

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STRUMA NODUSA NON
TOKSIK ATAS INDIKASI *ISTMOLOBECTOMY* POD I DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI DI RUANG
MARJAN BAWAH RSU dr.SLAMET GARUT
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

ADIMAN

AKX 15.001



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : Adiman

NIM : AKX. 15. 001

Program Studi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi
dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti
Kencana Bandung

Judul karya tulis ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodosa
Non Toksik Atas Indikasi *Istmolobectomy* POD I
Dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi Di
Ruang Marjan Bawah Rsu Dr.Slamet Garut Tahun
2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) baik di Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi sesuai norma yang berlaku di Perguruan Tinggi

Bandung, 24 April 2018

Yang membuat pernyataan



Adiman

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STRUMA NODUSA NON
TOKSIK ATAS INDIKASI POST OP DAY I ISTMOLOBECTOMY
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI
DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr.SLAMET GARUT
TAHUN 2018

ADIMAN
AKX.15.001

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 24 APRIL 2018

Oleh
Pembimbing Utama



Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

Pembimbing Pendamping



H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes

Menyetujui
Program Studi D III Keperawatan

Ketua


Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STRUMA NODUSA NON
TOKSIK ATAS INDIKASI ISTMOLOBECTOMY POD I DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI DI RUANG
MARJAN BAWAH RSU dr.SLAMET GARUT
TAHUN 2018

ADIMAN
AKX.15.001

Telah diuji
Pada tanggal, 26 April 2018
Panitia Penguji

Ketua : Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners
NIK : 10114149
(Pembimbing Utama)



Anggota

1. Sri Sulami, S.Kep., MM
NIK : 10115176
(Penguji 1)
2. Zafiah Winta, Amk.An
(Penguji 2)
3. H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064

ABSTRAK

Latar belakang : Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilatarbelakangi pada tahun 2007 sekitar 33.550 orang di Amerika Serikat menderita gangguan tiroid dan 1.530 orang berakhir dengan kematian (Newton, Hikey & Marss, 2009). Angka kejadian di Indonesia menurut RisKesDas 2013 didapatkan penduduk usia > 15 tahun sebanyak 176.689.336 jiwa, maka terdapat lebih dari 700.000 orang terdiagnosis hipertiroid. Sedangkan dijawabarat didapatkan hasil 160.182 per 32.162.328 penduduk. Pada periode 2017 periode Januari sampai Desember 2017, didapatkan data klien yang mengalami struma sebanyak 53 kasus dengan persentase 6% dan penyakit struma menempati urutan ke 7 penyakit terbesar di tahun 2017. Tujuan penulisan ini adalah untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodusa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut. **Metode :** Penelitian yang dilakukan berbentuk studi kasus yang dilakukan pada dua orang klien dengan diagnosa struma nodusa non toksik dengan masalah keperawatan resiko infeksi. Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, partisipasi aktif dan studi kepustakaan. Tindakan yang dilakukan pada kedua klien yaitu dengan perawatan luka menggunakan normal salin NaCl 0,9 %. Asuhan keperawatan dilakukan pada kedua klien untuk mencegah masalah resiko infeksi. **Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai hari ketiga hasilnya tidak terdapat tanda infeksi pada kedua klien. **Diskusi :** Perawat dalam hal ini sebagai bagian dari tenaga kesehatan mempunyai peran dalam perawatan luka operasi untuk mencegah kejadian infeksi. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang kompherensif untuk menangani masalah keperawatan pada pasien.

Kata Kunci : *Struma Nodusa Non Toksik, resiko Infeksi, Asuhan Keperawatan*
Daftar pustaka : V BAB. Referensi : 15 Buku (2007-2016). Jurnal 1 (2011),
2 Website.

ABSTRACT

Background: Scientific Writing is backed in 2007 around 33,550 people in the United States suffered from thyroid disorders and 1,530 people ended in death (Newton, Hikey & Marss, 2009). The number of incidents in Indonesia according to RiskesDas 2013 obtained population > 15 years of 176,689,336 people, then there are more than 700,000 people diagnosed with hyperthyroidism. While dijawabarat obtained results 160.182 per 32.162.328 residents. In the period 2017 period January to December 2017, data obtained clients who suffered struma 53 cases with a percentage of 6% and struma disease ranked seventh largest disease in 2017. The purpose of this paper is to implement Nursing Care In Client Struma Nodusa Non Toxic with Problem of Nursing Risk of Infection in Marjan Room Under Dr. Slamet Garut General Hospital. **Methods:** A case study was conducted on two clients with a non-toxic nodusa strand diagnosis with risk-nursing risk. Data collection techniques were conducted by observation, interview, physical examination, active participation and literature study. Actions performed on both clients were with wound care using normal saline of 0.9% NaCl. Nursing care is done on both clients to prevent the risk of infection. **Outcome:** After the nursing action until the third day there is no sign of infection on both clients. **Discussion:** Nurses in this case as part of health personnel have a role in surgical wound care to prevent the occurrence of infection. So the nurse must do a comprehensive treatment to handle nursing problems in patients.

Keywords: Non Toxic Nodusa Struma, Infection risk, Nursing Care

References: V CHAPTER. References: 15 Books (2007-2016). Journal 1 (2011), 2 Websites.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodosa Non Toksik Atas Indikasi Istmolobectomy POD I dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi di Ruang Marjan Bawah RSU dr.Slamet Garut Tahun 2018.*

Penulisan karya tulis ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do'a dan dukungan dari semua kalangan, karya tulis ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes., selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep. Selaku ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners. selaku pembimbing utama dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan

dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. H. Rahwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes. selaku pembimbing pendamping dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Maskut Farid MM. Selaku direktur RSUD dr.Slamet Garut yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Yuli Lestari, S.Kep., Ners. Selaku CI Ruang Marjan Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
8. Seluruh dosen dan staff program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bimbingan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Ayah dan Ibu serta kakak-kakak saya tercinta yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan baik secara moril maupun materil, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Seluruh senior, teman-teman seperjuangan angkatan XI dan adik-adik tingkat yang telah memberikan dukungan moril.

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 24 April 2018

Adiman

DAFTAR ISI

Halaman judul dan Prasyarat Gelar	
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar lampiran	xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus	5
D. Manfaat	6
1. Manfaat teoritis	6
2. Manfaat praktis.....	6

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Penyakit	8
1. Definisi	8
2. Anatomi dan fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	10
4. Patofisiologi	10
5. Pathway	11
6. Manifestasi klinis	13
7. Komplikasi	14
8. Pemeriksaan Penunjang	15
9. Penatalaksanaan	16
10. Resiko Infeksi.....	19
11. Perawatan luka	22
B. Konsep asuhan keperawatan	27
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa keperawatan.....	37
3. Intervensi	38
4. Implementasi	42
5. Evaluasi	42

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian	45
B. Batasan istilah	45
C. Responden penelitian	46
D. Lokasi Dan Waktu	46
E. Pengumpulan data.....	46
F. Uji keabsahan data	47
G. Analisa data.....	48
H. Etik penelitian	49

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	51
1. Gambaran lokasi pengambilan data	51
2. Pengkajian	52
3. Analisa Data	60
4. Diagnosa keperawatan	62
5. Intervensi	63
6. Implementasi	64
7. Evaluasi	64
B. Pembahasan	67
1. Pengkajian	68
2. Diagnosa	70
3. Intervensi	74
4. Implementasi	75
5. Evaluasi.....	77

