

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar tentang asuhan keperawatan pasien PJK dengan intoleransi aktivitas, maka dapat ditarik beberapa simpulan yaitu:

1. Pengkajian keperawatan pada kedua dokumen terdapat data yang sama yaitu pasien mengeluh lelah, sesak napas saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah aktivitas dan merasa lemah. Pada kedua dokumen keperawatan tidak ditemukan data obyektif mayor dan data obyektif minor kecuali dokumen pasien 1 yang hanya muncul gambaran EKG yang menunjukkan iskemia.
2. Diagnosa keperawatan pada kedua dokumen keperawatan terdapat kesamaan *Problem* (P) dan *Etiology* (E). Pada penulisan diagnosa keperawatan kedua dokumen keperawatan tidak disertai dengan *Symptom* (S). Perbedaan pada teori yaitu penulisan kedua dokumen keperawatan tidak dilengkapi *Symptom* (S) sesuai dengan metode penulisan PES.
3. Perencanaan keperawatan pada kedua dokumen keperawatan terdapat kesamaan pada intervensi yang direncanakan oleh perawat. Terdapat perbedaan acuan perencanaan keperawatan di rumah sakit yang menggunakan NIC NOC dengan acuan yang dijadikan peneliti yaitu SLKI untuk tujuan dan kriteria hasil serta SIKI untuk intervensi keperawatan.

4. Pelaksanaan keperawatan pada kedua dokumen keperawatan terdapat kesamaan yang didokumentasikan dengan metode SOAP sebagai evaluasi formatif. Perbedaan terletak pada waktu dan terapi pelaksanaan pada kedua dokumen. Perbedaan pada teori yang ditemukan yaitu perawat yang menuliskan implementasi keperawatan dengan menggunakan metode SOAP serta beberapa tindakan ada yang tidak sesuai dengan acuan yang dijadikan peneliti sehingga tidak dicantumkan pada dokumen pasien.
5. Evaluasi keperawatan pada kedua dokumen keperawatan terdapat kesamaan dimana kondisi masih mengeluh lemah dengan keadaan umum tampak lemah serta keluhan lelah, sesak napas, dan merasa tidak nyaman sudah mulai menghilang. Perbedaan lain yaitu waktu saat mengevaluasi keperawatan. Format evaluasi keperawatan telah sesuai dengan teori menggunakan SOAP. Namun, perbedaan terdapat pada bagian *Objective* (O) tidak tercantum sesuai dengan SLKI pada dokumen pasien 1 yang tidak dilakukan pemeriksaan yang menunjukkan EKG iskemia membaik, *Assesment* (A) pada kedua dokumen keperawatan tercatat masalah keperawatan intoleransi aktivitas dan komponen *Planning* (P) tercatat observasi TTV dan bantu ADL yang mana pada evaluasi akhir pasien 1 dan 2 sudah diperbolehkan untuk pulang sesuai instruksi dokter yang bertanggungjawab.

## **B. Saran**

1. Kepada perawat di rumah sakit

Perawat perlu memperhatikan penulisan dalam rekam medik sehingga tidak sulit dibaca misalnya dengan menuliskan pernyataan dengan kalimat

yang jelas, lalu menuliskan kembali dan melengkapi hasil evaluasi yang sesuai sehingga adanya kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang baik. Perawat juga perlu memperhatikan penulisan pada komponen diagnosa keperawatan sesuai dengan metode PES (Problem, Etiology, Symptom) dengan melengkapi penulisan tanda/gejala (Symptom) masing-masing pasien, sehingga penulisan diagnosa keperawatan menjadi lengkap. Sosialisasi juga sangat diperlukan terkait dengan pengaplikasian acuan diagnosa keperawatan/SDKI, standar luaran/SLKI, serta intervensi/SIKI yang telah diakui di Indonesia agar adanya persamaan bahasa seiring dengan kemajuan pendidikan keperawatan. Pendokumentasian semua komponen proses keperawatan yang dituliskan secara keseluruhan akan menghasilkan asuhan keperawatan menjadi lengkap dan komprehensif.

2. Kepada peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan memperhatikan gejala dan tanda akibat penyakit jantung koroner yang dapat memengaruhi kebutuhan dasar manusia lainnya, seperti penelitian adanya nyeri akut serta pola napas yang berubah pada pasien PJK, yang mana menunjukkan bahwa nyeri akut serta pola napas yang berubah harus ditegakan bersama dengan intoleransi aktivitas pada pasien PJK.