- Fitria Nita (2011) "Terapi Psiko spiritual", Http: "arsipnitafitria.wordpress.com". diakses 17 juli 2018.
- Istiqomah (2016). Brosur *Pencegahan & Pengendalian Infeksi RS jogja* Yogyakarta.
- Mawei & Nikita Mayuni (2012), "Pengaruh Tehnik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi" Skripsi Manado: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sam Ratulangi.
- Moh. Alimansur, Agung Setiawan (2011), Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre dan Post Operasi di Ruang Seruni RSUD Pare *journal Ilmu kesehatan*, vol. 5 no 2. Mei 2013.
- Mutaqin (2009), *Kelenjar tiroid, hipotiroidisme & hipertiroidisme* jilid III, penerbit, Ilmu Penyakit Dalam, Jakarta Pusat.
- NANDA (2012-2014), International Association For the Study of Pain. USA.
- Potter, PA & Perry. AG, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4 Jakarta: EGC.
- Solehati Tetti & Kosasih Cecep Eli (2015), "*Konsep dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas*", Bandung PT. Refika Aditama.
- Syaugi M Assegaf dkk.(2015), *jurnal e-clinic (eCI)*, vol.3, no.3, sept-des 2015, *Gambaran eutiroid pada pasien struma multinodosa non toksik di bagian bedah RSUP Prof.DR.R.D. Kandou Manado*.
- Wiseman SM (2011), *et al. Detection and Management of Hypothyroidism Following Thyroid Lobectomy: Evaluation of a Clinical Algorithm. Ann. Surg Oncol*, 2011; 18: 2548-2554.