

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan Kanker serviks di ruang bedah Rumah Sakit Islam Darus Syifa' Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada pengumpulan data yang terdapat di tinjauan kasus, data yang penulis sajikan merupakan hasil observasi nyata melalui wawancara, pemeriksaan fisik serta catatan kesehatan yang hanya didapatkan pada satu klien. Sementara pada tinjauan pustaka penulis mendapatkan data sesuai dengan literatur yang ada.

Pada tinjauan kasus penulis menjelaskan pola fungsi kesehatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dijelaskan karena penulis hanya menyajikan data fokus pada klien kanker serviks.

Setelah melakukan pengkajian dan data yang diperoleh dikelompokkan penulis melaksanakan analisa data guna mengetahui masalah-masalah yang dihadapi berdasarkan data-data yang ada, dan didapatkan masalah keperawatan antara lain ; perubahan perfusi jaringan (anemia), pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, pola eliminasi alvi, pola istirahat tidur, pola kognitif, pola persepsi dan konsep diri, pola reproduksi seksual. Pada tinjauan teori disebutkan masalah yang sama, seperti ; perubahan

perfusi jaringan (anemia), pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas. Hal ini menunjukkan adanya kesesuaian antara teori dan keadaan pada kasus nyata.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kanker serviks yaitu , perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal, muncul pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka yang merupakan prioritas pertama dikarenakan klien dalam kondisi lemah, lesu, kuku kaki klien dan telapak tangan klien pucat, mukosa bibir kering dan klien mengalami perdarahan pervagina karena klien mengalami penurunan hemoglobin.

Diagnosa keperawatan prioritas kedua yaitu pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dikarenakan penurunan nafsu makan klien di akibatkan mual.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional dikarenakan klien mengalami penurunan produksi metabolik sehingga menyebabkan kelemahan, masalah ini juga muncul di tinjauan pustaka.

Saat pengkajian di dapatkan 8 masalah keperawatan, antara lain ; perubahan perfusi jaringan (anemia), pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, pola eliminasi alvi, pola istirahat tidur, pola kognitif, pola persepsi dan konsep diri, pola reproduksi seksual. Namun penulis

memprioritaskan 3 masalah keperawatan, dikarenakan 3 masalah keperawatan ini mengancam jiwa dan sangat mengganggu fungsi kesehatan klien.

Semua diagnosa keperawatan yang muncul pada teori juga muncul pada tinjauan kasus.

4.3 Perencanaan

Dalam perencanaan masalah yang ada pada tinjauan kasus disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yang ada sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dibuat sesuai dengan urutan prioritas masalah.

Rencana tindakan yang telah dilakukan menyesuaikan dengan keadaan klien dan sarana yang ada di tempat keperawatan dan perencanaan yang dilakukan antara lain:

1. Lakukan pendekatan secara terapeutik kepada klien dan keluarga.
2. Observasi tanda-tanda vital klien
3. Pantau hasil laboratorium klien
4. Kaji tingkat kecemasan klien
5. Kolaborasi dalam pemberian cairan, injeksi dan tranfusi darah dengan dokter.

Pada tahap perencanaan Bab 3 penulis tidak mengalami hambatan yang berarti karena dalam menentukan rencana tindakan penulis berkolaborasi dengan tim medis untuk menentukan rencana yang akan dilakukan.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan intervensi keperawatan klien kanker serviks sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Pada diagnosa pertama perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal pada kasus dilakukan observasi TTV, transfusi PRC 3 bag, intake parental RL, observasi perdarahan setiap 3 jam.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu ; pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia pada kasus dilakukan memantau masukan makanan setiap hari, menganjurkan makan sedikit tapi sering, mengobservasi bising usus, memberikan diet TKTP, mengobservasi BB setiap 3 hari sekali.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu ; intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan energi metabolik, kelelahan sekunder akibat anemia, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan pada kasus dilakukan memobilisasi klien, meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari sesuai dengan kemampuan klien.

Berdasarkan perencanaan yang ada dalam pelaksanaan tidak mengalami kesulitan karena klien dan keluarga kooperatif selama proses pelaksanaan sehingga rencana keperawatan dapat sesuai dengan rencana tindakan yang telah terencana serta adanya kerja sama yang baik dan saling pengertian antara penulis dan keluarga.

4.5 Evaluasi

Evaluasi pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien maupun keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Dalam tinjauan kasus ketiga masalah keperawatan yang telah dijadikan prioritas teratasi sebagian.