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	78
1. Pengkajian	78
2. Diagnosa	79
3. Intervensi.....	79
4. Implementasi.....	80
5. Evaluasi.....	80
B. Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi resiko tinggi terjadi ketidakefektifan bersihan jalan nafas	39
Tabel 2.2	Intervensi gangguan komunikasi verbal	39
Tabel 2.3	Intervensi resiko tinggi terhadap cedera.....	40
Tabel 2.4	Intervensi nyeri akut	40
Tabel 2.5	Intervensi kurangnya pengetahuan	41
Tabel 2.6	Intervensi resiko infeksi	41
Tabel 4.1	Pengkajian, Identitas Klien & Penanggung Jawab.....	52
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan	52
Tabel 4.3	Pola Aktifitas Sehari-Hari	54
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	55
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologi.....	58
Tabel 4.6	Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	59
Tabel 4.7	Program dan Rencana Pengobatan	60
Tabel 4.8	Analisa Data	60
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan.....	62
Tabel 4.10	Intervensi Keperawatan	63
Tabel 4.11	Implementasi Keperawatan	64
Tabel 4.12	Evaluasi Keperawatan	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Sistem Pencernaan.....	9
--	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Struma Nodosa Non Toksik	12
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Surat Persetujuan Dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran V Jurnal
- Lampiran VI Biodata penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tiroid merupakan kelenjar endokrin murni terbesar dalam tubuh manusia yang terletak di leher bagian depan, terdiri atas dua bagian (lobus kanan dan lobus kiri). Panjang kedua lobus masing-masing 5cm dan menyatu di garis tengah, berbentuk seperti kupu-kupu. Penyakit atau gangguan tiroid adalah suatu kondisi kelainan pada seseorang akibat adanya gangguan kelenjar tiroid, baik berupa perubahan bentuk kelenjar maupun perubahan fungsi (berlebihan, berkurang atau normal) (KeMenKes RI, 2015). Struma nodosa non toksik yaitu pembesaran kelenjar tiroid karena adanya nodul yang tidak disertai gejala hipertiroidisme (Tarwoto, 2012).

Sekitar 10 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan tiroid, baik kanker tiroid, struma nodosa non toksik, maupun struma nodosa toksik (*American Thyroid Association 2013*). Pada tahun 2007 sekitar 33.550 orang di Amerika Serikat menderita gangguan tiroid dan 1.530 orang berakhir dengan kematian (Newton, Hikey & Marss, 2009). Prevalensi struma nodosa yang didapat melalui palpasi sekitar 4,7–51 per 1.000 orang dewasa dan 2.2–14 per 1.000 pada anak-anak (*Incidence and Prevalence Data, 2012*). Hasil survey Balitbang pada tahun 2007 didapatkan angka prevalensi struma nodosa di Indonesia meningkat sebesar 35,38%. Laporan akhir survey nasional pemetaan GAKY (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium) menunjukkan bahwa sebanyak 42 juta penduduk Indonesia

tinggal di daerah endemik dan sebanyak 10 juta menderita struma nodosa. Berdasarkan hasil studi epidemiologi GAKY menunjukkan bahwa defisiensi yodium tidak hanya di daerah pegunungan saja, akan tetapi juga terjadi di daerah endemik, berikutnya adalah dengan ditemukannya angka kejadian GAKY di daerah daratan yang rendah, terutama di daerah pertanian (Triyono, 2007).

Hasil pemeriksaan *Thyroid Stimulating Hormon* (TSH) pada RisKesDas 2007 mendapatkan 12.8% laki-laki dan 14.7% perempuan memiliki kadar TSH rendah yang menunjukkan kecurigaan adanya hipertiroid. Pada wanita di temukan 20–27 kasus dalam 1.000 wanita, sedangkan pria 1–5 per 1.000 pria (KeMenKes RI, 2015). Menurut hasil RisKesDas 2013, hanya terdapat 0.4% penduduk Indonesia yang berusia 15 tahun atau lebih yang berdasarkan wawancara mengakui terdiagnosis hipertiroid. Meskipun secara presentase kecil, namun secara kuantitas cukup besar. Jika pada tahun 2013 jumlah penduduk usia >15 tahun sebanyak 176.689.336 jiwa, maka perkiraan terdapat lebih dari 700.000 orang terdiagnosis hipertiroid dengan kejadian terbesar berada di Provinsi Jawa Barat dengan Prevalensi dan Perkiraan 160.812 dari 32.162.328 penduduk (KeMenKes RI 2015).

Pada periode januari sampai desember 2016 didapatkan data dari ruang Marjan Bawah jumlah penderita struma ada 40 kasus dengan persentase kurang dari 5 %, dan tidak termasuk kedalam 10 penyakit terbesar, sedangkan pada tahun 2017 periode Januari sampai Desember 2017, didapatkan data klien yang mengalami struma sebanyak 53 kasus dengan persentase 6% dan penyakit struma

menempati urutan ke 7 penyakit terbesar di tahun 2017 (Rekam Medik RSUD dr.Slamet Garut 2018).

Dari data kasus diatas berarti terjadi peningkatan jumlah kasus penderita struma dalam kurun satu tahun terakhir, ini menunjukkan bahwa struma merupakan penyakit yang juga harus mendapat perhatian khusus, dimana bila tidak ditangani jumlah kasus struma bisa semakin meningkat, karena bila tidak ditangani dengan serius penyakit struma dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia dan akan menimbulkan komplikasi-komplikasi seperti ketidakefektifan bersihan jalan napas, gangguan komunikasi verbal, resiko tinggi terhadap infeksi dan nyeri akut. Untuk penanganan kasus struma nodosa non toksik dilakukan dengan yodium radioaktif, pemberian tiroksin, obat anti tiroid dan operasi atau pembedahan (Nurarif 2015).

Pada kasus struma yang didapatkan kebanyakan tindakan yang dilakukan untuk penanganannya yaitu pembedahan atau operasi. Tindakan operasi yang dilakukan ada beberapa macam diantaranya yaitu *tiroidektomy* dan *Istmolobektomy*. Berdasarkan derajat kontaminasi luka, luka operasi tergolong ke dalam luka bersih. Pasien yang mengalami pembedahan akan beresiko terkena infeksi nosokomial sebesar 10% sampai 15%. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang terjadi selama proses perawatan. Kejadian infeksi luka operasi dapat di monitor sejak dini, dan dilakukan pencegahan dengan segera dengan cara yang efektif dan efisien. Pencegahan infeksi luka operasi ini dapat dilakukan dengan memberikan perawatan luka sesuai prosedur dan dengan tehnik aseptik serta

memberikan antibiotik yang mempunyai efek toksisitas yang minimal. (Musta'an et al 2011).

Perawat dalam hal ini sebagai tenaga kesehatan mempunyai peran dalam perawatan luka operasi untuk mencegah kejadian infeksi, dengan demikian, perawat dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang adekuat terkait dengan proses yang dimulai dari pengkajian yang komprehensif, perencanaan intervensi yang tepat, implementasi tindakan, evaluasi hasil yang ditemukan selama perawatan serta dokumentasi hasil yang sistematis (Rostini dkk, 2013).

Perawatan luka yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit salah satunya dengan NaCl 0,9%. Normal salin atau NaCl 0,9% merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan. Perawat menggunakan cairan normal salin untuk mempertahankan permukaan luka agar tetap lembab sehingga dapat meningkatkan perkembangan dan migrasi jaringan epitel. Membersihkan luka secara hati-hati dengan normal saline dengan memasang balutan yang dibasahi normal salin (basah-basah, lembab-basah) merupakan cara yang sering digunakan untuk menyembuhkan luka dan melakukan debridement luka basah - kering (Wahyuni, 2014).

Dari fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodosa Non Toksik Atas Indikasi Istmolobectomy POD I dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2018”**.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2018?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif, meliputi Bio-Psiko-Sosio-Spiritual-Kultural terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia, khususnya dengan pendekatan proses Asuhan Keperawatan Pada Klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

- a. Melakukan pengkajian pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.

- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.
- d. Melakukan implementasi pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.
- e. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dalam bentuk karya tulis ilmiah pada klien Struma Nodosa Non Toksik dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan tentang Struma Nodosa Non Toksik.

2. Praktis

- a) Bagi Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Struma Nodosa Non Toksik.

