

BAB III LAPORAN KASUS

3.1 Gambaran Kasus

3.1.1 Lokasi Studi Kasus

Penyusunan laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Bougenville I RSUD Prof. dr. W.Z. Johannes Kupang, yang berlokasi strategis di Jl. Dr. Moh. Hatta No. 19, Kelurahan Fontein, Kecamatan Kota Raja, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini merupakan pusat rujukan utama di wilayah NTT yang menyediakan pelayanan kesehatan komprehensif. Secara geografis, rumah sakit ini dapat diakses dalam radius sekitar 10 kilometer dari wilayah Oesapa (Kilo 10) melalui rute Jalan Suratim. Aksesibilitas yang terjangkau ini memungkinkan masyarakat dari wilayah pinggiran kota untuk mendapatkan penanganan medis tingkat lanjut secara cepat. Sebagai rumah sakit rujukan tipe B pendidikan, RSUD Prof. dr. W.Z. Johannes. Laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Bougenville I RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Diruang Bougenville I terdapat 14 tenaga perawat dan 5 dokter spesialis saraf, 5 dokter spesialis onkologi, 1 dokter spesialis jiwa, 4 dokter spesialis mata, 2 dokter spesialis gizi, 3 dokter spesialis gigi dan bedah mulut. Serta terdapat 10 ruangan rawat inap, ruang 1 sampai dengan 8 memiliki 2 bed, sedangkan ruang 9 dan 10 hanya memiliki 1 bed. Waktu dalam pelaksanaan laporan kasus ini selama 4 hari di mulai pada tanggal 12 januari 2026 sampai 15 januari 2026.

3.1.2 Karakteristik Subyek

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien perempuan dengan keluhan mual, tidak bisa menelan makanan serta nyeri pada benjolan di lehernya yang dirawat di ruangan Bougenville I RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3.1.3 Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilakukan dari pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan yang dapat dijabarkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2026 pada pukul 08:00 WITA di ruang Bougenville I RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Data diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, laboratorium, dan penunjang. Berikut adalah data yang diperoleh dari hasil pengkajian.

1) Biodata

Nama Pasien(inisial)	: NY. M		
Ruang/Kamar	: Bougenville I/ 2.2		
Diagnosa Medis	: Suspek Ca Thyroid+metastase tulang dan severe protein malnutrisi		
No. Medical Record	:060xxxx		
Tanggal Pengkajian	:12 januari 2026	Jam	:08:00
Masuk Rumah Sakit	:09 januari 2026	Jam	:19:46

Identitas Pasien

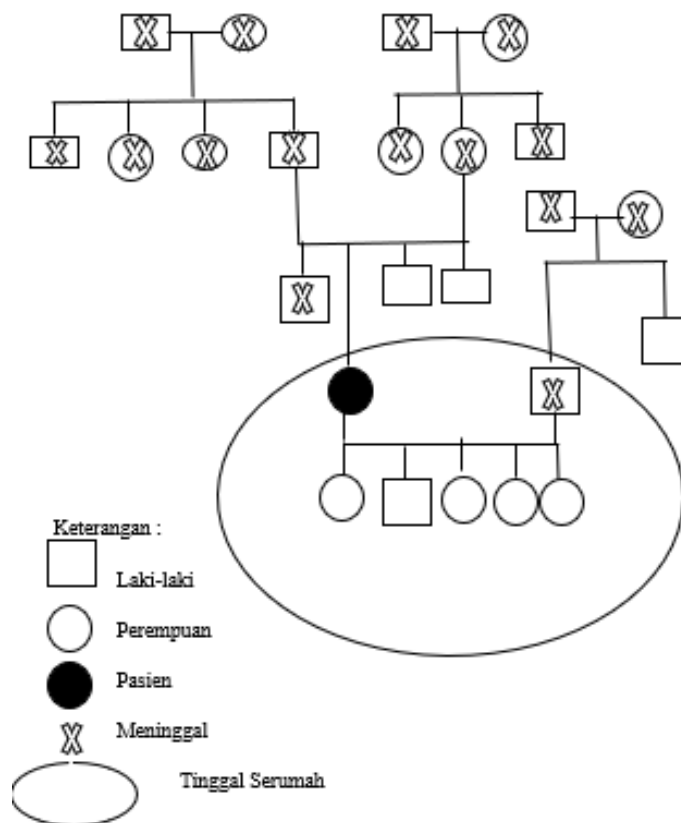
Nama Pasien(inisial)	:NY.M	Jenis Kelamin	:Perempuan
Umur/Tanggal Lahir	:62/ 25 September 2026	Status Perkawinan	:Menikah
Agama	:Kristen Protestan	Suku Bangsa	:Batam
Pendidikan Terakhir	:SMP	Pekerjaan	:IRT/ Menjahit
Alamat	:Maulafa		

Identitas Penanggung

Nama (inisial)	:NY. H	Pekerjaan	: Wiraswasta
Jenis Kelamin	:Perempuan	Hubungan dengan klien	:Anak Kandung
Alamat	:Maulafa		

2) Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama : pasien mengatakan tidak bisa menelan makanan, merasa mual,
2. Riwayat penyakit sekarang : pasien masuk IGD dengan keluhan nyeri di epigasterium nyeri ulu hati sejak 4 hari, rasa mual, keluar darah berwarna hitam dari NGT sejak 8 januari 2026, ada rasa nyeri di benjolan leher bagian kanan, badan lemas, makan bubur saring per NGT sejak 5 bulan lalu.
3. Riwayat penyakit sebelumnya: pasien memiliki riwayat kista tiroid 3 tahun lalu dalam pengobatan dr. Berakhir di bulan oktober.
4. Riwayat alergi: pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat dan makanan.
5. Keadaan Umum: pasien datang dengan kesadaran compos mentis, keadaan lemah, GCS=Eye 4, Verbal 5, Motorik 6.
6. Genogram



