

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Struma adalah tumor (pembesaran) pada kelenjar tiroid. Tumor pada kelenjar tiroid diklasifikasikan berdasarkan sifat *benigna* atau *maligna* selain berdasarkan ada tidaknya *tirotoksikosis* dan kualitas pembesaran kelenjar tersebut yang dapat menyebar atau ireguler. Jika pembesaran kelenjar tiroid cukup membuat kelenjar tersebut terlihat pada leher, tumor ini dinamakan goiter atau gondok. Biasanya yang dianggap membesar apabila kelenjar tiroid lebih dari dua kali ukuran normal. Secara klinis dibagi menurut sifat toksik - non toksik, banyaknya nodul dan kemampuan menangkap yodium. *Struma nodosa non toksic* adalah struma yang secara klinis tidak di temukan adanya tanda-tanda hipertiroid (Sherwood, 2011).

Gondok (goiter) mengacu pada pembesaran kelenjar tiroid. Karena letak tiroid di depan trakea, gondok mudah teraba dan biasanya jelas terlihat. Semua drajat goiter dapat ditemukan, mulai pembesaran yang tidak begitu tampak hingga pembesaran yang menimbulkan deformitas leher. Sebagian goiter tampak simetris dan menyebar. Sebagian lain terlihat noduler. Sebagian disertai dengan hipertiroidisme sehingga di sebut goiter yang toksik, sementara sebagian lain di sertai dengan keadaan eutiroid dan dinamakan penyakit *goiter non toksic*. Penyakit goiter endemik (kekurangan yodium).

Struma adalah tumor (pembesaran) pada kelenjar tiroid. Biasanya yang dianggap membesar apabila kelenjar tiroid lebih dari dua kali ukuran normal. Klasifikasi struma berdasarkan anatomi dan fisiologi dikenal struma difusa dan struma nodosa. Secara klinis dibagi menurut sifat toksik - non toksik, banyaknya nodul dan kemampuan

menangkap yodium. *Struma nodosa non toksic* adalah struma yang secara klinis tidak di temukan adanya tanda-tanda *hipertiroid*.

Hormon *tetraiodotiroid* (T4) atau *triiodotironin* (T3) mempengaruhi hampir semua jaringan di tubuh, efek T3 dan T4 diantaranya adalah efek pada laju metabolisme dan produksi panas, pada metabolisme antara, simpatomimetik, pada sistem kardiovaskular, dan pada perumbuhan dan sistem saraf (Sherwood, 2011).

Struma nodosa non toksic adalah pembesaran dari kelenjar tiroid yang berbatas jelas tanpa gejala-gejala *hipertiroid* (Lee,2010). Penyebab paling banyak dari *struma nodosa non toksic* adalah kekurangan yodium. Akan tetapi pasien dengan pembentukan *struma* yang *sporadic*, penyebabnya belum diketahui. *Struma nodosa non toksic* disebabkan oleh beberapa hal yaitu kekurangan yodium, kelebihan yodium, goiterogen (obat, agen lingkungan, makanan, sayur- mayur, padi-padian millet, singkong, dan goitrin dalam rumput liar), isihormonogenesis, dan riwayat radiasi kepala dan leher.

2. Etiologi

Struma nondusa non toksic adalah pembesaran dari kelenjar tiroid yang berbatas jelas tanpa gejala-gejala *hipertiroid* antara lain (Lee,2010) :

Penyebab paling banyak dari *struma nodosa non toksic* adalah kekurangan yodium. Akan tetapi pasien dengan pembentukan *struma* yang sporadis, penyebabnya belum diketahui. *Struma nodosa non toksic* disebabkan oleh beberapa hal yaitu :

- a. Kekurangan yodium : pembentukan *struma* terjadi pada defisiensi sedang yodium kurang dari 50 mcg/d. Sedangkan defisiensi berat yodium adalah kurang dari 25 mcg/d dihubungkan dengan *hypothyroidism* dan *cretinism*.
- b. Kelebihan yodium : jarang dan pada umumnya terjadi pada *pre existing* penyakit *tiroid autoimun*.
- c. Goiterogen :
 - 1) Obat : *Propylutethimide*, *expectorants* yang mengandung yodium

