

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Pengertian Struma Nodosa

Struma adalah pembesaran kelenjar gondok yang disebabkan oleh penambahan ukutan sel atau jaringan yang menghasilkan hormone tiroid (kelenjar gondok) dengan jumlah besar dalam darah sehingga menimbulkan keluhan seperti berdebar-debar, keringatan, gemeteran, bicara jadi gagap, berat badan menurun. (Sopyan, 2018)

Struma atau Goiter artinya tenggorokan yang membesar dengan definisi lain kelenjar tiroid yang membesar dua kali atau lebih dari ukuran normal dengan berat \pm 40 gram. Pembesaran ini paling umum disebabkan karena defisiensi hormone tiroid akibat kekurangan konsumsi yodium (Rokhim, 2021)

Struma adalah pembesaran pada kelenjar tiroid yang biasanya terjadi karena folikel-folikel terisi koloid secara berlebihan dan akan membesar dengan membentuk kista dan kelenjar tiroid akan menjadi noduler. Pembesaran biasanya terjadi ketika kelenjar tiroid membesar dua kali lipat dari ukuran normalnya. (Jihad, 2020).

2.1.2 Etiologi Struma Nodosa

Faktor risiko yang dapat menyebabkan masalah struma nodosa menurut Ghinan *et. al*, (2023) yaitu diantara lain

1. Adanya penyakit autoimun, seperti diabetes tipe 1.
2. Usia di atas 60 tahun

3. Riwayat gangguan tiroid, riwayat keluarga sebelumnya atau pengalaman menjalani operasi pada kelenjar tiroid
4. Penderita Sindrom Down atau Turner
5. Penggunaan lithium sebagai obat
6. Konsumsi yodium dalam jumlah besar melalui makanan atau obat-obatan,
7. Orang yang pernah menjalani terapi radiasi atau terpapar sinar-X pada daerah leher

2.1.3 Klasifikasi Struma Nodosa

Berdasarkan bentuknya struma dibagi menjadi dua jenis (Nursanty, 2023) yaitu

1. Struma Toksik yaitu struma yang menimbulkan gejala klinis pada tubuh
 - 1) Diffusa terjadi bila pembesaran kelenjar tiroid menutupi seluruh lobus, seperti yang ditemukan pada pasien Grave's disease. Struma ini akan menyebar luas ke jaringan lain jika tidak segera diobati, karena kelebihan hormon tiroid dalam darah mempengaruhi jaringan tubuh
 - 2) Nodosa terjadi jika pembesaran kelenjar tiroid hanya mengenai salah satu lobus disertai dengan tanda-tanda hipertiroid, yang timbulnya pembesaran noduler pada kelenjar tiroid yang tidak menimbulkan gejala-gejala toksisitas, namun jika tidak segera diobati, dalam 15-20 tahun dapat menimbulkan hipertiroid.
2. Struma Non toksik
 - 1) Diffusa seperti yang ditemukan pada endemik goiter. Struma endemik adalah penyakit yang ditandai dengan pembesaran kelenjar tiroid yang

terjadi pada masyarakat umum dan diduga berkaitan dengan kekurangan konsumsi yodium sehari - hari.

- 2) Nodosa terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang secara klinik teraba nodul satu atau lebih benjolan tanpa disertai tanda-tanda hipertiroidisme. Istilah struma nodosa menunjukkan adanya suatu kondisi yang menyebabkan pembesaran asimetris, baik fisiologis maupun patologis

Gangguan yang terkait dengan tiroid biasanya timbul ketika kelenjar pituitari mengalami kegagalan dalam mengatur produksi hormon tiroid, yang mengakibatkan jumlah hormon T3 dan T4 menjadi terlalu banyak atau terlalu sedikit. Berdasarkan Fisiologi struma dibedakan menjadi (Ghinan *et. al*, 2023) yaitu

1. Hipotiroidisme adalah suatu kondisi yang ditandai dengan rendahnya kadar hormon T3 dan T4. Hipotiroidisme seringkali sulit didiagnosis karena gejalanya sering kali menyerupai penyakit lain. Gejala umum meliputi kelelahan, depresi, peningkatan berat badan, sembelit, peningkatan kadar kolesterol, dan alergi terhadap cuaca dingin.
2. Hipertiroidisme merupakan kebalikan dari hipotiroidisme, dimana produksi hormon T3 dan T4 berlebihan. Penderita hipertiroidisme cenderung mengalami gangguan kecemasan, kegelisahan, sensitivitas terhadap suhu tinggi, rambut rontok, dan perubahan dalam siklus menstruasi.
3. Eutiroidisme adalah suatu kondisi fungsi tiroid tetap mengontrol metabolisme tubuh secara normal, meskipun ditemukan kelainan pada pemeriksaan tiroid. Gejala yang ditunjukkan adalah hormon T4 tidak diubah menjadi T3,

sehingga sejumlah besar hormon T3 terkumulasi dan hormone tiroid tetap dalam bentuk tidak aktif.

2.1.4 Anatomi Thyroid

Kelenjar Tiroid adalah organ berbentuk seperti kupu-kupu yang terletak di dasar cincin trakea kedua dan ketiga pada leher trakea.. Kelenjar ini menyerupai bentuk perisai yang terdiri dari 2 lobus yang dihubungkan oleh isthmus pada bagian tengah dengan masing –masing lobus berukuran panjang 3-4 cm, lebar 2 cm, dan tebalnya hanya beberapa millimeter. Bagian isthmus memiliki tinggi kurang lebih 12-15 mm. Berat kelenjar tiroid sehat hanya pada dewasa berkisar sekitar 15 - 20 gram dan tidak teraba dari luar. (Hendarto, 2022). Kelenjar tiroid sangat penting untuk mengatur metabolisme, meningkatkan kerja transkripsi gen, meningkatkan transfor aktif ion melalui membran sel dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan otak. Kelenjar tiroid dialiri oleh pembuluh darah arteri dan vena. Kelenjar tiroid mendapatkan pasokan darah dari dua arteri: A. Thyreoidea superior yang berasal dari arteri karotis eksterna, dan A. thyroidea inferior yang berasal dari cabang truncus Therocervicalis yang berasal dari arteri subklavia. (Ghinan *et. al*, 2023)

