

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di ruang Ali bin abi thalib II Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang. Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang sudah memiliki dokter spesialis mulai dari dokter spesialis umum, spesialis bedah, spesialis anak, spesialis obgyn, spesialis paru, spesialis kulit, spesialis penyakit dalam, spesialis gigi, spesialis jiwa dan lain – lain. Dan diruangan Ali bin abi thalib memiliki 7 ruangan, ali bin abi thalib I kelas II campuran dengan 3 bed, ali bin abi thalib laki – laki kelas III dengan 7 bed, ali bin abi thalib perempuan kelas III dengan 7 bed, hasan I kelas II dengan 4 bed, hasan II kelas III dengan bed, fatimah I kelas II dengan 4 bed, fatimah II kelas III dengan 7 bed. Kasus ini sering ditemukan diruangan Ali bin abi thalib mulai dari limfoma non hodkin, tumor jaringan lunak, appendik, cancer, fraktur dan lain – lain.

##### **1. Pengkajian Tn.M**

###### **A. Identitas Pasien**

Hasil penelitian yang diperoleh data antara lain, nama klien Tn.M, usia 73 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir sekolah dasar (SD), pekerjaan wiraswasta, beralamat di Jalan A.Rahman Saleh, dirawat di RSUD Bangkinang dengan dignosa medis *limfoma non hodgkin* dan nomor registrasi 16.81.86. identitas penanggung jawab

adalah Ny.J berusia 68 tahun, pendidikan terakhir sekolah dasar (SD), bekerja sebagai ibu rumah tangga, beralamat di Jalan A.Rahman Saleh, hubungan dengan pasien adalah istri.

## **B. Riwayat Kesehatan**

### 1) Keluhan Utama

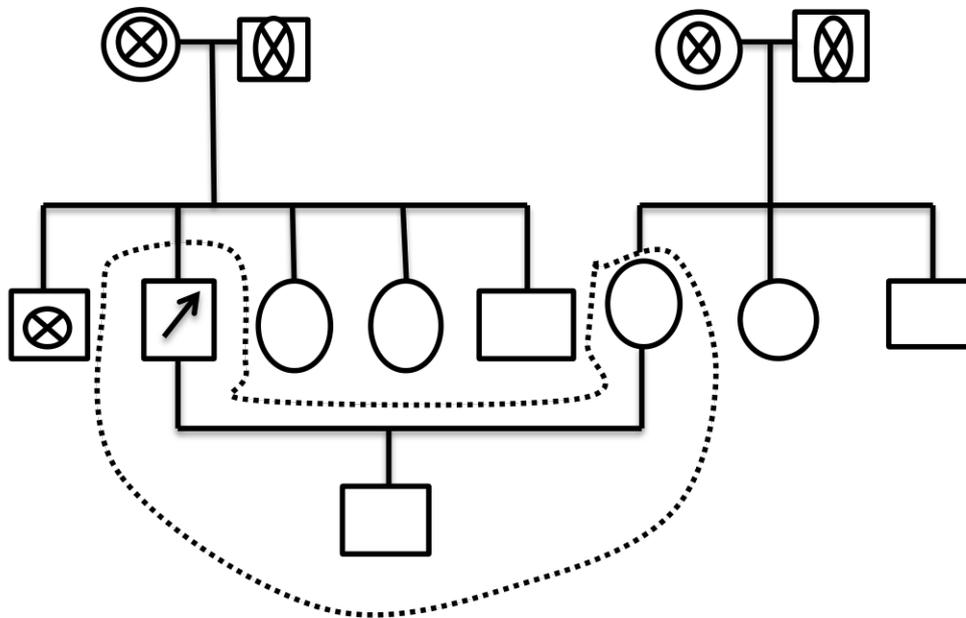
Klien saat di kaji nyeri pada luka pasca operasi kuadran 4, riwayat penyakit sekarang pasien menyatakan 2 hari yang lalu tanggal 21 April 2019, pasien masuk rumah sakit di bawa oleh keluarga dengan keluhan adanya benjolan seperti gugusan anggur di punggung bagian bawah bagian kanan dan cemas terhadap pada penyakit nya saat di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD : 100/70 mmHg, RR : 20 x/menit, N : 80 x/Menit, S : 36<sup>0</sup> C, dilakukan pemasangan infus RL 20 tmp, terapi injeksi ranitidine 30 mg/8 jam. Pada jam 24.30 di pindahkan keruangan rawat inap ali bin abi thalib dan pada tanggal 22 April 2019 akan dilakukan pembedahan. Masalah keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi, cemas terhadap penyakitnya

### 2) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien menyatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti DM dan klien menyatakan belum pernah dirawat di rumah sakit.