- 2) Agen lingkungan : *Phenolic* dan *phthalate ester derivative* dan *resorcinol* berasal dari tambang batu dan batubara.
 - 3) Makanan, sayur-mayur (misalnya, kubis, lobak cina), padi-padian millet, singkong, dan goitrin dalam rumput liar.
 - d. *Ishormonogenesis*: Kerusakan dalam jalur *biosynthetic hormone* kelejar tiroid.
 - e. Riwayat radiasi kepala dan leher : Riwayat radiasi selama masa kanak-kanak mengakibatkan nodul benigna dan maligna.
3. Patofisiologi

Yodium merupakan semua bahan utama yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan *hormone tyroid*. Bahan yang mengandung yodium diserap usus, masuk ke dalam sirkulasi darah dan di tangkap paling banyak oleh kelenjar tyroid.

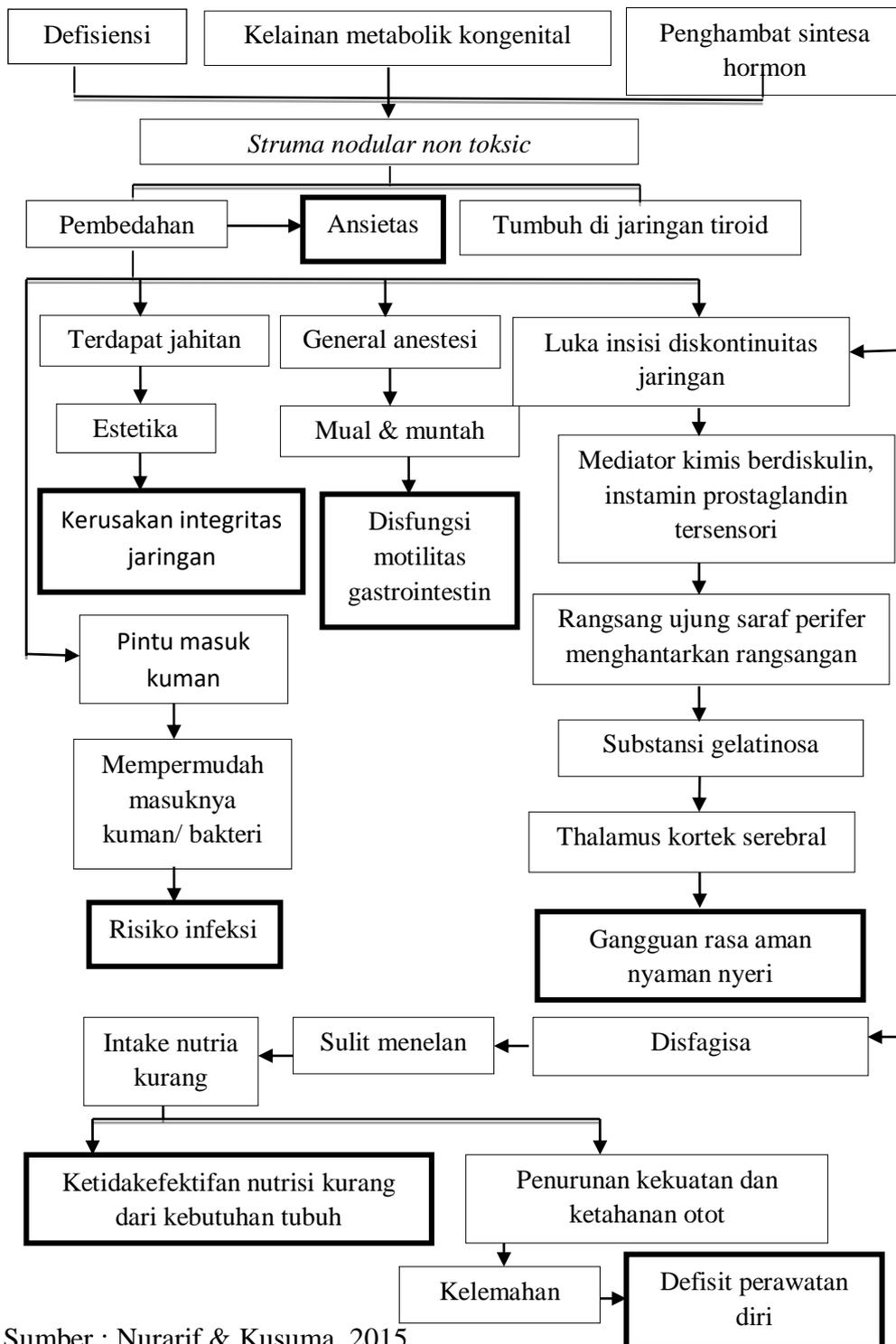
Dalam kelenjar tiroid, yodium dioksida menjadi bentuk yang aktif yang distimuler oleh *Tiroid Stimulating Hormone* (TSH) kemudian disatukan menjadi molekul tiroksin yang terjadi pada fase sel koloid. Senyawa yang terbentuk dalam *molekul tiroksin* (T4) dan *molekul yoditironin* (T3).