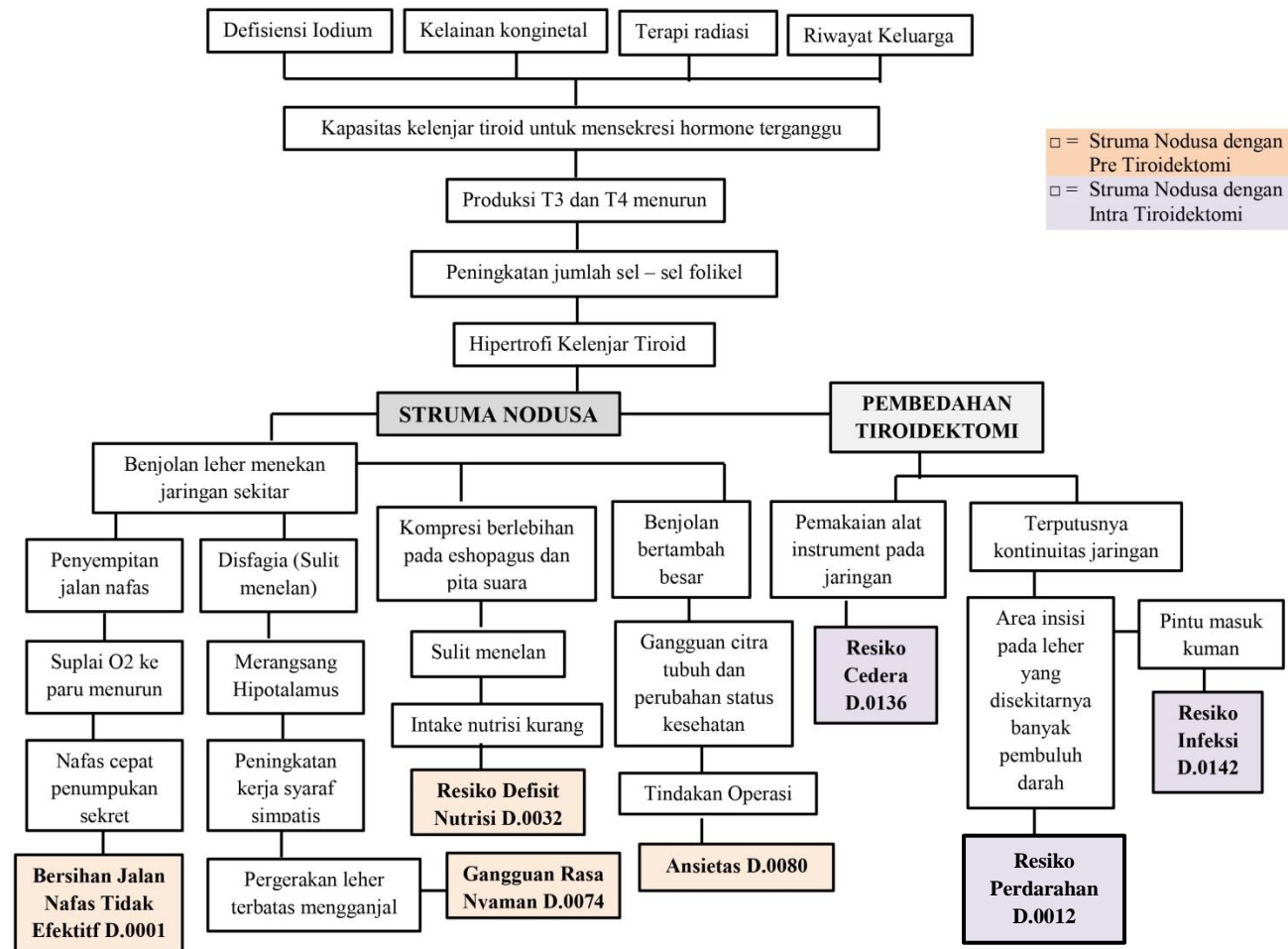
Kelenjar tiroid terletak di leher dan ditutupi oleh kapsul jaringan fibrosa tipis yang menggantung dari trakea dan laring. Ketika menelan, kelenjar tiroid terangkat ke kranial..Pada sisi posterior kelenjar tiroid terdapat dua saraf recurrent laryngeal yang mempersarafi otot – otot yang berhubungan dengan pita suara. Apabila saat tindakan operasi mencederai kelenjar tiroid maka akan menimbulkan suara serak bahkan tidak mampu bicara (Hendarto, 2022). Kelenjar tiroid menyerap yodium dari darah yang datang dari makanan - makanan seperti

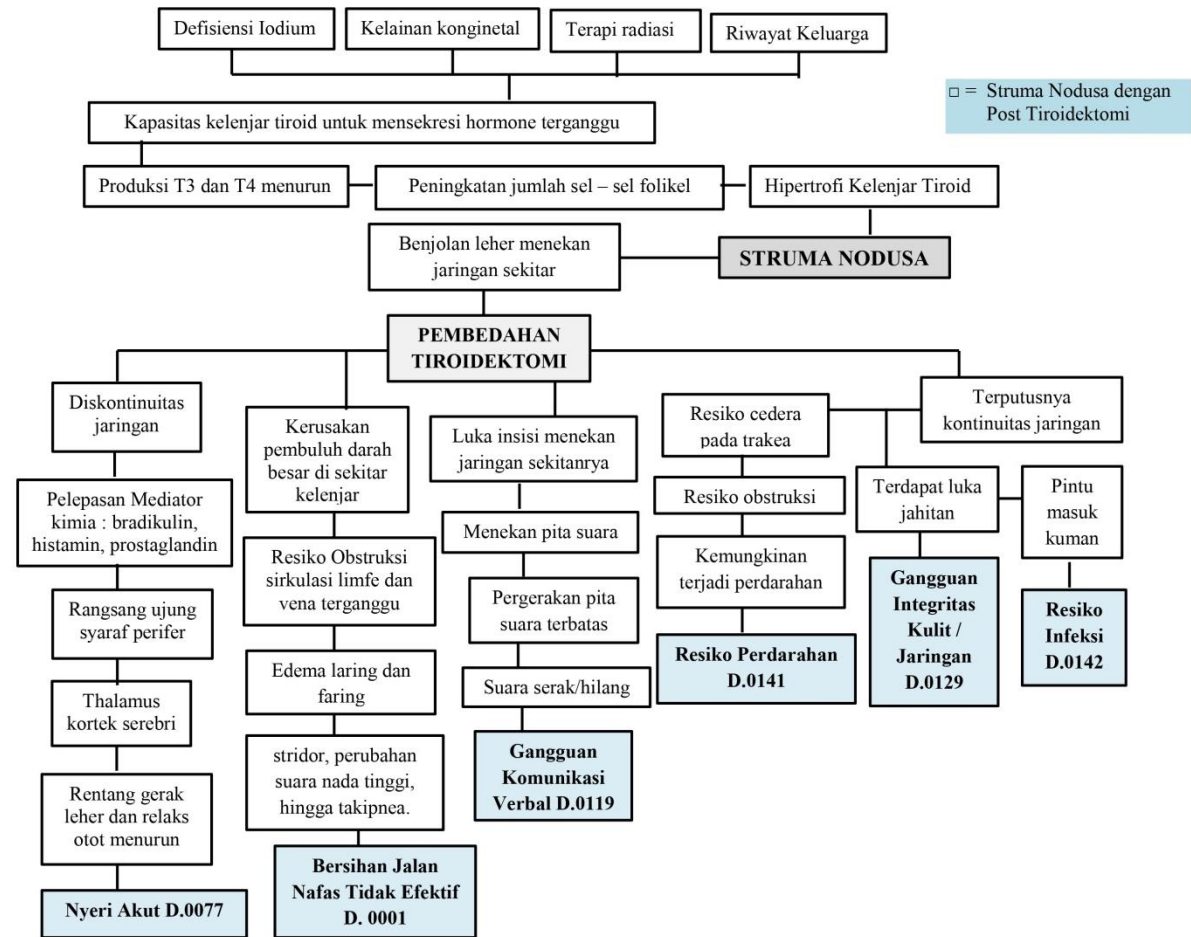
makanan laut, roti, dan garam yang dapat memproduksi hormon-hormon tiroid. Hormon tiroid yang paling penting adalah thyroxine (T4) dan triiodothyronine (T3) Hormon yang paling aktif secara biologi dan berperan besar dalam tubuh adalah T3 (Purwanto, 2016).

