



Asuhan Keperawatan pada Tn. Z Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post OP Struma Nodosa Non Toksik di Ruang Mawar 2 RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal

Fayiko Yulia Muhfaj^{1*}, Ahmad Zakiudin², Yusriani Saleh Baso³, Sukirno⁴

¹⁻⁴ Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes, Indonesia

Abstract. *The thyroid gland is an endocrine organ that has a dual role in regulating the level of metabolism and regulates fat and carbohydrate metabolism. The shape resembles a butterfly and is the largest gland in the human body (Jamal & Maracilu, 2023). The thyroid gland is in the front of the neck just below the larynx and sticks to the trachea. This gland has two lobes, namely the right lobe and the left lobe that is connected by Isthmus which is a small piece of tissue (Arsana, 2023). The thyroid gland produces important hormones such as T4 and T3 needed by the body for metabolic functions. The production of this hormone depends on the intake of iodine from food and salt (Dewi et al., 2023).*

Keywords: *Endocrine System Disorders, Thyroid Glands, Mr. Z.*

Abstrak. Kelenjar tiroid merupakan sebuah organ endokrin yang memiliki peran ganda dalam mengatur tingkat metabolisme dan mengatur metabolisme lemak serta karbohidrat. Bentuknya menyerupai kupu-kupu dan merupakan kelenjar terbesar dalam tubuh manusia (Jamal & Maracilu, 2023). Kelenjar tiroid berada di bagian depan leher tepat di bawah laring dan menempel pada trakea. Kelenjar ini memiliki dua lobus, yaitu lobus kanan dan lobus kiri yang dihubungkan oleh isthmus yang merupakan sepotong jaringan kecil (Arsana, 2023). Kelenjar tiroid menghasilkan hormon penting seperti T4 dan T3 yang dibutuhkan oleh tubuh untuk fungsi metabolisme. Produksi hormon ini tergantung pada asupan iodine dari makanan dan garam (Dewi et al., 2023).

Kata Kunci : Gangguan Sistem Endokrin, Kelenjar tiroid, Tn. Z

1. LATAR BELAKANG

Goiter atau struma adalah pembesaran kelenjar tiroid karena gangguan fungsi. Ini disebabkan oleh sel-sel tiroid yang terus membelah diri yang menyebabkan peningkatan volume kelenjar. Hormon tiroid dapat memiliki tingkat toksisitas yang berbeda, kadar rendah tidak menimbulkan gejala, sementara kadar tinggi dapat menyebabkan gejala khas (Sudadi et al., 2021). Goiter di Indonesia merupakan suatu masalah endemik dan termasuk salah satu dari empat penyakit gizi utama di Indonesia yang disebabkan oleh Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) (Mutalazimah et al., 2021). Makanan seperti rumput laut, singkong dan kubis yang mengandung zat goitrogenik juga bisa menyebabkan goiter (Azamris, 2020).

Gangguan tiroid adalah kelainan hormonal yang menduduki peringkat kedua dalam jumlah kasus terbesar di Indonesia setelah diabetes mellitus, lebih dari 700.000 orang di Indonesia mengidap gangguan tiroid dengan sebagian besar pasien berasal dari Pulau Jawa (Dewi et al., 2020). Struma non-toksik paling sering disebabkan oleh kekurangan yodium dalam jangka panjang (kronis). Kondisi ini biasanya menyerang individu yang tinggal di daerah dengan kandungan yodium rendah dalam tanah dan air, seperti wilayah pegunungan. Faktor risiko tambahan untuk struma non-toksik mencakup jenis kelamin, usia dan penggunaan obat-obatan tertentu, sedangkan ras kurang signifikan dibandingkan dengan status ekonomi rendah

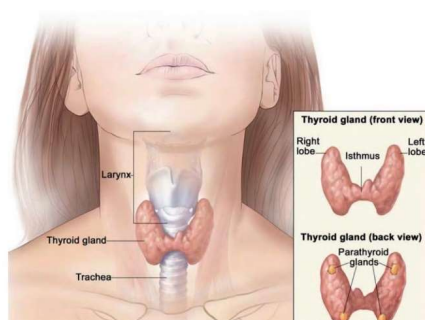
di negara-negara nonindustri yang berperan besar dalam rendahnya asupan yodium (Jihan & Hasbullah, 2020).

Nyeri akut yang sering dirasakan pasien terutama disebabkan oleh tindakan pembedahan, di mana insisi menyebabkan luka dan memutuskan kontinuitas jaringan. Ini merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang menyebabkan munculnya rasa nyeri pada pasien (Ramadhani, 2022). Manajemen nyeri non farmakologi adalah metode penyembuhan nyeri tanpa obat yang lebih menekankan pada perilaku caring. Teknik yang sering digunakan meliputi relaksasi napas dalam, distraksi, terapi musik, hipnosis, guided imagery dan terapi pijat. Tujuan utamanya adalah mengurangi nyeri, meningkatkan fungsi bagian tubuh yang sakit dan memperbaiki kualitas hidup. Perawat memiliki peran penting dalam manajemen ini karena mereka berinteraksi langsung dengan pasien (Kasrin et al., 2024).

Teori Keperawatan *Self Care* dari Dorothea Orem menekankan pentingnya kemampuan individu untuk merawat diri sendiri sebisa mungkin. Perawat berperan sebagai fasilitator untuk membantu pasien merawat dirinya sendiri serta memungkinkan mereka untuk memenuhi kebutuhan mereka secara mandiri. Pendekatan ini meliputi tidak hanya aspek fisik tetapi juga aspek bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual dalam memberikan perawatan yang holistik. Perawat tidak hanya memberikan perawatan selama pasien dirawat di rumah sakit, tetapi juga berfokus pada pencegahan komplikasi, pemeliharaan dan pelatihan pasien dalam aktivitas sehari-hari termasuk merawat luka pasca operasi di rumah (Dwitanta et al., 2023).

2. KAJIAN TEORITIS

Anatomi Fisiologi Kelenjar Tiroid



Gambar 1 Anatomi Kelenjar Tiroid

Sumber: Setiawati, 2022

Kelenjar tiroid adalah bagian dari sistem endokrin yang berbentuk seperti kupu-kupu dan terletak di bagian leher. Kelenjar tiroid pada orang dewasa biasanya memiliki ukuran sekitar 5 cm dengan berat sekitar 10-30 gram. Secara visual, kelenjar tiroid terletak di leher

bagian depan, tepat di bawah jakun dan di depan trakea (saluran napas). Bentuk kelenjar tiroid menyerupai huruf H atau dasi kupu-kupu. Saat kondisinya normal, kelenjar ini tidak terlihat dan hampir tidak teraba. Namun jika kelenjar tiroid membesar, dokter dapat merabanya dengan mudah. Pada saat membesar, kelenjar tiroid akan terlihat sebagai benjolan di bawah jakun dan bergerak naik ketika menelan. Ini bisa menjadi tanda bahwa kelenjar tiroid mengalami pembesaran yang disebut gondok atau struma. Pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter biasanya diperlukan untuk menentukan penyebab dan penanganan yang tepat jika ada perubahan pada kelenjar tiroid (Puspitasari, 2023).

