

BAB 5

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran hasil study kasus mengenai “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Kanker Serviks Di Ruang Bedah Rumah Sakit Islam Darus Syifa’ Surabaya”.

5.1 Simpulan

Pada pengkajian Ny. S tanda dan gejala yang muncul antara lain, perdarahan abnormal, pusing, mata berkunang-kunang, kuku tangan dan kaki pucat, edema pada telapak kaki.

Pada pengkajian didapatkan 8 masalah keperawatan, namun penulis hanya memprioritaskan 3 masalah keperawatan dikarenakan 3 masalah keperawatan tersebut mengancam jiwa dan sangat mengganggu fungsi kesehatan klien. 3 diagnosa keperawatan tersebut meliputi, diagnosa pertama perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal ditandai dengan klien tampak lemah, lesu, turgor kulit menurun, keluaranya terus menerus darah berwarna merah dari vagina. Diagnosa kedua pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan klien tidak nafsu makan, klien mual, dalam satu porsi yang di sediakan klien hanya memakan satu sendok saja. Dignosa ketiga intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, keletihan sekunder akibat anemia, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional

berlebihan ditandai dengan kondisi tubuh klien lemah, klien hanya berbaring ditempat tidur saja, semua aktifitas klien dibantu oleh keluarga.

Pada perencanaan terdapat suatu rencana tindakan yang dilakukan. Perencanaan pada masalah sesuai dengan hasil pengkajiaan.

Pada pelaksanaan semua rencana tindakan yang sudah direncanakan dapat dilakukan. Penulis melakukan pendekatan dengan klien dan keluarga dengan memberikan motivasi agar semakin mendekatkan diri kepada allah, memberikan health education tentang nutrisi, serta dukungan moril kepada klien. Klien dan keluarga kooperatif.

Pada evaluasi keperawatan diagnosa pertama perubahan perfusi jaringan (anemia) berhubungan dengan perdarahan masif intra servikal ditandai dengan klien tampak lemah, lesu, turgor kulit menurun, keluaranya terus menerus darah berwarna merah dari vagina. Tujuan pencegahan terhadap terjadinya komplikasi perdarahan, klien tampak tidak lemah, lesu, dan turgor kulit membaik. Diagnosa kedua pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia ditandai dengan klien tidak nafsu makan, klien mual, dalam satu porsi yang di sediakan klien hanya memakan satu sendok saja. Tujuannya kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dan terjadi peningkatan status energi metabolik. Dignosa ketiga intoleransi aktifitas : kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, kelelahan sekunder akibat anemia, peningkatan energi (status hipermetabolik), kebutuhan psikologik/emosional berlebihan ditandai dengan kondisi tubuh klien lemah, klien hanya berbaring ditempat tidur saja, semua

aktifitas klien dibantu oleh keluarga. Tujuannya klien mampu mempertahankan tingkat aktifitas yang optimal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Klien

Diharapkan klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan. Serta kooperatif dalam menerima dan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Bagi klien yang sudah pulang supaya memperhatikan kesehatannya demi kesembuhan yang optimal dan keadaan umum klien kembali baik.

5.2.2 Bagi Petugas Kesehatan

Hendaknya petugas kesehatan menjalin hubungan dan kerjasama yang baik antara klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lain dan melaksanakan pengkajian secara menyeluruh terhadap masalah penderita baik dari segi bio-psiko-sosial-spiritual untuk mengatasi masalah klien sesuai dengan prioritas masalahnya serta petugas kesehatan harus lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang asuhan keperawatan pada klien kanker serviks.