2.1.5 Manifestasi Klinis Struma Nodosa

Keluhan yang dirasakan penderita struma nodosa diantaranya mengeluh adanya gangguan menelan, rasa tidak nyaman di area leher, pembengkakan dibagian leher, tenggorokan sesak, batuk dan sulit untuk bernapas dan menelan dan suara yang serak (Ghinan *et. al*, 2023). Beberapa penderita struma nodosa tidak memiliki gejala sama sekali. Jika struma cukup besar, akan menekan area trakea yang dapat mengakibatkan gangguan pada respirasi dan juga esofhagus tertekan sehingga terjadi gangguan menelan. Peningkatan seperti ini jantung menjadi berdebar-debar, gelisah, berkeringat, tidak tahan cuaca dingin, dan kelelahan (Sopyan, 2018).

2.1.6 Pathway Keperawatan Struma Nodosa





Gambar 2. 1 Pathway Keperawatan Struma Nodusa

2.1.7 Penatalaksanaan Struma Nodosa

Penatalaksanaan struma dapat dibedakan menjadi dua, yaitu

1. Penatalaksanaan konservatif

1) Pemberian Tiroksin dan obat Anti-Tiroid.

Tiroksin digunakan untuk menyusutkan ukuran struma. . Hormon TSH telah lama dipercaya mempengaruhi pertumbuhan sel kanker tiroid. Oleh karena itu, untuk menurunkan TSH serendah mungkin, diberikan juga hormon tiroksin (T4) untuk mengatasi hipotiroidisme yang terjadi setelah pengangkatan tiroid.

(1) Propylthiouracil (PTU), merupakan obat antihipertiroid pilihan, namun mempunyai efek samping agranulositosis, sehingga jumlah sel darah putih harus diperiksa sebelum pemberian.

(2) Methimazole (Tapazole), bekerja dengan cara memblok reaksi hormon tiroid dalam tubuh. Efek samping obat ini adalah agranulositosis, sakit kepala, mual, muntah, diare, penyakit kuning, maag

(3) Adrenargik bloker, seperti propranolol dapat diberikan untuk mengatur aktivitas saraf simpatis.

2) Terapi Yodium Radioaktif .

Yodium radioaktif menghantarkan radiasi dosis tinggi ke kelenjar tiroid, mengakibatkan ablasi jaringan. Pada pasien yang tidak ingin dioperasi, pemberian yodium radioaktif dapat mengurangi penyakit gondok sekitar 50%. Yodium radioaktif terakumulasi di kelenjar tiroid, yang mengurangi radiasi ke jaringan tubuh lainnya. Perawatan ini tidak

meningkatkan risiko kanker, leukemia, 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 obat tiroksin diberikan.

2. Penatalaksanaan Operatif

Pada struma nodosa dapat dilakukan tindakan operasi bila pengobatan tidak berhasil, terjadi gangguan seperti penekanan pada organ sekitarnya, indikasi, kosmetik, tanda – tanda dugaan keganasan. Tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat kelenjar tiroid adalah (Adham & Noval, 2018)

- 1) Lobektomi subtotal adalah pengangkatan sebagian lobus tiroid yang mengandung jaringan patologis,
- 2) Lobektomi total (hemitiroidektomi/ ismolobektomi) adalah pengangkatan satu sisi lobus tiroid, Isthmuslobektomi yaitu pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus beserta dengan isthmusnya. Operasi ini dapat dilakukan jika pembesaran pada kasus tiroid digolongkan terjadi dengan faktor risik rendah atau jinak.
- 3) Strumektomi (tiroidektomi) subtotal adalah pembedahan atau operasi pada kelenjar tiroid yang dilakukan untuk mengangkat sebagian kelenjar tiroid pada kedua lobus yang mengandung jaringan patologis. Tiroidektomi subtotal akan menyisakan jaringan atau pengangkatan 5/6 kelenjar tiroid,
- 4) Tiroidektomi near total adalah pengangkatan seluruh lobus tiroid yang patologis berikut sebagian besar lobus tiroid kontralateralnya,
- 5) Tiroidektomi total adalah pengangkatan seluruh kelenjar tiroid.

- 6) Tiroidektomi total radikal, yaitu pengangkatan seluruh kelenjar dan kelenjar limfatik servikal

2.2 Konsep Dasar Tiroidektomi

2.2.1 Pengertian

Isthmuslobektomi yaitu pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus beserta dengan isthmusnya. Operasi ini dapat dilakukan jika pembesaran pada kasus tiroid digolongkan terjadi dengan faktor risik rendah atau jinak. Lobektomi total (hemitiroidektomi/ ismolobektomi) adalah pengangkatan satu sisi lobus tiroid, Isthmuslobektomi yaitu pengangkatan kelenjar tiroid pada salah satu lobus beserta dengan isthmusnya. Operasi ini dapat dilakukan jika pembesaran pada kasus tiroid digolongkan terjadi dengan faktor risik rendah atau jinak. (USU, 2017).

