



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *POST OP
TUMOR MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN
SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH:

**FIDELIA ANUGERAH (NS2414901056)
FLORENSI MARTA AKELY (NS2414901057)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2025**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *POST OP
TUMOR MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN
SERUNI RUMAH SAKIT AKADEMIS JAURY
JUSUF PUTERA MAKASSAR**

OLEH:

**FIDELIA ANUGERAH (NS2414901056)
FLORENSI MARTA AKELY (NS2414901157)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Fidelia Anugerah (NS2414901056)
2. Florensi Marta Akely (NS2414901057)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiasi (jiplakan) dari hasil karya orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 12 Juni 2025

Yang menyatakan,



Fidelia Anugerah



Florensi Marta Akely

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa *Post Op Tumor Mammae Dextra* di Ruang Perawatan Seruni 03 Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : Fidelia Anugerah (NS2414901056)
Florensi.M.Akely (NS2414901057)

Disetujui oleh

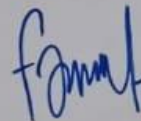
Pembimbing 1



(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)

NIDN: 0928027101

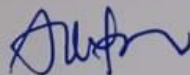
Pembimbing 2



(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)

NIDN: 0907049202

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.Sa'pang., Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D
NIDN: 0913098201

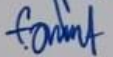
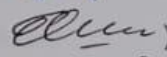
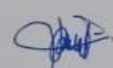
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Fidelia Anugerah (NS2414901056)
Florensi Marta Akely (NS2414901057)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Diagnosa *Post Op Tumor Mammae Dextra* di
Ruang Perawatan Seruni 03 Rumah Sakit
Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes ()
Pembimbing 2 : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep ()
Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes ()
Penguji 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

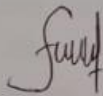
Nama : Fidelia Anugerah (NS2414901056)
Florensi Marta Akely (NS2414901057)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untul menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juni 2025

Yang menyatakan



Fidelia Anugerah



Florensi Marta Akely

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala berkat dan rahmatnya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Post Op Tumor Mammae Dextra* Di Ruang Perawatan Seruni 03 Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar”. Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa kami banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes., Sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar, sekaligus dosen pembimbing I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D Sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan pengarahan kepada penulis selama menempuh pendidikan.
3. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes Sebagai Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar sekaligus dosen penguji I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
4. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D Sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar sekaligus dosen penguji II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.

5. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep selaku Sekretaris Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners Stik Stella Maris Makassar sekaligus dosen pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Direktur RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik klinik di RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.
9. Ny."M" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
10. Teristimewa kepada orang tua Fidelia Anugerah, Bapak Silas Salu Djama dan Ibu Runima Ruru serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Teristimewa kepada orang tua Florensy M Akely, Bapak Akely dan Ibu Anna Alfonsina Jalnuhuubun dan serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga karya Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 12 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KARYA ILMIAH AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medik.....	7
1 Definisi.....	7
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Etiologi.....	10
4. Patofisiologi.....	13
5. Manifestasi Klinis.....	14
6. Pemeriksaan Penunjang	15
7. Penatalaksanaan.....	16
8. Komplikasi	18
9. <i>Discharge Planning</i>	18

B. Konsep Dasar Keperawatan.....	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnosis keperawatan	23
3. Intervensi Keperawatan.....	24
4. Implementasi Keperawatan.....	32
5. Evaluasi Keperawatan	32
BAB III TINJAUAN KASUS	33
A. Ilustrasi Kasus.....	33
B. Pengkajian Keperawatan.....	34
ANALISA DATA.....	54
DIAGNOSA KEPERAWATAN	59
INTERVENSI KEPERAWATAN	60
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	64
EVALUASI KEPERAWATAN	87
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	105
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	105
1. Pengkajian	105
2. Diagnosa Keperawatan	107
3. Intervensi Keperawatan.....	108
4. Implementasi Keperawatan.....	110
5. Evaluasi Keperawatan	111
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	112
1. Judul EBN sesuai kasus.....	112
2. PICOT	114
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	118
A. SIMPULAN	118
B. SARAN	120
DAFTAR PUSTAKA.....	121
LAMPIRAN-LAMPIRAN	124

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara	8
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium.....	15
Tabel 3.2 Analisa Data.....	54
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....	59
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	89
Tabel 4.1 Telaah Jurnah Metode PICOT.....	114

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan.....	124
Lampiran 2 Leaflet.....	129
Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup.....	130
Lampiran 4 Lembar Konsultasi	132

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tumor *mammae* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama bagi perempuan di seluruh dunia, yang ditandai dengan timbulnya benjolan di payudara. Tumor *mammae* menempati urutan pertama terkait jumlah tumor terbanyak di Indonesia serta menjadi salah satu penyumbang kematian pertama (Gultom et al., 2021).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO, 2022), angka kejadian Tumor *mammae* mencapai angka 2,261,419 jiwa di seluruh dunia. Hal ini menjadikan tumor *mammae* sebagai jenis penyakit tumor yang paling banyak diderita. Di sisi lain, angka kematian akibat tumor *mammae* menyentuh angka 684,996 jiwa dimana penyakit ini menjadi penyebab kematian terbanyak kelima dari seluruh jenis tumor di seluruh dunia.

Pada tahun 2020, jumlah kasus baru tumor *mammae* mencapai 68.858 kasus (16,6%) dari total 396.914 kasus kanker di Indonesia. Sementara itu, untuk jumlah kematiannya mencapai lebih dari 22.430 kasus (9,6%) (*Indonesian Burden Of Cancer*, 2020). Pada tahun 2020, kasus tumor *mammae* di Makassar mengalami kenaikan yaitu sebanyak 1.181 kasus, yang mana terdapat 339 kasus baru, 830 kasus lama, dan 12 kasus kematian. Adapun kelompok umur yang menderita tumor *mammae* di Makassar selama tahun 2020, yaitu kelompok umur 18-24 tahun sebanyak 46 kasus, umur 25-34 tahun berjumlah 122 kasus, umur 35-44 tahun sebanyak 244 kasus, umur 45-54 tahun sebanyak 280 kasus, umur 55-64 tahun berjumlah 215 kasus, umur 65-74 tahun berjumlah 153 kasus dan umur >75 tahun berjumlah 119 kasus (Sarina et al., 2020).