3) Pemeriksaan Fisik

1. Sistem Pernapasan : pada pemeriksaan sistem pernapasan didapatkan tidak ada keluhan, irama napas teratur, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20 x/menit, SpO² : 97 % tanpa O₂, bentuk dada tampak simetris, tidak ada suara ronchi, terdapat benjolan padat di area leher bagian kanan
2. Sistem Kardiovaskuler : pada pemeriksaan didapatkan hasil inspeksi konjungtiva tidak anemis, tidak sianosis, dan sklera tidak ikterik,. Saat di palpasi di dapatkan Waktu pengisian kapiler (CRT) kurang dari 2 detik, dan ujung jari/tangan terasa hangat saat disentuh., frekuensi nadi 78x/menit, dan tekanan darah 90/60 mmHg. Auskultasi bunyi jantung I dan II tunggal tidak ada murmur.
3. Sistem pencernaan : pada pemeriksaan sistem pencernaan didapatkan hasil inspeksi mulut tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu, tidak bisa menelan makanan, adanya pembesaran kelenjar leher terdapat 4 benjolan padat dileher bagian kanan, merasa mual, turgor kulit lambat kembali dalam bentuk semula elastisitas menurun, keadaan bibir kering, warna mukosa pucat, tidak ada luka, keadaan abdomen warna tampak pucat, tidak ada luka, tidak ada pembesaran perut, tidak ada hemoroid, tidak ada pendarahan, bunyi bising usus 25 x/menit menit hiperaktif .
4. Pola Nutrisi : pola makan 3x sehari bubur saring dan susu per NGT 200 cc per 4 jam nafsu makan menurun karena tidak bisa menelan peroral, BB sebelum sakit 60 kg, TB: 160 cm, BB sekarang; 30 kg, mengalami penurunan berat badan dari 6 bulan lalu, ,Fungsi endokrin terdapat pembesaran kelenjar tiroid, BAB 2 hari 1x, eliminasi BAK 5-6 x/hari, olahraga dan aktivitas terbatas akibat benjolan yang dialami, istirahat tidur kurang akibat sakitnya.
5. Diagnosis Medis : Suspek Ca Thyroid+metastase tulang dan severe protein malnutrisi

4) Pemeriksaan Diagnostik

Nama Pasien : Ny. M
 No.RM : 606xxx
 Tgl.Lhr/Jenis Kelamin : 25-09-1963/Perempuan

Tabel 3 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.M

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan	
		Tanggal	
		09/10/2025	09/01/2026
		Jam 22:18	Jam 02:39
HEMATOLOGI			
Darah Rutin			
Hemoglobin	12.0-16.0	11.3 g/dL	12.1 g/dL
Jumlah Eritrosit	4.20-5.40	3.82 10^6 /uL	4.21
Hematokrit	37.0-47.0	33.1 %	35.9
MCV MCH MCHC			
MCV	81.0-96.0	86.6 fL	85.3
MCH	27.0-36.0	29.5 pg	28.7
MCHC	31.0-37.0	34.0 g/L	33.7
RDW-CV	11.0-16.0	12.7 %	12.9
RDW-SD	37-54	* fL	41
Jumlah Lekosit	4.00-10.00	9.45 10^3 /ul	10.82
Hitung Jenis			
Eosinofil	1-5	2 %	2
Basofil	0-1	1 %	1
Neutrofil	50-70	72 %	75
Limfosit	20.00-40.00	20 .74 %	18.80
Monosit	2.00-8.00	4.63 %	4.30
IG%		* %	0.10
Jumlah Eosinofil	0.00-0.40	0,16 10^3 /ul	0.17
Jumlah Basofil	0.00-0.10	0.11 10^3 /ul	0.06
Jumlah Neutrofil	1.50-7.00	6.78 10^3 /ul	8.10
Jumlah Limfosit	1.00-3. 70	1.96 10^3 /ul	2.03
Jumlah Monosit	0.00-0.10	0.44 10^3 /ul	0.46
IG #		* 10^3 /ul	0.01
Jumlah Trombosit	150.00,400.00	300.80 10^3 /ul	338.00
PDW	9.00- 17.00	18.87 fL	8.40
MPV	9.00-13.00	6.48 fL	8.90
P-LCR	13.00-43.00	* %	15.20
PCT	0.17-0.35	0.19 %	0.30
KIMIA DARAH			
Glukosa Darah	70.00-150.00	119.00 mg/dL	
Kreatinin Darah	0.00-1.10	0.68 mg/dL	
Urea N	6.00- 20.00	16.30 mg/dL	
Elektrolit			
Natrium Darah	132-147	127 mmol/L	
Kalium Darah	3.50-4.50	4.01 mmol/L	
Klorida Darah	96-111	90 mmol/L	
Calcium Ion	1.12-1.32	1.06 mmol/L	
Total Calcium	2.20-2.55	2.46 mmol/L	

Pemeriksaan Diagnostik Test

- Pemeriksaan histopatologi (22 september 2025)

CT Scan: malignant mass (Rs. Leona) : Tumor thyroid

- Atypia of undetermined Significance (TBS category III).

Catatan: Resiko keganasan pada kategori ini berkisar 13-30 %.

Konfirmasi diagnosis sebaiknya dengan pemeriksaan histopatologi.