2.2.2 Indikasi

1. Usia muda dan bebas dari kondisi yang meningkatkan risiko operatif (diabetes, penyakit jantung dan ginjal)
2. Adanya nodul tiroid.
3. Wanita hamil.
4. Problem kardiologis akibat penyakit Graves
(Grace & Borley, 2002) dalam Nguru (2020)

2.2.3 Kontraindikasi

1. Penyakit Graves rekuren.
2. Alergi OAT.
3. Resiko tinggi untuk bedah/ anestesi

2.2.4 Gejala Pasca Operasi Tiroidektomi

1. Gangguan suara : Suara menjadi serak dan lebih rendah dari sebelumnya kesulitann dalam mengeluarkan suara keras atau nada tinggi, saat berbicara leher akan terasa sakit
2. Perasaan ada benda asing dan kaku leher seperti ketidaknyamanan pada area leher, khawatir bergerak karena area jahitan
3. Gangguan menelan : dibutuhkan kekuatan atau usaha untuk menelan makanan, terasa nyeri dan akan batuk saat menelan makanan

(Jang, Chang *et.al*, 2014)

2.2.5 Komplikasi.

1. Perdarahan bila dalam botol Redon terdapat >300 ml darah per jam maka harus dibuka kembali. Jika perdarahan arterial, drain Redon tidak dapat menghentikan pendarahan dengan cukup cepat dan darah terkumpul di leher, membentuk hematoma dan menekan trakea, menyebabkan pasien sesak napas.
2. Kerusakan n. laringius superior
Cedera pada cabang eksternus mengakibatkan perubahan tonus dan mengubah nada suara penderita, bila berbicara agak lama maka penderita akan merasa lelah dan suara semakin hilang. Cedera pada cabang internus mengakibatkan penderita tersedak bila minum air.
3. Kerusakan n.rekuren
Bila waktu pembedahan kedua syaraf rekuren diidentifikasi maka terjadinya kelumpuhan yang tidak disengaja dilaporkan hanya 0-0,6 %.

Pada 2-4%, penyakit ini bersifat sementara dan sembuh dengan sendirinya dalam beberapa minggu atau bulan.

2.3 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.3.1 Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan nyata atau fungsional yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan dan bersifat ringan sampai berat dan berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016)

2.3.2 Data Mayor dan data Minor

Tabel 2. 1 Data Mayor dan Data Minor Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif Mengeluh nyeri	Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

Sumber : PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

2.3.3 Faktor Penyebab

1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.3.4 Penatalaksanaan (berdasarkan Evidence Based Nursing)

Nyeri akut akan mereda / hilang seiring dengan kecepatan penyembuhan jaringan yang mengalami gangguan dan menghindari penyebab dari gangguan nyeri sehingga penyebab nyeri akut harus diidentifikasi terlebih dahulu. Menurut Wardani (2017), Pengobatan nyeri akut dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Terapi dengan metode fisik seperti latihan fisik/olahraga, pijatan, vibrasi, stimulasi kutan (TENS), akupunktur, perbaikan posisi, imobilisasi, dan mengubah pola hidup.
2. Teknik dengan metode perilaku - kognitif seperti relaksasi, imajinasi terbimbing, relaksasi benson, terapi musik, distraksi kognitif, mendidik pasien, dan pendekatan spiritual.
3. Metode invasif dengan dilakukan metode radioterapi, pembedahan, dan tindakan blok saraf.
4. Terapi obat yang melibatkan penggunaan opiat (narkotik), obat anti inflamasi non opoid (NSAID), obat-obatan adjuvans atau Pereda nyeri. Farmakoterapi nyeri ini digunakan untuk mengurangi nyeri dengan mengobati ujung saraf tepi di area yang terkena dan mengurangi mediator inflamasi yang dihasilkan oleh area yang cedera

2.4 Konsep *Neck Stretching Exercise*

2.4.1 Pengertian

Neck stretching exercise adalah latihan peregangan leher yang dapat meningkatkan kelenturan dan koordinasi neuromuskular, mengurangi nyeri dan

kelemahan otot, meningkatkan aktivitas fisik, serta meningkatkan postur tubuh yang baik. (Abdelhafiez *et. al*, 2022)

2.4.2 Tujuan

- a. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
- b. Mencegah kekakuan pada otot leher dan mengurangi nyeri pada leher
- c. Merangsang sirkulasi darah
- d. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan, dan kontraktur
- e. Mengurangi pembengkakan dileher

2.4.3 Indikasi

Pasien yang menjalankan operasi tiroid (Miyachi *et.al*, 2021)

2.4.4 Kontra Indikasi

Pasien yang telah menjalani rekonstruksi saraf laring rekuren atau trakea, deformitas pada cervical (Miyachi *et.al*, 2021)

2.4.5 Waktu Pelaksanaan

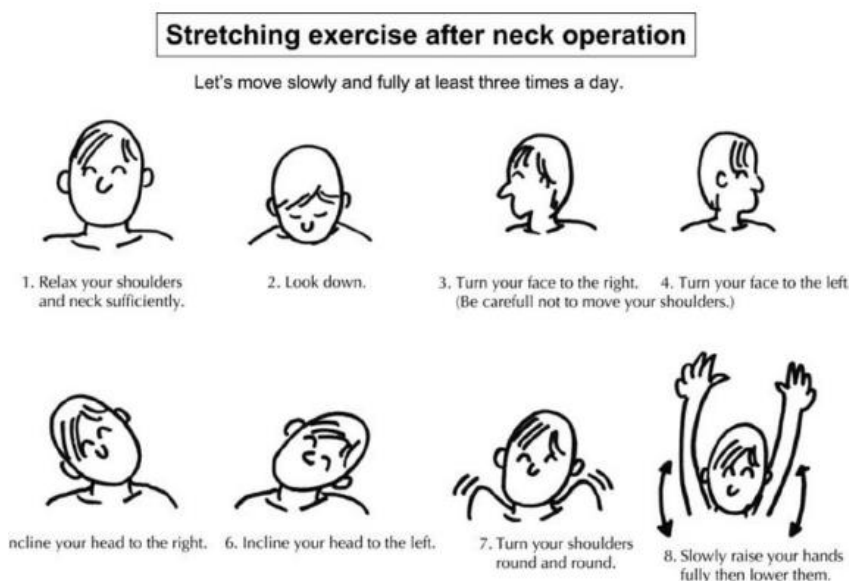
Latihan ini memakan waktu sekitar 10-15 menit. Pasien diminta melakukan latihan sebanyak 3 kali sehari, pagi, siang, dan sore selama sebulan, dan setiap gerakan diulangi sebanyak 3-5 kali. Latihan ini dilakukan sejak hari pertama setelah operasi hingga bahu dan leher terasa nyaman

2.4.6 Prosedur Neck Stretching Exercise

Sebelum prosedur *neck stretching* dilakukan sebaiknya memperhatikan hal hal sebagai berikut

1. Pertahankan keselarasan postur tubuh yang tepat sepanjang hari agar berkurang nyeri berkurang'

2. Jangan mengangkat atau membawa beban lebih dari 1 kg dan jangan membawa tas bahu atau dompet yang berat di satu sisi
3. Lakukan latihan yang ditentukan secara perlahan sesuai kemampuan
4. Saat peregangan akan terasa tidak nyaman dan hentikan bila bertambah nyeri
5. Setiap gerakan dirasakan selama 8-10 hitungan atau detik dan setiap gerakan diulangi 3 – 5x



Gambar 2. 2 Latihan Peregangan Leher setelah Operasi Leher

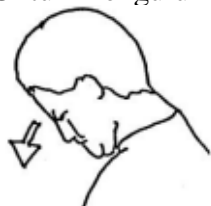
Sumber : Jang *et. al* (2014). *Early Neck Exercises to Reduce Post-Thyroidectomy Syndrome after Uncomplicated Thyroid Surgery : A Prospective Randomized Study*. 7(1),

Prosedur Gerakan Neck stretching exercise (Latihan Pergerakan Leher)

setelah operasi leher antara lain: (Physiotherapy & Occupational Therapy, 2024))

1. Duduk di kursi dengan tegak. Relaksasikan bahu dan leher
2. **Fleksi** leher (membungkuk ke bawah)

Untuk mengulurkan otot sternocleidomastoid



(1) Daggu ke dalam menghadap bawah

(2) Dekatkan kepala ke depan ke arah dada

3. **Rotasi** leher (perputaran kepala ke kiri / kanan)

Untuk mengulurkan otot trapezius, otot sternokleidomastoid, longissimus, splenius capitis, dan semispinalis



- (1) Perlahan putar kepala dari tengah untuk melihat ke balik kanan atau bilik bahu kiri anda
- (2) Gerakan ini diharap berhati hati untuk tidak menggerakann bahu

4. **Abduksi** leher (memiringkan kepala ke arah bahu)

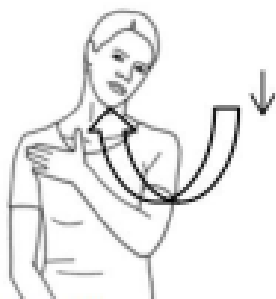
Untuk mengulurkan otot trapezius, sternokleidomastoid, longissimus, splenius capitis, dan semispinalis



- (1) Miringkan kepala, dekatkan telinga ke arah kanan atau kiri bahu anda
- (2) Gunakan tangan anda untuk menarik kepala anda dengan lembut lebih jauh ke arah samping
- (3) Rasakan regangan pada sisi yang berlawanan

5. **Ekstensi** leher peregangan Scalene (memiringkan kepala ke belakang)

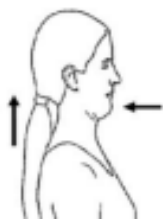
Untuk mengulurkan otot scalenei, capatis semispinalis, splenus capitis, longissimus, trapezius dan sternocleidomastoid



- (1) Letakkan tangan kanan di bahu kiri
- (2) Miringkan kepala ke kanan, dekatkan telinga kanan ke bahu kanan (pastikan bahu tetap diam)
- (3) Perlahanan putar kepala anda ke kiri dan jaga telinga kanan tetap dekat dengan bahu kanan agar terasa lebih regangan

6. Retraksi dagu (chin tucks)

Untuk mengulurkan otot scapula levator



- (1) Duduk di kursi atau di tepi tepat tidur
- (2) Lakukan gerakan mengangkat bahu ke atas diikuti dengan tarikan dagu ke atas rapatkan kedua

7. Pengaturan Skapula

Untuk mengulurkan otot scapula levator



- (1) Letakkan jari – jari anda di bahu
- (2) Arahkan bahu anda ke belakang
- (3) Jaga dagu tetap tegak, dada membusung dan lebih rendah, Tulang belikat ke belakang dan menyatu pada posisi yang sama

8. Fleksi lengan dengan peregangan pektoralis (menaikkan lengan ke atas)

Untuk mengulurkan otot scapula levator



- (1) Berbaring telentang dengan gulungan handuk diletakkan memanjang di bawah punggung
- (2) Perlahan-lahan gerakkan lengan Anda ke samping membentuk huruf Y •

2.4.7 Neck Pain and Disability Scale

Skala Nyeri dan Disabilitas Leher (NPADS) adalah sebuah kuesioner yang bertujuan untuk mengukur nyeri leher dan kecacatan. NPADS digunakan pada pasien nyeri kronik leher, pasien fusi dan pasien dengan nyeri leher yang memakai obat pereda nyeri. NPADS terdiri dari 20 item dengan kriteria

- 1) Tiga terkait dengan intensitas nyeri
- 2) Empat terkait dengan emosi dan kognisi
- 3) Empat terkait dengan mobilitas leher
- 4) Delapan terkait dengan pembatasan aktivitas dan pembatasan partisipasi
- 5) Satu mengenai pengobatan.

Pasien akan menyatakan setiap item dengan skala analog visual (VAS) 0 sampai 5. NPADS mudah digunakan dan dapat diselesaikan dalam waktu 5 hingga 8 menit. Skor lebih tinggi menunjukkan tingkat keparahan yang lebih tinggi (0 untuk fungsi normal hingga 5 untuk pasien akan terasa sangat nyeri). Skor total adalah total skor item (kisaran kemungkinan 0 (tidak nyeri) – 100 (nyeri maksimal). Jumlah maksimum yang dapat diterima dari jawaban yang hilang adalah tiga jawaban (15%).(Beekman & Lüttmann, 2021)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan yang dilakukan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dalam mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. (Polopadang & Hidayah, 2019). Fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan. Pengumpulan data antara lain meliputi:

1. Identitas Diri

Menurut Ghinan *et. al*, (2023) menyatakan bahwa wanita mempunyai risiko lebih tinggi karena wanita lebih banyak membutuhkan yodium untuk

kebutuhan tubuh metabolisme selama kehamilan, persalinan dan menyusui. Pasien yang di dataran tinggi dan dataran rendah dapat mengalami defisiensi yodium dan goiter endemic dapat meningkatkan terkena struma nodosa.

2. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama :. Pada pasien pre operasi mengeluh terdapat pembesaran atau benjolan pada leher, mengeluh tidak nyaman pada bagian leher karena terdapat benda asing dan napas terasa sesak. pada pasien post operasi keluhan yang dirasakan biasanya berupa nyeri akibat luka operasi, suara serak dan sulit menelan.
- 2) Riwayat penyakit sekarang : Keluhan yang dirasakan pada saat pre operasi biasanya tidak nyaman pada leher benda asing dan didahului oleh adanya pembesaran nodul pada leher yang membesar dan menyebabkan kesulitan bernapass akibat tekanan esophagus pada trakea. Pada saat post operasi pasien akan merasa nyeri dan kaku pada leher karena imobilisasi dan adanya insisi yang disebabkan perasaan takut untuk bergerak, pasien juga akan sulit menelan dan sulit bicara karena suara hilang.
- 3) Riwayat penyakit dahulu : Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit gondok, riwayat hospitalisasi, riwayat penggunaan obat-obatan seperti hidrokortison, levothyroxine, kontrasepsi oral dan obat-obatan antihipertensif.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien saat ini atau yang berhubungan secara langsung dengan gangguan hormonal seperti obesitas, gangguan

pertumbuhan dan perkembangan, kelainan pada kelenjar tiroid dan diabetes mellitus dll

3. Aktifitas sehari-hari Doengoes (2014)

- 1) Integritas ego : perasaan takut akan kehilangan suara, khawatir bila pembedahan mempengaruhi hubungan keluarga atau kemampuan kerja dengan tanda gejala ansietas, depresi, marah dan menolak.
- 2) Makanan atau cairan : kesulitan menelan, mudah tersedak, inflamasi atau drainage oral. Makan akan berkurang karena adanya rasa tidak nyaman pada leher. Pemberian nutrisi post operasi dapat dilakukan setelah pasien sadar secara bertahap. Penundaan diet yang terlalu lama dapat mengganggu kolonisasi kuman yang akan meningkatkan infeksi
- 3) Hygiene : penurunan kebersihan mulut, kebutuhan perawatan dasar.
- 4) Neurosensori : penglihatan ganda, ketulian, aresthesia menusuk otot wajah (kontak antara kelenjar ludah dan otot submandibular), suara serak atau kehilangan suara yang terus-menerus, kesulitan menelan, lesi mukosa..
- 5) Nyeri / kenyamanan : sakit tenggorokan atau mulut (nyeri yang berhubungan dengan pembedahan leher dibandingkan nyeri sebelum pembedahan) dengan perilaku berhati – hati, gelisah, gangguan tonus otot.
- 6) Interaksi social : suara serak/fluktuasi nada terus-menerus, suara bingung, keengganan berbicara

4. Pemeriksaan Fisik Persistem

- 1) Keadaan umum : biasanya keadaan pasien lemah dan kesadarannya merupakan gabungan dari tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, laju pernapasan dan perubahan suhu tubuh.
- 2) Kepala dan leher :. Pada pasien dengan pre operasi biasanya terdapat pembesaran kelenjar tiroid kaji adanya massa atau pembesaran dari ukuran dan kesimetrisan dari ukuran normal. Pada post operasi Tiroidektomi biasanya didapatkan adanya luka operasi yang sudah ditutup dengan kasa steril dan hypafik serta memerlukan pemantauan drainase selama 1 – 2 hari.
- 3) Sistem pernapasan : ernapasan biasanya sedikit kurang akibat efek anestesi akibat penimbunan sekret atau karena adanya darah pada sistem pernapasan
- 4) Sistem neurologi : ada nyeri, tegang. karena toleransi rasa sakit dan memiliki ekspresi khawatir di wajah Anda karena menahan sakit.
- 5) Sistem gastrointestinal : mual yang disebabkan oleh peningkatan asam lambung akibat anestesi umum dan kemudian hilang ketika efek anestesi hilanglang.
- 6) Eliminasi : urine dalam jumlah banyak, perubahan dalam feces, diare.

2.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis terhadap respon pasien yang dibuat oleh perawat profesional dengan memberikan gambaran mengenai masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual maupun potensial, ditentukan oleh analisis dan interpretasi data pengkajian. (PPNI, 2016). Menurut

PPNI (2016) diagnosa yang muncul sesuai dengan pathway pada pasien Tiroidektomi dengan indikasi struma nodosa antara lain:

1. Diagnosa Keperawatan Pre Operasi

Tabel 2.2 Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Pada Pasien Pre Operasi Tiroidektomi dengan Indikasi Struma Nodusa

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
1.	D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing atau ronchi kering
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif a. Dispnea b. Sulit bicara c. Orthopnea	Objektif a. Gelisah b. Sianosis c. Bunyi napas menurun d. Frekuensi napas berubah e. Pola napas berubah
2.	D.0074 Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit adanya benjolan ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif Mengeluh tidak nyaman	Objektif Gelisah
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif a. Mengeluh sulit tidur b. Tidak mampu rileks c. Mengeluh mual	Objektif a. Menunjukkan gejala distress b. Tampak merintih atau menangis c. Postur tubuh berubah
3.	D.0080 Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan krisis situasional akan menjalani operasi ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif a. Merasa bingung b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	Objektif a. Tampak gelisah b. Tampak tegang c. Sulit tidur
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif a. Mengeluh pusing b. Merasa tidak berdaya	Objektif a. Frekuensi napas meningkat b. Frekuensi nadi meningkat c. Tekanan darah meningkat d. Tremor e. Muka tampak pucat
4.	D.0032 Resiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan kemampuan menelan berkurang	

2. Diagnosa Keperawatan Intra Operasi

Tabel 2.3 Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Pada Pasien Intra Operasi Tiroidektomi dengan Indikasi Struma Nodusa

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	D.0012 Resiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan tiroidektomi
2.	D.0136 Resiko Cedera dibuktikan dengan pajanan alat instrument
3.	D.0142 Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive pembedahan tiroidektomi

3. Diagnosa Keperawatan Post Operasi

Tabel 2.4 Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Pada Pasien Post Operasi Tiroidektomi Dengan Indikasi Struma Nodusa