Penyebab utama tingginya kasus dengan *tumor mammae* ini berakar pada faktor risiko multifaktorial yaitu usia lanjut (terutama >40–50 tahun), riwayat keluarga (mutasi BRCA1/2), paparan estrogen panjang seperti pada menarche dini, menopause terlambat dan penggunaan kontrasepsi hormonal, obesitas, konsumsi alkohol, pola hidup tidak aktif, serta faktor lingkungan seperti radiasi, pencemaran dan kurangnya program screening atau deteksi awal dengan metode SADARI. Metode pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) direkomendasikan untuk dilakukan secara rutin oleh wanita usia reproduksi (15–49 tahun) atau mulai usia ≥ 20 tahun, terutama tiap bulan sekali antara hari ke-7 hingga ke-10 setelah menstruasi, karena pada periode tersebut payudara relatif tidak lunak sehingga perubahan seperti benjolan, perubahan warna, atau bentuk lebih mudah terdeteksi (Susanti et al., 2024).

Salah satu cara untuk mengetahui tumor ini ganas atau tidak adalah dengan biopsi. Pengambilan sampel jaringan payudara untuk diperiksa di laboratorium. Jika hasil biopsi menunjukkan adanya sel kanker, maka dokter akan menyarankan tindakan pengobatan. Salah satu pilihan pengobatan yang umum adalah operasi. Tujuan operasi adalah untuk mengangkat tumor dan jaringan di sekitarnya. Jenis operasi yang dilakukan tergantung pada ukuran tumor, stadium kanker, dan kondisi kesehatan pasien (Chazar & Erawan, 2020).

Mortalitas tumor *mammae* menyebabkan penyakit ini tidak boleh disepelekan. Diagnosis dan pengobatan ini dapat memberikan dampak negatif terhadap fisik dan segi emosional, nyeri hebat, kecemasan, depresi, perubahan emosi dan ketakutan akan kematian. Semua efek tersebut dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup dari pasien. Oleh karena itu perawat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan memberikan asuhan yang holistik, perawat dapat membantu pasien mengatasi tidak hanya aspek fisik, tetapi juga emosional dan

psikologis dari penyakit mereka. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal tersebut berdasarkan EBN adalah mengarjakan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri ada pasien. Selain untuk mengurangi nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat membantu pasien untuk rileks dan merasa tenang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik mengangkat Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post OP Tumor Mammae Dextra* di Ruang Perawatan Seruni Rumah Sakit Jaury Jusuf Putera Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan dan menambah pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post op tumor mammae dextra*

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan post op tumor mammae dextra.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pasien dengan *post op tumor mammae dextra*.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *post op tumor mammae dextra*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *post op tumor mammae dextra*.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *post op tumor mammae dextra*
- f. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan *post op tumor mammae dextra*.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Membantu RS dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien serta dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi perawat dalam merawat pasien dengan *post op* tumor *mammae dextra*.

2. Bagi Pasien

Sebagai gambaran umum serta menambah informasi mengenai penyakit dan penanganan dalam pencegahan terjadinya penyakit tumor *mammae*, serta diharapkan pasien mendapatkan perawatan yang tepat serta perawat memberikan edukasi kepada keluarga pasien secara holistic.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan dan sumber informasi yang dapat dibaca mahasiswa/i untuk menambah wawasan dalam penanganan pasien dengan *post op* tumor *mammae* terutama dalam penerapan EBN.

4. Bagi Penulis

Membantu dalam rekan seprofesi dan tenaga kesehatan dalam pengadaaan acuan perihal pemberian asuhan keperawatan berbasis EBN pada pasien dengan tumor *mammae*.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan dalam perumusan karya tulis ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu:

1. Studi kepustakaan menggunakan buku-buku dan sumber referensi dari internet yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan.

2. Studi Kasus

a. Wawancara

Melakukan wawancara langsung dengan pasien dan

keluarga pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien melalui: Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

c. Studi Dokumentasi

Dengan melihat dokumen status pasien yang berhubungan dengan data dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang memuat tentang latar belakang pengambilan kasus penyakit tumor *mammæ* sebagai kelolaan penulis, tujuan penulisan, manfaat, metode dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) memuat konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III (Pengamatan Kasus) yang menguraikan tentang pengamatan kasus pasien mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, Implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (Pembahasan Kasus) menguraikan tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus yang dirawat serta pembahasan EBN (Evidence Based Nursing) BAB V (Penutup) menguraikan tentang Kesimpulan dan Saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Definisi

Tumor *mammæ* merupakan kelainan payudara yang sering di temukan terutama pada wanita. Tumor ada yang bersifat jinak adapula yang ganas tumor ganas inilah yang disebut kanker (Nurbaiti et al., 2023).

Tumor *mammæ* merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal *mammæ* dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Yanti & Susanto, 2022),

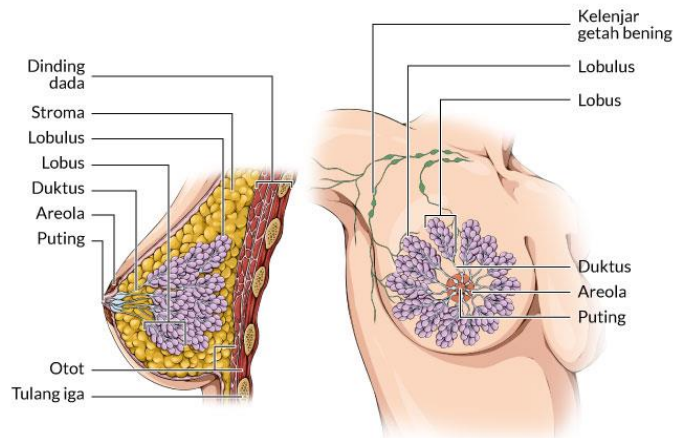
Tumor *mammæ* merupakan benjolan abnormal karena pertumbuhan sel yang tidak terkendali. Sel-sel ini kemudian membelah dan menyebar ke jaringan-jaringan di sekitarnya, bahkan dapat menyebar ke organ lainnya (Azmi et al., 2020).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa tumor *mammæ* merupakan sebuah kondisi keganasan sel dimana sel-sel tidak dapat membunuh dirinya sendiri dan terus menerus bertumbuh hingga menyebar ke jaringan atau organ lainnya.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Gambar 2.1



Anatomi payudara (Nurarif, H. A., & Kusuma, 2020)

Menurut (Apriyanti et al., 2021) payudara terdiri dari :

1) Korpus *Mammæ*

Badan (korpus) merupakan bagian payudara yang membesar dan tersusun oleh saluran susu (duktus laktiferus), jaringan kelenjar payudara, pembuluh darah, saraf dan limfe serta jaringan ikat dan lemak. Duktus laktiferus terbentuk dari beberapa bagian yaitu Alveolus merupakan bagian paling kecil yang menghasilkan susu. Alveolus terdiri dari sel Aciner, jaringan lemak, pembuluh darah, sel plasma dan sel otot polos. Lobulus merupakan kumpulan dari beberapa alveolus. Sedangkan beberapa lobulus yang berkumpul akan menjadi 15-20 lobus pada setiap payudara. ASI yang dihasilkan dari alveolus akan disalurkan ke duktulus (saluran kecil), selanjutnya beberapa duktulus membentuk duktus laktiferus merupakan saluran yang paling besar Saluran kecil kecil yang menyalurkan ASI dari alveolus ke sinus laktiferus

dikenal juga dengan nama ampula. Ampula membentuk saluran lebar dan kantung di sekitar areola untuk menyimpan ASI. Besar kecilnya payudara ditentukan oleh jaringan lemak disekitar alveoli dan duktus laktiferus. Ukuran payudara yang berbeda, tidak membedakan ASI yang dihasilkan, ASI yang dihasilkan tetap sama karena setiap payudara memiliki alveoli dan sinus laktiferus yang sama. Keluarnya ASI disebabkan oleh kontraksi dari otot polos sekitar alveoli. Kontraksi otot polos ini dipengaruhi oleh keberadaan hormone oksitosin.