Konsep Dasar Thyroid Struma

Struma yang umumnya dikenal dengan nama goiter adalah pembesaran pada bagian leher yang disebabkan oleh perbesaran kelenjar tiroid sebagai akibat dari kelainan dalam kelenjar tiroid itu sendiri. Kelainan ini dapat mencakup gangguan peran atau perubahan struktur dan morfologi kelenjar, baik dalam bentuk diffusa maupun nodosa. Penyebab utama struma adalah defisiensi hormon tiroid akibat kurangnya asupan yodium dalam tubuh. Dampak dari struma pada tubuh terutama terlihat pada pembengkakan kelenjar tiroid yang dapat mempengaruhi organ-organ di sekitarnya. Organ-organ tersebut meliputi trakea dan esofagus. Struma bisa menekan organ-organ tersebut ke bagian dalam yang menyebabkan kesulitan bernapas (dispnea) dan disfagia. Hal ini dapat mengganggu pasokan oksigen, nutrisi, cairan dan elektrolit dalam tubuh. Ketika pembengkakan kelenjar tiroid terlihat dari luar leher akan membesar dan dapat berbentuk tidak simetris dan sering kali disertai dengan kesulitan bernapas dan disfagia (Bagus et al., 2023).

Konsep Dasar Post Operasi Isthomolobektomi

Keperawatan perioperatif adalah jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien yang akan menjalani pembedahan atau prosedur invasif. Dengan tujuan membantu pasien dan keluarganya dalam menentukan keputusan yang berkaitan dengan prosedur tersebut serta memberikan dukungan terhadap kebutuhan pasien selama seluruh proses pembedahan. Pelayanan keperawatan perioperatif mencakup tiga fase utama, yaitu pra-operasi (sebelum operasi), intra-operasi (selama operasi) dan pasca-operasi (setelah operasi). Pada setiap fase perawat bertanggung jawab untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan prosedur yang dijalani, serta memastikan kenyamanan dan keselamatan pasien sepanjang proses pembedahan (Maulidin et al., 2023).

Konsep Nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi ketika tubuh mengalami cedera atau kerusakan. Sensasi ini bisa berupa rasa sakit, panas, getaran, kesemutan, terbakar

atau seperti ditusuk. Nyeri bersifat subjektif dan emosional, merupakan pengalaman tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan pada jaringan atau sebagai tanda adanya potensi kerusakan (Kasrin et al., 2024).

Konsep Asuhan Keperawatan Struma

Pengkajian adalah proses pengumpulan data sistematis yang bertujuan untuk menilai kondisi klien saat ini, riwayat kesehatan dan status fungsional, serta untuk mengevaluasi pola koping. Melalui pengkajian, data dikumpulkan secara menyeluruh dan terstruktur guna menganalisis masalah kesehatan dan keperawatan yang dialami oleh klien, termasuk aspek fisik, mental, sosial dan spiritual. Ini adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan penghimpunan data dari berbagai sumber guna menilai dan menentukan status kesehatan klien secara menyeluruh (Nurlina, 2024).

3. METODE PENELITIAN

Tanggal Masuk Rumah Sakit	: Minggu, 07 Januari 2024	(Jam 13:05)
Tanggal Pengkajian	: Senin, 08 Januari 2024	(Jam 11:25)
Ruangan Rumah Sakit	: Mawar 2	
Diagnosa Medis	: Struma Nodosa Non Toksik	

Pengkajian

Biodata

Identitas Pasien

Nama Lengkap	: Tn. Z
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Usia	: 41 Tahun
T.T.L	: Slawi, 12 Januari 1983
Status	: Belum menikah
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Jawa
Pendidikan	: SMP
Alamat	: Desa Kagok RT 04/02 Kab.Tegal
Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. U
Umur	: 56 Tahun

Alamat : Desa Kagok RT 04/02 Kab.Tegal
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Hubungan dengan pasien : Kakak

Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Sakit sedang
 Kesadaran Composmentis GCS 15 (E:4,
 Tanda-Tanda Vital V:5, M:6)
 Tekanan Darah : 110/80 mmHg
 Nadi : 81x/menit
 Respirasi : 21x/Menit
 Suhu : 36,4°C
 Spo2 : 99%
 Berat Badan : 64 kg
 Tinggi Badan : 183 cm

b. Data Penunjang

Hari : Senin

Tanggal: 07 Januari 2024 (Jam 15:15 WIB)

Tabel 1 Data Penunjang Pemeriksaan Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Pemeriksaan darah lengkap			
Leukosit	7.8	$10^3/\text{ul}$	3.8-10.6
Eritrosit	4.8	$10^3/\text{ul}$	4.40-5.90
Hemoglobin	14.0	g/dl	13.2-17.3
Hematokrit	42	%	40-52
MCV	87	fL	80-100
MCH	29	Pg	26-34
MCHC	33	g/dl	32-36
Trombosit	230	$10^3/\text{ul}$	150-400
DIFF COUNT			
Eosinofil	3.90	%	2.00-4.00
Basofil	0.10	%	0-1
Neutrofil	53.60	%	50-70
Limfosit	34.70	%	25-40
Monosit	6.10	%	2-8

Netrofil Limfosit Ratio	1.54		<3.13
MPV	8.8	fL	7.2-11.1
RDW-SD	40.9	fL	35.1-43.9
RDW-CV	12.9	%	11.5-14.5
APPT TEST	30.7	detik	25.5-42.1
PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
PT TEST	10.9	detik	9.3-11.4
Golongan Darah	B		
Rhesus Faktor	Positive		
KIMIA KLINIK			
Gula Darah Sewaktu	80	mg/dl	75-140
Ureum	19.7	mg/dl	17.1-42.8
Creatinine	0.96	mg/dl	0.40-1.00

Sumber Rekam Medis RSUD dr. Soeselo, 2024

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data sistematis yang bertujuan untuk menilai kondisi klien saat ini, riwayat kesehatan dan status fungsional, serta untuk mengevaluasi pola koping. Melalui pengkajian, data dikumpulkan secara lengkap dan sistematis guna menganalisis masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien, termasuk aspek fisik, mental, sosial dan spiritual. Ini merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien secara komprehensif (Nurlina, 2024).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 Jam 11:25 WIB. Di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal di dapatkan data pasien dengan nama Tn. Z, jenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Slawi, 12 Januari 1983, berusia 41 tahun, status belum menikah, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan tamat SMP dan alamat Desa Kagok RT 04/02 Kab.Tegal.

Didapatkan data subyektif yaitu keluarga klien mengatakan klien pergi ke rumah sakit pada Minggu, 07 Januari 2024 jam 12.15 WIB karena mempunyai rencana untuk operasi pada lehernya, dimana terdapat benjolan sebesar telur ayam di leher sebelah kiri yang sudah dirasa sejak 3 bulan yang lalu, pada jam 13.05 WIB klien dibawa ke ruang mawar 2 untuk persiapan tindakan operasi, Senin 08 januari 2024 jam 08.25 WIB klien melaksanakan operasi dan selesai pada jam 09.25 WIB. Jam 11.25 WIB dilakukan pengkajian dengan hasil: klien mengatakan

nyeri setelah operasi, nyeri terasa saat mobilasi, bicara dan menelan, nyeri seperti ditekan, terasa pada leher sebelah kiri dengan skala nyeri 5 dan nyeri hilang timbul, selain itu klien mengatakan setelah operasi klien kesulitan dan takut untuk berbicara dan menggerakkan area leher, keluarga mengatakan suara klien menjadi kecil.

