

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pre Operasi :

Pada pre operasi, data pengkajian didapatkan pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi karena baru pertama kali menjalani operasi. Pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi. Pasien merasa jantung berdebar-debar. Wajah tampak tegang dan gelisah. Hasil Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit. Diagnosa yang diangkat pada preoperasi adalah ansietas b.d krisis situasional (pre-operasi laparatomi). Intervensi yang telah ditentukan tidak semua dilakukan dikarenakan terbatasnya waktu dan yang hanya diimplementasikan yaitu 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, melatih teknik relaksasi napas dalam. Evaluasi dari diagnosa yang muncul untuk pre operasi dengan diagnosa keperawatan ansietas teratasi karena pasien tampak tenang dan mengerti tindakan operasi yang akan dijalani. Kemudian data yang lain pada saat di ruang perawatan dan ruang persiapan operasi, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 3 (0-10) dengan *Visual Analog Scale* (VAS). Nyeri terasa hilang timbul. Nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat.pasien juga mengatakan sulit tidur dan hasil leukosit : 12.800 mm<sup>3</sup> sehingga muncul diagnosis keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (proses infeksi). Intervensi yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik

secara tepat, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*. Evaluasi dari diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis adalah pasien mengatakan nyeri berkurang dan data objektifnya yaitu Tampak gelisah berkurang, TD: 110/80 mmHg, Frekuensi nadi: 80x/menit, Frekuensi napas: 20x/menit, skala nyeri 1 dengan VAS ( *Visual Analog Scale* ).

## 2. Intra Operasi :

Pada saat intra operasi data pengkajian yaitu Insisi  $\pm$  20-25cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis, perdarahan  $\pm$  100 ml, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit spO<sub>2</sub>: 99%, Balance cairan 80 cc. Dari hasil pengkajian, diagnosa intra operasi yang ditemukan yaitu resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu: monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda vital dan CRT (*Capillary Refill Time*), gunakan ESU (*Electrosurgical Unit*) untuk koagulasi, kolaborasi dalam pemberian terapi cairan dan pemberian tranfusi darah. Intervensi diatas dilakukan untuk menghindari terjadinya perdarahan yang terjadi pada pasien. Implementasi tindakan dilaksanakan secara observasi, monitor, edukasi dan kolaborasi sehingga tujuan rencana tindakan tercapai dan dilaksanakan sesuai rencana. Evaluasi dari diagnosa intra operasi adalah perdarahan tidak terjadi, sehingga intervensi dihentikan.

Kemudian data lain yang ditemukan pada saat intra operasi adalah Pemajanan instrument bedah. Pemajanan jarum & bisturi. Insisi  $\pm$  20-25 cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis. Penggunaan pen cutter. Peletakan plate diatermi dan Pemindahan pasien dengan brankar dari meja operasi ke ruang RR/PACU. Diagnosis selanjutnya pada saat intra operasi adalah resiko cedera berhubungan dengan pemajanan peralatan. Rencana keperawatan yang ditetapkan mengidentifikasi kebutuhan keselamatan (tali pengaman pada meja operasi, pasien monitor, suction), meletakan plate diatermi sesuai

prosedur, penggunaan ESU (*Electrosurgical Unit*) untuk koagulasi, menggunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar) dan mencatat jumlah pemakaian BHP (Bahan Habis Pakai) dan alat sebelum dan sesudah tindakan sehingga resiko cedera tambahan tidak terjadi.

### 3. Post Operasi

Pada post operasi didapatkan hasil pengkajian bahwa pasien pindah ke Recovery Room Jam: 09:35 WIB, keluhan saat di RR (*Recovery Room*) /PACU (*Post Anesthesia Care Unit*) : Pasien mengatakan badan terasa dingin. Pasien tampak menggigil. Akral teraba dingin. Airway: tidak terdengar suara napas tambahan, tidak terpasang OPA, Breathing: napas spontan, RR: 20 x/menit, pasien diberikan Oksigen dengan nasal kanul 3L/menit, Sirkulasi: SpO<sub>2</sub> 99%, tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 70x/menit, suhu: 34,8 C. Diagnosis post operasi yang diangkat pada saat di RR/PACU adalah hipotermia berhubungan dengan efek pemajanan suhu rendah dalam jangka lama. Rencana keperawatan yang telah ditetapkan tidak semua dilakukan karena terbatasnya waktu yang diberikan dan sesuai dengan keadaan pasien, sehingga yang hanya diimplementasikan yaitu memonitor suhu tubuh, memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin), menyediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan), dan melakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal). Evaluasi hypotermia perioperatif teratasi dengan kriteria termoregulasi membaik. Dengan kriteria: Keluhan menggigil berkurang, Suhu tubuh dari 34,8° C menjadi 35,9° C.

Kemudian pada saat diruang perawatan (R.Bedah / RPU) pada tanggal 05-03-2022 pukul 08:00. Pasien tampak merintih kesakitan. Pasien tampak menyentuh area sekitar luka operasi. Nyeri skala 5 dengan alat ukur nyeri VAS (*Visual Analog Scale* ). Diagnosis yang diangkat pada post operasi adalah nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Prosedur Operasi). Rencana keperawatan yang telah ditetapkan tidak semua dilakukan karena terbatasnya waktu yang diberikan dan sesuai dengan keadaan pasien, sehingga yang hanya diimplementasikan yaitu

mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal, memonitor tanda vital, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Evaluasi diagnosa nyeri post operatif nyeri berkurang dan teratasi sebagian. Skala nyeri 5 menjadi 4 dengan alat ukur VAS ( *Visual Analog Scale* ). Sehingga adanya planing yaitu ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik : Inj. Keterolac 1 Amp / 12 Jam (Drip Infus)

## **B. Saran**

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

Diharapkan pihak Rumah Sakit Bhayangkara Bandar Lampung dapat meningkatkan dan memfasilitasi kinerja tenaga kesehatan khususnya perawat dalam pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif mulai saat pre operasi, intra operasi, maupun post operasi. Dan juga diharapkan pihak rumah sakit menambahkan beberapa media untuk mengurangi kecemasan pra operasi di ruang persiapan operasi seperti leaflet, aromaterapi, ataupun musik.

### **b. Bagi Perawat**

1. Diharapkan bagi perawat dapat terus mengembangkan pengetahuan dan kompetensinya dalam melakukan asuhan keperawatan perioperatif pada pasien peritonitis dengan tindakan operasi laparotomi sesuai dengan Standar Diagnosis pada buku SDKI, SLKI, dan SIKI.
2. Diharapkan bagi perawat dapat mengatasi masalah pada pasien dengan peritonitis saat pre operasi misalnya ansietas dan post operasi misalnya nyeri dengan melakukan strategi meredakan nyeri dan juga kecemasan misalnya dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi.

**c. Bagi Mahasiswa**

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan peritonitis. Dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai penyakit peritonitis dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

**d. Bagi Institusi POLTEKKES Tanjungkarang**

Diharapkan agar terus mempertahankan mutu pembelajaran yang bermutu tinggi terutama dalam bidang keperawatan perioperatif, dan diharapkan hasil laporan tugas akhir ini dapat memperkaya literatur perpustakaan. Dan perpustakaan hendaknya memperbanyak bahan bacaan dalam bidang keperawatan perioperatif, khususnya bedah digestif yang tersedia dalam bentuk buku atau *e-book* yang dapat dibaca melalui website institusi . Serta diharapkan peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien secara komprehensif.

