

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Asuhan keperawatan pada kedua subjek asuhan dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri akut) pada pasien post operasi *nefrolitiasis* dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Hasil dari pengkajian kedua pasien di Ruang Bedah Umum RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro yaitu pasien 1 (Tn.K) dan pasien 2 (Tn.N) bahwa kedua pasien mempunyai keluhan utama yang sama berupa nyeri dibagian luka post operasi hari pertama ketika melakukan gerakan.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Masalah keperawatan pada pasien 1 (Tn.K) dan pasien 2 (Tn.N) adalah sama yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (nyeri).

##### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan pada kedua pasien dibuat berdasarkan dari (Standar intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, 2018) dengan rencana keperawatan komprehensif dan memfokuskan pada tiga masalah keperawatan nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan yaitu pada diagnosa keperawatan nyeri akut intervensi keperawatan yang digunakan adalah manajemen nyeri, dan pemantauan nyeri, untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensinya adalah dukungan mobilisasi, dan edukasi latihan fisik, untuk diagnosa gangguan pola tidur intervensinya adalah dukungan tidur dan terapi relaksasi.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan diagnosa utama nyeri akut penulis melakukan tindakan implementasi seperti mengidentifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian obat sesuai dosis dokter ketorolac 1 amp 30 mg/12 jam (IV) untuk meredakan nyeri, ceftriaxone 1 gr/12jam antibiotik infeksi bakteri (IV). Diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik penulis melakukan tindakan implementasi berupa, menjelaskan tujuan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti miring kanan dan miring kiri, mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan penuhi kebutuhan ADL (Aktivitas naik turun dari tempat tidur atau kursi). Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur penulis melakukan implementasi berupa berdiskusi dengan pasien tentang pola tidur, edukasi manfaat tidur cukup selama sakit, dan mengajarkan relaksasi berzikir sebelum tidur agar rileks

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Hasil evaluasi pada subyek asuhan yaitu pasien 1 (Tn.N) diagnosa nyeri akut didapatkan hasil evaluasi manajemen nyeri menurun yaitu pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri saat bergerak lebih, pasien mengatakan setelah diberikan obat rasa nyeri terasa berkurang, skala nyeri 2 dan pasien terlihat lebih membaik dari sebelumnya. Diagnosa gangguan mobilitas fisik pasien mengatakan, pasien mengatakan aktivitas sudah bisa dilakukan sendiri namun perlu dibantu oleh keluarga. Diagnosa gangguan pola tidur pasien mengatakan pola tidur sudah membaik, frekuensi tidur sudah membaik dari jam 21.00-05.00 WIB, pasien terlihat segar dan tidak mengantuk. Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5°C, Spo2: 98%.

Hasil evaluasi pada subyek asuhan yaitu pasien 2 (Tn.N) diagnosa nyeri akut didapatkan hasil evaluasi manajemen nyeri menurun yaitu nyeri sudah berkurang dan masih terasa jika melakukan banyak gerakan, skala nyeri yang awalnya 5 menurun menjadi 1, pasien sudah bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam. Diagnosa gangguan mobilitas fisik pasien mengatakan rasa cemas saat akan melakukan gerakan sudah berkurang, sudah bisa berpindah posisi dari berbaring menjadi duduk di tempat tidur secara perlahan. Diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur tanda-tanda vital pasien membaik tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,4°C. Pasien tidur dengan nyaman dan tidak terbangun pada malam hari, frekuensi tidur klien 7 jam yaitu pukul 22.00-05.00 WIB.

## **B. Saran**

Beberapa rekomendasi dari hasil pengumpulan data ini diuraikan sebagai berikut:

### **1. Bagi Rumah Sakit Jenderal Ahmad Yani Kota Metro**

Bagi rumah sakit agar dapat meningkatkan penanganan pasien ginjal terutama kerja sama dengan semua tenaga kesehatan dalam hal edukasi untuk pasien serta keluarga mengenai pola hidup dan pola kebiasaan yang sehat.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan Prodi D-III Keperawatan**

Institusi diharapkan dapat menyediakan informasi dan referensi yang lengkap dan terbaru di perpustakaan khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan medical bedah terutama dengan masalah ginjal dengan gangguan rasa nyaman (nyeri akut) yang lebih lengkap dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

### **3. Bagi Penulis Selanjutnya**

Bagi penulis selanjutnya hasil pengumpulan data ini dapat dipergunakan sebagai bahan bacaan tentang asuhan keperawatan mengenai kasus *Post Operasi Nefrolitiasis*, diharapkan dapat melengkapi yang belum dibahas dalam laporan tugas akhir ini dan dapat menambah wawasan baru bagi pembaca.