

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.A dengan penyakit ITP diruang RPD A RSUD Jend.Ahmad Yani Kota Metro dapat disimpulkan sebagai berikut:

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

Pengkajian didapatkan data pasien dengan diagnosa medis *Idiopathic thrombocytopenic purpura* (ITP) dengan keluhan utama perdarahan digusi selama 2 hari. Pengkajian pasien mengeluh lemas dan pucat. Didapatkan hasil pengukuran TTV: TD 90/80mmHg, RR 20x/menit, Nadi 86x/menit, Suhu 37,5°C, saat dilakukan pemeriksaan fisik, pasien tampak lemah, wajah pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan tampak bintik-bintik kemerahan di area wajah, tangan dan kaki, tidak dapat melakukan aktivitas sehari –hari seperti berpindah posisi tidur dan kembali dari toilet, nafsu makan menurun hanya menghabiskan 1/3-1/4 porsi, berat badan sebelum sakit 48kg saat sakit menjadi 45kg IMT 18,7. Dari hasil pemeriksaan laboratorium, diketahui Hb 6,9 g/dl, Trombosit 70.000/ul.

##### **2. Diagnosis keperawatan**

Setelah data terkumpul, didapatkan diagnosis keperawatan yaitu, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan kadar hemoglobin, intoleransi aktivitas b.d kelemahan dan resiko defisit nutrisi b.d Faktor psikologis ditandai dengan keengganan untuk makan dibuktikan dengan perdarahan digusi.

##### **3. Rencana Keperawatan**

Rencana keperawatan yang diberikan pada pasien berfokus pada satu masalah yaitu perfusi perifer tidak efektif. Tujuan diberikannya rencana keperawatan kepada subyek asuhan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi, dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, denyut nadi perifer meningkat,

turgor kulit elastis, Hb normal, CRT membaik, perdarahan digusi berkurang. Intervensi yang diberikan yaitu, periksa sirkulasi perifer (cek pengisian kapiler) hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, pantau tanda- tanda vital, edukasi diet, pemberian obat, informasi tanda dan gejala darurat (mis. Sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka yang tidak sembuh, hilangnya rasa) dan intervensi pendukung perfusi perifer tidak efektif adalah edukasi diet pasien dan pemantauan hasil laboratuirum.

Intervensi yang kedua yaitu: intoleransi aktivitas tujuan dilakukan rencana keperawatan kepada subyek asuhan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil frekuensi nadi dalam batas normal, keluhan lemah menurun, adanya peningkatan aktivitas selama di rs (ke toilet, miring kanan dan kiri). Intervensi utama yang diberikan yaitu, manajemen energi, indentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengalami kelelahan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, anjurkan aktivitas secara bertahap dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan dan intervensi pendukung intoleransi aktivitas adalah terapi aktivitas dan dukukung kepatuhan program pengobatan.

Intervensi ketiga yaitu: resiko defisit nutrisi tujuan dilakukan rencana keperawatan kepada subyek asuhan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Intervensi utama yang diberikan yaitu, manajemen nutrisi, identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, berikan makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan diet yang diprogramkan dan intervensi pendukung adalah edukasi berat badan efektif.

Penulis hanya berfokus pada satu diagnosa yaitu perfusi perifer tidak efektif untuk melakukan intervensi tetapi penulis juga melakukan intervensi untuk diagnosa kedua dan ketiga hanya saja dengan keterbatasan waktu penulis melaksanakan asuhan kurang maksimal untuk

intervensi kedua dan ketiga seperti BB klien belum bertambah selama perawatan.

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan penulis kepada subyek asuhan sesuai dengan intervensi yang mengacu pada standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI,2018). Yaitu memeriksa sirkulasi perifer (mis. Pengisian kapiler, memantau tanda- tanda vital, melakukan transfusi darah, dan memberi obat pada pasien). Selain itu penulis juga menganjurkan pasien untuk perbanyak makan buah dan sayur, dan juga meminta pasien untuk melapor apabila tanda dan gejala darurat yang dialami pasien.