- b) Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sumber pustaka dalam penatalaksanaan Struma Nodosa Non Toksik di Rumah Sakit.

c) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menambah sumber pustaka dan juga dijadikan sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

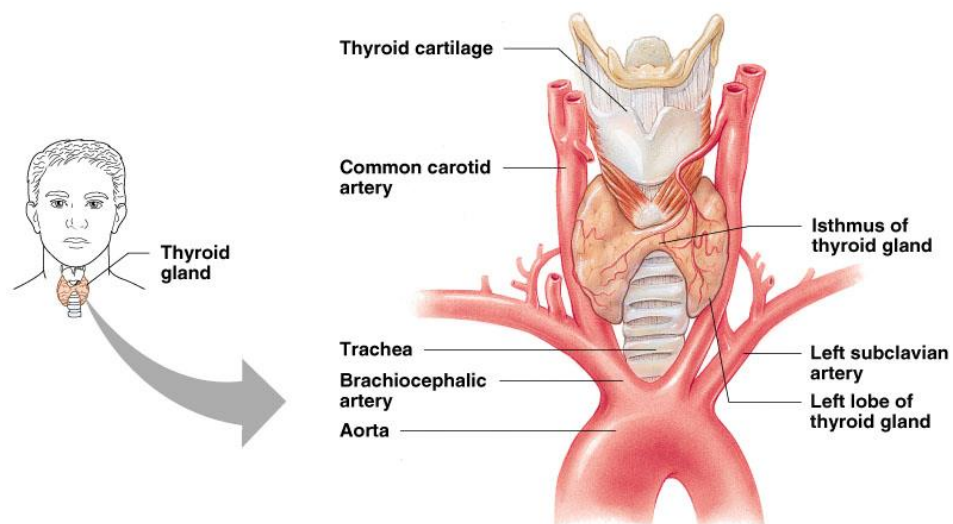
Struma adalah pembesaran pada kelenjar tiroid yang biasanya terjadi karena folikel-folikel terisi koloid secara berlebihan. Setelah bertahun-tahun folikel tumbuh semakin membesar dengan membentuk kista dan kelenjar tersebut menjadi noduler (Smeltzer & Suzanne, 2012).

Struma merupakan pembesaran kelenjar gondok yang disebabkan oleh penambahan jaringan kelenjar gondok yang menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah banyak sehingga menimbulkan keluhan seperti berdebar-debar, keringat, gemeteran, bicara gagap, mencret, berat badan menurun, mata membesar (Nurarif, 2015). Sedangkan menurut Tarwoto (2012), struma nodosa non toksik yaitu pembesaran kelenjar tiroid karena adanya nodul yang tidak disertai gejala hipertiroidisme.

2. Anatomi Fisiologi

Kelenjar tiroid terletak di depan trakhea dan di bawah laring yang terdiri atas dua lobus yang terletak disebelah kiri trakhea dan diikat bersama oleh secarik jaringan disebut istmus yang melintasi pada cincin tulang trakhea dua dan tiga. Struktur tiroid terdiri atas sejumlah besar folikel dilapisi oleh cuboid epitelium membentuk ruang yang disebut koloid yaitu lumen substansi protein.

Regulasi sekresi hormon tiroid dipengaruhi oleh sistem kerja balik antara kelenjar hipofisis atau pituitari lobus anterior dan kelenjar tiroid. Lobus anterior hipofisis mensekresi TSH yang berfungsi meningkatkan iodine, meningkatkan sintesis dan sekresi hormon tiroid, meningkatkan ukuran kelenjar tiroid. Apabila terjadi penurunan hormon tiroid, hipofisis anterior merangsang peningkatan sekresi TSH dan mempengaruhi kelenjar tiroid untuk meningkatkan sekresi hormon tiroid. Thyroxine (T4) berfungsi untuk mempertahankan metabolisme tubuh. Triiodothyronin (T3), berfungsi untuk mempercepat metabolisme tubuh. Fungsi utama kelenjar tiroid adalah memproduksi hormon tiroxin yang berguna untuk mengontrol metabolisme sel, dalam produksinya sangat erat hubungannya dengan proses sintesa tyroglobulin sebagai matrik hormon, yodium dari luar, tiroid stimulating hormon dari hipofise (Saputra, 2014).



Sumber: <https://tresnastia22.files.wordpress.com/2015/04/kelenjartiroid.dia>
ksestanggal9april2018.

3. Etiologi

Menurut Tarwoto (2012) penyebab terjadinya struma antara lain :

- a) Hipotiroidisme primer yang disebabkan karena kegagalan kelenjar tiroid atau kekurangan yodium, dimana kadar hormon tiroid dalam sirkulasi darah rendah sehingga tidak ada inhibisi umpan balik negative ke hipofisis anterior hal ini mengakibatkan sekresi TSH meningkat.
- b) Sekresi yang berlebihan dari hormon TSH akan berpengaruh terhadap pertumbuhan kelenjar tiroid dan stimulasi TSH yang berlebihan juga dapat berpengaruh terhadap produksi kelenjar tiroid.
- c) Penyakit grave, adanya TSI merangsang pertumbuhan tiroid meningkatkan sekresi hormon tiroid.
- d) Defisiensi yodium, yodium merupakan bahan untuk sintesis hormon tiroid, sehingga produksi hormon juga akan menurun. Disisi lain hormon tiroid sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh sehingga kelenjar tiroid akan berkompensasi bekerja lebih untuk memproduksi lebih banyak hormon.