- Pemeriksaan CT-Scan Coli dengan kontras (senin,13/01/2026)

Kesan :

- Multiple massa solid lobulated dengan komponen klasifikasi dan central necrotic pada thyroid kanan kiri, yang meluas ke thoracic inlet serta curiga menginfiltrasi strap muscle, dapat merupakan massa malignant
- Diameter tersempit trachea +/- 1.3cm
- Multiple massa solid heterogen lobulated dengan central necrotic pada perivertebral space sisi kanan setinggi C1-C3 serta setinggi C4-C5 yang meluas ke carotid space kanan, pharyngeal mucosal space kanan, sinus sphenoidalis kanan dan curiga ke duramater regio cerebellum sisi kanan, serta menyebabkan erosi dan destruksi clivus (sisi kanan), dinding lateral sinus sphenoidalis kanan, apex os petrous kanan, lateral part os occipital (sisi kanan), jugular process lateral part os occipital (sisi kanan), occipital condyle sisi kanan, lateral mass sisi kanan C1, procc. transversus kanan C1 serta kompresi dan destruksi CV C5, mengesankan bone metastase disertai soft tissue mass disekitarnya.
- Multiple lesi lobulated heterogen enhance dengan komponen kalsifikasi pada regio colli kanan mengesankan massa kelenjar metastase
- Multiple limfnode regio colli kiri

- Multiple nodul pada lobus superior paru kanan kiri yang tervisualisasi dd/nodullary type metastase Temuan diatas sesuai kemungkinan radiological staging T3bN16M1
- Perselubungan pada mastoid air cells kanan.

1) Terapi

Tabel 3 2 Terapi Pasien Ny. M

Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Kontra indikasi
Infus NaCl 0.9%	500 ml	IV	Mengganti elektrolit dan cairan yang hilang di intrsvaskuler	Kondisi dimana pemberian natrium klorida dapat membahayakan, gagal jantung kongestiff
Infus bifluid	500 ml	IV	cairan infus yang mengandung kombinasi elektrolit dan karbohidrat. Biasanya diberikan sebagai terapi rumatan untuk memenuhi kebutuhan	Kondisi hiperkalemia (kadar kalium terlalu tinggi) atau hipernatremia (kadar natrium terlalu tinggi). Pasien dengan edema (penumpukan cairan) atau gagal jantung kongestif. Kondisi intoleransi terhadap fruktosa atau gangguan metabolisme karbohidrat tertentu.
Infus KA-EN 3B	500 ML	IV	Cairan rumatan untuk memenuhi kebutuhan air dan elektrolit, terutama bagi pasien yang asupan makanannya tidak cukup.	Gagal ginjal berat, hiperkalemia (kadar kalium terlalu tinggi), dan pasien dengan penumpukan cairan (edema).
Sucralfate syrup	3x1 100 ml/10cc	Per NGT	Melindungi dinding lambung dari asam dan membantu penyembuhan luka (tukak) di lambung.	Pasien dengan gagal ginjal kronis (karena risiko penumpukan aluminium) dan alergi terhadap komponen obat.
Livron	1x1	Per NGT	Suplemen multivitamin dan mineral yang biasanya diberikan untuk membantu proses pemulihan	Hipersensitivitas atau alergi terhadap salah satu komponen vitamin di dalamnya.

			atau menjaga stamina saat sakit.	
Coditam	3x1 20 mg	Per NGT	Meredakan nyeri sedang hingga berat yang tidak bisa diatasi dengan pereda nyeri biasa	Pasien dengan gangguan pernapasan berat, trauma kepala, atau pasien memiliki kecanduan terhadap golongan opioid
Antasida syrup	3x1 60ml/1 0 cc	Per NGT	Digunakan untuk meredakan gejala akibat kelebihan asam lambung, seperti sakit maag, nyeri ulu hati, kembung, dan rasa penuh pada lambung..	Pasien dengan gangguan pernapasan berat, trauma kepala, atau pasien yang memiliki kecanduan terhadap obat golongan opioid.

B. Diagnosis Keperawatan

Analisis data hasil pengkajian keperawatan Ny M. Dengan suspek karsinoma tiroid sebagai berikut:

Tabel 3 3 Analisis Data Pada Ny. M dengan Masalh Defisit Nutrisi

Data	Etiologi	Masalah
(1)	(2)	(3)
DS: Pasien mengatakan tidak bisa menelan, merasa mual. DO: - keadaan umum : tampak lemas Antropometri : - berat badan sekarang 30 kg, - tinggi badan 160 cm, - berat badan sebelum sakit 60 kg, - berat badan ideal : 48,9 kg, - IMT: 11,71 kg m ² (malnutrisi) Clinical : - tampak lemah, - tampak kurus	Pembengkakan di area depan leher dibawa laring ↓ ketidakmampuan menelan makananan ↓ Defisit Nutrisi	Defisit Nutrisi

Berdasarkan hasil analisis data diatas, maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan pada Ny M. dengan supek karsinoma tiroid yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelen makanan dibuktikan dengan berat badan menurun >10% di bawah rentang ideal.

C. Intervensi Keperawatan.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi defisit nutrisi pada pasien Ny. M disusun berdasarkan tabel sebagai berikut.