## 3) Riwayat penyakit Keluarga

Gambar 1.4 : gambar Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

↗ : Klien

⊗ : Meninggal

- - - : Tinggal Serumah

Riwayat kesehatan keluarga, klien menyatakan bahwa didalam keluarganya maupun keluarga klien tidak ada penyakit keturunan seperti diabetes, jantung, dan hipertensi.

### **C. Pola Kebutuhan Dasar**

Hasil pengkajian menurut pola gordon, sebagai berikut :

#### 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien menyatakan bahwa sehat itu penting dan berharga, menurut klien sakit merupakan suatu yang tidak nyaman, klien juga menyatakan cemas terhadap penyakitnya dan ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya apabila ada anggota keluarga yang sakit segera diperiksakan ke klinik atau pukesmas dan klien ada alergi makanan atau obat. Masalah keperawatan : Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya

#### 2) Pola nutrisi dan metabolisme

Waktu Sehat klien makan 3x sehari dengan nasi, sayur, lauk, teh atau air putih, klien tidak memiliki keluhan dan makan habis satu porsi. Setelah sakit klien makan 3x sehari dengan makan yang disediakan rumah sakit nasi lembek, sayur, air putih atau teh, 1 porsi habis. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3) Pola eliminasi BAB

Baik sebelum sakit maupun selama sakit klien tidak memiliki keluhan, klien BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, bau khas, warna kuning kecoklatan, pada pola eliminasi BAK, sebelum sakit klien menyatakan BAK 4-6 x Sehari Kurang lebih 450 cc dan BAK dengan warna kuning jernih, bau amoniak, dan tidak ada keluhan, selama sakit, klien BAK kurang lebih 400 cc per 24 jam, warna

kuning kecoklatan, bau amoniak. Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4) Pola aktivitas dan Latihan

Waktu sehat klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, selama sakit untuk makan minum. Selama sakit klien mampu makan atau minum berpakaian mobilitas ditempat tidur, berpindah, namun ke toilet dibantu orang lain. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5) Pola aktivitas tidur

Waktu sehat pasien menyatakan tidur dari jam 10.30 sampai jam 04.30 Wib dan jarang tidur siang. Selama sakit pasien menyatakan tidur mulai jam 23.00 sampai jam 04.00 dan dan kalau siang tidursekitar 1 sampai 2 jam.

6) Pola kognitif – persptual

Sebelum sakit pasien sadar penuh, penglihatan dan pendengaran normal tidak menggunakan alat bantu. Selama sakit pasien sadar penuh penglihatan dan pendengaran tidak menggunakan alat bantu pasien menyatakan nyeri daerah luka pasca operasi. Masalah keperawatan : nyeri akut pada luka pasca operasi

7) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri pasien menerima dengan keadaan sakitnya saat ini. Ideal diri klien ingin segera sembuh dan pulang kerumah agar

bisa beraktivitas kembali, harga diri pasien tidak merasa rendah diri dengan penyakitnya.

8) Pola hubungan peran

Pasien menyatakan waktu sehat maupun selama sakit hubungan dengan keluarga, saudara, tetangga – tetangganya baik dan tidak ada masalah.

9) Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien menyatakan bila mempunyai masalah selalu menyatakan pada keluarga dan bermusyawarah untuk memecahkan masalah kesehatan pasien merundingkan dengan keluarganya untuk segera melakukan penanganan lebih lanjut.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10) Pola nilai dan keyakinan

Pasien beagama islam selalu menjalankan sholat 5 waktu, tapi selama sakit pasien menyatakan hanya bisa berdoa. Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

#### **D. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan pasien dengan kesadaran composmentis, TD 130/70 mmHg, nadi 80 x/menit teraba kuat dan irama teratur, respirasi 20 x/menit irama teratur dan suhu 36,5<sup>0</sup>C. Bentuk kepala *mesocephal*, kulit kepala bersih tidak ada ketombe. Rambut kuat, hitam. Pada pemeriksaan mata didapatkan data mata simetris kanan- kiri, fungsi penglihatan baik, konjungtiva tidak

anemis, skera tidak ikterik. Pada pemeriksaan hidung bersih dan tidak ada polip, tidak terdapat sekret, mukosa bibir lembab. Telinga simetris, tidak ada serumen, dan tidak mengalami gangguan pendengaran. Pada pemeriksaan leher, tidak ada pembesaran tyroid.

Pada pemeriksaan fisik paru, didapat hasil inspeksi, bentuk dada simetris, palpasi vocal fremitus kanan kiri sama, perkusi sonor, auskultasi suara veskuler dan irama teratur, pada pemerikssan fisik jantung, didapatkan hasil inspeksi ictus cordis tidak tampak, palpasi ictus cordis tidak tampak, palpasi teraba, perkusi, pekak, auskultasi bunyi jantung I dan bunyi jantung II sama, tidak ada suara tambahan. Pada pemeriksaan abdomen terdapat hasil inspeksi adanya pembesaran dan terdapat luka pasca operasi dan terdapat kemerahan diluka pasca operasi, auskultasi bising usus 15 x/ menit, perkusi redup, palpasi danya nyeri tekan skala 4. Pada pemeriksaan genetalia tidak ada alat bantu katerter terpasang. Masalah keperawatan : Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi.

#### **E. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium tanggal 23 April 2018 di peroleh  
Hemoglobin : 14.6 g% (nilai normal 12.00-16.00), Eritrosit:  
 $10^6\text{mm}^3$ , 4.5-6.5 (nilai normal 4.00-5.00), Leukosit : 9.0 (nilai

normal 5-10), Trombosit : 203 (nilai normal 150-300),Hematokrit : 41,5 % (nilai normal 37.00-47.00).

#### **F. Terapi**

Selama dirawat diruang ali bin abi thalib II, pasien mendapat terapi infus RL 20 tmp untuk mengembalikan carian elektrolit, injeksi Cefriaxon 1 gr, untuk anti infeksi, ketorolak 30 mg, Ranitidine 50 mg.

#### **G. Catatan Tambahan**

1. Nyeri pada bagian pasca operasi
2. Cemas terhadap penyakitnya
3. Resiko infeksi pada luka pasca operasi

## A. ANALISA DATA

**Tabel 2.4 : Tabel Analisa Data**

No	DATA FOKUS (SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF)	MASALAH	PENYEBAB
1.	DS : Pasien menyatakan nyeri di daerah luka operasi DO : Pasien kelihatan meringis Skala Nyeri : 4 TTV : TD : 130 / 70 , N : 84 x/i RR : 22 x/i	Nyeri Akut	Inflamasi luka post op
2.	DS : Pasien Menyatakan Cemas pada penyakitnya DO : Pasien kelihatan cemas dan gelisah TTV : TD : 130/70 N: 84, RR : 22	Cemas	Kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita
3.	DS : Pasien menyatakan gatal – gatal di daerah luka operasi DO : Pasien kelihatan gelisah, di curigai adanya tanda – tanda infeksi	Resiko Infeksi	Inflamasi luka post op

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN****Tabel 3.4 : Tabel Diagnosa Keperawatan**

<b>NO</b>	<b>DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH)</b>	<b>TANDA TANGAN</b>
1.	Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka post op	
2.	Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita	
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka post op	

### C. RENCANA TINDAKAN

Tabel 4.4 : Tabel Rencana Tindakan

NO	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
I	23-04-2019	Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka post op	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah dilakukan perawatan 3x15 menit</li> <li>-Nyeri klien berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tingkat nyeri</li> <li>- Observasi TTV</li> <li>- Relaksasi nafas dalam</li> <li>- Atur posisi klien</li> <li>- Ciptakan lingkungan aman dan nyaman</li> <li>- Kolaborasi dengan tim medis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui tingkat nyeri</li> <li>- Mengetahui keadaan klien</li> <li>- Ciptakan suasana aman dan nyaman</li> <li>- Pemberian obat terapi</li> </ul>
II	23-04-2019	Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah dilakukan perawatan 2x 12 jam</li> <li>-cemas berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tingkat nyeri klien</li> <li>- Berikan kesempatan pada klien untuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui</li> </ul>