Beberapa obat dan keadaan dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan *metabolisme tyroid* sekaligus menghambat sintesis tiroksin (T4) dan melalui rangsangan umpan balik negative meningkatkan pelepasan TSH oleh kelenjar *hypofisis*. Keadaan ini menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid.

Pembentukan hormon tiroid membutuhkan unsur yodium dan stimulasi dari TSH. Salah satu penyebab paling sering terjadi penyakit gondok karena kekurangan yodium. Aktivitas utama dari kelenjar tiroid adalah untuk berkonsentrasi dalam pengambilan yodium dari darah untuk membuat hormon tiroid. Kelenjar tersebut tidak cukup membuat hormon tiroid jika tidak memiliki cukup yodium. Oleh karena itu, dengan defisiensi yodium individu akan menjadi hipotiroid. Kekurangan hormon tiroid (hipotiroid) tubuh akan berkompensasi terhadap pembesaran tiroid, hal ini juga merupakan proses adaptasi terhadap defisiensi hormon tiroid.

Namun, demikian pembesaran dapat terjadi sebagai respon meningkatnya *sekresi pituitari* yaitu TSH (Tarwoto, 2012).

Gambar 2.1
Pathway Struma



Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

Keterangan :

□ : Diagnosa ↓ : Proses terjadinya

□ : Penjelasan proses terjadinya

4. Manifestasi klinis

Ketika hipertiroidisme berkembang, gondok (pembesaran tiroid) memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

- a. Denyut jantung cepat, seringkali lebih dari 100 denyut per menit.
- b. Menjadi cemas, mudah tersinggung, argumentatif.
- c. Tangan gemetar
- d. Berat badan turun, meski makan dalam jumlah yang sama atau bahkan lebih dari biasanya.
- e. Intoleransi suhu hangat dan peningkatan kemungkinan berkeringat.
- f. Rambut rontok di kulit kepala
- g. Kecenderungan kuku untuk terpisah dari bantalan kuku
- h. Kelemahan otot, terutama pada lengan atas dan paha
- i. Buang air besar yang kendor dan sering
- j. Kulit halus
- k. Perubahan pola menstruasi
- l. Meningkatnya kemungkinan keguguran
- m. "Tatapan" mata yang mencolok
- n. Penonjolan mata, dengan atau tanpa penglihatan ganda (pada pasien dengan penyakit *Graves*).
- o. Irama jantung tidak teratur, terutama pada pasien yang berusia lebih dari 60 tahun
- p. Kehilangan kalsium yang dipercepat dari tulang, yang meningkatkan risiko osteoporosis dan patah tulang (*American Association of Clinical Endocrinologist (AACE), 2007*).

5. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosa dapat ditegakkan dengan :

a. Klinis

Dari pemeriksaan klinis dapat diperoleh data mengenai :

- 1). Tumor, apakah jinak atau ganas. Tumor ganas memiliki ciri- ciri:
 - a). Progresif, berupa massa di daerah colli anterior atau lateral.

- b). Infiltratif, berupa suara parau, sesak, disfagia, ataupun nyeri.
- c). Metastasis.