Didapatkan data obyektif dari pengamatan pengkaji yaitu terdapat perban luka post operasi isthomolobektomi pada leher bagian depan dengan panjang kurang lebih 13 cm dan luas perban kurang lebih 10 cm, terpasang drainage pada leher klien, klien tampak meringis menahan nyeri leher yang terasa saat /klien menelan, berbicara dan menggerakkan bagian leher. Pergerakan klien tampak terbatas hanya dapat menghadap satu arah yaitu ke depan. Didapatkan tanda - tanda vital sebagai berikut TD: 110/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,4°C, RR: 21x/ menit.

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah tahap dalam proses perawatan yang menekankan pada pengkajian dan pengumpulan data untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pasien berdasarkan keluhan yang disampaikan, hasil observasi dari pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan tambahan seperti laboratorium dan radiologi. Dalam diagnosis keperawatan, perawat melakukan analisis mendalam terhadap informasi yang diperoleh untuk menentukan masalah kesehatan yang mendasari dan merumuskan rencana perawatan yang tepat (Koerniawan et al., 2020).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z penulis mengambil 3 diagnosis atau masalah keperawatan yang muncul yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Batasan karakteristik nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) kode (D.0077) adalah pengalaman sensorik yang berkaitan dengan jaringan aktual atau fungsional, dengan onst mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sehingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016).

Pemicu dari adanya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik gejala tanda dan gejala mayor dan minor data subyektif (mengeluh nyeri) dan data obyektif (tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur), sedangkan tanda

minor (tidak tersedia) dan objektif (tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu dan berfokus pada diri sendiri) (PPNI, 2016).

Hasil pengkajian dari data di atas di dapatkan dengan hasil data subyektif: klien mengatakan nyeri pada leher yaitu pada bekas operasi, nyeri terasa saat mobilisasi, menelan dan berbicara, nyeri seperti ditekan, tepatnya pada leher bagian kiri, skala nyeri 5, terasa hilang timbul, keluarga klien mengatakan nafsu makan klien berkurang. Didapatkan data obyektif dari pengamatan pengkaji yaitu: terdapat perban luka post operasi isthmolobektomi pada leher bagian depan dengan panjang kurang lebih 13 cm dan luas perban kurang lebih 10 cm, terpasang drainage pada leher klien, klien tampak meringis menahan rasa nyeri pada leher bagian kiri, klien tampak tidak menghabiskan makanannya (terdapat sisa makanan yang masih banyak pada tempat makan klien).

Menurut Nguru, 2020 perasaan nyeri setelah operasi juga bisa menjadi keluhan umum, termasuk setelah operasi struma. Ini biasanya disebabkan oleh peradangan dan proses penyembuhan jaringan di sekitar area yang dioperasi. Ketika tubuh menyembuhkan luka, sering kali jaringan parut akan terbentuk, yang dapat menyebabkan kekakuan dan ketidaknyamanan. Terkadang, kekakuan juga bisa disebabkan oleh penumpukan cairan atau pembengkakan di sekitar area operasi. Nyeri yang signifikan tentu dirasakan pada pasien pascaoperasi, nyeri ini bisa menjadi masalah yang dominan dan memengaruhi kenyamanan dan kualitas hidup pasien, nyeri yang tidak terkontrol setelah operasi struma dapat meningkatkan risiko komplikasi, seperti peningkatan tekanan darah, ketegangan otot, gangguan tidur, selain itu nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari pasien, termasuk kebutuhan klien seperti makan, minum dan aktivitas lainnya yang biasa klien lakukan.

Pada saat pengkajian didapatkan hasil bahwa keluhan utama yang dirasakan pasien adalah nyeri sehingga penulis menetapkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077) sebagai diagnosis keperawatan utama karena diagnosis tersebut sesuai dengan karakteristik yang relevan dan mendukung temuan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nguru, 2020.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) (D:0119).

Gangguan komunikasi verbal adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena adanya faktor-faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental (PPNI, 2016). Batasan karakteristik gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik kode (D.0119) adalah penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem

simbol. Penyebabnya terdapat hambatan fisik (misalkan terpasang trakeostomi, intubasi, krikotoroidektomi). Gejala dan tanda mayor data subyektif (tidak tersedia), data obyektif tidak mampu berbicara atau mendengar dan menunjukan respon tidak sesuai. Gejala dan tanda minor data subyektif (tidak tersedia), data obyektif sulit mempertahankan komunikasi, sulit menyusun kalimat dan sulit mengungkapkan kata-kata (PPNI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z didapatkan data subyektif meliputi: klien mengatakan merasa nyeri pada leher saat berbicara, keluarga klien mengatakan suaranya menjadi kecil, klien mengatakan merasa kesulitan dan takut saat menggerakan leher termasuk tengok kanan dan kiri, klien mengatakan merasa nyeri saat menggerakan area leher dan didapatkan data obyektif meliputi: suara klien terdengar pelan dan terkadang terdengar kurang jelas, klien tampak meringis menahan nyeri saat berbicara, menelan dan mobilisasi, gerakan klien tampak terbatas klien hanya dapat menghadap satu arah yaitu ke depan.

Menurut Ramadhani, 2022 terdapat diagnosis gangguan komunikasi verbal pada pasien dengan post operasi struma, hal ini disebabkan oleh kemungkinan timbulnya disartria. Disartria merupakan gangguan bicara yang terjadi akibat kelainan atau kerusakan pada otot-otot yang berperan dalam pembentukan suara. Adanya keterbatasan gerakan lidah ke satu sisi dapat menjadi penyebab disartria karena mengakibatkan ketidakmampuan otot lidah untuk berfungsi secara efektif dalam membentuk bunyi. Namun, pada kasus pasien dengan struma yang mengalami disartria akibat dari kerusakan organ berbicara karena pembedahan, kondisi tersebut disebabkan oleh kerusakan pada otot lidah dan tenggorokan. Dalam konteks ini, kelemahan otot lidah dan tenggorokan dapat mengakibatkan gangguan dalam pengucapan kata-kata serta kesulitan dalam berbicara.

Pada saat pengkajian klien mengeluh kesulitan untuk berbicara selain itu penulis juga mendapatkan data lain yang mencakup beberapa indikator yang menunjukkan gangguan komunikasi verbal pada klien, yaitu: klien mengatakan merasa nyeri pada leher saat berbicara, keluarga klien mengatakan suaranya menjadi kecil, klien mengatakan kesulitan dan takut saat menggerakan leher termasuk tengok kanan dan kiri, suara klien terdengar pelan dan terkadang terdengar kurang jelas, klien tampak meringis menahan nyeri saat berbicara, menelan dan mobilisasi, klien tampak meringis menahan nyeri saat berbicara, menelan dan mobilisasi, gerakan klien tampak terbatas klien hanya dapat menghadap satu arah yaitu ke depan.

Sehingga penulis menetapkan diagnosis gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) (D:0119) sebagai diagnosis keperawatan

kedua karena sesuai dengan batasan karakteristik dan sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ramadhani, 2022.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D 0111).