III	24-04-2019	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka post op	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>- Luka kering</li> </ul>	<p>mengungkapkan cemasnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan informasi atau penyuluhan tentang penyakit yang diderita</li> <li>- Kontrol TTV</li> <li>- Kaji tanda infeksi</li> <li>- Lakukan perawatan luka/bersihkan luka</li> <li>- Jaga personal Hygine</li> </ul>	<p>tingkat kecemasan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat meringankan beban pikiran klien</li> <li>- untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga</li> <li>- Ciptakan suasana aman dan nyaman</li> <li>-Mengetahui keadaan klien</li> <li>- menjaga luka agar tidak infeksi</li> <li>- kolaborasi dengan tim medis</li> </ul>
-----	------------	--	--	--	--

**D. TINDAKAN****Tabel 5.4 : Tabel Klasifikasi****CATATAN KEPERAWATAN**

Nama Pasien : Tn. M

Kamar : Ali Bin Abi Thalib 2

<b>TGL</b>	<b>NO. DX</b>	<b>TINDAKAN KEPERAWATAN</b>	<b>NAMA JELAS PERAWAT</b>
23-04-2019	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji tingkat nyeri</li> <li>- Mengobservasi TTV</li> <li>TD: 130/70, N : 84 x/i, R : 22 x/i</li> <li>S : 36°C</li> <li>- Relaksasi nafas dalam</li> <li>- Mengatur posisi klien</li> <li>- Menciptakan lingkungan aman dan nyaman</li> <li>- Kolaborasi dengan tim medis</li> </ul>	LENI AZHARI
23-04-2019	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji tingkat Cemas klien</li> <li>- Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cemasnya</li> <li>- Memberikan informasi atau penyuluhan tentang penyakit yang diderita</li> </ul>	LENI AZHARI
24-04-2019	III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau TTV</li> <li>- Mengkaji tanda infeksi</li> <li>- Melakukan perawatan luka</li> <li>- Menjaga personal Hygine</li> </ul>	LENI AZHARI

## E. EVALUASI

Tabel 6.5 : Tabel Klasifikasi

TGL	NO.D X	SUBJEKTIF,OBJEKTIF,ANALISA,PLANIN (SOAP)	PARA F
23- 04-19	I	<p><b>S</b> : Pasien Menyatakan Nyeri nya Berkurang</p> <p><b>O</b> : Skala nyeri 3</p> <p><b>A</b> : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi Teratasi Sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaksasi nafas dalam</li> <li>• Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat terapi</li> </ul>	
23- 04-19	II	<p><b>S</b> : Klien menyatakan cemasnya berkurang</p> <p><b>O</b> : Pasien Terlihat Rileks</p> <p><b>A</b> : Masalah Teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan informasi atau penyuluhan tentang penyakit yang diderita</li> </ul>	
24- 04-19	III	<p><b>S</b> : Klien menyatakan gatal-gatal berkurang, kemerahan masih ada</p> <p><b>O</b> : Kemerahan luka masih ada</p> <p><b>A</b>: Masalah teratasi Sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan Luka 1x 24 jam</li> </ul>	
24- 04-19	I	<p><b>S</b> : Pasien Menyatakan Nyerinya Berkurang</p> <p><b>O</b> : Skala nyeri 2</p>	

24-04-19	II	<p><b>A</b> : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi Teratasi Sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan tim medis</li> </ul> <p><b>S</b> : Klien menyatakan cemasnya berkurang</p> <p><b>O</b> : Pasien Terlihat Rileks</p> <p><b>A</b> : Masalah Teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dihentikan</p>	
----------	----	--	--

## B. PEMBAHASAN

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, Analisa Data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan ANA (*AmericanNurse Association*) (Handyaningsih,2007)

