

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

1. Dalam kasus ini masalah yang ditemukan pada fase pre operasi adalah ansietas dan konstipasi dimana saat datang kerumah sakit pasien mengeluh buang air besar berdarah, dan saat dihari operasi pasien merasa takut. Setelah diberikan tindakan keperawatan berupa mengevaluasi perasaan klien, memberikan motivasi, anjurkan klien berdoa, minta keluarga untuk mendampingi klien, ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mendistraksi rasa cemas, memberikan pencahar sebelum tindakan operasi untuk membersihkan usus agar tidak terkontaminasi. Evaluasi yang didapatkan sisa feses sudah keluar sedikit berwarna coklat gelap, pasien mampu mempraktekkan relaksasi napas dalam, pasien terus berdoa dan berzikir sampai sebelum di berikan anestesi, pasien mengatakan siap untuk menjalani operasi sehingga masalah keperawatan ansietas dan konstipasi teratasi.
2. Masalah yang didapatkan pada fase intraoperasi adalah hipovolemi berhubungan dengan prosedur pembedahan. Perdarahan intraoperasi didapatkan sebanyak 800cc. Setelah diberikan intervensi keperawatan berupa monitor tanda dan gejala perdarahan, menghitung jumlah perdarahan selama operasi, tanda-tanda vital, memantau jumlah perdarahan, memberikan produk darah 1 kolf dan memberikan asam traneksamat. Evaluasi yang didapatkan perdarahan masih terjadi tapi sudah diminimalisir setelah diberikan produk darah dan injeksi asam traneksamat tetapi perdarahan masih harus dipantau sampai ke ruangan karena akan menjadi pertimbangan dalam menentukan asuhan keperawatan selanjutnya.
3. Masalah yang ditemukan pada fase post operatif adalah risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan berupa mengobservasi tanda-tanda vital, monitor tanda dan gejala perdarahan, menghitung jumlah perdarahan selama

operasi, monitor nadi dan tekanan darah, memantau jumlah perdarahan, memberikan analgesik diruang *recovery room*, memonitor integritas kulit dan memonitor balutan luka. Evaluasi yang didapatkan selang drain masih mengalir, kolostomi tidak ada rembesan, analgesik sudah diberikan, dan pasien masih belum sadar total masih ada efek bius, pasien dipindahkan keruang *intensive care unit* untuk dilakukan observasi selama 24 jam sebelum dipindahkan keruang rawat inap biasa. *Planning* yang harus dilakukan untuk diruang *intensive care unit* adalah monitor *airway, breathing, dan circulation*.

4. Pada laporan ini dilakukan asuhan keperawatan diruang rawat pada Tn. P dengan kanker rektum, hal ini dilakukan untuk memantau kondisi dari Tn.P dan tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang juga dibantu dari pihak rumah sakit. Diagnosa yang diambil pada kasus kanker rektum yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan post operasi mayor

Pada masalah nyeri akut didapatkan hasil pengkajian klien tampak meringis, skala nyeri 6, tindakan keperawatan yang dilakukan pada saat rawat inap seperti mengkaji skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal yaitu melihat dari ekspresi menggunakan skala pengukuran *visual analogue scale* dan *numeric rating scale*. Hasil evaluasi pada hari ke-5 perawatan pasien mengatakan nyeri masih dirasakan skala 3 saat pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan tirah baring

Pada masalah defisit perawatan diri didapatkan hasil pengkajian klien mengatakan badannya belum mandi sejak dirawat dan klien mengatakan susah bergerak karena nyeri, dilihat dari data objektif badan pasien teraba lengket. Tindakan keperawatan yang dilakukan seperti mengedukasi keluarga tentang perawatan diri untuk mengganti baju pasien, lalu memonitor balutan luka balutan masih kotor atau bersih. Pada hari perawatan ke 4 setelah drainase, kateter dilepas pasien sudah dapat ketoilet dengan bantuan keluarga

dan kebersihan diri meningkat sehingga masalah defisit perawatan diri teratasi.

c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi

Pada masalah gangguan integritas kulit didapatkan hasil pengkajian terdapat balutan di bagian anus dan kolostomi di sisi abdomen sebelah kiri. Tindakan keperawatan yang dilakukan seperti memonitor balutan luka, memonitor aliran drainase, memberikan edukasi tentang kolostomi, edukasi tentang perdarahan, melakukan perawatan luka. Evaluasi yang didapatkan luka membaik, tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan bersih, sehingga masalah gangguan integritas kulit teratasi.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan dan memfasilitasi kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif baik saat pre operasi, intra operasi, maupun post operasi.

2. Bagi Perawat

Diharapkan dapat melakukan prosedur asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku sesuai dengan tahapan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, pembuatan intervensi keperawatan, pelaksanaan implementasi dan evaluasi baik saat pre operasi, intra operasi, maupun post operasi.

3. Bagi Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang

Diharapkan agar institusi meningkatkan mutu pembelajaran dengan memperbanyak sumber buku bacaan di perpustakaan dalam bidang keperawatan perioperatif dengan tahun terbaru.