2) Areola *Mammae*

Areola merupakan bagian payudara yang berwarna lebih gelap atau coklat kehitaman di sekitar puting. Terdapat kelenjar-kelenjar kecil yang berada pada areola yang disebut dengan kelenjar Montgomery berfungsi untuk menjaga kesehatan kulit serta melemaskan melindungi kulit areola pada saat menyusui.

3) Puting (papilla)

Puting mempunyai perforasi pada ujungnya dengan beberapa lubang kecil, yaitu apertura duktus laktiferosa. Suplai arteri ke payudara berasal dari arteri mammaria internal, yang merupakan cabang arteri subklavia. Kontribusi tambahan berasal dari cabang arteri aksilari toraks. Darah dialirkan dari payudara melalui vena dalam dan vena supervisial yang menuju vena kava superior sedangkan aliran limfatik dari bagian sentral kelenjar mammae, kulit, puting, dan areola adalah melalui sisi lateral menuju aksila. Dengan demikian, limfe dari payudara mengalir melalui nodus limfe aksilar.

b. Fisiologi

Payudara (*mammæ*) atau biasa disebut juga buah dada merupakan salah satu kelenjar organ reproduksi yang terletak di sebelah atas dari otot dada dan di bawah kulit. Fungsi utamanya adalah mensekresi susu untuk nutrisi bayi. Fungsi ini langsung dan diperantarai oleh hormon-hormon yang sama dengan yang mengatur fungsi sistem reproduksi. Oleh karena itu glandula mammaria dianggap sebagai pelengkap sistem reproduksi. Selain memiliki fungsi utama sebagai penghasil ASI (Air Susu Ibu) untuk makanan bagi bayi, payudara juga memiliki peran penting dalam proses dan respon rangsangan seksual. Terdapat sepasang payudara yaitu pada dada kiri dan kanan dengan berat masing masing ± 200 gram, mencapai +600 gram pada saat hamil dan +800 gram pada saat menyusui (Apriyanti et al., 2021).

3. Etiologi

Ada beberapa faktor pencetus yang dapat menyebabkan Tumor *mammæ* antara lain :

a. Faktor genetik

Perempuan yang mempunyai keluarga tingkat satu mengidap tumor *mammæ* berisiko tiga kali lebih besar mengidap tumor *mammæ*. Riwayat tumor payudara dapat diturunkan langsung melalui ibu dan saudara kandung perempuan melalui Mutasi gen BRCA1 pada kromosom 17 dan BRCA2 pada kromosom 13 bisa menambah risiko sampai 85%. Fungsi dari BRCA 1 dan BRCA 2 ini adalah sebagai protein integral di dalam DNA HRR (Homolog Recombination Repair). Dalam keadaan normal jalur HRR ini teraktivasi oleh pemutusan double-strain DNA. Namun, dalam keadaan defisiensi dari BRCA 1 dan BRCA 2

menyebabkan kerusakan pada jalur HRR sehingga pengkodean DNA rentan mengalami kesalahan (Azmi et al., 2020).

b. Umur Wanita diatas 40 tahun

Risiko tumor *mammæ* bertambah seiring dengan pertambahan usia. Sebagian tumor *mammæ* berkembang pada perempuan yang berumur di atas 40 tahun. Wanita diatas umur 40 tahun ketas disebut dengan masa pramenopause, pada masa ini hormon esterogen semakin menurun dan hal ini memicu terjadinya tumor payudara (Rahayu & Arania, 2020).

c. Faktor hormonal

Kadar hormon yang tinggi ketika usia reproduktif, apalagi jika tidak diselingi oleh perubahan hormon akibat kehamilan, bisa menambah risiko mengidap tumor payudara.

d. Menarche < 12 tahun dan manopause > 50 tahun

Early menarche atau menarche <12 tahun dan manopause > 50 tahun memiliki faktor resiko lebih tinggi untuk terkena tumor payudara karena peningkatan produksi estrogen dan dalam jangka panjang. Menarche ≤ 12 tahun mengakibatkan tumor payudara karena paparan hormon estrogen yang lebih cepat mampu mengakibatkan rangsangan pada reseptor estrogen sehingga mengakibatkan sel tumor untuk membelah terus menerus. Pada wanita yang mengalami awal menopause pada usia yang lebih tua berarti lebih lama terpapar dengan tingginya kadar hormon estrogen dalam darah. Sedangkan peran hormon estrogen pada wanita menopause adalah tingkat estrogen yang lebih tinggi pada seorang wanita akan menghambat terjadinya menopause sehingga menyebabkan risiko terjadinya tumor payudara (Ana et al., 2020).

e. Lingkungan

Radioaktif mempengaruhi eksitasi atom sehingga terjadinya perubahan kimiawi dalam tubuh yang dapat merusak sel dan membuat sel tumbuh tidak terkontrol. Wanita yang pernah mendapatkan terapi radiasi di daerah dada (seperti penyakit Hodgkin atau limfoma non-Hodkin) diwaktu anak-anak atau dewasa muda memiliki peningkatan risiko yang signifikan untuk tumor payudara. Semakin muda seseorang terkena radiasi maka akan semakin meningkat pula risiko untuk terjadi tumor payudara (Trisnadewi et al., 2021).

f. Faktor makanan

Pola makan yang tidak sehat dapat menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya tumor payudara karena konsumsi berlebihan makanan tinggi lemak jenuh, gula, dan makanan olahan dapat memicu ketidakseimbangan hormon, terutama estrogen, yang berperan dalam perkembangan sel-sel payudara. Asupan rendah serat dan antioksidan juga mengurangi kemampuan tubuh untuk menetralkan radikal bebas, yang dapat merusak DNA dan memicu pertumbuhan sel abnormal. Selain itu, kelebihan kalori dari pola makan tidak sehat dapat menyebabkan obesitas, yang juga merupakan faktor risiko penting untuk tumor payudara, terutama pada wanita pascamenopause (Asriani, 2024).

g. Merokok

Kandungan nikotin dalam rokok dapat merangsang peningkatan metabolisme estrogen dan progesteron pada tubuh. Asap rokok mengandung bahan kimia dalam konsentrasi tinggi yang dapat menyebabkan tumor payudara. Bahan kimia dalam asap tembakau dapat mencapai jaringan payudara (Maria et al., 2022).