Tabel 3 4 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi Ny. M

Diagnosis Keperawatan (1)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) (2)	Intervensi Keperawatan (SIKI) (3)
Defisit Nutrisi Berhubungan dengan ketidakmampuan menelen makanan dibuktikan dengan berat badan menurun >10% di bawah rentang ideal	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 x 24 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan /minum Susu 100 cc yang di habiskan meningkat (5) 2. Berat badan membaik (5) 3. Indeks Masa Tubuh IMT membaik (5) 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Manajemen Nutrisi (03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makan. 2. Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung. 3. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 4. Berikan suplemen makanan: Livron 1x1 tab per NGT <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan keluarga cara pemberian makanan per NGT <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi : Sucralfat 100 ml 3x1 10 cc sebelum makan 2. Kolaborasi pemberian susu peptisol 6 x 100 cc


D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 12-15 Januari 2026 dilakukan di Ruang Bougenville I RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang melalui rawat inap.

Tabel 3 5 Implementasi dan Evaluasi Hari Pertama

No	Hari/ Tgl	Waktu (Jam)	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
1.	Senin, 12 Januari 2026	08:00 WITA Pukul 08:20 WITA Pukul 12:40 WITA	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji rasa mual dan muntah : pasien mengatakan mengatakan mual tidak muntah - Mengkaji asupan makanan : pasien sementara puasa - Mengkaji rasa mual dan muntah : pasien mengatakan merasa mual - Mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 ml dengan infus BIFLUID 500 ml 14 tetes per menit - Mengecek residu lambung: 20 cc berwarna kuning, berikan obat sucralfat syrup 10 cc bilas degan air minum 15 cc dan layani obat livron B-Plex dan coditam 1 tab dilarutkan dalam air minum 5 cc dan dilayani per NGT) 	<p>14:00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan rasa mual tidak muntah dan tidak bisa menelan <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien sementara puasa tidak dilayani susu dan hasil residu lambung 20 cc berwarna kuning kental.

Tabel 3 6 CPPT Hari Pertama

Tgl/ Jam	PPA (Profesional Pemberi Arahan)	Hasil Asessment SOAP	Instruksi PPA	Paraf
12 Ja nuari 2026/ Pukul 14:00	Perawat	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih mual dan sulit menelan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan 30 kg • IMT : 11,71 kg m² • Pasien tampak lemas <p>Assesment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defisit Nutrisi <p>Planning : Setelah di beri intervensi keperawatan selama 45 menit Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi rasa mual muntah • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan • Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makanan • Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung 	 Olivia


		<ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan yang di habiskan meningkat (5) - Berat Badan membaik (5) - IMT Indeks Masa Tubuh membaik (5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan tinggi kalori dan protein • Berikan suplemen makanan: Livron 1x1 tab per NGT • Ajarkan keluarga cara pemberian makanan per NGT • Kolaborasi pemberian medikasi sucralfat 100 ml 3x1 10 cc sebelum makan • Kolaborasi pemberian susu peptisol 6x100 cc 	
--	--	--	---	--

Tabel 3 7 Implementasi dan Evaluasi Hari Kedua

No	Hari/ Tgl	Waktu (Jam)	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
2	Selasa, 13 Januari 2026	Pukul 08:30 WITA	- Mengukur BB : 30 kg	14:00
		08:40	- Memposisikan pasien semi fowler 30°	Data Subjektif :
		08:45	- Mengecek residu lambung - Mengecek kepatenan selang NGT (posisi dipertahankan selama 30 menit, residu lambung jernih 8 cc)	- Pasien mengatakan rasa mual tidak muntah
		09:00	- Membuat susu peptisol 100 cc degan suhu hangat - Melayani minum susu peptisol 100 cc dan bilas degan air minum 30 cc	Data Objektif :
		10:00	- Mengkaji rasa mual dan mutah : pasien mengatakan mengatakan mual tidak muntah	- Pasien tampak lemas - Pasien dilayani susu peptisol 100 cc di jam 09:00 dan hasil residu lambung 33 cc berwarna kuning kental, tidak di layani susu.
		12:00	- Memposisikan pasien semi fowler 30° - Mengecek residu lambung - Mengecek kepatenan selang NGT - (posisi dipertahankan selama 30 menit, residu lambung 33 cc/berwarna kuning kental: tidak di layani pemberian MLP, lalu di bilas degan air	

			<p>minum 5 di layani obat sucralfat syrup 10 cc dan bilas degan air minum 10 cc)</p> <p>Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % 500 ml dengan KA-EN 3B 14 tpm.</p>	
		13: 10		


Tabel 3 8 CPPT Hari Kedua

Tgl/ Jam	PPA (Profesional Pemberi Arahan)	Hasil Aessment SOAP	Instruksi PPA	Paraf
Selasa 13 Januari 2026 Pukul 14:00	Perawat	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih mual <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat badan 30 kg IMT : 11,71 kg m² Porsi makan yang dihabiskan susu peptisol/NGT 100 cc Tampak Kurus <p>Assesment</p> <ul style="list-style-type: none"> Defisit Nutrisi <p>Planning Setelah di beri intervensi keperawatan selama 45 menit Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi makan yang di habiskan meningkat (5) Berat Badan membaik (5) IMT Indeks Masa Tubuh membaik (5) 	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi rasa mual muntah Monitor asupan makanan Monitor berat badan Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makanan Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung Berikan makanan tinggi kalori dan protein Berikan suplemen makanan: Livron 1x1 tab per NGT Ajarkan keluarga cara pemberian makanan per NGT Kolaborasi pemberian medikasi sucralfat 100 ml 3x1 10 cc sebelum makan Kolaborasi pemberian susu peptisol 6x100 cc 	 Olivia