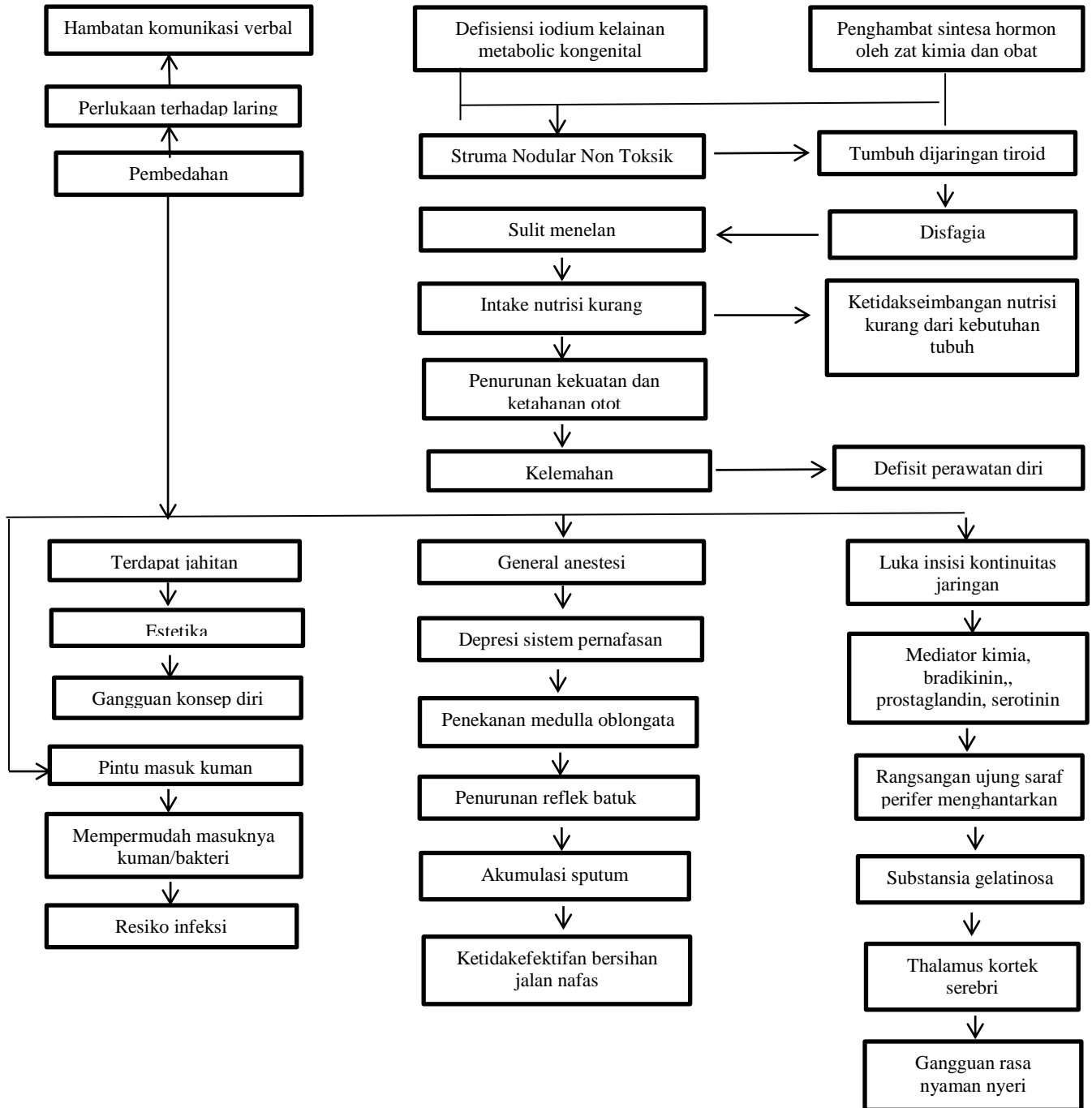
4. Patofisiologi

Yodium merupakan semua bahan utama yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan hormon tiroid. Bahan yang mengandung iodium diserap usus, masuk ke dalam sirkulasi darah dan ditangkap paling banyak oleh kelenjar tiroid. Dalam kelenjar tiroid, iodium dioksida menjadi bentuk yang aktif yang distimuler oleh TSH kemudian disatukan menjadi molekul

tiroksin yang terjadi pada fase sel koloid. Senyawa yang terbentuk dalam molekul diiodotironin membentuk T4 dan T3. T4 menunjukkan pengaturan umpan balik negatif dari sekresi TSH dan bekerja langsung pada tirotropihypofisis, sedang T3 merupakan hormon metabolik tidak aktif. Beberapa obat dan keadaan dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan metabolisme tiroid sekaligus menghambat sintesis T4 dan melalui rangsangan umpan balik negatif meningkatkan pelepasan TSH oleh kelenjar hipofisis. Keadaan ini menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid.

Bagan 2.1

Patofisiologi Struma Nodosa Non Toksik (SNNT)



(Nurarif, 2015)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Wim de Jong (2010) manifestasi klinis pada klien struma adalah sebagai berikut :

1) Berdebar - debar/meningkatnya denyut nadi

Berdebar–debar dan terasa berat pada bagian jantung akibat kerja perangsangan jantung, sehingga curah jantung dan tekanan darah sistolik akan meningkat. Bila akhirnya penyakit menghebat, biasanya timbul fibrilasi atrial dan akhirnya gagal jantung *congestive*. Tekanan nadi hampir selalu dijumpai meningkat (*pulsus celer*). Pembuluh darah diperifer akan mengalami dilatasi. Laju filtrasi glomerulus, aliran plasma ginjal, serta transport tubulus akan meningkat di ginjal, sedangkan dihati pemecahan hormon steroid dan obat akan dipercepat.

2) Keringat

Metabolisme energi tubuh akan meningkat sehingga meningkatkan metabolisme panas, proteolisis, lipolisis, dan penggunaan oksigen oleh tubuh. Metabolisme basal hampir mendekati dua kalinya menyebabkan klien tidak tahan terhadap hawa panas lalu akan mudah berkeringat.

3) Konstipasi

Karena pada penderita kurang asupan nutrisi dan cairan, yang mengakibatkan kurangnya atau tidak adanya nutrisi dan cairan yang bisa diserap oleh usus, maka dari itu sistem eliminasi pada penderita struma terganggu.

4) Gemetar

Kadang–kadang klien menggerakkan tangannya tanpa tujuan tertentu, timbul tremor halus pada tangan.

5) Gelisah

Peningkatan *eksitabilitas neuromuscular* akan menimbulkan hipereleksia saraf tepi oleh karena hiperaktifitas dari saraf dan pembuluh darah akibat aktifitas T3 dan T4. Gangguan sirkulasi serebral juga terjadi oleh karena *hipervaskularisasi* ke otak, menyebabkan klien lebih mudah terangsang, *Nervous*, gelisah, depresi dan mencemaskan hal-hal yang sepele.

6) Berat Badan Menurun

Lipolisis (proses pemecahan lemak yang tersimpan dalam sel lemak tubuh) menyebabkan berat badan menurun, ada lemak bebas dihasilkan menuju aliran darah dan bersirkulasi ke tubuh. Lipolisis juga menyebabkan hiperlipidasidemia dan meningkatnya enzim proteolitik sehingga menyebabkan priteolisis yang berlebihan dengan peningkatan pembentukan dan eksresi urea.

6. Komplikasi

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

d) **Komplikasi post pembedahan istmolobectomy**

- (1) Perdarahan
- (2) Resiko infeksi pasca pembedahan
- (3) Masalah terbukanya vena besar dan menyebabkan embolisme udara.
- (4) Trauma pada nervus laryngeus recurrens.
- (5) Memaksa sekresi glandula ini dalam jumlah abnormal ke dalam sirkulasi dengan tekanan.
- (6) Sepsis yang meluas ke mediastinum.
- (7) Hipotiroidisme pasca bedah akibat terangkatnya kelenjar para tiroid.
- (8) Trakeomalasia (melunaknya trakea).

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pada palpasi teraba batas yang jelas, bernodul satu atau lebih, konsistensinya kenyal
- b. Human thyroglobulin (untuk keganasan tyroid)
- c. Pada pemeriksaan lab, ditemukan serum T4 (Troksin) dan T3 (tryodotironin) dalam batas normal, nilai normal T3 = 0,6-2,0, T4 = 4,6-11
- d. Pada pemeriksaan USG (Ultrasonografi) dapat dibedakan padat atau tidaknya nodul
- e. Kepastian histologi dapat ditegakan melalui biopsy aspirasi jarum halus yang hanya dapat dilakukan oleh seorang tenaga ahli yang berpengalaman

f. Pemeriksaan sidik tyroid

- (1) Nodul dingin bila penangkapan yodium nihil atau kurang dibandingkan sekitarnya hal ini menunjukkan fungsi yang rendah
- (2) Nodus panas bila penangkapan yodium lebih banyak dari pada sekitarnya keadaan ini memperlihatkan aktifitas yang lebih
- (3) Nodul hangat bila penangkapan yodium sama dengan sekitarnya ini berarti fungsi nodul sama dengan bagian tyroid yang lain

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan struma dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1) Penatalaksanaan Konservatif

a) Pemberian Tiroksin dan obat Anti-Tiroid

Tiroksin digunakan untuk menyusutkan ukuran struma, selama ini diyakini bahwa pertumbuhan sel kanker tiroid dipengaruhi hormon TSH. Oleh karena itu untuk menekan TSH serendah mungkin diberikan hormon tiroksin (T_4) ini juga diberikan untuk mengatasi hipotiroidisme yang terjadi sesudah operasi pengangkatan kelenjar tiroid. Obat anti-tiroid (tionamid) yang digunakan saat ini adalah propiltiourasil (PTU) dan metimasol/karbimasol.

b) Terapi Yodium Radioaktif.

Yodium radioaktif memberikan radiasi dengan dosis yang tinggi pada kelenjar tiroid sehingga menghasilkan ablasi jaringan. Pasien yang tidak mau dioperasi maka pemberian yadium radioaktif dapat

mengurangi gondok sekitar 50%. Yodium radioaktif tersebut berkumpul dalam kelenjar tiroid sehingga memperkecil penyinaran terhadap jaringan tubuh lainnya. Terapi ini tidak meningkatkan resiko kanker, leukemia, atau kelainan genetik. Yodium radioaktif diberikan dalam bentuk kapsul atau cairan yang harus diminum di rumah sakit, obat ini biasanya diberikan 4 minggu setelah dioperasi dan sebelum pemberian obat tiroksin.