4. Patofisiologi

Mekanisme perjalanan penyakit tumor mammae melibatkan beberapa faktor seperti faktor predisposisi dan presipitasi. Beberapa faktor predisposisi, antara lain: mutase gen BRCA, HER 2. Kedua hal ini memicu abnormalitas dan disregulasi sel; hal ini juga meningkatkan terciptanya sel punca tumor dan memperburuk prognosis. Wanita dengan riwayat penyakit tumor jinak pada payudara memiliki peluang peningkatan kejadian tumor karena sel yang ada dapat terkena faktor karsinogen; hal ini membuat keadaan benigna berkembang menjadi maligna.

Riwayat keluarga dengan penyakit sama dapat meningkatkan resiko tumor karena faktor keturunan. *Menarche* terlalu awal dan menopause terlalu lambat, konsumsi kontrasepsi oral, usia tua (>40 tahun) dapat meningkatkan paparan estrogen selama masa hidup. Estrogen dapat memicu promotor pertumbuhan *transforming growth* faktor; estrogen juga dapat memicu inisiasi 26 (kerusakan DNA dan proliferasi), promosi (ekspansi sel abnormal), dan perkembangan (ketidakstabilan genetic & pembelahan sel tumor). Alkohol merupakan salah satu zat yang dapat bersifat karsinogenik bila dikonsumsi secara berlebihan dapat memperbanyak sel punca kanker yang kemudian berkembang menjadi subtype tumor mammae, seperti basal-like tumor luminal tumor dan triple negative.

Diet yang buruk dapat meningkatkan peningkatan adiposa dalam tubuh yang dapat meningkatkan estrogen dalam tubuh yang dapat memicu proses proliferasi sel. Kompleksitas faktor-faktor di atas akhirnya menciptakan kondisi karsinoma in situ dan invasive. Karsinoma in situ kemudian berubah menjadi invasive bila ditangani secara lambat. Karsinoma dapat menyebabkan pembengkakan akibat pembelahan sel secara abnormal. Sel-sel abnormal tersebut juga mencuri nutrisi dari jaringan sehat sekitar.

Pembengkakan juga menimbulkan nyeri pada daerah kolonisasi karena terhimpitnya atau gangguan pada jaringan yang memicu reaksi nociceptor. Tumor *mammae* juga menyebabkan kurasakan pada kulit seperti pada lesi yang berkembang menjadi penampakkan “bunga kol”. Tumor juga merambat sampai ke paru dan menyebabkan batuk, dyspnea dan infeksi dan berdampak pada toleransi aktivitas dimana kebutuhan oksigen tidak cukup. Metastase pada hati dapat menyebabkan gejala nausea dan penurunan napsu makan. Penyakit ini juga berdampak pada psikososial individu yang mengidap tumor *mammae*. Rasa gelisah, rendah diri dan isolasi akibat keadaan akut menyebabkan stress psikososial.

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Rizka et al., 2022) beberapa manifestasi yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Benjolan pada payudara dan awalnya berwarna sama seperti kulit namun lama kelamaan menjadi kemerahan.
- b. Payudara terasa kencang selama 1 minggu sejak 3 bulan
- c. Benjolan berjumlah satu buah, tidak dapat digerakkan, tidak ada cairan yang keluar.
- d. Pasien tidak mengeluhkan adanya benjolan ditempat lain
- e. Pasien tidak mengeluhkan sesak nafas, nyeri tulang ataupun keluhan lainnya.
- f. Pasien memiliki riwayat menstruasi yang tidak teratur.
- g. Demam, keringat malam hari & penurunan berat badan.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan menurut (Risnah, 2020) yaitu :

a. Laboratorium :

- 1) Morfologi sel darah
- 2) Laju endap darah
- 3) Tes faal hati
- 4) Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma
- 5) Pemeriksaan sitologik

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriasi

b. Mammografi

Pengujian *mammae* dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memperlihatkan struktur internal *mammae* untuk mendeteksi tumor yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karean gambaran tumor diantara jaringan kelenjar kurang tampak.

c. Ultrasonography

Biasanya digunakan untuk mndeteksi luka-luka pada daerah padat pada *mammae* ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

d. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal; dari *mammae* atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

e. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara pembuluh-pembuluh darah dan jaringan yang padat, menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

f. Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

g. CT-Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain.

h. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sendi mental dan sentrifugis darah.

7. Penatalaksanaan

Menurut (Czajka & & Christopher, 2023) dapat dilakukan beberapa hal yaitu :

a. Pembedahan

1) Mastektomi radikal yang dimodifikasi Pengangkatan payudara sepanjang nodu limfe axila sampai otot pectoralis mayor. Lapisan otot pectoralis mayor tidak diangkat namun otot pectoralis minor bisa jadi diangkat atau tidak diangkat.

2) Mastektomi total

Semua jaringan payudara termasuk puting dan areola dan lapisan otot pectoralis mayor diangkat. Nodus axila tidak disayat dan lapisan otot dinding dada tidak diangkat.

3) Lumpektomi/tumor

Pengangkatan tumor dimana lapisan mayor dari payudara tidak turut diangkat. Exsisi dilakukan dengan sedikitnya 3 cm jaringan payudara normal yang berada di sekitar tumor tersebut.

4) Wide excision

Exsisi tumor dengan 12 tepi dari jaringan payudara normal, Pengangkatan dan payudara dengan kulit yang ada dan lapisan otot pectoralis mayor.

b. Radioterapi

Biasanya merupakan kombinasi dari terapi lainnya tapi tidak jarang pula merupakan terapi tunggal. Adapun efek samping: kerusakan kulit di sekitarnya, kelelahan, nyeri karena inflamasi pada nervus atau otot pectoralis, radang tenggorokan.

c. Kemoterapi

Pemberian obat-obatan anti kanker yang sudah menyebar dalam aliran darah. Efek samping: lelah, mual, muntah, hilang nafsu makan, kerontokan membuat, mudah terserang penyakit.

d. Manipulasi hormonal

Biasanya dengan obat golongan tamoxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat juga dengan dilakukan bilateral oophorectomy. Dapat juga digabung dengan terapi endokrin lainnya.