Defisit pengetahuan adalah kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respon atau pola disfungsi manusia (PPNI, 2016). Berdasarkan karakteristik defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi kode (D.0111) adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Penyebab terdapat kurang terpaparnya informasi. Gejala dan tanda mayor, data subyektif terdapat menanyakan masalah yang dihadapi dan data obyektif terdapat menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah dan tanda minor data subyektif (tidak tersedia), data obyektif terdapat menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (PPNI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z didapatkan data subyektif meliputi: klien bertanya kepada perawat mengenai penyakit yang sedang dialami klien, klien mengatakan belum mengetahui dengan jelas mengenai penyakit yang sedang dialaminya, klien mengatakan belum tahu apa yang harus klien lakukan agar klien cepat sembuh dan tidak terkena penyakit yang sedang dialami klien saat ini dan didapatkan data obyektif sebagai berikut: klien tampak siap untuk mengetahui mengenai penyakit yang sedang dialami lebih lanjut, klien tampak mau bertanya mengenai penyakit yang sedang klien alami, klien tampak bingung dan terkadang diam saat ditanya mengenai penyakit yang sedang klien alami.

Menurut Fadhila, 2021 terdapat diagnosis defisit pengetahuan pada pasien post op struma, pentingnya memperhatikan pemenuhan defisit pengetahuan dalam konteks hirarki kebutuhan sosial menurut Maslow adalah untuk memastikan bahwa kebutuhan sosial pasien terpenuhi dengan baik. Memahami bahwa defisit pengetahuan berkaitan dengan kurangnya paparan informasi memungkinkan penegakan solusi yang lebih efektif untuk mengatasi masalah tersebut, termasuk masalah mengenai kondisi terkini yang sedang pasien alami saat post op operasi.

Berdasarkan data dari hasil pengkajian penulis mendapatkan data subyektif meliputi: klien bertanya kepada perawat mengenai penyakit yang sedang dialami klien, klien mengatakan belum mengetahui dengan jelas mengenai penyakit yang sedang dialaminya, klien mengatakan belum tahu apa yang harus klien lakukan agar klien cepat sembuh dan tidak terkena penyakit yang sedang dialami klien saat ini dan didapatkan data obyektif sebagai

berikut: klien tampak siap untuk mengetahui mengenai penyakit yang sedang dialami lebih lanjut, klien tampak mau bertanya mengenai penyakit yang sedang klien alami, klien tampak bingung dan terkadang diam saat ditanya mengenai penyakit yang sedang klien alami.

Sehingga penulis menetapkan diagnosis Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D: 0111) sebagai diagnosis keperawatan ketiga karena sesuai dengan batasan karakteristik dan sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Fadhila, 2021.

Selain 3 diagnosis yang telah dijelaskan sebelumnya, penulis juga akan membahas diagnosis yang terdapat dalam teori namun tidak muncul dalam kasus, yaitu:

1. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D: 0142).

Keadaan dimana seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (PPNI, 2016). Berdasarkan karakteristik risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif kode (D.0142) adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risiko terdapat penyakit kronis, efek prosedur invasif, peningkatan patogen lingkungan dan kondisi terkait terdapat tindakan invasive (PPNI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z tidak didapatkan data ataupun hasil pengkajian yang mendukung adanya diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive pada Tn. Z dilihat dengan tidak adanya hasil laboratorium dengan leukosit yang tinggi. Sehingga penulis tidak merumuskan risiko infeksi sebagai diagnosis keperawatan pada Tn. Z.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler (D. 0001).

Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (PPNI, 2016). Berdasarkan karakteristik diagnosis bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas kode (D.0001) adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas agar tetap paten. Penyebab terdapat hipersekresi jalan nafas. Gejala tanda mayor data subyektif (tidak tersedia), data obyektif terdapat batuk tidak efektif sputum berlebih, mengkonium di jalan nafas, Gejala minor terdapat data subyektif sulit bicara, dyspnea dan data obyektif terdapat bunyi nafas menurun pola nafas berubah, dan gelisah (PPNI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z tidak didapatkan hasil pengkajian yang memenuhi kriteria masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak

efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, baik tanda dan gejala mayor maupun minor seperti batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan atau ronkhi kering dan dispnea. Sehingga penulis tidak merumuskan ataupun memilih bersihan jalan nafas tidak efektif sebagai diagnosis keperawatan yang ada pada Tn. Z.

3. Risiko cedera dibuktikan dengan terpapar pathogen (D. 0136).

Risiko cedera yaitu berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik (PPNI, 2016). Berdasarkan karakteristik risiko cedera dibuktikan dengan efek prosedur invasif kode (D.0136) adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risiko terdapat terpapar pathogen, terdapat zat kimia toksik, terpapar agen nosocomial, ketidakamanan transportasi dan ketidaknormalan profil darah (PPNI, 2016).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z tidak didapatkan data ataupun hasil pengkajian yang mendukung adanya diagnosis keperawatan risiko cedera dibuktikan dengan efek proseduk invasive pada Tn. Z. Sehingga penulis tidak merumuskan risiko infeksi sebagai diagnosis keperawatan pada Tn. Z.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tahap perencanaan dalam asuhan keperawatan merupakan bagian yang sangat penting. Pada tahap ini, perawat membuat rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Proses perencanaan keperawatan melibatkan langkah-langkah berikut: menentukan prioritas masalah, menetapkan tujuan serta kriteria hasil, merancang rencana tindakan dan mendokumentasikan. Perencanaan keperawatan yang efektif akan menghasilkan pelayanan berkualitas dan bermutu. Tahap perencanaan keperawatan merupakan bagian integral dari proses perawatan dan dilakukan setelah diagnosis keperawatan dibuat. Dalam tahap ini, perawat merencanakan serangkaian langkah untuk menyelesaikan masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Proses perencanaan keperawatan melibatkan identifikasi masalah, penentuan prioritas, pembuatan tujuan, perencanaan tindakan dan evaluasi (Risnawati et al., 2023).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z didapatkan diagnosis dengan intervensi sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) (D: 0077).

Tujuan keperawatan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan

tingkat nyeri menurun (L.01001) dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dari 2 menjadi 4, meringis menurun dari 2 menjadi 4 dan nafsu makan membaik dari 2 menjadi 4.

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yaitu manajemen nyeri (I.08238). Observasi (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi, komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetic), memonitor tanda-tanda vital. Terapeutik (berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi, rasa nyeri (misal hypnosis, terapi pijat, terapi music, terapi bermain, aromaterapi), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan), fasilitasi istirahat dan tidur, monitor efek samping penggunaan analgetic). Edukasi (jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri). Kolaborasi (kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu).

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) (D:0119).

Tujuan keperawatan pada diagnosis gangguan komunikasi verbal yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil: kemampuan berbicara meningkat dari 2 menjadi 4, kontak mata meningkat dari 3 menjadi 5 dan nafsu makan membaik dari 2 menjadi 4.

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik yaitu promosi komunikasi: deficit bicara (I.13492). Observasi (monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi). Terapeutik (gunakan metode komunikasi alternatif (misal menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan computer), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami pasien), ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis). Edukasi (anjurkan berbicara perlahan). Kolaborasi (rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis).