Pada tahap ini penulis melakukan pengkajian setelah pasien pasca operasi, penulis menggunakan metode wawancara kepada keluarga dan pasien, metode observasi, metode dokumentasi yang mana penulis mengambil data dari catatan medis pasien. Dimana catatan medis tersebut berisi tentang riwayat kesehatan pasien, program terapi, dan data penunjang lainnya yang berhubungan dengan perkembangan kesehatan pasien. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 21 April 2019 jam 20.30

WIB di bawa oleh keluarga dengan keluhan adanya benjolan seperti gugusan anggur di punggung bagian bawah bagian kanan dan cemas terhadap pada penyakit nya saat di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD : 100/70 mmHg, RR : 20 x/menit, N : 80 x/Menit, S : 36<sup>0</sup> C, dilakukan pemasangan infus RL 20 tmp, terapi injeksi ranitidine 30 mg/8 jam. Pada jam 24.30 di pindahkan keruangan rawat inap ali bin abi thalib dan pada tanggal 22 April 2019 akan dilakukan pembedahan. Pada tanggal 23 April 2019 jam 10.00 WIB, peneliti melakukan pengkajian pada pasien dengan mengatakan nyeri pada luka operasi,cemas dan resiko infeksi limfoma non hodgkin, dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD : 110/70 mmHg, RR : 22 x/menit, N : 84 x/Menit, S : 36,5<sup>0</sup> C.

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga tidak ada terdapat penyakit keturunan atau menular seperti asma, diabetes melitus dan jantung. Penulis melakukan pengkajian pola kesehatan fungsional, penulis melakukan pengkajian fungsional 11 fungsi gondon. Pengkajian yang dilakukan penulis, pasien menyatakan nyeri pada luka pasca operasi, pasien tampak meringis, dan kuadran nyeri 3. Pasien menyatakan cemas terhadap penyakitnya, pasien tampak cemas. Dan pasien juga menyatakan gatal gatal pada luka pasca operasi, adanya kemerahan disekitar luka pasien.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil Hemaglobin 14,6 g%, Eritrosit :  $10^6 \text{ mm}^3$ , Leukosit :  $9,0\text{mm}^3$ , Trombosit :  $203 \text{ mm}^3$ , Hematokrit : 41,5 %.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah. ANA (*American Nurse Association*) (Handayaningsih,2007).

a. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1) Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi.

Nyeri akut adalah keadaan dimana ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensi yang tidak menyenangkan selama kurang lebih enam bulan (Nanda Nic & Noc 2007). Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian data subjektif yaitu pasien menyatakan nyeri bagian pasca operasi, dan data obyektif pasien yaitu : pasien kelihatan meringis dan skala nyeri : 3.

Diagnosa tersebut penulis perioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien.

2) Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi.

Resiko Infeksi adalah peningkatan resiko masuknya organisme pathogen ( Nanda Nic & Noc 2007 ).Alasan diagnosa tersebut diangkat karena ditemukan faktor faktor yang mendukung secara data subyektif yaitu pasien menyatakan gatal gatal dan ada kemerahan pada daerah luka pasca operasi dan data obyektif adanya kemerahan disekitar luka tidak ada pus.

Diagnosa tersebut penulis perioritaskan sebgai diagnosa kedua larena masalah tersebut belum terjadi infeksi, masalah ini dapat diminimalkan dengan tehnik aseptikserta nutrisi yang adekuat sehingga tidak menimbulkan terjadinya infeksi.

3) Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya

Kurangnya pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topik spesifik ( Nanda Nic & Noc 2007 ).

Alasan diagnosa tersenut diangkat karena secara data subyektif yaitu pasien menyatakan cemas terhadap penyakitnya dan obyektif pasien kelihatan gelisah dengan tanda tanda vital, TD : 130/ 80 mmHg, N : 84 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36.8°C.

Diagnosa tersebut penulis perioritaskan sebagai diagnosa ketiga masalah ini dapat diminimalkan dengan menciptakan lingkungan aman dan nyaman, memberikan penyuluhan, dan istirahatkan pasien.

b. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul namun ada di teori

1) Bersihan Jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan secret pada jalan napas sekunder dan obstruksi trakeobronkhial akibat pembesaran kelenjar limfe servikal, mediastinum.