Berdasarkan implementasi yang penulis lakukan pada perawatan sirkulasi, pemantauan tanda-tanda vital dan pemberian obat Kalnex500mg/8 jam perdarahan pada gusi pasien sedikit berkurang. Pelaksanaan rencana keperawatan manajemen energi, terapi aktivitas, dukungan kepatuhan program pengobatan, telah dilakukan dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak lemas dibandingkan hari sebelumnya dan sudah dapat berpindah tempat dari kamar mandi ke tempat tidur. Pelaksanaan rencana keperawatan manajemen nutrisi dan edukasi berat badan ideal pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makannya, nafsu makan membaik.

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

Penulis melakukan evaluasi terhadap perkembangan pasien hari ketiga pasien mengatakan sudah tidak lemas, perdarahan digusi sudah berhenti, kulit tidak pucat, mukosa bibir normal, konjungtiva ananemis, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 117/90 mmHg Nadi: 98x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36°C, CRT<2 detik. Dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil Hb: 11.5g/dl, Trombosit: 115.000/ul, Leukosit : 9.500/ul, Hematokrit: 35%. Evaluasi terhadap diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas terhadap subyek asuhan dan hasilnya menunjukkan pasien mengatakan sudah tidak lemas dibandingkan hari sebelumnya, pasien mengatakan sudah bisa berpindah posisi secara

mandiri seperti berjalan ke kamar mandi untuk BAB secara mandiri, TD: 117/90 mmHg Nadi: 98x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36°C, CRT<2 detik. Evaluasi terhadap diagnosis resiko defisit nutrisi terhadap subyek asuhan dan hasilnya menghabiskan 1 porsi makanan, nafsu makan membaik.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil dan pembahasan penulis menyarankan sebagai berikut:

### **1. Bagi pihak rumah sakit/pelayanan**

#### **a. Bagi rumah sakit**

Bagi pihak rumah sakit diharapkan agar memberikan pemahaman dan wawasan untuk pasien *Idiopathic Thrombositopenia Purpura* (ITP) terutama kerja sama dengan semua tenaga kesehatan dalam hal edukasi untuk pasien serta keluarga mengenai pola hidup dan pola kebiasaan yang sehat. Pengkajian diharapkan dapat dilakukan dengan maksimal agar tidak terjadi kesenjangan data subjektif maupun objektif. Perumusan diagnosis diharapkan lebih memprioritaskan masalah sesuai keadaan pasien. Pada tahap intervensi diharapkan merencanakan tindakan sesuai dengan pedoman yang berlaku seperti SLKI, SIKI, pada tahap implementasi diharapkan melakukan tindakan sesuai SOP yang berlaku dan terstruktur dengan baik, agar dapat memaksimalkan penyembuhan terhadap pasien. Tahap evaluasi bisa maksimal dalam mengukur keberhasilan dari tindakan yang sudah dilakukan demi memenuhi kebutuhan pasien.

#### **b. Bagi perawat**

Bagi perawat dapat melanjutkan dan mempertahankan perawatan bagi pasien *Idiopathic Thrombositopenia Purpura* (ITP) khususnya untuk mempertahankan peningkatan berat badan pasien dan bagaimana mempertahankan Hb dan trombosit pasien selama perawatan di rumah sakit.

### **2. Bagi pendidik**

Hasil laporan asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi referensi dan menambah wawasan serta pengetahuan peserta didik yang lebih luas tentang Keperawatan Medical Bedah (KMB), khususnya pada

penyakit *Idiopathic Thrombocytopenia Purpura* (ITP) dengan masalah gangguan kebutuhan sirkulasi dan penulis berharap bahwa institusi menyediakan buku asuhan keperawatan sirkulasi khususnya dengan masalah ITP dengan tahun dan penerbit terbaru sebagai bahan referensi dalam pembuatan tugas akhir ini.

### **3. Bagi penulis selanjutnya**

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, dan dapat lebih teliti dalam melakukan pengkajian serta pengolahan data yang menyeluruh dan akurat sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.