2). Faktor risiko, dibagi menjadi :

- a). Genetik,
- b). Karsinogen, berupa hormonal dan radiasi.
- c). Lingkungan, seperti tempat tinggal di daerah endemis.
- d). Penyakit *komorbid*
- e). Gejala *toxica* (bila ada).

b. Radiologis

c. *Fine Needle Aspiration* (FNA)

d. Laboratorium

e. *Frozen section/ vries coup* dan *imprint sitology*

Seringkali diagnosis kanker tiroid belum dapat ditegakkan praoperatif terutama untuk *follicular neoplasma* dan baru dapat ditentukan *durante* operasi melalui *frozen section*.

6. Penatalaksanaan Medis

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

a. Operasi atau pembedahan

Pembedahan menghasilkan *hipotiroidisme* permanen yang kurang sering dibandingkan dengan yodium radioaktif. Terapi ini tepat untuk para pasien *hipotiroidisme* yang tidak mau mempertimbangkan yodium radioaktif dan tidak dapat diterapi dengan obat-obat anti tiroid. Reaksi-reaksi yang merugikan yang dialami dan untuk pasien hamil atau wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal (suntik atau pil KB), kadar hormone tiroid total tampak meningkat, hal ini disebabkan makin banyak tiroid yang terkait oleh protein maka perlu dilakukan pemeriksaan kadar T4 sehingga dapat diketahui keadaan fungsi tiroid.

Pembedahan dengan mengangkat sebagian besar kelenjar tiroid, sebelum pembedahan tidak perlu pengobatan dan sesudah pembedahan akan dirawat sekitar 3 hari. Kemudian diberikan obat tiroksin karena jaringan tiroid yang tersisa mungkin tidak cukup memproduksi hormon

jumlah yang adekuat dan pemeriksaan laboratorium untuk menentukan struma dilakukan 3-4 minggu setelah tindakan pembedahan.

a). Yodium radioaktif

Yodium radioaktif memberikan radiasi dengan dosis yang tinggi pada kelenjar tiroid sehingga menghasilkan ablasi jaringan. Pasien yang tidak mau di operasi maka pemberian yodium radioaktif dapat mengurangi gondok sekitar 50%. Yodium radioaktif tersebut berkumpul dalam kelenjar tiroid sehingga memperkecil penyinaran terhadap jaringan tubuh lainnya. Terapi ini tidak meningkatkan 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 pemberian obat tiroksin.

b). Pemberian tiroksin dan obat anti-tiroid

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

7. Komplikasi

Komplikasi tiroid adalah suatu aktivitas yang sangat berlebihan dari kelenjar tiroid, yang terjadi secara tiba-tiba. Badai tiroid ini dapat menyebabkan terjadinya masalah yaitu :

- a. Demam, kegelisahan, perubahan suasana hati, kebingungan.
- b. Kelemahan dan pengisutan otot yang luar biasa.
- c. Perubahan kesadaran (bahkan sampai terjadi koma).
- d. Pembesaran hati disertai penyakit kuning yang ringan.

Badai tiroid merupakan suatu keadaan darurat yang sangat berbahaya dan memerlukan tindakan segera. Tekanan yang berat pada jantung bisa menyebabkan ketidak teraturan irama jantung yang bisa berakibat fatal (aritmia) dan syok. Badai tiroid biasanya terjadi karena hipertiroid tidak di obati atau karena pengobatan yang tidak adekuat dan bisa dipicu oleh infeksi, pembedahan, stress, diabetes yang kurang terkontrol, ketakutan, dan kehamilan atau persalinan.

8. Klasifikasi

Struma nodosa dapat diklasifikasi berdasarkan beberapa hal, yaitu: (Sri Hartini KS Kariadi : hal.757) berdasarkan jumlah nodul: bila jumlah nodul hanya satu di sebut *struma nodosa soliter (uni nodosa)* dan apabila lebih dari satu, disebut *struma multi nodosa*.

Berdasarkan kemampuan menangkap yodium radioaktif, dikenal dengan tiga bentuk nodul tiroid yaitu : nodul dingin, nodul hangat dan nodul panas. Berdasarkan konsistensinya (benjolan ini dapat teraba) : nodul lunak, kistik, keras dan sangat keras.