Bersihan Jalan nafas tidak efektif merupakan ketidak mampuan dalam membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas (Nanda 2012).

Diagnosa tersebut dapat ditegakkan apabila adanya sumbatan pada jalan nafas pasien dan tidak terdapat tanda tanda nafas tidak efektif. Pada pengkajian ini penulis tidak menemukan data-data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.

2) Koping individu atau keluarga tidak efektif yang berhubungan dengan prognosispen yakit, gambaran diri yang salah, perubahan peran.

Ketidakefektifan koping adalah ketidak mampuan penilaian valid tentang stessor ketidakadekuatan pilihan respon yang dilakukan atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang ditemukan ( Nanda Nic & Noc 2015 ).

Diagnosa ini dapat di tegakkan apabila adanya tanda-tanda Perubahan dalam pola komunikasi yang biasa, Penurunan penggunaan dukungan sosial, Perilaku destruktif terhadap orang lain, Perilaku destruktif terhadap diri sendiri,Letih, Angka penyakit yang tinggi, Konsentrasi buruk, Mengungkapkan ketidakmampuan meminta bantuan dan lain lain.

### 3) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh (Nanda Nic & Noc 2015 )

Diagnosa tersebut dapat ditegakkan apabila adanya data subyektif pasien menyatakan tidak percaya diri, pasien benci terhadap penyakitnya . Pada pengkajian ini penulis tidak menemukan data-data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakkan.

### **3. Intervensi keperawatan**

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini kestatus kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan ( Asmadi 2009 ).

Perencanaan menurut Nanda (2012) pada kasus asuhan keperawatan pada Tn.M dengan Limfoma non hodgkin dilakukan perdiagnosa. Diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama ini yaitu kaji tingkat nyeri, atur posisi nyaman, ajarkan tehnik relaksai nafas dalam untuk mengurangi nyeri, pantau tanda tanda vital, untuk mengetahui perkembangan kesehatan klien, menciptakan suasana aman dan nyaman melakukan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri. Berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencana yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori.

Diagnosa kedua adalah Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa kedua yaitu Monitor TTV, kaji dan catat factor yang meningkatkan risiko infeksi, jelaskan alasan kewaspadaan dan pantangan, yakinkan klien dan keluarganya bahwa peningkatan kerentanan pada infeksi hanya sementara, minimalkan prosedur invasive, kolaborasi pemberian antibiotika. Berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencanaan dalam diagnosa ini juga yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori tersebut.

Diagnosa terakhir yaitu Kecemasan individu dan keluarga yang berhubungan dengan prognosis sakit. Yang dilakukan untuk diagnosa terakhir adalah Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping klien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak, mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan, beri lingkungan yang tenang dan, tingkatkan control sensasi klien, orientasikan klien terhadap prosedurrutin dan aktivitas yang diharapkan, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya, berikan privasi untuk klien dan orang terdekat, kolaborasi berikan anti cemas sesuai indikasi. Berdasarkan perencanaan tersebut penulis juga melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori.

Dari ketiga perencanaan keperawatan untuk tiga diagnosa yang ditegakkan, penulis melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dari

masing-masing diagnosa. Dimana dari masing - masing diagnosa mempunyai kriteria hasil yang berbeda – beda. ( Surnaryo, 2011 ).

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah di susun pada tahap perencanaan sebelumnya ( Nanda 2012). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelolah pasien dalam implementasi dengan masing – masing diagnosa.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah melakukan pengkajian nyeri yaitu pertama mengkaji tingkat nyeri pasien respon pasien secara subyektif adalah pasien mengatakan nyeri pada luka pasca operasi, respons obyektif adalah ekpresi pasien tampak menahan nyeri. Tujuan melakukan pengkajian nyeri yaitu untuk mengetahui tindakan keperawatan selanjutnya untuk pasien. Dan untuk mengurangi nyeri penulis memberikan obat terapi ketorolak 1 ampul karena dalam 1 ml ketorolak mengandung 10 mg *ketorolak tromethamine* yang berfungsi untuk meringankan rasa sakit pasca operasi. Untuk diagnosa pertama penulis juga mengajarkan pasien cara relaksasi nafas dalam dengan respons subyektif pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan latihan nafas dalam, dan data obyektifnya diperoleh data pasien tampak rileks. Pelaksanaan tehnik relaksasi nafas dalam

bertujuan untuk merelaksasikan pasien dalam kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dari nyeri untuk fokus terhadap penyakit dalam (Nanda, 2012-2014).