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
1.	D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan edema laring dan faring setelah post tiroidektomi ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, wheezing atau ronkhi kering
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif a. Dispnea b. Sulit bicara c. Orthopnea	Objektif a. Gelisah b. Bunyi napas menurun c. Frekuensi napas berubah d. Pola napas berubah
2.	D.0077 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi : tiroidektomi) ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif Mengeluh nyeri	Objektif a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Berfokus pada diri sendiri
3.	D.0129 Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan post tindakan operasi : tiroidektomi ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit.
	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Nyeri b. Perdarahan c. Kemerahan d. Hematoma

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
	D.0119 Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik prosedur pembedahan Tiroidektomi ditandai dengan	
	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Tidak mampu berbicara atau mendengar b. Menunjukkan respon tidak sesuai
4.	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif (tidak tersedia)	Objektif a. Disfasia dan Afonia b. Verbalisasi tidak tepat c. Sulit mengungkapkan kata- kata
5.	D.0012 Resiko Perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan tiroidektomi	
6.	D.0142 Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive tiroidektomi	

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan perawat kepada pasien berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (hasil) yang diharapkan. Sejumlah faktor harus dipertimbangkan ketika menentukan intervensi keperawatan, seperti diagnosis keperawatan, hasil yang diharapkan, keterampilan keperawatan, keterampilan dalam melaksanakan intervensi keperawatan, penerimaan pasien dan temuan penelitian (PPNI, 2018). Menurut PPNI (2018), Intervensi Keperawatan yang akan diberikan sesuai dengan pathway pada pasien Tiroidektomidengan indikasi struma nodusa

1. Intervensi pada Pasien Pre Operasi Tiroidektomi atas Indikasi Struma Nodusa

Tabel 2. 5 Standart Intervensi dan Luaran Keperawatan Indonesia Pada Pasien Pre Operasi Tiroidektomi dengan Indikasi Struma Nodusa

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<u>D.0001</u> BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan	<u>L.01001</u> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... × 24 jam maka BERSIHAN JALAN NAPAS MENINGKAT dengan kriteria hasil : a. Batuk efektif meningkat b. Dyspnea menurun	MANAJEMEN JALAN NAPAS <u>L.01011</u> Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 5. Berikan minuman hangat 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Berikan Oksigen, Jika perlu

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		c. Frekuensi napas membaik d. Sulit bicara menurun e. Produksi sputum menurun f. Pola napas membaik	Edukasi 8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi 9. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
2.	D.0074 GANGGUAN RASA NYAMAN berhubungan dengan gejala penyakit adanya benjolan ditandai dengan	L.08064 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan STATUS KENYAMANAN MENINGKAT dengan kriteria hasil a. Keluhan tidak nyaman menurun b. Gelisah menurun c. Keluhan sulit tidur menurun d. Postur tubuh membaik e. Keluhan lelah menurun f. Rileks meningkat g. Dukungan sosial dari keluarga meningkat	TERAPI RELAKSASI L09326 Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik 5. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 6. Gunakan pakaian longgar 7. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi 8. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 11. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 12. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
3.	D.0032 RESIKO DEFISIT NUTRISI dibuktikan dengan kemampuan menelan berkurang	L.06052 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan STATUS MENELAN MEMBAIK dengan kriteria hasil a. Reflek menelan meningkat b. Frekuensi tersedak menurun c. Gelisah menurun d. Produksi saliva membaik	MANAJEMEN GANGGUAN MAKAN 1.03111 Observasi 1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori Terapeutik 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik yang sesuai 3. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan 4. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku 5. Rencanakan program pengolahan untuk perawatan di rumah (mis. medis, konseling) Edukasi 6. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan 7. Ajarkan pengaturan diet yang tepat

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		e. Penerimaan makanan membaik f. Kualitas suara membaik	8. Ajarkan keterampilan kopi untuk penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi 9. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan
4.	D.0080 ANSIETAS berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan krisis situasional akan menjalani operasi ditandai dengan	L.09093 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan TINGKAT ANSIETAS MENURUN dengan kriteria hasil a. Konsentrasi meningkat b. Pola tidur menurun c. Perilaku gelisah menurun d. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun e. Perilaku tegang menurun f. Nadi membaik	REDUKSI ANSIETAS I.09134 Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 10. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 11. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 12. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 13. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 14. Latih teknik relaksasi

2. Intervensi pada Pasien Intra Operasi Tiroidektomi atas Indikasi Struma Nodosa

Tabel 2. 6 Standart Intervensi dan Luaran Keperawatan Indonesia Pada Pasien Intra Operasi Tiroidektomi dengan Indikasi Struma Nodosa

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	D.0012 RESIKO PERDARAHAN dibuktikan dengan tindakan pembedahan tiroidektomi	L.02017 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan TINGKAT PERDARAHAN MENURUN dengan kriteria hasil a. Membran Mukosa lembap	PENCEGAHAN PERDARAHAN I.02067 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet) Terapeutik 5. Pertahankan bed rest selama perdarahan 6. Batasi tindakan invasif, jika perlu Edukasi

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		meningkat b. Kelembapan kulit meningkat c. Perdarahan pasca operasi menurun d. Hemoglobin membaik e. Hematocrit membaik	7. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 8. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 9. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 10. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
2.	D.0136 RESIKO CEDERA dibuktikan dengan pajanan alat instrument	L.14136 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan TINGKAT CEDERA MENURUN dengan kriteria hasil a. Kejadian cederan menurun b. Luka/ lecet menurun c. Perdarahan menurun	PENCEGAHAN CEDERA L.14537 Observasi 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi kesesuaian alas kaki di ruang operasi 3. Monitor kemampuan perpidahan pasien dari brankart ruangan ke brankar kamar bedah Terapeutik 4. Sediakan pencahayaan yang memadai 5. Gunakan alas lantai jika beriko mengalami cedera serius 6. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 7. Pastikan pagar brankar dalam keadaan terkunci dan layak digunakan 8. Bantu pasien pindah ke meja brankar dan meja operasi
3.	D.0142 RESIKO INFEKSI dibuktikan dengan efek prosedur invasive pembedahan tiroidektomi	L.14137 Setelah diberikan tindakan keperawatan selama X1 jam, maka diharapkan TINGKAT INFEKSI MENURUN dengan kriteria hasil a. Kebersihan badan dan tangan meningkat b. Kebersihan alat dan kesterilan alat meningkat c. Kemerahan menurun d. Nyeri menurun e. Perdarahan menurun f. Suhu kulit	PENGONTROLAN INFEKSI INTRA OPERATIF L.14552 Observasi 1. Identifikasi pasien-pasien yang mengalami penyakit infeksi menular 2. Periksa sirkulasi udara di kamar operasi, sesuai protokol 3. Periksa alat-alat atau instrumen yang akan disterilisasi bersih dari kotoran (mis. darah atau cairan tubuh lainnya, bebas dari karat, ketajaman) 4. Periksa kelayakan alat steril yang akan digunakan untuk pembedahan (mis. tanggal sterilisasi/ tanggal kadaluarsa, kelayakan pembungkus instrumen) 5. Periksa kelayakan sistem laminar airflow ventilator 6. Periksa kelayakan panel oksigen, dan peralatan penunjang lainnya Terapeutik 7. Terapkan kewaspadaan umum (mis. cuci tangan aseptik, gunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, pelindung wajah, pelindung mata, apron,

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		menurun	sepatu boot sesuai model transmisi mikroorganisme)
		g. Kultur sel darah membaik	8. Pertahankan suhu tubuh dalam rentang normal
		h. Kultur area luka membaik	9. Desinfeksi kulit dengan chlorhexidine 2% atau sesuai protokol
			10. Berikan profilaksis antibiotik sesuai indikasi
			11. Gunakan baju, laken, alas, drape, dan pelindung luka disposibel
			12. Gunakan hepafilter pada area khusus (mis. kamar operasi)
			13. Berikan tanda khusus untuk pasien-pasien dengan penyakit menular

3. Intervensi Keperawatan pada Pasien Post Operasi Tiroidektomi atas Indikasi Struma Nodusa

Tabel 2. 7 Standart Intervensi dan Luaran Keperawatan Indonesia Pada Pasien Post Operasi Tiroidektomi Dengan Indikasi Struma Nodusa

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	D.0001 BERSIHAN JALAN NAPAS TIDAK EFEKTIF berhubungan dengan hipersekreasi jalan napas setelah post tiroidektomi ditandai dengan	L.01001 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... × 24 jam maka BERSIHAN JALAN NAPAS MENINGKAT dengan kriteria hasil : a. Batuk efektif menurun b. Dyspnea menurun c. Frekuensi napas membaik d. Sulit bicara menurun e. Produksi sputum menurun	MANAJEMEN JALAN NAPAS I.01011 Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler 5. Berikan minuman hangat 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. Berikan Oksigen, Jika perlu Edukasi 8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi 9. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu
2.	D.0077 NYERI AKUT berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi : tiroidektomi)	L.08066 Setelah diberikan tindakan keperawatan selama x24 jam, maka diharapkan TINGKAT NYERI MENURUN dengan kriteria hasil a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis	MANAJEMEN NYERI I. 08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		menurun c. Kesulitan tidur menurun d. Tekanan darah membaik e. Pola tidur membaik f. Sikap protektif menurun g. Nafsu makan membaik	6. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik.
3.	D.0129 GANGGUAN INTEGRITAS KULIT / JARINGAN berhubungan dengan post tindakan operasi : tiroidektomi	L.14130 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan PENYEMBUHAN LUKA MENINGKAT dengan kriteria hasil a. Penyatuan kulit meningkat b. Penyatuan tepi luka meningkat c. Jaringan granulasi meningkat d. Pembentukan jaringan parut meningkat e. Edema pada sisi luka menurun f. Nyeri menurun g. Bau tidak sedap pada luka menurun h. Infeksi menurun	PERAWATAN INTEGRITAS KULIT L.11353 Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 6. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 7. Anjurkan minum air yang cukup 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 10. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 11. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 12. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
4.	D.0119 GANGGUAN KOMUNIKASI VERBAL berhubungan dengan hambatan fisik prosedur pembedahan Tiroidektomi	L.13118 Setelah diberikan tindakan keperawatan ...x24 jam diharapkan KOMUNIKASI VERBAL MENINGKAT dengan kriteria hasil a. Kemampuan bicara meningkat b. Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	PROMOSI KOMUNIKASI: DEFISIT BICARA L.13492 Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4. Gunakan metode komunikasi alternatif 5. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 6. Modifikasi lingkungan untuk

NO	SDKI	SLKI	SIKI
		meningkat c. Respon perilaku membaik d. Komunikasi membaik	meminimalkan bantuan 7. Berikan dukungan psikologis Edukasi 8. Anjurkan berbicara perlahan 9. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
5.	D.0141 RESIKO PERDARAHAN dibuktikan dengan tindakan pembedahan tiroidektomi	L.02017 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka diharapkan TINGKAT PERDARAHAN MENURUN dengan kriteria hasil a. Membran Mukosa lembap meningkat b. Kelembapan kulit meningkat c. Hematensis menurun d. Perdarahan pasca operasi menurun e. Hemoglobin membaik f. Hematocrit membaik	PENCEGAHAN PERDARAHAN L.02067 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (PT dan PTT) Terapeutik 5. Pertahankan bed rest selama perdarahan 6. Batasi tindakan invasif, jika perlu Edukasi 7. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 8. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 9. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 10. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
4.	D.0142 RISIKO INFEKSI dibuktikan dengan efek prosedur invasive tiroidektomi	L.14137 Setelah diberikan tindakan keperawatan selama ... x24 jam, maka diharapkan TINGKAT INFEKSI MENURUN dengan kriteria hasil a. Kebersihan badan dan tangan meningkat b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Demam menurun e. Kultur sel darah membaik f. Kultur are luka membaik	PENCEGAHAN INFEKSI L.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan perawat untuk mengelola dan melaksanakan rencana keperawatan yang telah di susun. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), keterampilan komunikasi dan kemampuan bertindak. Proses pelaksanaannya harus fokus pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan (Supratti & Ashriady, 2018; PPNI, 2018).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan (Mengacu pada SLKI)

Evaluasi keperawatan secara berkala sangat penting untuk memantau perkembangan pasien dan mengevaluasi tindakan pasien. efektivitas prosedur yang dilakukan didasarkan pada hasil keperawatan bila kegiatan ini dilakukan untuk mengevaluasi intervensi keperawatan yang telah ditentukan. Hal ini dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respon fisiologis, psikologis, perkembangan atau mental terhadap masalah kesehatan (PPNI, 2018b). Ketika mengukur keberhasilan rencana dan implementasi asuhan keperawatan, perawat mengacu pada hasil. Hasil keperawatan adalah aspek yang dapat diamati dan diukur, termasuk kondisi, perilaku atau persepsi pasien, keluarga atau masyarakat tentang suatu intervensi keperawatan. Hasil keperawatan menunjukkan status diagnosa keperawatan setelah keperawatan (PPNI, 2018b).