

BAB V

KESIMPULAN

A. KESIMPULAN

1. Hasil pengkajian pre operasi didapat bahwa Ny S mengatakan merasa takut dikarenakan baru pertama kali melakukan operasi, pasien mengatakan takut dengan apa yang akan ia rasakan setelah operasi, pasien mengatakan juga takut dengan kegagalan operasi, pasien tampak tegang dan gelisah, pasien tampak bertanya tentang efek dari operasi yang akan ia rasakan setelahnya, pasien tampak merubah posisi dan juga hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien tinggi yaitu TD: 170/100 mmHg, nadi: 91 x/m dan pernapasan: 22x/m. Sehingga diangkat diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah: monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), monitor tanda-tanda vital, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, jelaskan bersama perawat ruangan tentang efek yang akan dialami setelah operasi, latih teknik relaksasi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Implementasi yang dilakukan adalah: menjelaskan bersama dengan tim medis lainnya tentang sensasi dan efek dari prosedur pembedahan yang mungkin dirasakan, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, mengevaluasi teknik relaksasi napas dalam, mengajarkan berdoa dan berzikir untuk mengurangi kecemasan, mengunjungi pasien untuk mengevaluasi keadaan pasien, melakukan pengukuran tanda-tanda vital: nadi, pernapasan dan tekanan darah. Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan pasien mengatakan rasa takut berkurang setelah diberikan penjelasan mengenai sensasi dan efek dari operasi yang akan dilakukan, pasien mengatakan sedikit lebih tenang setelah melakukan relaksasi napas dalam, pasien mengatakan lebih tenang

setelah berdoa dan berdzikir, pasien mengatakan sudah merasa siap dan pasrah akan menjalani operasi.

2. Hasil pengkajian intra operasi didapatkan bahwa dilakukan tindakan debridement dan sequestrectomy, dilakukan insisi pada pedis dextra ± 5 cm, pasien terpasang cairan infus RL 26 tpm, akral teraba dingin, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah: 160/90 mmHg, nadi 92 x/m, pernapasan 22x/m dan suhu 35,9°C. Sehingga diangkat diagnosa keperawatan risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan suhu), gunakan *electro surgery* (esu) sebagai koagulasi, kolaborasi pemberian terapi cairan. Implementasi yang dilakukan melakukan monitor tanda dan gejala perdarahan, menggunakan esu untuk proses koagulasi, melakukan kolaborasi dalam pemberian cairan, memonitor tanda-tanda vital. Dengan hasil evaluasi pasien tampak mengalami perdarahan ± 50 cc, dilakukan penghentian perdarahan (koagulasi) dengan ESU, pasien terpasang infus RL 26 tpm, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 130/90 mm Hg, RR : 22 x/m, N :92 x/m, Suhu : 35,9 °C, SpO₂ : 98%.
3. Hasil pengkajian post operasi didapat bahwa Ny S mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil; akral teraba dingin, suhu tubuh 35,9°C dan suhu ruangan 22 °C. Diagnosa keperawatan post operasi yang ditemukan pada Ny S adalah risiko hipotermia berhubungan dengan suhu lingkungan rendah. Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah: monitor suhu tubuh, monitor tanda dan gejala akibat hipotermia, sediakan lingkungan yang hangat, lakukan penghangatan pasif, lakukan penghangatan aktif internal. Implementasi yang dilakukan memberikan lingkungan hangat (mengatur suhu ruangan), melakukan penghangatan pasif dengan memberikan selimut tebal, memeriksa tanda- tanda hipotermi

(menggigil), mengukur tanda vital. Hasil evaluasi dari implementasi yang dilakukan adalah pasien mengatakan badannya terasa lebih hangat setelah menggunakan selimut, pasien terpasang selimut tebal, akril terasa hangat, Pasien tidak tampak menggigil, suhu ruangan 24 °C, tanda-tanda vital: nadi 80x/m, suhu 36,3 °C.

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.