Memantau tanda - tanda vital pada pasien untuk implementasi diagnosa pertama, tujuan dilakukannya memantau tanda – tanda vital yaitu untuk mengetahui tingkat kesehatan dari pasien dan mengetahui perkembangan kesehatan pasien dari tindakan implementasi ini diperoleh tanda – tanda vital sebagai berikut. dengan TD : 110/70 mmHg, RR : 22 x/menit, N : 84 x/Menit, S : 36,5<sup>0</sup> C.

- b. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah observasi dan laporkan kan tanda dan gejala infeksi, catat dan laporkan nilai laboratorium, dan menjaga personal hygiene. Hal pertama yang penulis lakukan untuk mencegah infeksi adalah melakukan perawatan luka, perawatan luka dilakukan untuk mempercepat penyembuhannya dan mencegah tanda dan gejala infeksi.
- c. Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah mengkaji tingkat kecemasan, memantau TTV, menciptakan suasana nyaman, memberikan kesempatan untuk pasien mengungkapkan

kecemasannya dan memberikan informasi tentang penyakit yang diderita. Tindakan ini dilakukan untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan pasien.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis disesuaikan dengan kondisi dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan SOAP (*subyektif, obyektif, analisa, dan planning*), (Dermawan, 2012).

Berdasarkan pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut penulis melakukan tindakan keperawatan dan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP.

Setelah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah :

1. Suhu badan dalam batas normal ( 36 – 37,5°C)
2. Nyeri berkurang
3. kebutuhan nutrisi terpenuhi
4. Aktivitas dapat ditingkatkan atau ADL pasien terpenuhi
5. Pasien tidak cemas atau berkurang.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn. M dengan limfoma non hodgkin , penulis menyimpulkan Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan limfoma non hodgkin.

##### 1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan 1 klien dengan kasus Limfoma non hodgkin dengan keluhan Nyeri pasca operasi, klien terlihat meringis, dan klien menyatakan gatal – gatal di daerah operasi, dan klien cemas terhadap penyakitnya.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang didapat dari keluhan klien, penulis merumuskan diagnosa prioritas yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita.

##### 3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana didapat diagnosa keperawatan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi. Intervensi yang dilaksanakan mencakup Kaji faktor penyebab, kualitas, lokasi, frekuensi, dan skala nyeri, monitor tanda-tanda

vital , ajarkan tehnik relaksasi, berikan posisi yang nyaman untuk pasien.

Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya proses inflamasi luka pasca operasi Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa kedua yaitu Monitor TTV, kaji dan catat factor yang meningkatkan risiko infeksi, jelaskan alasan kewaspadaan dan pantangan, yakinkan klien dan keluarganya bahwa peningkatan kerentanan pada infeksi hanya sementara, minimalkan prosedur invasive, kolaborasi pemberian antibiotika.

Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita Yang dilakukan untuk diagnosa terakhir adalah Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping klien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak, mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan, beri lingkungan yang tenang dan, tingkatkan control sensasi klien, orientasikan klien terhadap prosedurrutin dan aktivitas yang diharapkan, beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya, berikan privasi untuk klien dan orang terdekat, kolaborasi berikan anti cemas sesuai indikasi.

#### 4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang dibuat. Karena penulis harus menyesuaikan

kondisi klien. Tapi yang diimplementasikan ada satu tambahan yaitu kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dengan nyeri luka pasca operasi pada Tn. M yang dilakukan selama 2 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP. Klien mengatakan nyerinya berkurang, dan cemasnya berkurang Klien kooperatif.

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien limfoma non hodgkin, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

#### 2. Bagi Perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yakni, dokter, dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, kepedulian dan kesabaran, membina hubungan saling percaya dan hubungan terapeutik guna memberikan rasa nyaman dan keterbukaan sehingga masalah cepat teratasi.

### 3. Bagi Institusi Universitas Pahlawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat profesional, terampil handal, dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.