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D 0111).

Tujuan keperawatan pada diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat

pengetahuan meningkat. (L.12111) dengan kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat dari 2 menjadi 4, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun dari 2 menjadi 4 dan Perilaku membaik dari 2 menjadi 4.

Penulis menentukan rencana keperawatan untuk diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu edukasi kesehatan (I.12383). Observasi (identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat). Terapeutik (sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, pelaksanaan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan, berikan kesempatan untuk bertanya). Edukasi (jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat).

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang diambil oleh seorang perawat berdasarkan intervensi atau rencana perawatan yang telah disusun. Dalam proses pelaksanaannya, diperlukan Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan yang mengarahkan cara menjalankan intervensi tersebut (Rahayu & Mulyani, 2020).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 08 Januari 2024 jam 11.25 WIB di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada Tn. Z didapatkan 3 diagnosis dengan implementasi yang dilakukan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) (D: 0077).

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada Selasa 09 Januari 2024 dengan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) adalah sebagai berikut mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri serta memonitor tanda-tanda vital klien dengan data subyektif: klien mengatakan merasa nyeri pada leher yaitu pada bekas operasi, P: nyeri leher pada saat mobilisasi, menelan dan berbicara, Q: nyeri seperti ditekan, R: nyeri pada bagian leher kiri, S: skala nyeri 5, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan nafsu makan klien berkurang hanya makan 1- 4 suap saja dan data obyektif: klien tampak meringis menahan nyeri saat diajak bicara, klien tampak tidak focus, kontak mata kurang saat diajak bicara, tempat makan klien masih tersisa banyak makanan, TD: 110/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,4°C, RR: 21x/ menit.

Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat IV (ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml, ceftriaxone 40 mg, omeprazole 1 gr) dengan data subyektif: klien

mengatakan merasa nyeri pada leher dan bersedia diberikan obat melalui selang infus dan data obyektif: klien tampak menahan nyeri. Mengajarkan tehnik non farmakologis tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dengan data subyektif: klien mengangguk faham dan dapat mempraktekan tehnik nafas dalam untuk mngurangi nyeri dan data obyektif: klien tampak memperhatikan dan dapat mempraktekan tehnik nafas dalam.

Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat melalui IV (ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml) dengan data subyektif: klien mengatakan bersedia diberikan obat melalui selang infus dan data obyektif: klien tampak tenang saat diberikan obat. Memonitor skala nyeri serta memonitor tanda-tanda vital dengan data subyektif: klien mengatakan merasa nyeri pada leher yaitu pada bekas operasi, P: nyeri leher pada saat mobilisasi, Q: nyeri seperti dipotong-potong, R: nyeri pada bagian leher kiri, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan nafsu makan klien mulai membaik hingga habis hampir setengah porsi dan data obyektif: klien tampak meringis menahan nyeri saat diajak bicara, klien tampak mulai sedikit fokus, kontak mata mulai membaik saat diajak bicara, sisa makanan klien berkurang hingga tersisa hampir setengah porsi, TD: 120/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,7 °C, RR: 21x / menit.

Pada Rabu 10 Januari 2024 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut memonitor skala nyeri serta memonitor tanda-tanda vital dengan data subyektif: klien mengatakan nyeri kembali berkurang dan sudah tidak begitu terasa, P: nyeri leher pada saat mobilisasi, menelan dan berbicara, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri pada bagian leher kiri, S: Skala nyeri 3, T: hilang timbul, klien mengatakan nafsu makan mulai meningkat hampir setengah porsi dihabiskan dan data obyektif: ekspresi meringis klien tampak berkurang hanya sesekali tampak saat berbicara dan tampak lebih baik dari sebelumnya, kontak mata klien tampak baik dan sudah dapat fokus saat diajak berkomunikasi, TD: 120/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,8 °C, RR: 21x/ menit.

Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat IV (ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml, ceftriaxone 40 mg, omeprazole 1 gr) dengan data subyektif: klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan berkurang dan tidak begitu terasa seperti sebelumnya dan data obyektif: klien tampak lebih baik dari sebelumnya. Memonitor kembali skala nyeri yang dirasakan klien serta memonitor tanda-tanda vital klien dengan data subyektif klien mengatakan nyeri kembali berkurang dan sudah tidak begitu terasa, P: Nyeri leher pada saat mobilisasi, menelan dan berbicara, Q: nyeri seperti dipotong-potong, R: nyeri pada bagian leher kiri, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul, klien mengatakan nafsu makan mulai meningkat menjadi lebih dari setengah porsi dihabiskan dan data obyektif: ekspresi meringis klien tampak berkurang hanya sesekali tampak saat berbicara dan tampak lebih baik dari sebelumnya, kontak

mata klien tampak baik dan sudah dapat focus saat diajak berkomunikasi, TD: 120/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,6°C, RR: 21x/ menit, tampak sisa makanan yang berkurang

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) (D:0119).

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada Selasa 09 Januari 2024 dengan diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik sebagai berikut: memonitor kecepatan, ketahanan, kualitas, volume dan diksi bicara dengan data subyektif: keluarga klien mengatakan setelah operasi suara klien menjadi kecil, pelan dan tidak begitu jelas, keluarga klien mengatakan klien jarang berbicara, klien mengatakan susah untuk berbicara dan bergerak dan data obyektif: klien tampak susah dan takut untuk menggerakkan leher termasuk saat berbicara, klien tampak meringis menahan nyeri saat berbicara, suara klien terdengar kecil dan terkadang kurang jelas.

Menggunakan gaya komunikasi sesuai kebutuhan dengan menunjukkan satu pemikiran, meminta bantuan keluarga untuk memahami klien, serta mengulangi yang telah disampaikan klien dengan data subyektif: klien mengatakan lebih mudah jika berkomunikasi dengan gaya komunikasi yang telah dipraktekan dan dengan data obyektif: klien tampak nyaman menggunakan gaya komunikasi yang telah dipraktekan, keluarga klien tampak dapat memahami klien

Menganjurkan klien menggunakan komunikasi alternatif seperti isyarat mata maupun tangan untuk berbicara dengan data subyektif: klien mengatakan akan mempraktekan komunikasi alternatif yang telah diajarkan untuk memudahkannya dalam berkomunikasi dan data obyektif: klien tampak mulai mempraktekan komunikasi alternatif yang telah diajarkan seperti isyarat mata ataupun tangan. Menganjurkan berbicara secara perlahan dengan data subyektif: klien mengatakan sudah mempraktekan untuk berbicara perlahan, keluarga klien mengatakan kini klien lebih banyak berbicara dengan pelan dan data obyektif: klien tampak mulai lebih sering berbicara dibandingkan sebelumnya, kesulitan klien dalam berbicara nampak berkurang

Pada Rabu 10 Januari 2024 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: memonitor kecepatan, ketahanan, kualitas, volume dan diksi bicara dengan data subyektif: klien mengatakan sekarang suara klien menjadi lebih keras dari kemarin dan kesulitan untuk berbicara berkurang, keluarga klien mengatakan kini suara klien lebih jelas dan keras dibandingkan sebelumnya, kini klien juga tampak sering berbicara dan data obyektif: klien

tampak mulai sering berbicara dibandingkan sebelumnya, kesulitan dan keengganan klien untuk berbicara mulai berkurang, suara klien terdengar lebih keras dan jelas.

