

BAB V

KESIMPULAN

A. Simpulan

Laporan Tugas Akhir ini memberikan gambaran tentang bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *urolithiasis* pada Tn. A di dengan masalah nyeri akut di Ruang Bedah RS Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 15-16 November 2021 dari mulai pengkajian hingga evaluasi:

1. Pengkajian

Hasil pemeriksaan pada Tn. A didapatkan sebagai berikut : klien mengeluh nyeri pada pinggang, skala nyeri 7(0-10) sejak 3 hari yang lalu, klien mengeluh sulit tidur BAK sejak 3 hari yang lalu, nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien menjerit kesakitan, klien mengeluh merasa penuh pada kandung kemih, klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, klien mengatakan kecemasan terhadap prosedur pembedahan, tampak meringis, tampak gelisah, nafsu makan berubah, tampak tegang tampak pucat, TD : 130/80mmHg, nadi : 84 x/menit, pernapasan : 22 x/menit, suhu 37°C, SPO₂ : 96%.

2. Diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian penulis meningkatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisiologis (inflamasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada pinggang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengeluh menjerit kesakitan, klien tampak

meringis, klien tampak gelisah, sulit tidur(4-5 jam), skala nyeri 7, tidak nafsu makan, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 84x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 37°C, SPO₂: 96%

- b. Restensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra ditandai dengan klien mengeluh sulit BAK, klien mengeluh sensasi penuh pada kandung kemih, disuria.
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan kecemasannya terhadap prosedur pembedahan, klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapinya, klien mengeluh tidak nafsu makan, klien tampak gelisah, klien tampak tegang, sulit tidur(4-5 jam), klien tampak pucat.

3. Perencanaan

Pada saat melakukan asuhan keperawatan penulis membuat rencana keperawatan sesuai standar berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Rencana asuhan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana dan prasarana yang tersedia dirumah sakit. Rencana yang muncul sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisiologis (inflamasi)
 SLKI : Tingkat nyeri (L.08066)
 SIKI : Manajemen nyeri (I.08238)

- b. Restensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra

SLKI : Eliminasi urine (L.04034)

SIKI : Kateterisasi (I.04148)

- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparinformasi

SLKI : Tingkat ansietas (L.09093)

SIKI : Reduksi ansietas (I.09314)

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien *urolithiasis* terdiri dari tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri yang dilakukan adalah : Memeriksa Tanda – tanda vital (mengukur tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, SPO₂), mengkaji lokasi nyeri (menyakan daerah yang dirasakan nyeri), mengkaji skala nyeri (menanyakan berapa skala nyeri yg dirasakan (skala neumerik (0-10)), mengkaji faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (perawat perlu mengkaji faktor-faktor yang memperberat nyeri klien misalnya peningkatan aktivitas, perubahan suhu, stres yang lain nya. Sehingga demikian perawat dapat memberikan tindakan yang yang tepat untuk menghindari peningkatan respon nyeri pada klien), mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Caranya duduk dengan posisi nyaman, tarik nafas dari hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan nafas dari mulut, memfasilitasi istirahat dan tidur (membuat klien nyaman dan rileks), menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri (memberikan informasi terkait nyeri), menyiapkan peralatan, bahan-bahan dan ruang tindakan, menyiapkan pasien, memakai sarung

tangan, membersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCl / aquades, melakukan insersi kateter urine dengan menerapkan teknik aseptik, menyambungkan kateter urin *bag* mengisi balon dengan NaCl 0,9%, fiksasi selang, memberikan label waktu pemasangan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urin. Mengkaji saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), memahami situasi yang membuat ansietas, mengajarkan teknik relaksasi, kolaborasi pemberian obat antiansietas.

Tindakan kolaborasi yang diberikan yaitu : memberikan cairan RL 20 tetes permenit IV, amikaci 50mg/24jam oral, gemfibrozil 300mg/24jam oral, asam folat 1mg/24jam oral, Bic natrium 500mg/8jam oral, simvastatin 10mg/24jam oral.

5. Evaluasi

Evaluasi terhadap Tn. A dengan *urolithiasis* setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari, kedua diagnosis teratasi sebagian yaitu diagnosis keperawatan nyeri akut dan ansietas sehingga dilanjutkan intervensi manajemen nyeri dan reduksi ansietas. Diagnosis keperawatan retensi urine teratasi sehingga hentikan intervensi.

B. Saran

1. Bagi RSUD Mayjend HM Ryacudu

Diharapkan untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan, khusus diruang bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi terutama mengenai fasilitas fisik yang digunakan untuk pengecekan tanda-tanda vital pasien sering eror saat digunakan, pada pelaksanaan tindakan keperawatan agar lebih sesuai dengan Standar Oprasional Prosedur (SOP).

2. Bagi Prodi Keperawatan Kotabumi

Diharapkan institusi dapat memfasilitasi buku-buku dengan edisi terbaru terutama buku asuhan keperawatan terhadap pasien *urolithiasis*, agar mempermudah mahasiswa dalam proses mencari referensi untuk penulisan Laporan Tugas Akhir.

3. Bagi Penulis

Dari hasil study kasus ini, penulis memilpiki kekurangan dalam keperawatan dipengkajian. Untuk itu diharapkan bagi penulis berikutnya lebih belajar lagi dalam memberikan asuhan keperawatan kasus *urolithiasis* terutama pada saat pengkajian untuk menentukan rencana keperawatan yang tepat pada klien. Dan selalu berpedoman pada Standar Operasional Prosedur (SOP) pada setiap pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan.