

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi tumor colli subclavícula sinistra dengan gangguan kebutuhan nyaman (nyeri) dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup tahap pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, serta evaluasi keperawatan, maka penulis menarik kesimpulan yaitu:

##### 1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh oleh penulis dari subyek asuhan yaitu merupakan pasien dengan diagnosa medis Tumor Colli Subclavícula Sinistra dengan keluhan nyeri, usia subyek asuhan pada pengumpulan data ini adalah usia dewasa yaitu berusia 47 tahun. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan hasil pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital TD: 140/89 mmHg, Nadi: 89 x/menit, pernafasan: 23 x/menit, suhu: 36,7°C SpO<sub>2</sub>: 99%. Pasien tampak lemah dan meringis menahan nyeri. Pada subyek asuhan terdapat luka post operasi, luas luka 8 cm, luka tampak bengkak dan kemerahan, pasien mengeluh nyeri pada leher sebelah kiri karena luka post operasi dan tampak klien sering memegang area luka. Klien mengeluh nyeri jika berpindah posisi, mengatakan nyeri nya seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri yang dirasakan pasien 7, saat nyeri berlangsung selama 5-10 menit hingga membuat klien susah tidur, nyeri akan berkurang jika klien beristirahat. Berdasarkan hasil dari pemeriksaan laboratorium leukosit klien 9.100.

##### 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang didapat pada tabel 4.2 di temukan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisik,

gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, dan resiko infeksi b.d faktor resiko tindakan invasif. Namun pada penulisan laporan tugas ini penulis hanya berfokus pada masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik tanpa mengabaikan masalah lain yang muncul.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang penulis susun pada diagnosa pertama adalah monitor TTV, (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri verbal dan nonverbal, berkolaborasi pemberian analgetik, memfasilitasi istirahat dan tidur. Diagnosa kedua yaitu memonitor TTV (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, dan menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Ketiga memonitor TTV (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengobservasi tanda-tanda infeksi, memberikan perawatan luka pada pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, mengganti balutan tiap pagi, berkolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik.

### **4. Implementasi**

Implementasi yang dilakukan pada subyek asuhan sesuai dengan rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut, dilakukan selama tiga hari perawatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut yaitu: memonitor TTV (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri verbal dan nonverbal, berkolaborasi pemberian analgetik, memfasilitasi istirahat dan tidur.

Diagnosis kedua yaitu memonitor TTV (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, dan menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Ketiga memonitor TTV (memeriksa tekanan darah, menghitung denyut nadi dan pernafasan, mengecek suhu), mengobservasi tanda-tanda infeksi, memberikan perawatan luka pada pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, mengganti balutan tiap pagi, berkolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi pada diagnosis pertama adalah nyeri b.d agen pencedera fisik. Masalah pada diagnosis ini sudah teratasi sebagian, klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada lukanya dengan skala nyeri 2.

Diagnosa kedua adalah gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Masalah pada diagnosa ini teratasi, klien mengatakan sudah puas tidur, dan klien mengatakan semalam tidurnya 7 jam. Karena kriteria hasil sudah dicapai maka pertahankan intervensi keperawatan yang ditetapkan masih perlu ditindak lanjuti oleh perawat dengan mendelegasikan keluarga karena pasien sudah mau pulang dan rencana keperawatan yang perlu dilanjutkan, anjurkan keluarga selalu mengontrol tidur pasien supaya tetap nyaman dan tenang.

Diagnosa ketiga adalah resiko infeksi b.d resiko tindakan invasif. Masalah pada diagnosa ini sudah teratasi sebagian, klien mengatakan lukanya sudah tidak bengkak dan luka tampak bersih. Intervensi dilanjutkan, maka tindakan keperawatan yang ditetapkan masih perlu ditindaklanjuti oleh perawat dengan mendelegasikan keluarga dan pasien agar masalah yang ada pada pasien teratasi sepenuhnya dan rencana yang perlu dilanjutkan yaitu anjurkan keluarga dan pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan

pasien, anjurkan klien dirumah untuk banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein seperti telur, tempe, tahu, daging, ikan.

Dari ketiga diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus Ny. S ada satu masalah (diagnosis keperawatan) yang dapat teratasi yaitu gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, sedangkan yang teratasi sebagian ada dua diagnosa yaitu nyeri b.d agen pencedea fisik (pembedahan) dan resiko infeksi b.d resiko tindakan invasif.

## **B. Saran**

Beberapa rekomendasi dari hasil pengumpulan data ini dapat diuraikan sebagai berikut:

### **a. Bagi Rumah Sakit Bhayangkara**

Diharapkan rumah sakit Bhayangkara Polda Lampung laporan tugas akhir ini dapat dijadikan salah satu contoh hasil dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi tumor colli dengan gangguan kebutuhan rasa namann (nyeri) menggunakan SDKI, SLKI, SIKI.

### **b. Bagi Program Studi D3 Keperawatan Tanjung Karang**

Untuk institusi pendidikan, penulis mengharapkan karya tulis ini sebagai bahan acuan bacaan untuk menambah pengetahuan bagi pembaca khususnya bagi mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjungkarang. Dan karya tulis ini sebagai tambahan literatur yang membahas masalah tentang post operasi tumor colli.

### **c. Bagi Penulis Selanjutnya**

Diharapkan lebih mendalami lagi tantang asuhan keperawatan pada pasien post operasi tumor colli subclavícula sinistra dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) dengan melaksanakan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian keperawatan, merumuskan masalah, membuat rencana, melakukan tindakan dan melakukan evaluasi pada pasien, selanjutnya hasil pengumpulan data ini dapat digunakan untuk menambah wawasan baru bagi pembaca.