Menganjurkan berbicara secara perlahan dengan data subyektif: klien mengatakan mulai merasa biasa saat berbicara seperti sebelum operasi karena kini drainage sudah terlepas namun klien juga mengatakan akan tetap berbicara dengan perlahan dan data obyektif: klien tampak lebih banyak berbicara dan tidak tampak kesulitan dan enggan untuk berbicara seperti sebelumnya.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D 0111).

Setelah menyusun rencana keperawatan berdasarkan SIKI, tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada Selasa 09 Januari 2024 dengan diagnosis keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi sebagai berikut: mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan data subyektif: keluarga klien dan klien mengatakan tidak mengetahui penyakit yang sedang dialami klien dengan jelas dan klien serta keluarga klien ingin mengetahuinya lebih jelas dan data obyektif: klien tampak belum mengetahui penyakit yang sedang klien alami, keluarga klien dan klien tampak ingin mengetahui penyakit klien dengan lebih jelas.

Menentukan jadwal untuk pelaksanaan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Bersama dengan data subyektif: klien mengatakan setuju jika pada hari selasa, 10 Januari 2024 akan diberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit yang sedang dideritanya dan hal lain mengenai kesehatan dan data obyektif: klien tampak antusias dan ingin mengetahui tentang penyakit yang sedang dideritanya. Menyiapkan materi dan media untuk pendidikan kesehatan dengan data subyektif: klien mengatakan kurang mendapatkan informasi mengenai penyakit yang sedang dialaminya dan data obyektif: klien tampak dapat menerima dan memahami materi atau informasi pendidikan kesehatan yang akan diberikan.

Pada Rabu 10 Januari 2024 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: melaksanakan pendidikan kesehatan bersama klien dan keluarga klien mengenai struma dengan data subyektif: klien dan keluarga klien mengatakan memahami apa yang telah disampaikan mengenai pendidikan kesehatan tentang struma dengan data obyektif: klien dan keluarga klien tampak memahami materi pendidikan kesehatan yang telah disampaikan. Memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga klien untuk bertanya dengan data subyektif: keluarga klien menanyakan apakah di rumah nanti klien diperbolehkan mengonsumsi daging dan dengan data obyektif: klien dan keluarga klien tampak memperhatikan dan dapat mengulangi kembali apa yang telah disampaikan.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan secara terus menerus dilakukan untuk menilai apakah rencana perawatan berjalan efektif dan bagaimana perlu dilanjutkan, disesuaikan, atau dihentikan. Evaluasi ini selalu berhubungan dengan pencapaian tujuan, jika tujuan tidak tercapai, penyebabnya perlu diidentifikasi. Proses evaluasi melibatkan langkah-langkah berikut:

1. Mengamati respon klien terhadap perawatan.
2. Membandingkan respon klien dengan kriteria yang telah ditetapkan.
3. Menganalisis hasil dari tindakan perawatan yang telah dilakukan.
4. Mengubah atau menyesuaikan intervensi perawatan jika diperlukan (Prastiwi et al., 2023).

Setelah penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan pada Tn. Z pasien dengan post op struma nodosa non toksik pada Selasa, 09 Januari 2024 sampai dengan Rabu, 10 Januari 2024 didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) (D: 0077).

Evaluasi keperawatan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) yang dilaksanakan pada Selasa, 09 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan masih merasa nyeri pada leher, namun rasa nyeri sedikit berkurang, P: nyeri leher saat berbicara, menelan dan mobilisasi, Q: nyeri seperti di potong-potong, R: nyeri pada bagian leher, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan klien masih merasa tidak nafsu makan dan hanya makan beberapa suap saja (4 – 5 suap), namun ini sudah lebih baik dibandingkan sebelumnya. Dengan data obyektif: klien masih tampak meringis saat diajak untuk berkomunikasi, klien tampak tidak menghabiskan makanannya dan tampak masih terdapat banyak sisa makanan pada tempat makannya.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dinyatakan teratasi sebagian dibuktikan dengan keluhan nyeri yang menurun dari 2 menjadi 3, meringis menurun dari 2 menjadi 3 dan nafsu makan yang membaik dari 2 menjadi 3. Maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya dengan memonitor skala nyeri dan memonitor tanda-tanda vital klien

Evaluasi pada Rabu, 10 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dan sudah tidak begitu terasa, P: nyeri leher saat berbicara, menelan dan mobilisasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri pada bagian leher, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul, klien mengatakan nafsu makan membaik dan sudah dapat menghabiskan makanan hingga setengah porsi dari makanannya, nyeri yang dirasa saat ini sudah tidak begitu terasa terutama saat menelan. Dengan data obyektif: klien tampak sudah dapat mengontrol nyerinya, ekspresi meringis hanya muncul sesekali saat melakukan pergerakan yang melibatkan daerah sekitar leher, rasa nyeri yang dirasakan klien tampak

berkurang, nafsu makan klien membaik, tampak kurang lebih setengah porsi sisa makanan yang terdapat pada tempat makan pasien.

Melihat kriteria hasil yang telah ditetapkan dengan kriteria hasil yang terdapat pada hasil evaluasi yang ada terdapat kesesuaian sehingga penulis menetapkan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op) telah teratasi dan penulis menetapkan intervensi dihentikan.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) (D:0119).

Evaluasi keperawatan pada diagnosis gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik yang dilaksanakan pada Selasa, 09 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan merasa enggan untuk berbicara karena terasa nyeri saat berbicara, klien mengatakan suara klien masih terdengar kecil, klien mengatakan masih merasa tidak nafsu untuk makan, klien mengatakan merasa takut dan nyeri saat melakukan pergerakan sekitar leher termasuk saat menelan dan berbicara. Dengan data obyektif: klien masih tampak merasa sulit dan takut untuk melakukan pergerakan di daerah leher termasuk saat berbicara dan makan, klien tampak enggan untuk banyak bicara, suara klien terdengar pelan dan terkadang tidak terdengar jelas, kontak mata klien masih kurang dan tidak fokus saat di ajak berkomunikasi, klien tampak tidak menghabiskan makanannya dan tampak masih terdapat banyak sisa makanan pada tempat makannya.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dinyatakan teratasi sebagian dibuktikan dengan kemampuan berbicara meningkat dari 2 menjadi 3, kontak mata meningkat dari 3 menjadi 4 dan nafsu makan membaik dari 2 menjadi 3. Maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya dengan memonitor kembali kecepatan, ketahanan, kualitas, volume dan diksi bicara, menganjurkan berbicara secara perlahan.

Evaluasi pada Rabu, 10 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan saat berbicara sudah berkurang yang dirasakan hanya nyeri ringan, klien mengatakan sudah tidak merasa kesulitan dan enggan untuk berbicara seperti biasa, klien mengatakan suara klien sudah tidak pelan seperti hari sebelumnya, klien mengatakan nafsu makan membaik dan dapat menghabiskan kurang lebih setengah porsi dari makanannya, klien mengatakan sudah tidak merasa takut untuk melakukan pergerakan sekitar leher, namun klien melakukan pergerakan dengan pelan dan hati-hati.