Tabel 3 9 Implementasi dan Evaluasi Hari Ketiga

No	Hari/ Tgl	Waktu (Jam)	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
3.	Rabu, 14 Januari 2026	08:30 08: 40 08: 45 09:00 10:00 12:00 12: 30 13:00 13:55	<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur berat badan : 30 kg - Mengkaji mual muntah - Memposisikan pasien semi fowler 30° - Mengecek residu lambung (posisi dipertahankan selama 30 menit, residu lambung keruh 10 cc,) - Membuat susu peptisol 150 cc degan suhu hangat - Melayani minum susu peptisol 150 cc dan bilas degan air minum 15 cc - Mengganti cairan infus NaCl 0,9 % 500 ml dengan cairan KA-EN 3B 14 tpm - Mengukur TTV: 90/70 mmHg, N: 65 x/mnt , RR:20 x/mnt, SpO2: 99 %, Suhu: 36,2°C,) - Melayani antasida syrup 10 cc per NGT - Memposisikan pasien semi fowler 30° - Mengecek residu lambung - Mengecek kepatenan selang NGT (posisi dipertahankan selama 30 menit, residu lambung jernih 10 cc,) - Membuat susu peptisol 150 cc degan suhu hangat - Melayani minum susu peptisol 150 cc dan bilas degan air minum 15 cc - Layani obat Livron, coditam, per NGT - Memonitor mual, muntah, batuk sebelum dan setelah layani mlp (tidak batuk, muntah, tapi masih mual) 	<p>14:00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan rasa mual berkurang <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien dilayani susu peptisol 150 cc di jam 09:00 dan 13: 00 150 cc susu peptisol per NGT

Tabel 3 10 CPPT Hari Ketiga


Tgl/ Jam	PPA (Profesional Pemberi Arahan)	Hasil Assessment SOAP	Instruksi PPA	Paraf
Rabu 14 Januari 2026 Pukul 14:00	Perawat	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mual berkurang <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Berat badan 30 kg IMT : 11,71 kg m² Porsi makan yang dihabiskan di jam 09:00 150 cc dan jam 13.00 150 cc susu peptisol/ NGT Tampak Kurus <p>Assesment</p> <ul style="list-style-type: none"> Defisit Nutrisi <p>Planning</p> <p>Setelah di beri intervensi keperawatan selama 1 jam menit Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi makan yang di habiskan meningkat (5) Berat Badan membaik (5) IMT Indeks Masa Tubuh membaik (5) 	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi rasa mual muntah Monitor asupan makanan Monitor berat badan Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat selama pemberian makanan Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung Berikan makanan tinggi kalori dan protein Berikan suplemen makanan: Livron 1x1 tab per NGT Ajarkan keluarga cara pemberian makanan per NGT Kolaborasi pemberian medikasi sucralfat 100 ml 3x1 10 cc sebelum makan Kolaborasi pemberian susu peptisol 6x100 cc 	 Olivia

Tabel 3 11 Implementasi dan Evaluasi Hari Keempat

No	Hari/ Tgl	Waktu (Jam)	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
4.	Kamis, 15 Januari 2026	08:10 08:30	<ul style="list-style-type: none"> Mengkaji mual muntah pasien : pasien tidak mual dan muntah Memposisikan pasien semi fowler 30° Mengecek residu lambung Mengecek kepatenan selang NGT (posisi dipertahankan selama 30 	<p>14:00</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak rasa mual <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemas

		09:00	menit, residu lambung keruh 10 cc,) - Membuat susu peptisol 150 cc degan suhu hangat - Melayani minum susu peptisol 150 cc dan bilas degan air minum 15 cc	- Pasien dilayani susu peptisol 150 cc di jam 09:00 dan 12: 00 200 cc bubur saring per NGT
		09: 50	- Mengukur berat badan 31 kg	
		11:30	- Memposisikan pasien semi fowler 30° - Mengecek residu lambung - Mengecek kepatenan selang NGT (posisi dipertahankan selama 30 menit, residu lambung jernih 10 cc,)	
		12:00	- Melayani bubur saring 200 cc - bilas degan air minum 15 cc - layani obat Livron dan coditam larutkan dalam air dan layani Per NGT	
		13:00	Melepaskan infus pasien	

Tabel 3 12 CPPT Hari Keempat

Tgl/ Jam	PPA (Profesional Pemberi Arahan)	Hasil Aesessment SOAP	Instruksi PPA	Paraf
Kamis 15 Januari 2026 Pukul 14:00	Perawat	Subjektif <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak rasa mual Objektif <ul style="list-style-type: none"> Berat badan 31 kg IMT : 12,10 kg m² Porsi makan yang dihabiskan di jam 09:00 150 cc susu peptisol/NGT dan jam 12.00 200 cc bubur saring per NGT Tampak Kurus Assesment	Edukasi keluarga dan pasien unutkan selalu monitor asupan makanan per NGT. Mengatur posisi pasien setengah duduk/30 derajat sebelum dan setelah pemberian asupan per NGT. Selalu mengecek residu cairan lambung sebelum pemberian makanan per NGT, rutin mengkonsumsi obat yang diberikan apoteker, anjurkan rajin	 Olivia

		<ul style="list-style-type: none"> Defisit Nutrisi <p>Planning Setelah di beri intervensi keperawatan selama 1 jam menit Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi makan yang di habiskan meningkat (5) Berat Badan membaik (5) IMT Indeks Masa Tubuh membaik (5) 	kontrol ke poli onkologi sesuai jadwal yang sudah di buat.	
--	--	--	--	--

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Secara teoritis, pengkajian keperawatan pada pasien dengan suspek karsinoma tiroid seharusnya dilakukan secara komprehensif dengan fokus utama pada sistem endokrin, khususnya fungsi dan perubahan kelenjar tiroid, serta dampaknya terhadap status nutrisi dan proses menelan. Literatur dan standar keperawatan menyebutkan bahwa pembesaran kelenjar tiroid akibat keganasan dapat menekan struktur di sekitar leher, seperti faring dan esofagus, sehingga menimbulkan disfagia, penurunan asupan nutrisi, penurunan berat badan, dan gangguan metabolisme.