8. Komplikasi

Menurut (Rismawan et al., 2020) komplikasi tumor mammae adalah sebagai berikut :

- a. Metastase ke jaringan sekitar melalui saluran limfe dan pembuluh darah kapiler (penyebaran limfogen dan hematogen, penyebarab hematogen dan limfogen dapat mengenai hati, paru, pleura, tulang, sum-sum tulang, otak, syaraf.
- b. Gangguan neuro varkuler
- c. Faktor patologi seperti mutasi genetik, pengaruh hormonal, dan faktor risiko eksternal
- d. Fibrosis payudara
- e. Kematian

9. *Discharge Planning*

- a. Perawat bertanggung jawab memberikan rujukan yang sesuai dan memastikan bahwa semua informasi yang sesuai telah disediakan untuk orang-orang yang akan terlibat dalam perawatan pasien tersebut termasuk keluarganya.
- b. Pasien dan keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan dirumah dan apa yang diharapkan didalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan supaya tidak menyebabkan peningkatan komplikasi pada pasien dengan post op tumor mammae.
- c. Keluarga mengetahui cara merawat luka di rumah seperti, menjaga kebersihan, mengganti perban, memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, nyeri, nanah dan demam. Selain itu pasien dapat mengkonsumsi makanan tinggi protein, vitamin dan mineral (Heben et al., 2021).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

(Yodang & Nuridah, 2021)

a. Anamnesis

Kebanyakan dari kanker ditemukan jika telah teraba oleh wanita itu sendiri. Pasien datang dengan keluhan rasa sakit, tidak enak atau tegang didaerah sekitar payudara.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus/borok, kulit berwarna merah, dan ada nodul/bisul, pendarahan aktif, bengkak dan nyeri.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat tumor mammae sebelumnya atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya seperti kanker ovarium atau kanker serviks. Pemakaian obat-obatan, hormon termasuk pil KB jangka waktu yang lama. Riwayat menarche, jumlah kehamilan, abortus, riwayat menyusui.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah adanya keluarga yang mengalami penyakit pada payudara atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Thorax

a) Inspeksi

Dilakukan inspeksi apakah adanya luka tumor payudara, terdapat kulit berwarna merah/terjadinya

peradangan, ada nodul/bisul, pendarahan aktif pada payudara. Apabila tumor payudara dicurigai bermetastasis, dilakukan inspeksi apakah pasien tampak sesak, terdapat bantuan otot pernapasan, retraksi intercostal.

b) Palpasi

Dilakukan palpasi pada payudara apakah teraba keras dan nyeri tekan pada payudara jika tidak terdapat luka. Apabila kanker payudara dicurigai bermetastasis dilakukan pemeriksaan vocal premitus.

c) Perkusi

Apabila dicurigai tumor payudara bermetastasis dilakukan perkusi untuk mengetahui bunyi pada paru, apabila tidak terdapat luka pada payudara.

d) Auskultasi

Apabila dicurigai tumor payudara bermetastasis dilakukan auskultasi untuk mendengar suara pada kedua lapang paru, apabila tidak terdapat luka pada payudara

f. Pengkajian 11 Pola Gordon

1) Pola Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

- a) Sebelum sakit, apakah pasien rutin melakukan pemeriksaan kesehatan, melakukan *screening* atau deteksi dini dengan melakukan SADARI di rumah. Apakah pasien memiliki kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan terutama obat hormonal, dan kebiasaan mengunjungi pusat pelayanan Kesehatan.
- b) Saat sakit, mengkaji keluhan utama pasien, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit sebelumnya apakah pernah mengalami penyakit tumor atau gangguan

pada payudara, riwayat penyakit keluarga dengan tumor payudara atau kanker lainnya.

2) Pola Nutrisi & Metabolik

- a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki kebiasaan diet buruk seperti mengkonsumsi lemak yang berlebihan, makanan instan dan junkfood, mengkonsumsi vitamin atau suplemen, terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir.
- b) Saat sakit, apakah pasien mengalami penurunan nafsu makan, penurunan/peningkatan berat badan yang signifikan, mual muntah saat/sebelum makan.

3) Eliminasi

- b) Sebelum sakit, apakah pasien pernah mengalami gangguan saat BAK/BAB, frekuensi BAB dan BAK dalam sehari.
- c) Saat sakit, apakah terjadi distensi abdomen pada pasien, nyeri tekan pada abdomen, penurunan frekuensi defekasi dan output input tidak *balance*.

3) Aktivitas dan Latihan

- a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki kebiasaan berolahraga atau aktifitas fisik lainnya.
- b) Saat sakit, apakah pasien merasa kesulitan bergerak, kondisi melemah dan merasakan nyeri dan cemas saat beraktivitas berlebihan,

4) Istirahat dan Tidur

- a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki gangguan saat tidur seperti insomnia, kebiasaan sebelum tidur, pola tidur dan frekuensi jam tidur dalam sehari.
- b) Saat sakit, apakah pasien mengalami kesulitan tidur akibat nyeri yang dirasakan, kecemasan maupun

sesak napas. Menyimpulkan bahwa hubungan antara depresi dan nyeri pada klien tumor *mammae* sangat mempengaruhi gangguan pola tidur serta istirahat yang kurang. klien merasa gelisah saat istirahat dan merasa kecemasan.

5) Kognitif dan Persepsi

- a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki gangguan dalam menerima informasi dan gangguan indera.
- b) Saat sakit, apakah pasien mengetahui apa yang saat ini ia alami, klien yang terdiagnosis tumor *mammae* kebanyakan kaget, takut, syok, karena masih harus bekerja dan memenuhi kebutuhan keluarga. Ada juga yang merasa takut karena efek samping dari serangkaian pengobatan seperti luka tumor yang semakin meluas, bekas operasi, dan akibat kemoterapi yang menyebabkan rambutnya rontok.

6) Persepsi dan Konsep Diri

- a) Sebelum sakit, bagaimana cara pasien dalam memandang dirinya sendiri/konsep diri.
- b) Saat sakit, apakah pasien mengalami kurang percaya diri, seringkali memikirkan aspek fisik jika kehilangan payudaranya, karena payudara merupakan identitas perempuan yang seutuhnya. Kehilangan payudara salah satu akan mengubah *body image* perempuan. Selain itu mempengaruhi dampak psikologis mendalam misalnya stress, ansietas, depresi dan lain- lain setelah operasi.

7) Peran dan Hubungan

- a) Sebelum sakit, bagaimana peran dan hubungan pasien dalam keluarga maupun lingkungan dalam berinteraksi.

b) Saat sakit, apakah pasien mengalami gangguan perannya sebagai seorang ibu dan hubungan dengan keluarga maupun lingkungan. Terkadang klien mengalami kemunduran dan ketidakpercayaan diri saat berinteraksi dengan orang lain, dan cenderung pilih-pilih lawan akan diajak berkomunikasi.