Secara lengkap penilaian karakteristik nodul tiroid dapat di tentukan melalui berbagai pemeriksaan-pemeriksaan itu selanjutnya dapat di perkirakan kemungkinan diagnosa struma tersebut yang lebih rinci untuk di tegakkan menjadi diagnosa masalah.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow 1950 dalam mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah hirarki kebutuhan dasar manusia Maslow (Wolf, Lu Verne, dkk,1984). Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :

1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*). Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan

- feses, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety an Security Needs*). Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis.
 3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*). Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, dan mendapatkan tempat atau diakui.
 4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*). Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak tergantung pada orang lain, kompeten, dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
 5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*). Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Gambar 2.2

Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : Abraham Maslow 1950 dalam (Mubarak & Chayatin, 2008 Buku Ajar Kebutuhan Dasar :halaman 3)

Pada kasus ini, salah satu masalah pada pasien *Post Operasi Struma Nodosa Non Toksik* adalah kebutuhan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan

keamanan dan keselamatan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau imajinasi misalnya : penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya (Ahmadi, 2008).

Manusia hidup perlu adanya suatu kenyamanan karena hal ini merupakan aspek mendasar dalam kebutuhan dasar manusia. Dalam ilmu kesehatan terutama keperawatan, kenyamanan adalah konsep sentral dalam pemberian asuhan keperawatan. Berbagai klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Kolcaba (1992) dalam Potter dan Perry (2006), mendefinisikan kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan *transenden* (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri).

Sebagaimana dijelaskan diatas, rasa aman nyaman berupa terbebas dari rasa tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan dasar individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang sering dialami oleh individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan kepada seorang pasien.

a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, yang didefinisikan dalam berbagai perpektif. Berikut ini beberapa pengertian nyeri yang dikutip dari berbagai sumber dalam Andarmoyo (2013).

Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri (*International Association for The Study of Pain*, IASP, 1979) sebagaimana dikutip dalam Suzanne C. Smeltzer, (2002) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan.

Arthur C. curton (1983) dalam Prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

Sherwood L. (2001), menyatakan bahwa nyeri sebenarnya merupakan mekanisme protektif yang dimaksudkan untuk menimbulkan kesadaran telah atau akan terjadi kerusakan jaringan.

b. Sifat nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut McCaffery (1980) dalam E. S Sauer (1992), "*Whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does*". Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. McMahan (1994) menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain : nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, bersifat tidak berkesudahan. Nyeri adalah suatu mekanisme protektif bagi tubuh, ia timbul bilamana jaringan sedang dirusak dan ia menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut (Guyton, 1995). Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri.

c. Peran perawat terhadap nyeri

Peran perawat adalah mengidentifikasi dan mengobati penyebab nyeri dan berkolaborasi dengan medis (membantu merepsepkan obat-obatan) untuk meredakan dan menghilangkan nyeri. Perawat bukan hanya berkolaborasi dengan tenaga profesional kesehatan yang lain, tetapi juga memberikan intervensi pereda nyeri, mengevaluasi efektivitas intervensi yang sudah dijalankan, dan bertindak sebagai advokat pasien saat intervensi tidak efektif. Selain itu, perawat berperan sebagai pendidik atau *educator* untuk pasien dan keluarga, mengajarkan mereka mengatasi

penggunaan analgesic atau regimen pereda nyeri oleh mereka sendiri ketika memungkinkan.

Untuk penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (Sehono, 2010).

d. Klasifikasi nyeri

Wolf (1989) secara kualitatif membagi nyeri menjadi dua jenis, yakni nyeri fisiologis dan nyeri patologis. Perbedaan utama antara kedua jenis nyeri ini adalah nyeri fisiologis sensor normal berfungsi sebagai alat protektisi tubuh. Sementara nyeri patologis merupakan sensor abnormal yang dirasakan oleh seseorang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya adanya trauma dan infeksi bakteri ataupun saraf. Jika proses inflamasi mengalami proses penyembuhan disebut sebagai *adaptif pain* yang lazim dikenal sebagai nyeri akut. Di lain pihak, kerusakan saraf justru berkembang menjadi *intractable pain* atau *neuropathy pain* lanjut/kronik.

1). Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

a). Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinhart dan McCaffery, 1983: NIH, 1986 dalam Smeltzer, 2002). Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang.

b). Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari enam bulan (McCaffery, 1986 dalam Potter dan Perry, 2005). Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang disarankan pada penyebabnya.

2). Klasifikasi nyeri berdasarkan asal

- a). Nyeri *nosiseptif* (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitisasi nosiseptor perifer merupakan reseptor khusus menghantarkan stimulus *noxious*.
- b). Nyeri *neuropatik* merupakan hasil suatu cedera atau *abnormalitas* yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Nyeri neuropatik bertahan lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal (tidak sesuai) oleh sistem saraf perifer.

3). Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya menurut Potter dan Perry (2006) dibedakan sebagai berikut :

- a). *Superficial* atau *kutaneus* adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi (adanya pembatasan).
- b). *Visceral* dalam adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah.
- c). Nyeri alih (*referred pain*) merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensori dari organ yang terkena ke

dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik.

- d). Radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan lain-lain) (Suarni dan Apriyani, 2017).

Adapun pengkajian pada klien post operasi struma (Ayu Minarti, 2016).

a. Biodata

Pengkajian biodata difokuskan pada : umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat

b. Riwayat keluhan utama (PQRST)

- 1). *Provokatif* atau *paliatif* (Apa yang menyebabkan gejala? Apa saja yang dapat mengurangi atau memperberat?).
- 2). *Quality* atau *kualitas* (Bagaimana keluhan yang dirasakan, sejauh mana keluhan yang dirasakan).
- 3). *Region* atau *radiasi* (Dimana gejala itu terasa? Apakah menyebar?).
- 4). *Scale* (Seberapa berat keluhan yang dirasakan, dengan skala 1 sampai dengan 10).

- 5). *Time* atau waktu (Kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala terasa (apakah tiba-tiba atau bertahap)).
- c. Riwayat penyakit masa lalu
Apakah pasien pernah menderita penyakit yang sama atau penyakit lain sebelumnya, apakah pernah dirawat di RS.
- d. Riwayat penyakit keluarga
Apakah dalam keluarga ada yang pernah atau sedang mengalami penyakit yang sama atau sedang mengalami penyakit yang sama atau penyakit lain.
- e. Riwayat psikososial
Keadaan tempat tinggal, lingkungan rumah klien dan hubungan antara anggota keluarga serta siapa siapa yang menjadi pengasuhnya.
- f. Riwayat spiritual
Gangguan support system dalam keluarga dan bagaimana kegiatan keagamaan dalam keluarga.
- g. Aktivitas sehari-hari
- 1). Nutrisi : riwayat nutrisi sebelum sakit dan saat sakit, mula-mula nafsu makan klien menurun.
 - 2). Eliminasi (BAB dan BAK) : riwayat sebelum sakit dan saat sakit.
 - 3). Istirahat dan tidur : riwayat sebelum sakit dan saat sakit.
- h. Pemeriksaan fisik dan observasi
Keadaan umum klien
Tanda-tanda vital
- 1). TD : tekanan darah
 - 2). N : nadi (meningkat)
 - 3). P : pernapasan (normal)
 - 4). S : suhu (meningkat sampai 38-39)
- i. System pernafasan
Melakukan observasi pada sistem pernafasan seperti : frekuensi pernafasan, gangguan pada pola nafas, bersalin jalan nafas , bunyi ronchi dan wheezing, gerakan dada dan bentuknya.
- j. Sistem kardiovaskuler

Melakukan pemeriksaan fisik pada kardiovascular seperti : denyut nadi, bunyi jantung, tekanan darah, *capilari refill time* (CRT).