Dengan data obyektif: klien sudah tampak tidak merasa sulit dan takut untuk melakukan pergerakan di daerah leher termasuk saat berbicara dan makan, namun klien

melakukannya dengan hati-hati, suara klien mulai terdengar terdengar cukup dan jelas, kontak mata klien membaik dan sudah fokus saat di ajak berkomunikasi, klien tampak nafsu makan, nampak terdapat kurang lenih setengah porsi sisa makanan yang tersisa di tempat makannya.

Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik telah teratasi karena adanya kesesuaian dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan maka penulis menetapkan intervensi dihentikan.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D 0111).

Evaluasi keperawatan pada diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang dilaksanakan pada Selasa, 09 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan belum mengetahui penyakitnya dengan jelas, klien mengatakan masih mempunyai beberapa pertanyaan mengenai penyakitnya, klien mengatakan merasa bingung dan tidak tahu apa yang harus klien lakukan agar klien tidak kambuh kembali dan klien dapat sehat selalu. Dengan data obyektif: klien masih tampak bingung saat di ajak berkomunikasi mengenai penyakitnya.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan dinyatakan belum teratasi dibuktikan dengan perilaku sesuai anjuran, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dan perilaku membaik tidak mengalami peningkatan. Maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya dengan melaksanakan pendidikan kesehatan dan memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya

Evaluasi pada Rabu, 10 Januari 2024 penulis menemukan data subyektif: klien mengatakan kini pengetahuan tentang penyakitnya bertambah, klien mengatakan pertanyaan-pertanyaan mengenai penyakitnya sudah terjawab, klien mengatakan sudah tidak merasa bingung dan sekarang klien sudah mengetahui hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakitnya kambuh kembali. Dengan data obyektif: klien sudah tidak tampak bingung saat di ajak berkomunikasi mengenai penyakitnya.

Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar telah teratasi karena adanya kesesuaian dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan maka penulis menetapkan intervensi dihentikan.

5. KESIMPULAN

Simpulan

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. Z dengan gangguan sistem endokrin: post op struma nodosa non toksik di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada Selasa, 09 Januari 2024 sampai dengan Rabu, 10 Januari 2024, maka dengan ini penulis dapat mengambil simpulan yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian pada Tn. Z, jenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Slawi, 12 Januari 1983, berusia 41 tahun, status belum menikah, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan tamat SMP dan alamat Desa Kagok RT 04/02 Kab.Tegal. Didapatkan data subyektif yaitu keluarga klien mengatakan klien pergi ke rumah sakit pada Minggu, 07 Januari 2024 jam 12.15 WIB untuk melakukan operasi karena terdapat benjolan sebesar telur ayam di leher sebelah kiri sejak 3 bulan yang lalu, senin 08 januari 2024 jam 08.25 WIB klien melaksanakan operasi dan selesai pada jam 09.25 WIB.

Jam 11.25 WIB dilakukan pengkajian dengan hasil: klien mengatakan nyeri saat mobilasi, bicara dan menelan, nyeri seperti ditekan, pada leher sebelah kiri dengan skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, setelah operasi klien merasa kesulitan dan takut untuk berbicara dan menggerakkan area leher, keluarga mengatakan suara klien menjadi kecil.

Didapatkan data obyektif: terdapat perban luka post operasi isthomolobektomi pada leher bagian depan dengan panjang kurang lebih 13 cm dan luas perban kurang lebih 10 cm, terpasang drainage pada leher klien, klien tampak meringis saat klien menelan, berbicara dan menggerakkan bagian leher. Pergerakan klien tampak terbatas. Didapatkan tanda-tanda vital sebagai berikut TD: 110/80 mmHg, N: 81x/ menit, S: 36,4°C, RR: 21x/ menit.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang ditemukan penulis pada pengkajian pada Senin, 08 Januari 2024 Jam 11.25 WIB terdapat tiga diagnosis yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op), gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik (terdapat luka post operasi) dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Selasa, 09 Januari 2024 sampai dengan Rabu, 10 Januari 2024, yaitu: Manajemen Nyeri (I.08238) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, monitor skala nyeri, monitor tanda-tanda vital, berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal hypnosis, terapi music, aromaterapi), ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetic.

Promosi Komunikasi: Deficit Bicara (I.13492) monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, gunakan metode komunikasi alternatif (misal mata berkedip dan isyarat tangan), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal dengarkan dengan seksama, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami pasien), ulangi apa yang disampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan.

Edukasi Kesehatan (I.12383) identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, pelaksanaan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan, berikan kesempatan untuk bertanya.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Selasa, 09 Januari 2024 adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memonitor tanda-tanda vital, melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat IV (ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml, ceftriaxone 40 mg, omeprazole 1 gr ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml), mengajarkan teknik nafas dalam, memonitor kecepatan, ketahanan, kualitas, volume dan diksi bicara, menggunakan gaya komunikasi sesuai kebutuhan, menganjurkan klien menggunakan komunikasi alternatif seperti isyarat mata, menganjurkan berbicara secara perlahan, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menentukan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan evaluasi hasil klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, skala nyeri 4, nafsu makan sedikit membaik, merasa takut dan nyeri saat melakukan pergerakan sekitar leher, belum tahu mengenai penyakitnya dan mempunyai beberapa pertanyaan, keluarga klien mengatakan kini klien lebih sering berbicara, klien masih tampak meringis, masih tampak merasa sulit dan takut untuk melakukan pergerakan di daerah leher.

Implementasi keperawatan pada Rabu, 10 Januari 2024 adalah memonitor skala nyeri serta memonitor tanda-tanda vital, melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat IV (ketorolac 30 mg, asam traneksamat 50 ml, ceftriaxone 40 mg, omeprazole 1 gr), memonitor kembali skala nyeri yang dirasakan klien serta memonitor tanda-tanda vital, memonitor kecepatan, ketahanan, kualitas, volume dan diksi bicara, menganjurkan berbicara secara perlahan, melaksanakan pendidikan kesehatan bersama klien dan keluarga klien mengenai struma, memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga klien untuk bertanya dengan evaluasi hasil klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dan sudah tidak begitu terasa, skala nyeri 3, sudah dapat menghabiskan makanan hingga setengah porsi, nafsu makan membaik, sudah tidak merasa kesulitan dan enggan untuk berbicara seperti biasa, klien

mengatakan sudah tidak merasa takut untuk melakukan pergerakan sekitar leher, kontak mata klien membaik dan sudah focus saat di ajak berkomunikasi, klien mengatakan pertanyaan-pertanyaan mengenai penyakitnya sudah terjawab, klien sudah tidak tampak bingung saat di ajak berkomunikasi mengenai penyakitnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan penulis pada Selasa, 09 Januari 2024 2 diagnosis keperawatan pada Tn. Z teratasi sebagian, namun deficit pengetahuan belum teratasi, di lanjutkan dengan evaluasi pada Rabu, 10 Januari 2024 semua masalah keperawatan pada Tn. Z meliputi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op), gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi telah teratasi.

Saran

1. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan bisa menyediakan banyak bahan referensi tentang struma nodosa non toksik, termasuk buku teks, artikel jurnal dan sumber daya daring yang terbaru dan relevan.