Dalam konsep defisit nutrisi, teori dan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) menekankan bahwa pengkajian harus mencakup: data antropometri (berat badan, tinggi badan, dan IMT), riwayat dan pola asupan makanan, kemampuan menelan, kondisi mukosa mulut, kekuatan otot, serta tanda-tanda klinis malnutrisi.

Menurut SDKI, tanda mayor defisit nutrisi antara lain adalah penurunan berat badan $\geq 10\%$ dari berat badan ideal. Pada praktik keperawatan pada kasus Ny. M, hasil pengkajian menunjukkan adanya: keluhan sulit menelan dan mual, benjolan pada leher bagian depan, berat badan 30 kg dengan tinggi badan 160 cm, IMT 11,71 kg/m² yang termasuk kategori malnutrisi berat, kondisi umum tampak lemas dan kurus.

Bila dibandingkan dengan teori, temuan kasus ini selaras dengan konsep patofisiologi karsinoma tiroid, di mana massa pada leher dapat menekan saluran menelan dan menyebabkan penurunan asupan nutrisi secara signifikan. Data antropometri yang menunjukkan IMT sangat rendah juga memenuhi kriteria mayor defisit nutrisi menurut SDKI. Namun demikian, bila dianalisis lebih mendalam, terdapat kesenjangan kecil antara teori dan praktik pada tahap pengkajian. Secara teori, pengkajian pasien dengan suspek karsinoma tiroid seharusnya mencakup penilaian sistem endokrin secara lebih spesifik, seperti tanda hipertiroid atau hipotiroid, serta evaluasi fungsi metabolik secara lebih luas. Pada praktik kasus Ny. M, pengkajian lebih terfokus pada keluhan utama dan status nutrisi, sementara aspek fungsi endokrin secara detail belum ter gali secara optimal.

Meskipun demikian, pengkajian yang dilakukan sudah cukup memadai untuk mengidentifikasi masalah keperawatan utama, yaitu defisit nutrisi, karena data subjektif dan objektif yang dikumpulkan telah memenuhi kriteria diagnostik. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pada tahap pengkajian tidak terdapat kesenjangan bermakna antara teori dan praktik, namun masih terdapat ruang untuk penyempurnaan pengkajian agar lebih komprehensif sesuai pendekatan teori.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pada tahap diagnosis keperawatan, tidak ditemukan perbedaan antara teori dan kasus kelolaan. Berdasarkan hasil pengumpulan data dari Ny. M, diagnosis keperawatan yang dirumuskan adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, dibuktikan dengan penurunan berat badan lebih dari 10%, yaitu sekitar 50% di bawah rentang berat badan ideal.

Diagnosis defisit nutrisi ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh selama proses pengkajian. Data-data yang ditemukan pada Ny. M mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan termasuk dalam kategori fisiologis, subkategori nutrisi dan cairan, dengan definisi asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (PPNI, 2017).

Dalam kasus kelolaan ini, ditemukan 100% tanda dan gejala mayor, yaitu penurunan berat badan lebih dari 10% di bawah rentang ideal. Selain itu, juga ditemukan tanda dan gejala minor, antara lain penurunan nafsu makan (10%) dan membran mukosa pucat. Dengan terpenuhinya kriteria minimal $\geq 80\%$ tanda dan gejala mayor, maka diagnosis keperawatan defisit nutrisi dapat ditegakkan secara valid dan sesuai standar.

Masalah nutrisi merupakan salah satu masalah yang sering dijumpai pada pasien kanker. Menurut Silvia et al. (2020), penurunan status gizi pada pasien kanker dapat terjadi sebagai dampak langsung dari proses penyakit maupun akibat terapi yang dijalani. Kondisi ini menyebabkan gangguan keseimbangan antara kebutuhan dan asupan nutrisi, sehingga pasien berisiko mengalami defisit nutrisi.

Secara teoritis, pada pasien dengan karsinoma tiroid, diagnosis keperawatan yang sering muncul adalah defisit nutrisi. Hal ini disebabkan oleh adanya pertumbuhan jaringan abnormal atau massa pada daerah leher yang dapat menekan struktur faring dan esofagus, sehingga pasien mengalami kesulitan menelan (disfagia). Gangguan menelan tersebut berdampak langsung terhadap kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, yang pada akhirnya menyebabkan penurunan berat badan dan status gizi.

Berdasarkan kesesuaian antara data kasus kelolaan dengan teori dan pedoman yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan pada kasus kelolaan dengan landasan teori. Oleh karena itu, penetapan diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan telah tepat dan sesuai dengan kondisi klinis pasien.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, perencanaan tindakan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan menyesuaikan kondisi aktual pasien. Tidak seluruh rencana tindakan pada kategori observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi diterapkan, karena

penulis mempertimbangkan toleransi pasien, metode pemenuhan nutrisi yang digunakan, serta program terapi medis yang telah berjalan.

1. Intervensi Observasi

Beberapa tindakan observasi dalam SIKI tidak direncanakan karena tidak sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan identifikasi makanan yang disukai pasien tidak dilakukan, mengingat pasien tidak mampu mentoleransi asupan nutrisi secara per oral dan seluruh kebutuhan nutrisi dipenuhi melalui selang nasogastrik (NGT). Oleh karena itu, perencanaan terkait preferensi makanan per oral dinilai tidak relevan.