2) Penatalaksanaan Operatif

a) Istmolobectomy

Setiap pembedahan dapat menimbulkan komplikasi, termasuk Istmolobectomy. Komplikasi pasca operasi utama yang berhubungan dengan cedera berulang pada saraf laring superior dan kelenjar paratiroid. Devaskularisasi, trauma, dan eksisi sengaja dari satu atau lebih kelenjar paratiroid dapat menyebabkan hipoparatiroidisme dan hipokalsemia, yang dapat bersifat sementara atau permanen. Pemeriksaan yang teliti tentang anatomi dan suplai darah ke kelenjar paratiroid yang adekuat sangat penting untuk menghindari komplikasi ini. Namun, prosedur ini umumnya dapat ditoleransi dengan baik dan dapat dilakukan dengan cacat minimal.

Tindakan Istmolobectomy dapat menyebabkan keadaan hipotiroidisme, yaitu suatu keadaan terjadinya kegagalan kelenjar tiroid untuk menghasilkan hormon dalam jumlah adekuat, keadaan ini ditandai dengan lesi, cepat lelah, kulit kering dan kasar, produksi

keringat berkurang, serta kulit terlihat pucat. Tanda-tanda yang harus diobservasi pasca Istmolobectomy adalah hipokalsemia yang ditandai dengan adanya rasa kebas, kesemutan pada bibir, jari-jari tangan dan kaki, dan kedutan otot pada area wajah. Keadaan hipokalsemia menunjukkan perlunya pengganti kalsium dalam tubuh. Komplikasi lain yang mungkin terjadi adalah kelumpuhan *nervus laringeus reccurens* yang menyebabkan suara serak. Jika dilakukan Istmolobectomy, klien perlu diberikan informasi mengenai obat pengganti hormon tiroid, seperti natrium levotiroksin (*Synthroid*), natrium liotironin (*Cytomel*).

Komplikasi lain yang dapat timbul pasca Istmolobectomy adalah perdarahan, thyrotoxic storm, edema pada laring, pneumothoraks, hipokalsemia, hematoma, kelumpuhan syaraf laringeus reccurens, dan hipotiroidisme. (Sudoyo, 2009)

Macam Teknik Operasi :

Tindakan operasi yang dikerjakan tergantung jumlah lobus tiroid yang terkena. Bila hanya satu sisi saja dilakukan subtotal lobektomi, sedangkan kedua lobus terkena dilakukan subtotal Istmolobectomy. Bila terdapat pembesaran kelenjar getah bening leher maka dikerjakan juga deseksi kelenjar leher fungsional atau deseksi kelenjar leher radikal/modifikasi tergantung ada tidaknya ekstensi dan luasnya ekstensi di luar kelenjar getah bening. (Lang, 2010).

- (1) Lobektomi tiroid parsial, yaitu pengangkatan bagian atas atau bawah satu lobus.
- (2) Lobektomi tiroid, yaitu pengangkatan seluruh lobus.
- (3) Lobektomi tiroid dengan isthmulobectomy, yaitu pengangkatan satu lobus dan istmus.
- (4) Subtotal Istmolobectomy, yaitu pengangkatan satu lobus, istmus dan sebagian dan sebagian besar lobus lainnya.
- (5) Total Istmolobectomy, yaitu pengangkatan seluruh kelenjar.
- (6) Istmolobectomy total radikal, yaitu pengangkatan seluruh kelenjar dan kelenjar limfatik servikal.

9. Resiko Infeksi

Menurut NANDA 2015, resiko infeksi adalah keadaan dimana klien rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan dengan faktor resiko kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen; mal nutrisi; prosedur invasif; pertahanan tubuh primer tidak adekuat meliputi (gangguan integritas kulit, gangguan peristaltis) pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat (imunosupresi, leukopenia, penurunan hemoglobin, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat). Pemajanan terhadap lingkungan patogen meningkat.

Sedangkan menurut Hidayat (2009), resiko infeksi adalah peningkatan resiko masuknya organisme patogen yang dapat memperluas peradangan.

Tanda – tanda Infeksi :

- a. Dolor adalah rasa nyeri, nyeri akan terasa pada jaringan yang mengalami infeksi. Ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal (patofisiologis).
- b. Kalor adalah rasa panas, pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas. Ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.
- c. Tumor dalam konteks gejala infeksi bukanlah sel kanker seperti yang umum dibicarakan tetapi disini pembengkakan. Pada area yang mengalami infeksi akan mengalami pembengkakan karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah.
- d. Rubor adalah kemerahan, ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.
- e. Functio laesa adalah perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi. Contohnya jika luka di kaki mengalami infeksi maka kaki tidak akan berfungsi dengan baik seperti sulit berjalan atau bahkan tidak bisa berjalan.
- f. Faktor – faktor yang meperngaruhi proses infeksi :
 - 1) **Sumber penyakit.** Sumber penyakit dapat memengaruhi apakah infeksi berjalan cepat atau lambat.

- 2) **Kuman penyebab.** Kuman penyebab dapat menentukan jumlah mikroorganisme, kemampuan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh, dan virulensinya.
- 3) **Cara membebaskan sumber dari kuman.** Cara membebaskan kuman dapat menentukan apakah proses infeksi cepat teratasi atau diperlambat, seperti tingkat keasaman (pH), suhu, penyinaran (cahaya) dan lain – lain.
- 4) **Cara penularan.** Cara penularan seperti kontak langsung, melalui makanan atau udara, dapat menyebabkan penyebaran kuman ke dalam tubuh.
- 5) **Cara masuknya kuman.** Proses penyebaran kuman berbeda, bergantung dari sifatnya. Kuman dapat masuk melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, kulit dan lain – lain.
- 6) **Daya tahan tubuh.** Daya tahan tubuh yang baik dapat memperlambat proses infeksi atau mempercepat proses penyembuhan. Demikian pula sebaliknya, daya tahan yang buruk dapat memperburuk proses infeksi.

Selain faktor tersebut di atas, terdapat faktor lain, seperti status gizi atau nutrisi, tingkat stres tubuh, faktor usia, atau kebiasaan yang tidak sehat. Di masa lalu, fokus utama penanganan masalah infeksi dalam pelayanan kesehatan adalah mencegah infeksi. Infeksi serius pascabedah masih merupakan masalah di beberapa negara, ditambah lagi dengan munculnya penyakit Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) dan Hepatitis B yang belum ditemukan obatnya. Saat ini, perhatian utama ditujukan untuk

mengurangi resiko perpindahan penyakit, tidak hanya terhadap pasien, tetapi juga kepada pemberi pelayanan kesehatan dan karyawan, termasuk pekarya, yaitu orang yang bertugas membersihkan dan merawat ruang bedah.

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang atau dari peralatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (pasien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa upaya fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi :

- 1) Pencucian tangan
- 2) Penggunaan sarung tangan (kedua tangan), baik pada saat melakukan tindakan, maupun saat memegang benda yang terkontaminasi (alat kesehatan/kain tenunan bekas pakai).
- 3) Penggunaan cairan antiseptik untuk membersihkan luka pada kulit.
- 4) Pemrosesan alat bekas pakai (dekontaminasi, cuci dan bilas, serta desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi).
- 5) Pembuangan sampah.

10. Perawatan Luka

Kulit merupakan bagian tubuh paling luar yang berguna dalam melindungi diri dari trauma luar serta masuknya benda asing. Trauma dapat menyebabkan luka pada kulit, yaitu suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga mengganggu aktivitas sehari – hari.