8) Reproduksi dan Seksual

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki Riwayat penggunaan KB hormonal selama lebih dari 5 tahun, menarche.

b) Saat sakit, apakah pasien percaya bahwa keadaannya sekarang adalah ujian dari Tuhan, apakah pasien melakukan pendekatan agama agar pasien dapat menerima kondisinya dengan lapang dada (Laksono, 2022).

2. Diagnosis keperawatan

Dalam buku standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus PPNI tahun 2018 sebagai acuan standar dalam praktik keperawatan yang membantu perawat dalam menegakan diagnosis berdasarkan pengkajian, maka diagnosis keperawatan pada kasus *post op* tumor *mammæ* adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019).
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (D.0142).
- d. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban (D.0083).
- e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).

- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/fungsi tubuh (D.0083).

3. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik

Intervensi :

Manajemen nyeri

Observasi

- 1) Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

R/: Untuk mengetahui persepsi nyeri pasien dan sebagai evaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan.

- 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R/: Melihat faktor pencetus yang memicu adanya nyeri.

- 3) Monitor efek samping dari penggunaan analgetik.

Rasional: Mencegah adanya alergi obat pada pasien.

Terapeutik

- 1) Ajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya teknik relaksasi nafas dalam)

R/ :Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi Gangguan integritas kulit jaringan berhubungan dengan

kelembaban.

- 2) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis. Pencahayaan, suhu ruangan, kebisingan).

R/:Adanya lingkungan yang nyaman dapat mempengaruhi kualitas nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

Edukasi

- 1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

R/: Menambah pengetahuan pasien.

- 2) Menjelaskan strategi meredakan nyeri.

R/: Pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan ketika nyeri dirasakan.

- 3) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri

R/: Memandirikan pasien dalam mengontrol nyeri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik

R/: Untuk membantu menurunkan rasa nyeri.

- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Kelembaban

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Sensasi membaik
- 4) Tekstur membaik

Intervensi :

Perawatan Luka

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

R/:Untuk mengetahui tingkat keparahan luka dengan mengidentifikasi karakteristik luka.

Terapeutik

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

R/:Mengurangi trauma dan sakit saat dilakukan perawatan luka.

- 2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan

R/:Membantu penyembuhan luka dengan menjaga kelembaban, menjaga granulasi tetap kering.

- 3) Pasang baluan sesuai jenis luka

R/:Menyesuaikan dengan jenis luka agar proses penyembuhan maksimal.

- 4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

R/:Mencegah transmisi mikroorganisme dan memperlambat penyembuhan luka.

- 5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

R/:Balutan yang sesuai membantu penyerapan eksudat dengan maksimal.

Edukasi

- 1) jelaskan tanda gejala infeksi

R/:Agar keluarga mengetahui tanda gejala infeksi sehingga dapat mempertahankan kondisi luka tetap bersih dan aman.

- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

R/: Membantu proses penyembuhan luka.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

R/: Untuk mengurangi mikroorganisme pada luka dan mempercepat proses penyembuhan.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis

Hasil yang di harapkan:

Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat
- 4) Demam menurun
- 5) Kemerehan menurun
- 6) Bengkak menurun

Intervensi:

Pencegahan Infeksi

Observasi

- 1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi local

R/: Memberikan informasi tentang adanya tanda dan gejala infeksi untuk diberikan intervensi

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung.

R/: Meminimalisir penyebaran infeksi kepada pasien

- 2) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak di pasien serta lingkungan

R/: Mencegah terjadinya infeksi

3) Pertahankan teknik aseptik di pasien berisiko infeksi

R/: Mencegah masuknya mikroorganisme dan terjadinya infeksi.

Edukasi

1) Jelaskan tanda serta gejala infeksi

R/: Memberikan informasi kepada pasien tentang resiko infeksi.

2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar

R/: Mencegah terjadinya Infeksi dan menjaga kebersihan

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot menelan meningkat
- 3) Perasaan cepat kenyang menurun
- 4) Frekuensi makan membaik
- 5) Nafsu makan membaik

Intervensi

Manajemen nutrisi

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

R/: Dapat mengetahui status pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang cepat kepada pasien.

2) Monitor asupan makanan

R/ : Untuk mengetahui kandungan nutrisi pasien

3) Monitor berat badan

R/: Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan. Jika perlu
R/:Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang dipogramkan
R/:Meningkatkan rasa keterlibatan, memberi informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
R/:Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tepat.

e. Ansietas berhubungan dengan krisis Situasional

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam,maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 2) Perilaku gelisah menurun.
- 3) Frekuensi nadi menurun
- 4) Pola tidur membaik
- 5) Perasaan keberdayaan membaik

Intervensi

Reduksi Ansietas

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas mengalami perubahan (mis. Waktu, kondisi dan stressor).

R/:Mengetahui tingkat ansietas yang dapat berubah pada kondisi, waktu dan stressor yang berbeda.

2) Monitor tanda-tanda ansietas.

R/:Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas.

Terapeutik

1) Dengarkan dengan penuh perhatian

R/:Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas.

2) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

R/:Perasaan pasien akan berfikir positif jika diberikan motivasi.

Edukasi

1) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.

R/:Pasien merasa diperhatikan dan nyaman

2) Latih teknik relaksasi Kolaborasi

R/: Mengurangi tingkat kecemasan dan membuat rileks

Kolaborasi

1) pemberian terapi antiansietas

R/: Mengurangi perasaan cemas pada pasien.

f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh/fungsi tubuh

Hasil yang diharapkan

Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam,maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :

1) Melihat bagian tubuh cukup meningkat

2) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh cukup meningkat

3) Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh cukup menurun

- 4) Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain cukup menurun.

Promosi citra tubuh

Observasi

- 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
R/: Mengetahui harapan pasien terhadap keadaannya sekarang.
- 2) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri
R/: Untuk mengetahui seberapa sering pasien mengkritik dirinya sendiri.
- 3) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah
R/: Untuk mengetahui penolakan pasien terhadap keadaannya sekarang

Terapeutik

- 1) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh
R/: Membantu mengatasi stress akibat gangguan citra tubuh.
- 2) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
R/: Membantu pasien dalam menerima citra tubuh.
- 3) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh
R/: Untuk melihat sudut pandang pasien dan keluarga.

Edukasi

- 1) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
R/: Mengurangi kritikan terhadap diri sendiri.

2) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung

R/: Membantu meningkatkan citra tubuh.

3) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok

R/: Membantu meningkatkan citra tubuh.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tindakan keperawatan perawat berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Jenis tindakan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi dan tindakan rujukan/ ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien Bernama Ny. M berusia 44 tahun masuk RS melalui poliklinik bedah onkologi pada tanggal 8 Mei 2025 pada pukul 08:30 WITA dengan keluhan nyeri pada payudara sebelah kanan. Pasien kemudian masuk di ruang perawatan Seruni kamar 03 dengan diagnosa medik *Tumor mammae dextra*, dan akan dilakukan Tindakan operasi *wide eksisi tumor*. Diagnosa saat pengkajian *Post op Tumor mammae dextra*. Pada tanggal 9 Mei 2025. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan, nyeri memberat ketika digerakkan, skala nyeri 7 dan dirasakan terus menerus seperti teriris-iris. Tampak pasien meringis kesakitan, merasa lemah, tampak luka berdiameter 5 cm dan pasien mengatakan cemas dan khawatir terhadap kondisi yang dialaminya. Tampak pasien terpasang drain $\pm$ 50cc/8 jam tampak pasien dengan posisi semi fowler, kesadaran compos mentis dengan GCS 15. Tekanan darah 130/90mmHg, frekuensi nadi 110x/m, frekuensi pernapasan 20x/m, suhu 36,7°C. Dilakukan Pemeriksaan USG mammae kanan dengan kesan : *Tumor mammae dextra suspek nipple*, pemeriksaan Lab darah lengkap didapatkan: Fungsi Hati: ALT(SGPT)= 45U/L, Eosinofil:7,4%. Pada saat dirawat pasien mendapatkan terapi obat injeksi ranitidine 50mg/IV/12jm, ketorolac 30mg/IV/8jm dan ceftriaxone 1gr/IV/12jm serta IVFD RL 500cc,20tpm.

Berdasarkan data yang didapatkan maka penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan prioritas yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

B. Pengkajian Keperawatan

Unit : Perawatan Seruni

Kamar : 03

Tanggal masuk RS : 08-05-2025

Tanggal pengkajian : 09-05-2025

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial : Ny. M

Umur : 44 thn

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Menikah

Jumlah anak : 1 anak

Agama/ suku : Islam/Bugis

Warga negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat rumah : Dusun Benteng, Kabupaten
Mamuju Tengah

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn.A

Umur : 47 tahun

Alamat : Dusun Benteng, Kabupaten
Mamuju Tengah

Hubungan Dengan Pasien: Suami

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Tumor Mammae Dextra

Saat pengkajian : *Wide Eksisi Tumor /Post op tumor mammae*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit :

Pasien tampak sakit ~~ringan~~ / **sedang** / ~~berat~~ / ~~tidak tampak sakit~~

Alasan: Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, pasien dengan kesadaran penuh, tampak terpasang cairan RL 500 cc 20 tpm, terpasang drain 50cc di payudara sebelah kanan, tampak luka *post op* pada *mamme dextra* dengan berdiameter 5 cm, dan tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

b. Tanda-Tanda Vital :

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motoric : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15 +

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103,33 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36.9°C di ☐ Oral ☒ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan: 20x/menit

Irama : ☒ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 110 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☒ Takikardi

☒ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28 cm

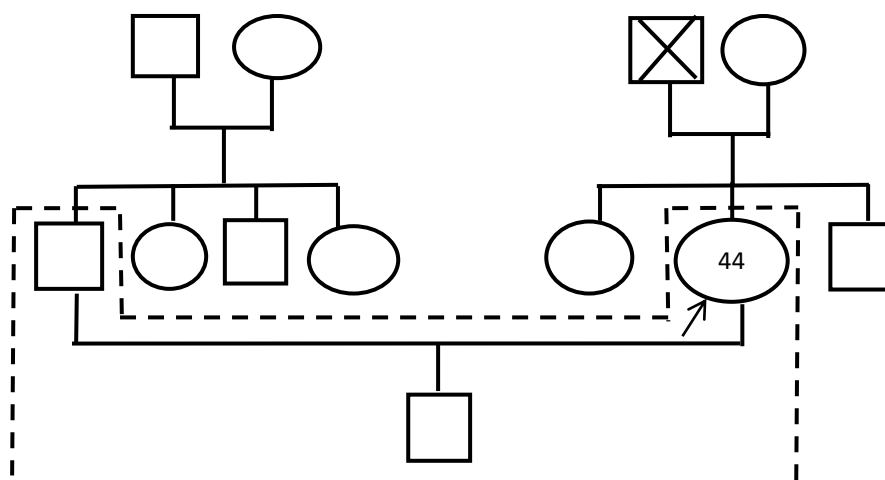
2) Tinggi badan : 157 cm

3) Berat badan : 70 kg

4) IMT : 21,98 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan normal

4. Genogram



Keterangan :

☐ : Laki-laki

☐ : Perempuan

☒ : Meninggal

☒ : Pasien

----- : Garis Perkawinan

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan mengatakan kesehatan itu sangat penting, jika pasien dan keluarga sakit seperti sakit kepala ia membeli obat di apotik. Pasien juga mengatakan mengkonsumsi obat herbal (rebusan daun-daunan). Pasien mengatakan ia jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan atau puskesmas. Pasien mengatakan menyukai makan-makanan yang berdaging, coto, bakso dan ikan bakar, serta pasien mengatakan sering mengonsumsi mie instan setiap hari. Pasien mengatakan mulai merasakan adanya benjolan sekitar 1 tahun yang lalu dan setiap melakukan aktivitas pasien mengatakan nyeri pada daerah payudara kanan.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan Utama : Nyeri pada luka post op

b) Riwayat Keluhan Utama :

Pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara sebelah kanannya sudah 1 tahun lebih, namun tidak melakukan operasi karena pasien lebih memilih untuk melakukan pengobatan herbal dan mengkonsumsi obat-obatan saja, namun tidak kunjung sembuh. Pasien mengatakan sebelum di bawa ke RS sejak satu minggu pasien sudah merasakan nyeri pada payudara sebelah kanannya sehingga pasien memutuskan untuk memeriksakan ke RS Akademis Jaury Jusuf Putera makassar dan setuju untuk di operasi. Saat pengkajian tampak pasien telah melakukan operasi *wide eksisi tumor* dan tampak luka post op pada payudara sebelah

kanan, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka post op di payudara sebelah kanannya, dengan skala nyeri 7, nyeri bertambah bila pasien menggerakkan tangannya, nyeri dirasakan seperti teriris iris, nyeri dirasakan terus-menerus, dan pasien mengatakan merasa gatal pada daerah luka post op di bagian payudara sebelah kanan, pasien juga mengatakan merasa lembab pada luka post op, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien merasa gelisah, tampak pasien selalu mengelus disekitar luka operasi, tampak perban dalam keadaan lembab, tampak luka tidak ada perdarahan aktif, tampak luka berukuran 5 cm tampak pasien bersikap protektif seperti waspada saat bergerak karena takut nyeri nya semakin memberat.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan keluarga

e) Pemeriksaan fisik

Kebersihan rambut : Tampak bersih

Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada lesi

Kebersihan kulit : Tampak bersih

Higiene rongga mulut : Tampak bersih

Kebersihan genetali : Tidak dikaji

Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan memiliki nafsu makan yang baik dengan jumlah yang teratur 3x1 sehari. Pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan dengan olahan daging seperti coto, bakso, dan ikan bakar serta sering mengonsumsi mie instan setiap hari. Pasien juga mengatakan lebih banyak minum air putih kurang lebih 7-8 gelas per hari (gelas ukuran 200 cc).