Tindakan identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik juga tidak direncanakan karena pasien telah terpasang NGT. Fokus observasi diarahkan pada pemantauan posisi dan fungsi NGT, untuk memastikan selang terpasang dengan baik dan dapat digunakan secara optimal dalam pemberian nutrisi. Selain itu, tindakan monitor hasil pemeriksaan laboratorium tidak direncanakan karena hasil pemeriksaan yang tersedia lebih banyak berkaitan dengan parameter sel darah, dan tidak secara spesifik menggambarkan status nutrisi pasien pada saat pengelolaan kasus.

2. Intervensi Terapeutik

Pada intervensi terapeutik, terdapat beberapa tindakan dalam SIKI yang tidak diterapkan karena telah disesuaikan dengan kondisi pasien dan program terapi yang ada. Tindakan fasilitasi penentuan pedoman diet tidak direncanakan karena pasien telah memiliki program diet khusus yang ditetapkan oleh tim medis.

Tindakan menyajikan makanan secara menarik dan dengan suhu yang sesuai juga tidak direncanakan karena pasien tidak mendapatkan makanan per oral. Demikian pula, tindakan pemberian makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi tidak direncanakan karena pasien hanya mendapatkan susu formula dan bubur saring melalui NGT.

Tindakan menghentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik juga tidak direncanakan, mengingat pada kondisi saat ini pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien sepenuhnya bergantung pada NGT.

3. Intervensi Edukasi

Intervensi edukasi dilaksanakan sesuai dengan teori dan standar, tanpa perubahan. Edukasi yang diberikan berfokus pada pemberian nutrisi sesuai program, yaitu melalui selang nasogastrik, termasuk penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai tujuan, manfaat, serta cara pemberian nutrisi melalui NGT secara aman.

4. Intervensi Kolaborasi

Intervensi kolaborasi dilaksanakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, tanpa perubahan. Kolaborasi dilakukan dalam pemberian terapi farmakologis dan nutrisi, antara lain:

Pemberian sucralfat syrup dan antasida syrup untuk menetralkan asam lambung sehingga mencegah terjadinya mual dan muntah. Pemberian coditam sebagai analgesik untuk membantu mengurangi nyeri. Pemberian suplemen vitamin (Livron) untuk membantu meningkatkan daya tahan tubuh. Kolaborasi pemberian susu formula Peptisol sebanyak 6×100 cc setiap 4 jam melalui selang nasogastrik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan difokuskan pada pemberian terapi farmakologis, suplemen vitamin, serta pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien melalui pemberian nutrisi cair secara enteral menggunakan nasogastric tube (NGT). Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan dilakukan berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) serta pendekatan evidence-based practice.

Implementasi Pemberian Nutrisi Enteral

Pemberian nutrisi enteral dilakukan menggunakan metode gravity drip, yaitu teknik pemberian nutrisi yang memanfaatkan gaya gravitasi tanpa tekanan tambahan. Pada metode ini, cairan nutrisi ditempatkan lebih tinggi dari permukaan lambung sehingga nutrisi mengalir secara perlahan dan terkontrol melalui selang NGT. Kecepatan aliran ditentukan oleh gaya gravitasi, sehingga metode ini dinilai lebih aman dan efektif dalam menurunkan risiko komplikasi seperti mual, muntah, distensi lambung, dan aspirasi.

Selama pelaksanaan intervensi, penulis melakukan pemantauan residu lambung sebelum dan sesudah pemberian nutrisi enteral. Tindakan ini bertujuan untuk menilai toleransi lambung terhadap nutrisi yang diberikan. Sebelum pemberian nutrisi, dilakukan aspirasi residu lambung untuk mengetahui jumlah dan karakteristik cairan. Apabila ditemukan residu dalam jumlah banyak atau cairan berwarna hijau kehitaman, maka pemberian nutrisi ditunda guna mencegah terjadinya komplikasi aspirasi.

Implementasi Pengaturan Posisi Pasien

Selama pemberian nutrisi enteral, pasien diposisikan dalam posisi semi-Fowler. Pengaturan posisi ini merupakan tindakan preventif sederhana namun efektif dalam mencegah refleks muntah dan menurunkan risiko aspirasi pada pasien yang terpasang NGT. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Kidung et al. (2024) yang menyatakan bahwa posisi semi-Fowler dapat meningkatkan toleransi pasien terhadap pemberian nutrisi enteral serta mengurangi komplikasi gastrointestinal.

Implementasi Berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Pelaksanaan pemberian nutrisi enteral melalui NGT dilakukan sesuai SOP, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Melakukan kebersihan tangan enam langkah
2. Menggunakan sarung tangan bersih
3. Memosisikan pasien dalam posisi semi-Fowler
4. Meletakkan pengalas pada dada pasien
5. Memeriksa posisi dan kepatenan NGT serta aspirasi residu lambung
6. Menunda pemberian nutrisi apabila residu lambung >50 cc
7. Membuka penutup ujung NGT dan menyambungkannya dengan catheter tip atau spuit
8. Memasukkan cairan nutrisi ke dalam catheter tip
9. Mengalirkan nutrisi secara perlahan tanpa mendorong
10. Membilas selang dengan air minum
11. Menutup kembali ujung selang NGT
12. Mempertahankan posisi semi-Fowler selama ± 30 menit setelah pemberian nutrisi