Berdasarkan sifat kejadiannya, luka dibagi menjadi dua jenis, yaitu luka disengaja dan luka tidak disengaja. Luka disengaja misalnya luka terkena radiasi atau bedah, sedangkan luka tidak disengaja misalnya adalah luka terkena trauma. Luka yang tidak disengaja juga dibagi menjadi luka tertutup dan luka terbuka. Luka disebut tertutup jika luka tidak terjadi robekan, sedangkan luka terbuka jika terjadi robekan dan terlihat. Luka terbuka seperti luka abrasi (yakni luka akibat gesekan), luka *puncture* (luka akibat tusukan), dan luka *hauration* (luka akibat alat – alat yang digunakan dalam perawatan luka).

Berdasarkan penyebabnya, luka dibagi menjadi dua, yaitu luka mekanik dan luka nonmekanik. Luka non mekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, termik, radiasi atau serangan listrik.

Berikut ini merupakan uraian penjelasan lebih lanjut mengenai luka mekanik:

- a. *Vulnus Scissum*, luka sayat akibat benda tajam. Pinggir lukanya terlihat rapi.
- b. *Vulnus Contusum*, luka memar karena cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul.
- c. *Vulnus Laceratum*, luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusak dalam.
- d. *Vunus Puncture*, luka tusuk yang kecil di bagian luar (di bagian mulut lukanya), tetapi besar di bagian dalam luka.
- e. *Vulnus Sclopetorum*, luka tembak akibat tembakan peluru.

- f. *Vulnus Morsum*, luka gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.
- g. *Vulnus Abrasio*, luka terkikis yang terjadi pada bagian luka dan tidak sampai ke pembuluh darah.

Proses penyembuhan luka melalui empat tahap, yaitu :

- a. Tahap respons inflamasi akut terhadap cedera, tahap ini dimulai saat terjadinya luka. Pada tahap ini, terjadi proses hemostasis yang ditandai dengan pelepasan histamin dan mediator lain lebih dari sel – sel yang rusak, disertai proses peradangan dan migrasi sel darah putih ke daerah yang rusak.
- b. Tahap destruktif. Pada tahap ini, terjadi pembersihan jaringan yang mati oleh leukosit polimorfonuklear dan makrofag.
- c. Tahap poliferatif. Pada tahap ini, pembuluh darah baru diperkuat oleh jaringan ikat dan menginfiltrasi luka.
- d. Tahap maturasi. Pada tahap ini, terjadi reepitelisasi, kontraksi luka dan organisasi jaringan ikat.

Proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu :

- a. Vaskularisasi, mempengaruhi luka karena luka membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan atau perbaikan sel.
- b. Anemia, memperlambat proses penyembuhan luka mengingat perbaikan sel membutuhkan kadar protein yang cukup. Oleh sebab itu,, orang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami proses penyembuhan lama.

- c. Usia, kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan atau kematangan usia seseorang. Namun selanjutnya, proses penuaan dapat menurunkan sistem perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka.
- d. Penyakit lain, mempengaruhi proses penyembuhan luka. Adanya penyakit, seperti Diabetes Mellitus dan ginjal, dapat memperlambat proses penyembuhan luka.
- e. Nutrisi, merupakan unsur utama dalam membantu perbaikan sel, terutama karena kandungan zat gizi yang terdapat di dalamnya. Sebagai contoh, Vitamin A diperlukan untuk membantu proses epitelisasi atau penutupan luka dan sintesis kolagen; Vitamin B kompleks sebagai kofaktor pada sistem enzim yang mengatur metabolisme protein, karbohidrat dan lemak; Vitamin C dapat berfungsi sebagai fibroblas dan mencegah adanya infeksi, serta membentuk kapiler – kapiler darah; dan Vitamin K yang membantu sintesis protombin dan berfungsi sebagai zat pembekuan darah.
- f. Kegemukan, obat – obatan, merokok dan stres mempengaruhi proses penyembuhan luka. Orang yang terlalu gemuk, banyak mengkonsumsi obat – obatan, merokok atau stres akan mengalami proses penyembuhan luka yang lebih lama.

Masalah yang terjadi pada luka bedah ada 4 yaitu:

- a. Perdarahan, masalah ditandai dengan adanya perdarahan yang disertai perubahan tanda vital seperti adanya peningkatan denyut nadi, kenaikan

pernafasan, penurunan tekanan darah, melemahnya kondisi tubuh, kehausan, serta keadaan kulit yang dingin dan lembab.

- b. Infeksi, terjadi bila terdapat tanda – tanda seperti kulit kemerahan, demam atau panas, rasa nyeri dan timbul bengkak, jaringan di sekitar luka mengeras, serta adanya kenaikan leukosit.
- c. Dehiscence, merupakan pecahnya luka secara sebagian atau seluruhnya yang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kegemukan, kekurangan nutrisi, terjadinya trauma dan lain – lain. Sering ditandai dengan kenaikan suhu tubuh (demam), takikardia dan rasa nyeri pada daerah luka.

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan. Hal tersebut bertujuan untuk mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka. Dalam Setiadi, (2006) menjelaskan bahwa normal saline (NaCl 0,9 %) adalah larutan yang banyak dipakai sebagai agen pembersih luka, sebab normal saline adalah larutan isotonik, tidak mengganggu proses penyembuhan luka, tidak merusak jaringan, tidak menyebabkan sensitifitas atau alergi di kulit.

Menurut Hidayat (2009) Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka dengan NaCl 0,9 % adalah sebagai berikut :

Persiapan Alat dan Bahan :

- a. Pinset Anatomi
- b. Pinset Cirurgis
- c. Gunting steril

- d. Kapas sublimat/savlion dalam tempatnya
- e. NaCl 0,9%
- f. Gunting Verban (tidak steril)
- g. Plester/pembalut
- h. Bengkok
- i. Kassa steril
- j. Kom
- k. Handscoon Steril

Prosedur kerja :

- 1) Cuci tangan
- 2) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilaksanakan.
- 3) Gunakan sarung tangan steril
- 4) Buka plester dan balutan dengan menggunakan pinset
- 5) Bersihkan luka dengan menggunakan NaCl 0,9%. Penggunaannya sesuai keadaan luka. Lakukan hingga bersih.
- 6) Tutup luka dengan kasa steril
- 7) Balut luka
- 8) Catat perubahan keadaan luka
- 9) Cuci tangan
- 10) Dokumentasi

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor paling penting dalam *survival* pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif serta preventif perawatan kesehatan (Doengoes, 2014).

Menurut Nikmatur (2012) Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial, kemudian merencanakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Setiadi, 2012).

Pokok utama pengkajian, meliputi :

a. Pengumpulan Data

1) Data Subjektif

Yaitu data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap penyakitnya, situasi dan kejadian. Data ini didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya (Setiadi, 2012).

2) Data Objektif

Yaitu data yang didapatkan dari hasil observasi dan pengakuan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Setiadi, 2012).

a) Identitas Klien

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, No. Medrek, diagnosa medis dan alamat.

Identitas Penanggung Jawab

- b) Terdapat dari : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

3) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pada post operasi struma keluhan yang dirasakan pada umumnya adalah nyeri akibat luka operasi.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan klien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun potensial. Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah–masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa symptom PQRST.

(1) Provokatif dan paliatif.

Apakah yang dapat memperberat/memperingan kondisi klien

(2) Kualitatif atau Kuantitatif.

Seberapa berat apa yang dirasakan klien atau seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien, apakah rasa nyerinya seperti ditusuk–tusuk atau seperti di sayat-sayat.

(3) *Region* atau Area Radiasi.

Pada daerah mana yang dirasakan klien atau dimana rasa berat dalam melakukan aktivitas.

(4) *Severity* atau Skala.

Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien.

(5) *Timing*.