2. Rumah Sakit

Rumah sakit sebaiknya menyediakan edukasi kepada masyarakat mengenai langkah-langkah pencegahan yang tepat dan efektif serta memberikan perawatan terbaik kepada pasien terkait struma tiroid yang bersifat jinak. Dengan demikian, diharapkan dapat terjadi penurunan bertahap dalam angka kesakitan terkait kondisi ini di Indonesia.

3. Bagi Pembaca

Pembaca diharapkan dapat memperluas pengetahuan mereka tentang penyebab, tanda gejala dan penanganan yang dapat dikenali secara dini untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut terkait struma tiroid yang bersifat jinak. Dengan pemahaman yang lebih baik ini, diharapkan pembaca dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang sesuai dan mengidentifikasi gejala awal dengan lebih cepat, sehingga risiko terjadinya komplikasi dapat diminimalkan.

4. Bagi Penulis

Penulis hendaknya melakukan pengkajian yang cermat dan teliti untuk menegakkan diagnosa dengan akurat berdasarkan data yang dikumpulkan. Hal ini penting untuk mencegah kemungkinan munculnya komplikasi yang lebih serius akibat kesalahan diagnosis atau penanganan yang tidak tepat. Dengan demikian, upaya untuk melakukan evaluasi yang komprehensif dan akurat dapat membantu dalam mengidentifikasi kondisi kesehatan dengan tepat dan merencanakan penanganan yang sesuai.

5. Bagi Pasien

Diharapkan klien dapat memahami tentang struma tiroid sehingga mereka mampu mengelola proses penyembuhan dengan lebih baik. Pengetahuan ini juga dapat menjadi bagian dari terapi yang dapat diterapkan oleh klien di rumah, bukan hanya ketika mereka berada di fasilitas kesehatan. Hal ini memungkinkan klien untuk aktif terlibat dalam perawatan diri mereka sendiri dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

6. Bagi Peneliti Selanjutnya

Para peneliti selanjutnya diharapkan melakukan analisis secara cermat dan terperinci dengan melakukan pengkajian yang menyeluruh untuk memastikan diagnosis yang akurat berdasarkan data yang terkumpul. Mereka tidak hanya harus mengandalkan Standar Diagnostik Klinis Indonesia (SDKI), tetapi juga harus merujuk pada penelitian sebelumnya, serta menggunakan data yang akurat untuk menegakkan diagnosis. Tindakan ini sangat penting guna mencegah terjadinya komplikasi serius akibat kesalahan diagnosis atau penanganan yang tidak tepat.

6. DAFTAR REFERENSI

- Arsana, I. N. (2023). Peran Hormon Tiroid Dalam Proses Metabolisme. *Jurnal Widya Biologi*, 14(1), 88–100. [https://doi.org/10.32795/widya biologi. v14i01.4136](https://doi.org/10.32795/widya%20biologi.v14i01.4136)
- Azamris. (2020). *Buku Ajar Kelainan Tiroid*. Padang : Deepublish.
- Bagus, M. Triarta, G. (2023). *Gambaran Kejadian Struma di RSUD Negara Tahun 2019-2020*. 12(4), 103–106. [https://doi.org/10.24843.MU.2023. V12.i4. P18 103](https://doi.org/10.24843/MU.2023.V12.i4.P18%20103)
- Dewi, M. Sembodo, T. (2023). Stimulating Hormon Dalam Mendeteksi Penyakit Graves. *Jurnal Ilmiah Sultan Agung*, 2(3), 130–137. [https://jurnal. unissul a.ac.id/index.php/JIMU/article/view/34916](https://jurnal.unissula.ac.id/index.php/JIMU/article/view/34916)
- Dewi, R. Ulandari, L. (2020). Pola Penggunaan Obat Antitiroid Pada Pasien Hipertiroid di Rsud Raden Mattaher Jambi. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(1), 114–124. [https://www.jurnal.uui.ac.id/ index.php/JHTM/article/view/677](https://www.jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/677)
- Dwitanta, S. Adam, M. (2023). Studi Kasus: Penerapan Teori Self-Care Orem Pada Pasien Post Operasi Katup Mitral. *Jurnal Keperawatan Malang*, 8(2), 367–377. [https://doi.org/https://doi.org/10.36916/jkm.v8i2.196](https://doi.org/10.36916/jkm.v8i2.196)
- Fadhila, R. M. N. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Post Op Tiroidektomi di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung* [http:// repository.unissula.ac.id/23745/2/40901800083_fullpdf.pdf](http://repository.unissula.ac.id/23745/2/40901800083_fullpdf.pdf)
- Jamal, F., & Maracilu, R. (2023). Tatalaksana Anestesi Pada Pasien Hipertiroid. *Jurnal*

- Kasrin, R. Afifah, S. (2024). Manajemen Nyeri Non Pharmacologi dengan Teknik Relaksasi dan Kompres Air Hangat. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(November 2023), 47–57. <https://pekatpkm.my.id/index.php/JP/article/view/193>
- Koerniawan, D. Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, Dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Maulidin, M. A. Isnawati, I. A. (2023). Hubungan Beban Kerja Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan Perioperatif Perawat Ruang Operasi Di RSUD Situbondo Tahun 2023. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(10), 368–379.
- Mutalazimah, M. Kesehatan, I. (2021). Edukasi Pencegahan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) Berbasis Media Pembelajaran Flipchart Article Info. *Jurnal Warta LPM*, 24(4), 753–754. <http://journals.ums.ac.id/index.php/warta>
- Nguru, I. A. K. (2020). *Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi Neckstretching Exercise Pada Pasien Dengan Struma Nodosa Non Toksik (SNTT) Post Tiroidektomi Hari Ke 1 Di Ruang Rawat Inap Lantai 5 Bedah RSPAD Gatot Soebroto*. <https://digilib.esaunggul.ac.id/asuhan-keperawatan-dengan-intervensi-neckstretching-exercise-pada-pasien-dengan-struma-nodosa-non-toksik-snnt-post-tiroidektomi-hari-ke-1-di-ruang-rawat-inap-lantai-5-bedah-rspad-gatot-soebroto-19811.html>
- Nurlina. (2024). *Memahami Metodologi Keperawatan*. Pekalongan : Penerbit NEM. https://www.google.co.id/books/edition/Memahami_Metodologi_Keperawatan/Yp_sEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Puspitasari, F. (2023). *Gangguan Tiroid dan Penyakit Kardiovaskuler*. Banten : Stiletto Book. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=147xeaaqbj&oi=fnd&pg=PA1&dq=anatomi+fisiologi+kelenjar+tiroid&Ots=HatbTlIfP&sig=WuwcQVYNW0zIIHsb-LUzIW2GFaY&Redir_esc=y#v=Onepage&q=anatomi+fisiologi+kelenjar+tiroid&f=false
- Ramadhani, D. A. (2022). *Asuhan keperawatan pada ny.c dengan post operasi tiroidektomi atas indikasi struma di ruang baitul izzah 2 rumah sakit islam sultan agung Semarang*. https://repository.unissula.ac.id/26164/1/Keperawatan%28D3%29_40901900015_fullpdf.pdf