

BAB V

PENUTUP

V.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab empat proses keperawatan pada Ny. U dapat disimpulkan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Penulis telah melakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari 2020 terhadap Ny. U di ruang Lavender RSUD Pasar Minggu berdasarkan data subjektif yaitu Ny. U mengatakan nyeri setelah operasi, Ny. U mengatakan nyerinya seperti teriris-iris, Ny. U mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi, Ny. U mengatakan waktu nyerinya semakin bertambah setelah efek obat bius berkurang, klien mengatakan skala nyeri: 5 (1-10), Ny. U mengatakan takut jahitannya robek, Ny. U mengatakan tidak mengerti cara menjaga verbannya, Ny. U mengatakan belum bisa duduk, Ny. U mengatakan aktivitasnya harus dibantu, Ny. U mengatakan tidak nyaman. Berdasarkan data objektif yaitu keadaan Ny. U tampak baik, kesadaran Ny. U Compos Mentis, TTV dengan hasil TD: 110/70, nadi: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, suhu: 36,5°C, Ny. U tampak meringis kesakitan, klien tampak memegang area sekitar nyeri, klien tampak terdapat verban bekas operasi, klien tampak meringis kesakitan, klien tampak tidak terdapat kemerahan pada bekas luka, klien tampak tidak terjadi pembengkakan pada bekas luka, klien tampak tidak terjadi mengalami panas atau kenaikan suhu tubuh, klien tampak tidak terjadi gangguan atau perubahan fungsi akibat bekas luka, Ny. U tampak kesulitan melakukan aktivitas, Ny. U tampak harus dibantu aktivitasnya, Kekuatan otot ekstremitas atas klien tampak 5555/5555 dan ekstremitas bawah 3333/3333.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan keadaan yang ada pada klien, diagnosa utama yang didapatkan adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri setelah operasi, klien mengatakan nyerinya seperti teriris-iris, klien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi, klien mengatakan waktu nyerinya semakin bertambah setelah efek obat bius berkurang, klien mengatakan skala nyeri: 5 (1-10). Sedangkan hasil data objektif : TTV= TD: 110/70 mmHg, N: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 36,5°C, klien tampak meringis kesakitan, klien tampak berfokus pada daerah nyeri. Setelah disesuaikan, diagnosa ini sesuai untuk menjadi prioritas dalam masalah keperawatan yang dialami klien. Lalu diagnosa kedua didapatkan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri setelah operasi, Ny. U mengatakan takut jahitannya robek, Ny. U mengatakan tidak mengerti cara menjaga verbannya. Sedangkan data objektif : klien tampak terdapat verban bekas operasi, klien tampak meringis kesakitan, klien tampak tidak terdapat kemerahan pada bekas luka, klien tampak tidak terjadi pembengkakan pada bekas luka, klien tampak tidak terjadi mengalami panas atau kenaikan suhu tubuh, klien tampak tidak terjadi gangguan atau perubahan fungsi akibat bekas luka. Lalu diagnosa ketiga yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan data subjektif : Ny. U mengatakan belum bisa duduk, Ny. U mengatakan aktivitasnya harus dibantu, Ny. U mengatakan tidak nyaman. Sedangkan data objektif : Ny. U tampak kesulitan melakukan aktivitas, Ny. U tampak harus dibantu aktivitasnya, Kekuatan otot ekstremitas atas klien tampak 5555/5555 dan ekstremitas bawah 3333/3333.

c. Intervensi keperawatan

Setelah didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada Ny. U maka tahap selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa pertama adalah lakukan pengkajian nyeri komprehensif, tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien,

kurangi faktor-faktor yang dapat mengurangi atau menceus nyeri, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi, ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri. Lalu untuk diagnosa kedua yaitu Ajarkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat, cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien, ajarkan klien melakukan perawatan luka, dorong intake cairan yang tepat, berikan antibiotik yang sesuai. Lalu untuk rencana diagnosa ketiga adalah posisikan kesejajaran tubuh yang tepat, bantu pasien untuk mengatur posisi tubuh yang sesuai, bantu klien untuk melakukan pergerakan yang sesuai, latih pasien melakukan pergerakan secara mandiri.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi yang penulis lakukan sesuai masalah yang ada meliputi melakukan pengkajian nyeri komprehensif, menentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien, mengurangi faktor-faktor yang dapat mengurangi atau menceus nyeri, mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi, mengajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri. Lalu untuk diagnosa kedua yaitu Mengajarkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat, mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien, mengajarkan klien melakukan perawatan luka, mendorong intake cairan yang tepat, memberikan antibiotik yang sesuai. Lalu untuk implementasi diagnosa ketiga adalah memposisikan kesejajaran tubuh yang tepat, membantu pasien untuk mengatur posisi tubuh yang sesuai, membantu klien untuk melakukan pergerakan yang sesuai, melatih pasien melakukan pergerakan secara mandiri.

e. Evaluasi

Pada kasus Ny. U di ruang lavender RSUD Pasar Minggu yang telah ditetapkan dan telah dilaksanakan asuhan keperawatannya selama 3x24 jam, dapat ditentukan bahwa evaluasi selama tiga hari tersebut berdasarkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada Ny. U

teratasi seluruhnya dengan tujuan yang tercapai. Ny. U pulang ke rumah pada tanggal 19 Februari 2020. Perawat melakukan edukasi untuk Ny. U selama di rumahnya dengan cara menjaga verbannya agar tidak basah, memakan makanan yang tinggi protein seperti putih telur, tempe, dan ayam. Ny. U juga harus mengingat jadwal minum obat pulangnya.

V.2 Saran

Berdasarkan hasil pengkajian sampai tahap evaluasi, asuhan keperawatan pada Ny. U maka penulis memberikan saran-saran yang nantinya dapat bermanfaat yaitu sebagai berikut :

a. Bagi Suami Klien

Mampu mencegah timbulnya gejala dan komplikasi akibat perawatan luka yang tidak sesuai serta melakukan pemeriksaan verban satu minggu setelah pulang dari rumah sakit.

b. Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga lebih memperhatikan tentang pentingnya melakukan perawatan luka pada Ny. U sehingga timbulnya gejala dan komplikasi yang terjadi pada Ny. U dapat segera ditangani.

c. Bagi Masyarakat

Lebih peduli akan kondisi kesehatan reproduksi terutama pada wanita-wanita dengan mengurangi perilaku yang berisiko dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit untuk mengecek atau mendapatkan pendidikan kesehatan.

d. Bagi Mahasiswa/perawat

- 1) Diharapkan mahasiswa/perawat dapat meningkatkan pengetahuan yang didapat selama perkuliahan maupun di lahan praktik tentang asuhan keperawatan pada post miomektomi atas indikasi mioma uteri.
- 2) Diharapkan para mahasiswa/perawat dapat meningkatkan asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan landasan teori dalam
- 3) Memberikan pelayanan pada post miomektomi atas indikasi mioma uteri.

e. Bagi Institusi

- 1) Institusi pendidikan harus mendukung atau memfasilitasi setiap tindakan yang akan dilakukan oleh mahasiswa di lapangan seperti materi yang akan disampaikan sesuai sumber-sumber buku untuk melengkapi, menyediakan lebih banyak referensi untuk menunjang kebutuhan dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan.
- 2) Dengan telah disusunnya karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan keefektifan dalam belajar, pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mahasiswa dalam menerapkan atau mengaplikasikan studi yang telah didapat.