Berapa lama rasa nyeri berlangsung, kapan, bertambah buruk pada malam hari atau siang hari, apakah gejala timbul mendadak, perlahan-lahan atau seketika itu juga, apakah timbul gejala secara terus-menerus atau hilang timbul (*intermitten*), apa yang sedang dilakukan klien saat gejala timbul, lama timbulnya (*durasi*), kapan gejala tersebut pertama kali timbul (*onset*).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang. Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami pembedahan dengan pembesaran kelenjar tiroid, biasanya pada klien struma faktor pendukung terjadinya struma yaitu faktor hormonal yang terganggu, pada kondisi berkurangnya hormon tiroid menyebabkan periode menstruasi tidak teratur, maka perlu

dikaji riwayat menstruasi teratur atau tidak, dan juga konsumsi makanan yang kurang mengandung yodium.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi Struma Nodosa Non Toksik tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai factor predisposisi didalam rumah.

4) Pengkajian Psiko-Sosio-Spiritual.

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan data hasil pemeriksaan awal klien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini. Data ini penting untuk menentukan tingkat perlunya pengkajian psiko-sosio-kultural yang seksama.

Pada kondisi klien dengan Struma Nodosa Non Toksik sering mengalami kecemasan bertingkat sesuai dengan keluhan yang dialaminya.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, berat badan, dan nilai GCS. Keadaan fisik secara keseluruhan dari semua sistem organ tubuh, pada klien dengan post operasi Istmolobectomy dilakukan pemeriksaan fisik sebagai berikut :

a) Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital

Keadaan Umum klien Post Operasi Istmolobectomy atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda-tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami tingkat nyeri sedang sampai berat maka akan mengalami peningkatan tekanan darah dan nadi.

b) Sistem Pernafasan

Klien Post Operasi Istmolobectomy atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (*takipneu*) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

c) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan *hypovolemia*), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), *hipotensi* (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kembali kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya *sianosis* dan auskultasi bunyi jantung.

d) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekauan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

e) Sistem Integumen

Akan tampak adanya luka operasi di leher karena insisi bedah disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

f) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal Post Operasi Istmolobectomy atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

g) Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi syaraf kranial dan fungsi syaraf serebral. Umumnya klien dengan *Post Op* Istmolobectomy atas indikasi Struma Nodosa Non Toksik tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persarafan. Pengkajian fungsi persarafan meliputi : tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.

6) Pola Aktivitas Sehari-Hari.

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari meliputi :

a) Nutrisi

Pada klien Struma dengan penurunan produksi hormon tiroid akan menimbulkan kenaikan berat badan. Pada klien dengan *Post Op* struma klien bisa terjadi penurunan berat badan karena intake yang tidak adekuat pasca pembedahan. Hal yang perlu dikaji : frekuensi makan, jenis

makanan, porsi makan, frekuensi minum serta jenis minuman, porsi dan berapa gelas/hari.

b) Eliminasi BAB dan BAK

Pada klien dengan *Post Op* struma akan mengalami penurunan jumlah output urin dan juga terjadi konstipasi, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral sebelum tindakan operasi. Hal yang perlu dikaji: frekuensi, konsistensi, warna, bau dan masalah.

c) Istirahat Tidur.

Pada klien dengan *Post Op* struma bisa terjadi gangguan pola tidur karena adanya nyeri namun pada kondisi nyeri yang masih ringan tidak sampai mengganggu tidur klien. Hal yang perlu dikaji : Lama tidur, masalah dan jam tidur.

d) Personal Hygiene.

Pada pasien *Post Op* struma dapat terjadi defisit personal hygiene karena kelemahan fisik akan menghambat pergerakan klien dan klien berusaha untuk mengontrol nyeri pasca pembedahan. Hal yang perlu dikaji seperti : frekuensi mandi, gosok gigi, keramas dan gunting kuku.

e) Aktivitas.

Pada pasien *Post Op* struma terjadi penurunan aktivitas karena klien berusaha mengontrol dan mengurangi nyerinya dengan cara tirah baring.

7) Data Psikososial.

a) Status Emosi

Status emosi klien biasanya tetap stabil. Dalam batasan tertentu seperti nyeri berat post op klien bisa terjadi ketidakstabilan emosi. Hal yang perlu dikaji : Pengendalian emosi *mood* yang dominan, *mood* yang dirasakan saat ini, pengaruh atas pembicaraan orang lain, dan kestabilan emosi.

b) Konsep Diri

Menggambarkan konsep diri dari klien. Dimana konsep diri terdiri dari gambaran diri, identitas diri, peran, ideal diri, dan harga diri. Kaji adanya masalah konsep diri akibat post op Istmolobectomy. Pada klien tertentu sebelum dilakukan operasi klien merasa malu karena adanya benjolan di leher.

c) Stressor

Adanya stressor akibat keadaan atau lamanya prosedur perawatan. Pada klien tertentu merasa bosan dan merasa tertekan karena di rawat di rumah sakit.

d) Harapan dan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan sekarang.

Adanya kurang pemahaman mengenai kondisi prognosis, dan pengobatan

e) Pola Koping

Dapat ditemukan ansietas akibat kondisi/keadaan post operasi Istmolobectomy.

8) Data sosial dan Budaya

Kaji kemampuan komunikasi klien, gaya hidup, faktor sosiokultural seperti persepsi klien terhadap pengobatan alternatif dan perawatan, support

sistem yang dimiliki klien. Pada klien *Post Op* struma bisa terjadi hambatan komunikasi dengan lingkungannya karena bisa terjadi nyeri akibat penekanan area leher ketika banyak berbicara.

9) Data Spiritual

Data yang harus dikaji meliputi arti kehidupan yang penting dalam kehidupan klien, keyakinan tentang penyakit dan proses kesembuhan, hubungan kepercayaan dengan Tuhan, ketaatan menjalankan ritual agama, keyakinan bantuan Tuhan dalam proses kesembuhan yang diyakini tentang kehidupan dan kematian.

10) Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, T3, T4, TSH data penunjang untuk klien dengan Struma Nodosa Non Toksik yaitu (Wood, 2010) :

- a) Laboratorium : Peningkatan leukosit dapat mengindikasikan adanya infeksi
- b) Ultrasonografi.

b. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik klien secara respon terhadap masalah actual dan resiko tinggi (Doengoes, 2014).

a) Pernyataan Diagnosis Keperawatan

Pernyataan diagnosis keperawatan menggunakan PES, sebagai berikut :

P : Problem/Masalah : Menjelaskan status kesehatan dengan singkat dan jelas.

E : Etiologi/Penyebab : Penyebab masalah yang meliputi factor penunjang dan faktor resiko yang terdiri dari :

(1)Patofisiologi : Semua proses penyakit yang dapat menimbulkan tanda/gejala yang menjadi penyebab timbulnya masalah keperawatan.

(2)Situasional : Situasi personal (berhubungan dengan klien sebagai individu), dan *environment* (berhubungan dengan lingkungan yang berinteraksi dengan klien).

(3)Medication/Treatment : Pengobatan atau tindakan yang diberikan yang memungkinkan terjadinya efek yang tidak menyenangkan yang dapat di antisipasi atau dicegah dengan tindakan keperawatan.

(4)Maturasional : Tingkat kematangan atau kedewasaan klien, dalam hal ini berhubungan dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan.

S : Simtom/Tanda : Definisi karakteristik tentang data subjektif atau objektif sebagai pendukung diagnosis aktual.

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada klien Struma Nodosa Non Toksik menurut Doenges (2014) dan Nanda (2015) adalah sebagai berikut:

- a) Resiko tinggi terjadi ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan spasme laryngeal.
- b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera pita suara/kerusakan laryng, edema jaringan, nyeri, ketidaknyamanan.
- c) Resiko tinggi terhadap cedera/tetani berhubungan dengan proses pembedahan, rangsangan pada sistem saraf pusat.
- d) Nyeri akut berhubungan dengan tindakan bedah, kerusakan jaringan lunak pasca bedah.
- e) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan salah interpretasi yang ditandai dengan sering bertanya tentang penyakitnya
- f) Resiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman.

