

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

##### **1. Pre operasi**

Dalam kasus ini masalah keperawatan yang ditemukan pada fase pre operasi saat di ruang rawat adalah Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan didukung oleh Diagnosa ini didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tidak bisa menelan makanan, mual dan muntah jika diberi makanan serta data objektif berupa pasien tampak meringis dan gelisah serta berkeringat (diaforesis). Tidak nafsu makan. TD: 140/80mmHg, N: 105X/menit, RR: 18X/menit, T: 37,0°C. Setelah dilakukan tindakan manajemen nyeri yang meliputi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam), mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian sehingga dilakukan rencana tindak lanjut monitor skala nyeri, anjurkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) dan kolaborasi pemberian analgetik.

Masalah keperawatan yang ditemukan saat pre operasi di ruang OK adalah ansietas b.d krisis situasional ditandai dengan meningkatnya nilai TTV dan skor ZSAS pada tingkat sedang yaitu dengan nilai 45. Setelah diberikan tindakan reduksi ansietas untuk menurunkan tingkat ansietas yang meliputi: mengidentifikasi ansietas pasien, memonitor tanda dan gejala ansietas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dan melatih teknik relaksasi nafas dalam, masalah teratasi sebagian, ditandai dengan keluhan cemas berkurang, pasien tampak lebih tenang dan rileks, skor kecemasan 35 dengan tingkat kecemasan ringan diukur

dengan alat ukur kecemasan *Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)* sehingga di lakukan rencana tindak lanjut motivasi pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri, anjurkan keluarga menemani pasien.

## 2. Intra operasi

Dalam kasus ini masalah keperawatan yang ditemukan pada fase intra operasi adalah resiko cedera b.d pengaturan posisi bedah yang didukung beberapa data yaitu, posisi pasien prone, tubuh pasien di fiksasi dengan meja operasi menggunakan plaster, terpasang elektroda penetral, jenis anestesi : general anestesi, durasi operasi 2 jam 30 menit. Setelah di lakukan tindakan manajemen kesehatan lingkungan meliputi: mengidentifikasi kebutuhan keselamatan, memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya risiko (menstabilkan meja operasi), menggunakan perangkat pelindung (meletakkan elektroda penetral, melakukan fiksasi pada tubuh pasien dengan meja operasi menggunakan plaster), masalah keperawatan risiko cedera teratasi sehingga di lakukan rencana tindak lanjut stabilkan tempat tidur saat memindahkan pasien.

## 3. Post operasi

Dalam kasus ini masalah keperawatan yang ditemukan pada post operasi adalah resiko hipotermia perioperatif b.d prosedur pembedahan yang didukung beberapa data yaitu: kulit teraba dingin, pasien tampak menggigil, wajah tampak pucat. TTV pasien saat di ruang pemulihan TD : 120/80 mmHg, T : 36,5 °C, RR : 18 X/menit, HR : 88 X/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, suhu kamar operasi : 22 °C, durasi operasi 2 jam 30 menit dengan general anestesi. Setelah di lakukan tindakan manajemen hipotermia yang meliputi: memonitor suhu tubuh, memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia, menyediakan lingkungan yang hangat (mengatur suhu ruangan), melakukan penghangatan aktif eksternal (memberi selimut penghangat), masalah keperawatan resiko hipotermia perioperatif teratasi yang ditandai dengan suhu tubuh klien dalam rentang normal (37,8°C) sehingga di lakukan rencana tindak lanjut monitor suhu tubuh, sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan), lakukan penghangatan aktif eksternal (beri selimut penghangat).

Masalah keperawatan saat di ruang perawatan adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang didukung beberapa data yaitu: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti menusuk-nusuk (nyeri tajam), pasien mengatakan nyeri bertambah berat jika pasien bergerak dan berkurang jika pasien diberi obat, nyeri dirasakan hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien terlihat gelisah, skala nyeri : 5, TD : 120/ 80 mmHg, N : 90 X/menit, T : 36,9°C, RR : 18 X/menit. Setelah di lakukan tindakan manajemen nyeri yang meliputi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, menganjurkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam), mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, berkolaborasi dalam pemberian analgetik. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian sehingga di lakukan rencana tindak lanjut monitor skala nyeri, anjurkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) dan kolaborasi pemberian analgetik.

## **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 institusi**

Diharapkan agar mempertahankan mutu pembelajaran yang bermutu tinggi terutama dalam bidang keperawatan perioperatif, dan diharapkan hasil laporan tugas akhir ini dapat memperkaya literatur perpustakaan.