k. Sistem pencernaan

- 1). Bibir apakah lebab, kering, pecah-pecah
- 2). Mulut (observasi adanya stomatitis, jumlah gigi, dan kemampuan menelan).
- 3). Gaster apakah nampak kembung, adanya nyeri dan auskultasi, gerakan peristaltik.
- 4). Adomen (ada nyeri tekan atau tidak).
- 5). Anus (apakah ada luka atau hemoroid)
- 6). Sistem indra
 - a). Mata : visus, lapang pandang, konjungtiva pucat atau tidak, sclera ikterus atau tidak
 - b). Hidung : kemampuan penciuman
 - c). Telinga : keadaan telinga, kaji kemampuan pendengaran

i. Sistem syaraf

- 1). Fungsi *cerebral*
- 2). Status mental : orientasi, daya ingat dan bahasa
- 3). Tingkat kesadaran (*eye, motoric, verbal*) : menggunakan GCS
- 4). Kemampuan berbicara
- 5). Fungsi cranial :
 - a). Nervus I (*olfactorius*) : suruh klien menutup salah satu lubang hidung, mengidentifikasi dengan benar bau yang berbeda.
 - b). Nervus II (*optikus*) : periksa ketajaman penglihatan klien, persepsi terhadap cahaya dan warna, periksa diskus optikus, penglihatan perifer.
 - c). Nervus III (*okulomotorius*) : periksa kelopak mata terhadap posisi jika terbuka, suruh klien mengikuti cahaya.
 - d). Nervus IV (*troklearis*) : suruh klien menggerakkan mata kearah bawah dan kearah dalam.

- e). Nervus V (*trigumenus*) : melakukan palpasi pada pelipis dan rahang ketika klien merapatkan giginya dengan kuat, kaji terhadap kesimetrisan dan kekuatan, tentukan apakah klien dapat merasakan sentuhan diatas pipi, dekati dari samping, sentuh bagian mata yang berwarna dengan lembut dengan sepotong kapas untuk menguji reflek berkedip dan reflek kornea.
 - f). Nervus VI (*abducent*) : kaji kemampuan klien untuk menggerakkan mata secara laeral.
 - g). Nervus VII (*facialis*) : kaji kemampuan, klien untuk mengidentifikasi larutan manis (gula), asam, atau hambar pada lidah anterior. Kaji fungsi motorik dengan meminta klien yang lebih besar untuk tersenyum, mengembungkan pipi, atau memperlihatkan gigi.
 - h). Nervus VIII (*akustikus*) : uji kemampuan untuk mengidentifikasi rasa larutan pada lidah posterior.
 - i). Nervus X (*vagus*) : kaji klien terhadap suara parau dan kemampuan menelan, sentuhan spatel lidah ke posterior faring untuk menentukan apakah reflek muntah ada (saraf cranial IX dan X mempengaruhi respon ini), jangan menstimulasi reflek muntah jika terdapat kecurigaan epiglottitis, periksa apakah uvula pada posisi tengah.
 - j). Nervus XI (*aksesorius*) : suruh klien memutar kepala kesamping dengan melawan tahanan, minta klien untuk mengangkat bahu ketika bahunya ditekan kebawah.
 - k). Nervus XII (*hipoglossus*) : minta klien untuk mengeluarkan lidahnya periksa lidah terhadap deviasi garis tengah, dengarkan kemampuan klien untuk mengucap "r" letakkan spatel lidah disisi klien dan meminta klien untuk menjauhkannya, kaji kekuatannya.
- 6). Fungsi motorik : massa otot, tonus otot dan kekuatan otot
- 7). Fungsi sensorik : respon terhadap suhu, nyeri, getaran

- 8). Fungsi cerebrum : kemampuan koordinasi dan keseimbangan
- 9). Iritasi meningen : apakah ada kaku kuduk

l. Sistem muskuloskeletal

Bentuk kepala, *vertebrae*, lutut, kaki, tangan.

m. Sistem integument

- 1). Rambut : rambut, kebersihan, mudah tercabut atau tidak
- 2). Kulit : warna, temperatur dan kelembaban
- 3). Kuku : warna, permukaan kuku dan kebersihan

n. Sistem endokrin

Kelenjar tiroid, ekskresi urine, suhu tubuh.

o. Sistem perkemihan

Odema palpebra, keadaan kandung kemih, observasi kelainan berkemih.

p. Sistem reproduksi

Observasi keadaan genetalia

q. Sistem imun

Alergi terhadap cuaca, debu, bulu bintang zat kimia, adanya penyakit yang berhubungan dengan perubahan cuaca.

r. Pemeriksaan diagnostik

- 1). Laju Endap Darah (LED) meningkat
- 2). Pemeriksaan gram/biopsi jaringan paru
- 3). *Photo thorax*

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul menurut (Doengoes,1999:790), adalah sebagai berikut :

a. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan

- 1). Batasan karakteristik : kerusakan jaringan misalnya : korna, membran mukosa, integument, atau sub kutan, kerusakan jaringan.
- 2). Faktor yang berhubungan : gangguan sirkulasi, iritasi zat kimia, defisit cairan, kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, faktor mekanik misalnya : tekanan, koyakan, robekan,

faktor nutrisi misalnya : kekurangan atau kelebihan, radiasi, suhu ekstrem.

- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
 - 1). Batasan karakteristik : ketidak mampuan mengakses kamar mandi, ketidak mampuan mengeringkan tubuh, ketidak mampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidak mampuan menjangkau sumber air, ketidak mampuan mengatur air mandi, ketidak mampuan membasuh tubuh.
 - 2). Faktor yang berhubungan dengan, gangguan kognitif, penurunan motivasi, kendala lingkungan, ketidak mampuan merasakan bagian tubuh, ketidak mampuan merasakan hubungan spesial, gangguan muskosekeletal, nyeri gangguan persepsi, ansietas berat, kelemahan.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, pembedahan

Menurut Hedman (2013) batasan karakteristik untuk diagnose risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, pembedahan.

Faktor risiko : penyakitnya kronis (diabetes, obesitas), pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari terpanjan pathogen, pertahanan tubuh yang tidak adekuat misalnya : gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter, intravena, prosedur invasive), pecah ketuban dini, pecah ketuban lama, merokok, statis cairan tubuh, trauma jaringan, ketidak adekuatan pertahanan sekunder, vaksinasi tidak adekuat.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien *Post Operasi Struma Nodusa Non Toksik* terdiri rencana tujuan dengan kriteria hasil dan rencana tindakan keperawatan atau intervensi. Rencana keperawatan ditampilkan di tabel 2.2 yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk rencana keperawatan dan tujuan keperawatan, dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk rencana intervensi keperawatan.

Tabel 2.2

Rencana Asuhan Keperawatan Pasien *Post Operasi Struma Nodusa Nono Toksik*

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan di tandai dengan DS : DO : 1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit 2. Nyeri	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun	Perawatan Luka (I.06202) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih <i>non toksic</i> , sesuai kebutuhan

1	2	3	4
			3. Pasang balutan sesuai dengan luka 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 3. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : DO : 1. Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ke toilet / berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Perawatan Diri (L. 13121) dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan tanpa ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan

1	2	3	4
			<p>Diri</p> <p>6. Jadwal rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
3	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive</p>	<p>Kontrol Risiko (L. 14128) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko 3. Kemampuan melakukan strategi control resiko 	<p>Pencegahan Infeksi (I. 14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeuti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko infeksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Mengajarkan mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

4. Implementasi

Menurut (Suarni dan Apriyani, 2017) implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan mengobservasi respon klien sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data baru.

1. Tahap pelaksanaan

- 1). Berfokus pada klien
- 2). Berorientasi pada tujuan
- 3). Memperhatikan keamanan fisik dan psikologi klien
- 4). Kompeten

2. Pengisian format pelaksanaan tindakan keperawatan

- a. Nomor diagnosa keperawatan/ masalah keperawatan
- b. Tanggal jam
- c. Tindakan

5. Evaluasi

Menurut (Suarni dan Apriyani,2017) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang di butuhkan pada tahap perencanaan, untuk mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP.

S : data subjektif, didapatkan dari keluhan klien langsung

O : data objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung kepada klien .

- A : analisis, merupakan diagnose keperawatan yang masih terjadi atau juga di
tuliskam masalah baru akibat perubahan status kesehatan klien.
- P : *planning*, perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan
Selanjutnya kepada klien .