

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari asuhan dan pembahasan maka penulis menyimpulkan secara umum sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

Hasil dari pengkajian menunjukkan bahwa subjek asuhan Ny. S masuk dengan diagnosa medis Anemia. Pengumpulan data ini telah mengidentifikasi pengkajian berdasarkan keluhan utama, riwayat kesehatan terdahulu, dan pemeriksaan fisik. Berdasarkan hasil data pengkajian tersebut didapatkan data subjektif berupa pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan mudah kenyang, pasien mengatakan mual, pasien mengatakan ingin muntah, pasien mengatakan khawatir, pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan mata berkunang-kunang, pasien mengatakan letih, pasien mengatakan lesu.

Hasil objektifnya berupa: pasien tampak lemah, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga, TD sebelum beraktivitas: 90/60 mmHg, TD sesudah beraktivitas: 100/66 mmHg, kekuatan otot menurun, warna kulit tampak pucat, tampak lemah, CRT > 3detik, konjungtiva anemis, tampak sedang transfusi darah, HB: 6,3 g/dL, akral teraba dingin.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang didapatkan penulis pada subyek asuhan adalah; defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas.

3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan data yang diuraikan sebelumnya, rencana keperawatan yang dilakukan pada subyek asuhan disusun dari berbagai sumber teori yang telah dikemukakan oleh penulis pada Bab II dan diberikan rencana keperawatan yang komprehensif dengan pendokumentasian memfokuskan pada masalah gangguan kebutuhan

nutrisi. Intervensi utama yang dilakukan adalah manajemen nutrisi, promosi berat badan, pemantauan nutrisi dan manajemen gangguan menelan. Perfusi perifer tidak efektif membuat intervensi utama yaitu perawatan sirkulasi dan manajemen sensasi perifer sedangkan intervensi pendukung berupa edukasi diet, pemantauan cairan, pemantauan hasil lab untuk kadar HB. Intoleransi membuat intervensi utama aktivitas manajemen energy dan terapi aktivitas, sedangkan intervensi pendukung berupa dukungan tidur, pemberian obat dan pemantauan tanda vital.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang disusun dan diberikan sama kepada subyek asuhan selama tiga hari berturut-turut. Implementasi tersebut antara lain: mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, menyajikan makanan selagi hangat, menganjurkan makan sedikit tapi sering, memberikan makan tinggi zat besi seperti jus jambu biji untuk mencegah penurunan HB, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, menganjurkan posisi duduk, mengajarkan diet yang diprogramkan. Memeriksa sirkulasi perifer, menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, menghindari penekanan dan pemasangan terniquet pada area yang cedera, menyediakan lingkungan nyaman dan stimulus lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Berkolaborasi pemberian obat: IVFD Ringer Laktat 20 tetes/menit (IV), Transfusi darah 500cc 2 kolf, OMZ 40 mg 1/24 jam (IV), Bicnat 150 gram 1/12 jam tablet, Asam Folat 400 mcg 1/12 .

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan data setelah diberikan rencana dan implementasi hasil evaluasi secara keseluruhan terkait tindakan keperawatan dalam mengatasi defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas. diperoleh bahwa tujuan tercapai dibuktikan dengan hasil bahwa: Pasien menyatakan sudah nafsu makan, mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang telah disediakan, rasa mual muntah hilang, tampak segar, tampak sudah dapat melakukan aktivitas ringan, sudah tidak pucat karena kadar HB meningkat yang mana pertama kadar HB 6,3g/dL setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan kadar HB 10,2g/dL. Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 94x/menit, RR 22x/menit.

B. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan penulis menyarankan sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit Jendral Ahmad Yani Kota Metro

Penulis menyarankan bagi pelayanan kesehatan yang berada di rumah sakit khususnya keperawatan untuk menambahkan SOP atau leaflet seperti cek HB, status nutrisi, serta diet yang dapat meningkatkan kadar HB untuk ditempel di mading ruangan agar menambah pengetahuan keluarga pasien dan mahasiswa yang sedang menjalankan praktik klinik.

2. Bagi pendidikan program studi DIII

Penulis menyarankan menambahkan referensi khususnya penyakit anemia dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Ini dikarenakan saat penulis melakukan penyusunan karya tulis ilmiah sangat disayangkan keterbatasan atau sangat minimnya sumber informasi yang tersedia di program studi DIII keperawatan Poltekkes Tanjungkarang.

3. Bagi penulis selanjutnya

Penulis menyarankan bagi penulis selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan lebih dari 3x24 jam guna menyelesaikan diagnosa keperawatan gangguan kebutuhan nutrisi pada pasien dengan anemia.