

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN.A
DENGAN STRUMA NODUSA NON TOXIC**

**DI RUANG BOUGENVILE RSUD KOTA
YOGYAKARTA**

NAMA : SUHARDI
NIM : P07120117071

PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTRIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018

BAB I

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Data klien yang dilakukan pembedahan di Ruang Bougenvile Rumah Sakit Daerah Kota Yogyakarta pada tahun 2017 berjumlah 2.760 klien, jumlah klien yang menderita kasus **Stuma Nodusa Non Toxic** yang dilakukan pembedahan ada **121 klien (-/+0.043 % kasus pembedahan)**,
(*Sumber RM, th 2017*).

B. RUMUSAN MASALAH

- Tindakan pembedahan untuk mengangkat struma yang membesar (tiroidektomi) menjadi alternatif terakhir pada penderita struma nodosa.
- 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 resiko, manajemen nyeri dan komplikasi paska operasi.
- Peran perawat sangat dibutuhkan sebagai pelaksana memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

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

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.

D. MANFAAT PENULISAN

1. Bagi Rumah sakit

Penulisan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi 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.

1. 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,

2. study kepustakaan adalah mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

■ A. KONSEP DASAR STRUMA

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.

Etiologi

- Penyebab utama struma nodosa ialah karena **kekurangan yodium** (Black and Hawks, 2009).
- Penyebab lainnya karena adanya **cacat genetik** yang merusak metabolisme yodium,
- **konsumsi goitrogen yang tinggi** (yang terdapat pada obat, agen lingkungan, makanan, sayuran),
- merusakkan hormon **kelenjar tiroid**,
- **gangguan hormonal** dan
- **riwayat radiasi** pada kepala dan leher (Rehman dkk)

Patofisiologi

Yodium --diserap usus--Sirkulasi darah--kelenjar tiroid--yodium dioksida--aktif--distimulasikan oleh *Tiroid Stimulating Hormon* (TSH)--disatukan menjadi molekul tiroksin--molekul diyodotironin membentuk tiroksin (T₄) dan molekul triiodotironin (T₃)--kekurangan yodium--tidak terjadi peningkatan pembentukan T₄ dan T₃--ukuran folikel menjadi lebih besar dan kelenjar tiroid dapat bertambah berat sekitar 300-500 gram (Black&Hawks,2009).

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.

gangguan pernapasan, rasa tidak nyaman di area leher, dan suara yang serak.

Peningkatan seperti ini jantung menjadi berdebar-debar, gelisah, berkeringat, tidak tahan cuaca dingin, dan kelelahan.

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)

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

- **Identifikasi** pasien.
- **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.
- **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.
- **Riwayat penyakit dahulu**. Perlu ditanyakan riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit gondok, sebelumnya pernah menderita penyakit gondok.
- **Riwayat kesehatan keluarga**. Ada anggota keluarga yang menderita sama dengan klien saat ini.
- **Riwayat psikososal**. Akibat dari bekas luka operasi akan meninggalkan bekas atau sikatrik sehingga ada kemungkinan klien merasa malu dengan orang lain.
- **Pemeriksaan fisik**.

2. Rumusan Diagnosa Keperawatan

- Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional (prosedur operasi).
- Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.
- Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis.
- Risiko infeksi.
- Risiko perdarahan.
- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan spasme laringeal.

3. Perencanaan intervensi keperawatan
4. Implementasi keperawatan
5. Evaluasi
6. Dokumentasi keperawatan

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

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

PENGAJIAN

Identitas Pasien

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

Riwayat Kesehatan

- 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".*
 - Riwayat Kesehatan Sekarang
 - Alasan masuk RS :
 - *Adanya benjolan di leher sebelah kiri kira-kira 3cm, jika menunduk leher terasa kaku dan mengganjal.*
 - 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.*
 - 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.

- Riwayat Kesehatan Keluarga
- Ibu dan budhe pasien pernah mengalami kanker payudara, bulik pasien mengalami DM, dan pakde mengalami stroke.

Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum
 - Kesadaran : Compos Mentis, agak gelisah
 - Status Gizi :TB = 168 cm
- BB = 58 Kg
- IMT= 20,5 (normal)
 - Tanda Vital :

TD	= 120/80 mmHg	Nadi	= 84	x/mnt
Suhu	= 36,2 °C	RR	= 18	x/mnt
- Skala Nyeri 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - Kulit
- Kulit bersih warna sawo matang, tampak baik, tidak ada sianosis.
 - Kepala
- Bentuk mesocephal, bentuk simetris, vtak ada benjolan, rambut pendek, hitam dan bersih. Mata ishokor, simetris, visus normal. Telinga simetris dan bersih.
 - Leher
- *Ada benjolan di leher kiri, merasa agak menekan dan mengganjal, tidak terasa nyeri. Ada bekas luka operasi di leher sebelah kanan.*

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	<u>198</u>	70-140
	SGOT	26	<31
	SGPT	17	<32
	Ureum	34	10-50
	Creatinin	1,2	<1,2
	HbsAg	Negatif	
	Free T4	<u>9,22</u>	12,8-20,4
	TSH	<u>0,09</u>	0.27-4,20

Analisa data

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

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pre operasi

Kecemasan berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi).