13. Merapikan pasien serta alat-alat yang digunakan

Analisis Teori dan Praktik pada Tahap Implementasi

Berdasarkan pelaksanaan tindakan keperawatan, dapat disimpulkan bahwa implementasi yang dilakukan selaras dengan teori keperawatan dan SOP klinik. Penggunaan metode gravity drip, pemantauan residu lambung, serta pengaturan posisi semi-Fowler mencerminkan Penerapan asuhan keperawatan yang memakai bukti ilmiah dan fokus pada keamanan pasien. Maka, tidak ada kesenjangan antara teori sama prakteknya di fase pelaksanaan keperawatan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), khususnya pada luaran status nutrisi, namun disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Mengingat keterbatasan kondisi pasien yang tidak mampu menerima asupan nutrisi per oral, evaluasi status nutrisi tidak dilakukan secara lengkap sesuai seluruh indikator SLKI, melainkan difokuskan pada indikator yang relevan dan dapat diukur pada pasien dengan nutrisi enteral melalui NGT. Indikator evaluasi yang digunakan meliputi: Porsi nutrisi yang dihabiskan melalui NGT, Berat badan pasien, Indeks Massa Tubuh (IMT). Perubahan pada indikator tersebut kemudian dianalisis dan diklasifikasikan ke dalam kategori penilaian luaran keperawatan, yaitu memburuk, cukup memburuk, sedang, cukup membaik, atau membaik.

Hasil Evaluasi Status Nutrisi

ari evaluasi asuhan keperawatan selama empat hari, kondisi nutrisi pasien sudah membaik meski belum terlalu mencolok secara klinis. Ini terlihat dari asupan nutrisi lewat NGT yang sudah berjalan. Pasien mampu menghabiskan porsi nutrisi cair yang diberikan melalui NGT sesuai dengan program (susu peptisol 6×100 cc setiap 4 jam), tanpa disertai keluhan mual dan muntah.

Keluhan gastrointestinal

Keluhan mual dan muntah yang sebelumnya dialami pasien berangsur berkurang hingga tidak ditemukan selama evaluasi hari keempat,

yang menunjukkan peningkatan toleransi lambung terhadap nutrisi enteral.

Berat badan dan IMT

Berat badan pasien mengalami peningkatan sebesar 1 kg selama masa perawatan. Namun, peningkatan ini belum bermakna secara klinis, mengingat pasien sebelumnya mengalami kehilangan berat badan yang sangat signifikan, yaitu sekitar 50% di bawah berat badan ideal, dengan IMT awal berada pada kategori malnutrisi berat.

Analisis Teori dan Praktik pada Tahap Evaluasi

Secara teoritis, kehilangan berat badan $\geq 10\%$ di bawah rentang ideal sudah dikategorikan sebagai malnutrisi, dan proses pemulihan status nutrisi pada pasien dengan kondisi ini tidak dapat dicapai dalam waktu singkat. Perbaikan status nutrisi memerlukan proses bertahap dan berkelanjutan, terutama pada pasien dengan gangguan menelan dan ketergantungan nutrisi enteral.

Oleh karena itu, meskipun terjadi peningkatan berat badan dan perbaikan toleransi nutrisi, luaran keperawatan pada pasien Ny. M dikategorikan sebagai cukup membaik, bukan membaik sepenuhnya. Hasil ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan yang diberikan efektif, namun membutuhkan waktu lanjutan untuk mencapai status nutrisi yang optimal.

Kesimpulan Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi dan analisis teori–praktik, dapat disimpulkan bahwa: Luaran keperawatan status nutrisi menunjukkan perbaikan bertahap, Tidak terdapat kesenjangan antara teori SLKI dan kondisi klinis pasien, Intervensi keperawatan perlu dilanjutkan secara berkesinambungan oleh keluarga dengan tetap mengacu pada SOP pemberian nutrisi melalui NGT yang telah diajarkan. Dengan demikian, tujuan keperawatan belum sepenuhnya tercapai, namun intervensi yang dilakukan telah berada pada arah yang tepat dan aman bagi pasien.

3.3 Keterbatasan Penelitian

Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan studi kasus ini memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan utama terletak pada durasi

pemberian asuhan keperawatan yang relatif singkat, yaitu hanya selama empat hari perawatan. Waktu tersebut belum cukup untuk menggambarkan perubahan status nutrisi pasien secara optimal, mengingat proses pemulihan status nutrisi, khususnya pada pasien dengan malnutrisi berat, memerlukan waktu yang lebih panjang dan berkelanjutan.

Selain keterbatasan waktu, pasien dalam studi kasus ini telah mengalami malnutrisi kronis sebelum dirawat di rumah sakit sebagai akibat dari perjalanan penyakit yang berlangsung cukup lama. Kondisi ini menyebabkan cadangan energi dan protein tubuh pasien telah menurun secara signifikan, sehingga respons terhadap intervensi nutrisi tidak dapat terlihat secara cepat.

Keterbatasan lainnya adalah belum ditegakkannya diagnosis medis definitif serta belum dilakukannya tindakan medis lanjutan atau tindakan invasif yang diperlukan selama masa perawatan. Hal ini berpengaruh terhadap kecepatan perbaikan kondisi klinis dan status nutrisi pasien, karena penatalaksanaan nutrisi optimal sangat bergantung pada kejelasan diagnosis dan terapi medis yang menyertainya.

Dengan mempertimbangkan berbagai keterbatasan tersebut, hasil evaluasi status nutrisi pada laporan studi kasus ini lebih mencerminkan perubahan awal (*early improvement*) daripada hasil akhir perbaikan nutrisi. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan dan intervensi keperawatan yang berkelanjutan untuk mencapai luaran status nutrisi yang optimal.