

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kasus ini menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien atresia ani dengan tindakan reseksi dan anastomosis, berdasarkan pengkajian pre operasi adalah area stoma tampak kemerahan, keluarga pasien mengatakan tadi malam anaknya susah tidur dan sering terbangun, ruangan cukup berisik sehingga anaknya sulit tidur pada malam hari. Berdasarkan data penunjang diatas didapatkan diagnosa gangguan integritas kulit dan gangguan pola tidur diagnosa tersebut sesuai dengan teori. Intervensi yang dilakukan dengan mengganti kantong stoma dan dikstraksi dengan pijat pada pasien. Implementasi dilakukan disesuaikan dengan kondisi pasien. Evaluasi dari diagnosa diagnosa gangguan integritas kulit adalah keluarga mengatakan lebih merasa nyaman melihat kantong pada perut anaknya sudah bersih. Sedangkan diagnosa gangguan pola tidur adalah keluarga mengatakan anaknya mulai bisa tidur dengan baik.
2. Kasus ini menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien atresia ani dengan tindakan reseksi dan anastomosis, berdasarkan pengkajian intra operasi adalah sedang dilakukan tindakan reseksi dan anastomosis, *input*: 400cc, *output*: 258cc, TTV; N: 151 x/menit, RR: 29x/menit, S: 35,6 °C. Berdasarkan data penunjang diatas didapatkan diagnosa resiko pendarahan diagnosa tersebut sesuai dengan teori. Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa intra operatif resiko pendarahan adalah pencegahan pendarahan dan intervensi pendukung pemantauan cairan. Implementasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Evaluasi dari diagnosa yang muncul pada fase intra operasi resiko pendarahan tidak terjadi.
3. Kasus ini menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien atresia ani dengan tindakan reseksi dan anastomosis, berdasarkan pengkajian post operasi yaitu pasien post operasi reseksi dan anastomosis dengan anestesi umum dan suhu 35,8° C. Saat hari pertama dirungan terdapat data ibu An.

A mengatakan anaknya telah dilakukan operasi satu hari yang lalu, anaknya menangis dan rewel pada saat dilakukan perawatan luka dan ganti *verban*, mengeluh jika perut anaknya kembung, anaknya masih puasa dan belum boleh makan apapun, saat dilakukan pengukuran skala nyeri dengan FLACC didapatkan skor 6. Berdasarkan data penunjang diatas didapatkan diagnosa resiko hipotermi perioperatif, nyeri akut dan resiko infeksi diagnosa tersebut sesuai dengan teori. Intervensi keperawatan diagnosa resiko hipotermi perioperatif adalah manajemen hipotermi dan pemberian selimut tebal. Diagnosa nyeri akut adalah manajemen nyeri dan manajemen nyeri dan dikstraksi audiovisual filmkartun. Diagnosa resiko infeksi adalah perawatan luka serta melakukan pemasangan NGT seuai SOP rumah sakit. Implementasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Evaluasi: diagnosa pertama termogulasi membaik; diagnosa kedua ibu An. A mengatakan anaknya akan mulai diam ketika melihat kartun yang disukainya dan mulai sedikit paham tentang tanda infeksi yang dijelaskan; diagnosa ketiga luka bersih dan tidak ada tanda infeksi. Implementasi dan evaluasi dilanjutkan sampai pasien pulang.

B. Saran

Berdasarkan kasus yang diambil penulis asuhan keperawatan perioperatif pasien atresia ani dengan tindakan reseksi dan anastomosis di RSUD Dr. H Abdul Moeloek menyarankan kepada:

1. Bagi rumah sakit

a. Pre Operasi

Diharapkan perawat mampu memvalidasi data subjektif maupun objektif yang diperoleh dari sumber primer (klien) maupun sekunder. Perawat lebih memperhatikan kepada pasien terkait dengan istirahat dan tidur pasien yang sering dialami pada pasien anak pre operasi dengan memberi ketentuan-ketentuan yang tegas terhadap kunjungan keluarga serta memotivasi keluarga dengan pasien anak-anak untuk

melakukan tindakan untuk menimalkan masalah yang ada salah satunya dengan pijat maupun pengaturan posisi anak.

b. Intra Operasi

Diharapkan perawat mampu memvalidasi data subjektif maupun objektif yang diperoleh dari sumber primer (klien) maupun sekunder (observasi, catatan medik, catatan keperawatan, dan pemeriksaan fisik). Perawat lebih memperhatikan kondisi pasien pada saat pelaksanaan operasi agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut seperti resiko pendarahan, resiko hipotermi dan resiko cedera. Serta melakukan pemantauan tanda-tanda vital secara berkala dilakukan secara maksimal.

c. Post Operasi

Diharapkan perawat mampu memvalidasi data subjektif maupun objektif yang diperoleh dari sumber primer (klien) maupun sekunder (observasi, catatan medik, catatan keperawatan, dan pemeriksaan fisik). Dari data yang ditemukan, masalah yang ditemukan khususnya di ruang bedah belum menyediakan sarana dan prasarana yang memadai, seperti memperbanyak selimut tebal agar kejadian hipotermia pada pasien berkurang, sehingga komplikasi hipotermia post operasi dapat terdeteksi lebih awal.

2. Program Profesi Ners Poltekkes Tanjung Karang

a. Pre operasi

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat menjadi masukan dan informasi dalam menerapkan asuhan keperawatan perioperatif yang komprehensif dalam memberikan intervensi keperawatan berdasarkan standar PPNI maupun intervensi berdasarkan penelitian terkait sehingga evaluasi dapat dipantau dengan menggunakan SOAP yang sesuai pada fase pre operasi.

b. Intra operasi

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat menjadi masukan dan informasi dalam menerapkan asuhan keperawatan perioperatif yang

kompeherensif dalam memberikan intervensi keperawatan berdasarkan standar PPNI maupun intervensi berdasarkan penelitian terkait pada fase intra operasi sehingga evaluasi dapat dipantau dengan menggunakan SOAP yang sesuai.

c. Post operasi

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat menjadi masukan dan informasi dalam menerapkan asuhan keperawatan perioperatif yang kompeherensif pada fase post operasi dalam memberikan intervensi keperawatan berdasarkan standar PPNI maupun intervensi berdasarkan penelitian terkait sehingga evaluasi dapat dipantau dengan menggunakan SOAP yang sesuai.