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

Rencana keperawatan

- Kecemasan berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi)

Tujuan :

- Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit tingkat kecemasan pasien menurun, dengan KH:
- Pasien tidak mengalami kecemasan.
- Pasien tidak mengalami gangguan tidur.
- Pasien merasa nyaman.

Rencana tindakan :

- Gunakan pendekatan yang tenang.
- Jelaskan semua tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan.
- Berikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis.
- Relaksasi nafas dalam.
- Dorong keluarga untuk mendampingi pasien.

Rencana keperawatan

2. Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi

Tujuan :

- Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit pasien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil:
- Pasien mengetahui informasi tentang tindakan operasi.
- pasien berperilaku sesuai dengan kondisinya.

Rencana Keperawatan :

- 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.

Evaluasi

S: Pasien merasa lebih tenang , Pasien mengatakan mengerti tentang prosedur tindakan operasi.

O: Tingkat pendidikan STM, pasien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan wajah tenang, pasien mampu rileks, keluarga menunggu pasien di luar kamar operasi,

Tn.A dilakukan operasi pukul 10.00 wib

Data fokus pasien post operasi hari ke-0 Ismolobektomi 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: 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.
- 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 jeluju 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 Skala Nyeri

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
 - T: terasa terus menerus setelah operasi
- Suara pasien tidak serak, pasien mampu berbicara normal.

Analida data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: Pasien mengatakan “ <i>terasa clekit-clekit, agak panas</i> ” 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

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan post operasi

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

Risiko infeksi.

Risiko perdarahan.

Rencana Tindakan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi).

Tujuan :

- Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri pasien menurun, dengan KH:
- Pasien tidak melaporkan nyeri (VAS: 0-3)
- Tidak menunjukkan ekspresi nyeri
- Tidak menangis

Rencana tindakan :

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.
- Observasi reaksi nonverbal dari nyeri.
- Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi).
- Kolaborasi pemberian terapi anti nyeri.
- Monitor tanda-tanda vital pasien.
- Tingkatkan istirahat.

Rencana Tindakan

2. Risiko infeksi

Tujuan :

- Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, pasien tidak mengalami infeksi, dengan KH:
- Tidak ada kemerahan.
- Tidak demam.
- Tidak ada rembesan luka operasi.

Rencana Tindakan :

- Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien.
- Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga.
- Terapkan universal precaution.
- Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka.
- Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
- Berikan antibiotik bila perlu.
- Batasi pengunjung.
- Dressing infus setiap 2 hari sekali.

Rencana Tindakan

- Risiko perdarahan

Tujuan :

- 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

Rencana Tindakan :

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

Evaluasi

Post operasi

S: Pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, clekit-clekit, agak panas.

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.

Ku: lemah, kes:CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien masih belum mau makan. Suara psien tidak serak. Drain merah -/+ 10cc

A: Masalah belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi

Monitor tanda-tanda perdarahan post operasi.

Monitor tanda vital.

Monitor tanda-tanda perdarahan menetap (produk drain).

Berikan medikasi yang tepat

Evaluasi hari ke II

S: Klien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa nyeri. klien mengatakan sudah makan

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. Infus RL 20tt/mnt lancar.

Ku: cukup, kes: CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan $\frac{3}{4}$ makanan. Drain merah -/+ 30cc

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Lanjutkan intervensi

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.

Evaluasi hari ke III

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. Pasien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS

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. Drain -/+20cc merah.

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.

Persiapkan discharge planing kepulangan pasien, motivasi untuk menjaga kebersihan, diet TKTP, rajin minum obat dan menjadwalkan kontrol rawat jalan di poliklinik bedah onkologi.

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

a. Proses Keperawatan.

1. Pengkajian

Menurut teori wiseman(2011), terdapat gejala gemetar pada ekstrimitas, dan jantung berdebar (tacikardi) 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.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A ada 5 menurut tinjauan teori ada 6, yang tidak muncul adalah Ketidakefektivan 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.

Perencanaan & Intervensi Keperawatan

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis menyusun Intervensi berdasarkan *Nursing Intervension Clasification* (NIC) dan *Nursing Outcame Clasification* (NOC) 2012. Dari beberapa tujuan dan rencana yang terdapat pada buku itu hanya beberapa rencana yang kita ambil, karena kita sesuaikan dengan kondisi klien Tn.A

Implementasi keperawatan

Pada rencana yang telah disusun, semua dapat dilakukan implementasi tindakan keperawatan pada Tn.A tanpa ada hambatan karena Tn.A cukup kooperatif dan menerima semua informasi maupun tindakan keperawatan yang diberikan.

Evaluasi

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.

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

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, **Kesiapan penulis dalam melaksanakan ujian dan kecemasan. Kelas DIII RPL keperawatan masih mengerjakan tugas bekerja di instansi pada pagi hari sampai jam 14.00 WIB.**

Kesimpulan

- 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.
- 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.
- 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 +/- 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.
- Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan format dan jelas, aktual.

Saran

Untuk perawat

Format asuhan keperawatan lebih bagus kalo dibuat terpisah, untuk fasilitas ruang mungkin lebih bagus jika ditata biar lebih fungsional

SEKIAN

TERIMAKASIH