3. Intervensi Keperawatan

Merupakan rencana tindakan yang disusun berdasarkan prioritas masalah yang meliputi tujuan dengan kriteria keberhasilan, intervensi dan rasionalisasi (Doenges, 2014).

Tabel 2.1

**Intervensi resiko tinggi terjadi ketidakefektifan bersihan jalan nafas
berhubungan dengan obstruksi trakea, pembengkakan, perdarahan dan
spasme laryengeal.**

Tujuan : Jalan nafas klien efektif

Kriteria Hasil : Tidak ada sumbatan pada jalan nafas maupun pada trakea

Intervensi	Rasional
1. Monitor pernafasan, kedalaman, dan kecepatan nafas.	1. Mengetahui perkembangan dari gangguan pernafasan.
2. Dengarkan suara nafas, terdapat ronchi atau tidak.	2. Ronchi bisa sebagai indikasi adanya sumbatan jalan nafas.
3. Observasi kemungkinan adanya stridor, sianosis	3. Indikasi adanya sumbatan pada trachea atau laryng.
4. Atur posisi semifowler.	4. Memberikan suasana yang lebih nyaman.
5. Bantu klien dengan tehnik nafas dan batuk efektif.	5. Memudahkan pengeluaran sekret, memelihara bersihan jalan nafas, dan ventilasi.
6. Melakukan suction pada trachea dan mulut.	6. Sekresi yang menumpuk mengurangi lancarnya jalan nafas.
7. Perhatikan klien dalam hal menelan apakah ada kesulitan	7. Mungkin ada indikasi perdarahan sebagai efek samping operasi

(Doengoes, 2014)

Tabel 2.2

**Intervensi Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera
pita suara/kerusakan laring, edema jaringan, nyeri, ketidaknyamanan.**

Tujuan : Klien dapat komunikasi secara verbal.

Kriteria Hasil : Klien dapat mengungkapkan keluhan dengan kata-kata

Intervensi	Rasional
1. Kaji pembicaraan klien secara periodik.	1. Suara parau dan sakit pada tenggorokan merupakan faktor kedua dari edema jaringan/sebagai efek pembedahan.
2. Lakukan komunikasi secara singkat dengan jawaban ya atau tidak.	2. Mengurangi respon bicara yang terlalu banyak.
3. Kunjungi klien sesering mungkin	3. Mengurangi kecemasan klien.
4. Ciptakan lingkungan yang tenang	4. Klien dapat mendengar dengan jelas komunikasi antara perawat dan klien.

(Doengoes, 2014)

Tabel 2.3

Intervensi resiko tinggi terhadap cedera/tetani berhubungan dengan proses pembedahan, rangsangan pada sistem saraf pusat.

Tujuan : Menunjukkan tidak ada cedera dengan komplikasi terpenuhi/terkontrol

Kriteria Hasil : Tidak terdapat cedera

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda – tanda vital dan catat adanya peningkatan suhu tubuh, takikardi (140-200x/menit), disritmia sianosis, sakit waktu bernapas (pembengkakan paru). 2. Evaluasi refleksi secara periodik, observasi adanya peka rangsangan, misalnya gerakan serentak, adanya kejang, prestensia. 3. Pertahankan penghalang tempat tidur/diberi bantalan, tempat tidur pada posisi yang rendah. 4. Memantau kadar kalsium dalam serum. 5. Kolaborasi berikan pengobatan sesuai dengan indikasi (Kalsium/glukonat, laktat). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manipulasi kelenjar selama pembedahan dapat mengakibatkan peningkatan pengeluaran hormon yang menyebabkan kritis tiroid 2. Hipokalsemia dengan tetani (biasanya sementara) dapat terjadi 1 – 7 hari pasca operasi dan merupakan indikasi hipoparatiroid yang dapat terjadi akibat dari trauma yang tidak disengaja pada pengangkatan parsial atau total kelenjar paratiroid selama pembedahan. 3. Menurunkan kemungkinan adanya trauma jika terjadi kejang. 4. Kalsium kurang dari 7.5/100ml secara umum membutuhkan terapi pengganti. 5. Memperbaiki kekurangan kalsium yang biasanya sementara tetapi mungkin juga menjadi permanen.

(Doengoes, 2014)

Tabel 2.4

Intervensi nyeri akut berhubungan dengan tindakan bedah, kerusakan jaringan lunak pasca bedah.

Tujuan : Rasa nyeri berkurang

Kriteria Hasil : Dapat menyatakan nyeri berkurang, tidak adanya perilaku yang menunjukkan adanya nyeri

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi semifowler, ganjal kepala/leher dengan bantal kecil. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah hiperekstensi leher dan melindungi integritas pada jahitan pada

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji respon verbal/non verbal lokasi, intensitas dan lamanya nyeri. 3. Instruksikan pada klien agar menggunakan tangan untuk menahan leher pada saat alih posisi. 4. Beri makanan/cairan yang halus seperti es krim. 5. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik. | <p>luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengevaluasi nyeri, menentukan rencana tindakan keefektifan terapi. 3. Mengurangi ketegangan otot. 4. Makanan yang halus lebih baik bagi klien yang menjalani kesulitan menelan. 5. Memutuskan transfuse SSP pada rasa nyeri. |
|---|---|

(Doengoes, 2014)

Tabel 2.5

Intervensi kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya paparan sumber informasi

Tujuan : Pengetahuan klien bertambah

Kriteria Hasil : Klien berpartisipasi dalam program keperawatan.

- | Intervensi | Rasional |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Didiskusikan tentang keseimbangan nutrisi. 2. Hindari makanan yang banyak mengandung zat goitrogenik misalnya makanan laut, kedelai, lobak cina, dan lain – lain. 3. Konsumsi makanan tinggi kalsium dan vitamin D | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan daya tahan tubuh klien. 2. Kontraindikasi pembedahan kelenjar tiroid. 3. Memaksimalkan suplai dan absorpsi kalsium. |

(Doengoes : 2014)

Tabel 2.6

Resiko Infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria Hasil : Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi : rubor, kalor, dolor, tumor.

Luka tampak bersih dan kering

- | Intervensi | Rasional |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah ke lingkungan maupun menyentuh pasien 2. Kaji luka klien lokasi, warna, dan tanda infeksi 3. Lakukan perawatan dengan tehnik aseptik, perawatan luka dengan normal salin NaCl 0,9 %. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan cuci tangan dapat mencegah terjadinya kuman masuk kedalam tubuh 2. Untuk mengetahui adanya infeksi pada luka klien 3. normal salin merupakan larutan isotonik, tidak mengganggu proses penyembuhan luka, tidak merusak jaringan, tidak menyebabkan |

- sensitifitas atau alergi di kulit.(Setiadi, dkk 2006)
4. **Ajarkan cara menghindari infeksi pada klien dan keluarga (cara cuci tangan 6 langkah)**
 5. **Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 2x1 gram**
 6. **Monitor hitung granulosit , WBC *White Blood Cell***
4. Menambah pengetahuan klien dan dapat melakukan pencegahan dini penyakit dan menurunkan resiko infeksi pada klien
 5. Untuk mencegah terjadinya infeksi dengan membunuh kuman patogen.
 6. Meningkatnya WBC *White Blood Cell* menunjukkan adanya proses peradangan dan gejala adanya infeksi dalam tubuh

(Nanda : 2015)

4. Implementasi

Menurut Setiadi (2012) implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah :

- a. Mempertahankan daya tahan tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan sistem tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter

Sedangkan menurut Nikmatur (2012) implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Keterampilan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan diantaranya:

- a. Keterampilan kognitif.
- b. Keterampilan interpersonal.
- c. Keterampilan psikomotor.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008). Sedangkan menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

- a) S : Data Subjektif.

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b) O : Data Objektif.

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- c) A : Analisis.

Interpretasi dari data subjektif atau objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat

dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

d) P : Planning.

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

e) I : Implementasi.

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (Perencanaan).

Tuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f) E : Evaluasi.

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g) R : Reassessment.

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.