2) Keadaan Sejak Sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit dan dirawat di rumah sakit. Pasien disediakan makanan 3x sehari dengan menu yang berbeda-beda setiap harinya sesuai anjuran dokter, sejak sakit juga pasien dianjurkan diet rendah kolesterol dan lemak. Pasien juga mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien sedikit menurun karena pasien merasa mual, nyeri pada bagian payudara, sejak sakit pasien juga mengatakan kurang minum air putih dalam sehari dan pasien tidak mampu menghabiskan 1 botol air minirel.

3) Observasi :

Tampak pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makannya. Tampak pasien mengonsumsi air putih sebanyak 250 ml Aqua gelas.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak bersih dan berwarna hitam
- b) Hidrasi kulit : Tugor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalam < 3 detik

- c) Palpebra/conjungtiva : Palpebra tidak edema dan konjungtiva tidak edema
- d) Sclera : Tidak tampak ikterik
- e) Hidung : Septum hidung tampak lurus, tampak tidak ada lesi, tidak tampak sekret, fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan aroma minyak kayu putih.
- f) Rongga mulut : Rongga mulut tampak bersih
- g) Gusi : Tidak tampak peradangan
- h) Gigi : Tampak lengkap
- Gigi Palsu : Tidak ada
- i) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah makanan yang keras
- j) Lidah : tampak bersih, tidak ada peradangan
- k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- l) Kelenjar getah bening : Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
- m) Kelenjar parotis : Tidak teraba adanya

pembesaran
kelenjar

n) Abdomen :

- (1) Inspeksi : Abdomen tampak simetris
- (2) Auskultasi : Bising usus 12x/menit
- (3) Palpasi : Tidak tampak adanya nyeri
- (4) Perkusi : Terdengar tympani

o) Kulit :

- (1) Edema : Positif ☐ Negatif ☒
- (2) Icteric : Positif ☐ Negatif ☒
- (3) Tanda-tanda radang : Tidak tampak peradangan

p) Lesi : Tampak tidak adanya lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan BAK $\pm$ 6x sehari, berwarna kuning jernih Dengan jumlah $\pm$ 250cc setiap kali BAK dan tidak ada nyeri Saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit dan BAK berwarna kuning, dengan jumlah 450cc dan berbau khas urin

3) Observasi :

Tampak pasien tidak pernah BAB, tampak urin berwarna Kuning.

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Peristaltik usus : 20x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☒ Kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Penuh ☒ Kosong

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengerjakan pekerjaan rumah, pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan saat waktu senggang diisi dengan menonton TV dan berkumpul dengan keluarga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasakan nyeri pada dada sebelah kanan ketika melakukan aktivitas dan pasien mengatakan enggan saat pasien melakukan pergerakan karena ketika pasien bergerak akan membuat nyerinya semakin memberat, sehingga seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak aktivitas harian pasien dilakukan di tempat tidur dibantu oleh keluarga dan perawat, tidak tampak adanya anggota gerak yang cacat, tampak luka post op pada bagian payudara sebelah kanan.

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 2

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 2

(4) Kerapihan : 2

(5) Buang air besar : 2

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

- (6) Buang air kecil : 2
- (7) Mobilisasi di tempat tidur : 2
- b) Postur tubuh : Tidak di kaji karena pasien terbaring lemah
- c) Gaya jalan : Tidak di kaji karena pasien terbaring lemah
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostom : Tidak ada
- 4) Pemeriksaan Fisik
- a) Tekanan darah : 130/90 mmHg
- b) HR : 110x/menit
- c) Kulit :
- Keringat dingin : Tidak ada
- Basah : Tidak ada
- d) JVP : 5-2cmH₂O
- Kesimpulan: Pemompaan ventrikel memadai
- e) Perfusi Pembuluh Kapiler kuku : Kembali <3 detik.
- f) Thorax Dan Pernapasan :
- (1) Inspeksi
- Bentuk Thorax : Tampak bekas *post op Tumor Mammar Dextra*
- Retraksi intercostal : Tampak tidak ada
- Sianosis : Tampak tidak ada
- Stridor : Tampak tidak ada
- (2) Palpasi
- Vocal Premitus : Getaran pada kedua lapang kiri dan kanan
- Krepitasi : Tidak teraba krepitasi

(3) Perkusi : Sonor

(4) Auskultasi

Suara napas : Terdengar Vesikuler

Suara tambahan : Tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi Ictus Cordis : Teraba pada ICS 5
linea midclavicularis
sinistra

(2) Palpasi Ictus Cordis : Teraba pada ICS 5
linea midclavicularis
sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : Pada ICS 2 linea
sternalis sinistra

Batas bawah jantung : Pada ICS 5 mid
claviculari sinistra

Batas kanan jantung : Pada ICS 2 linea
sternalis dextra

Batas kiri jantung : Pada ICS 5 linea
axilaris anterior sinistra

(4) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal

Bunyi jantung II P : Tunggal

Bunyi jantung I T : Tunggal

Bunyi jantung I M : Tunggal

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☒ Negatif

(2) Rentang Gerak :

Kaku sendi : Tampak tidak terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : Tampak tidak terdapat nyeri sendi

Fraktur : Tampak tidak terdapat fraktur

Parese : Tampak tidak terdapat parese

Paralisis : Tampak tidak terdapat paralisis

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Kesimpulan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi : Bisep, trisep, patella positif

(5) Refleks patologi : Tampak reflek patologi negatif

(6) Babinski

Kiri : ☐ Positif ☒ NegatifKanan : ☐ Positif ☒ Negatif

Clubing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis:

(1) Inspeksi : Tidak ada kelainan

(2) Palpasi : Tidak ada nyeri, tidak terdapat adanya lesi

(3) Kaku kuduk : Tidak terdapat kaku kuduk

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan jam tidur malam mulai dari jam 10 malam sampai jam 6 pagi, pasien merasa segar ketika bangun pagi dan siap untuk melakukan aktivitas. Sebelum tidur pasien biasanya menonton TV. Pasien lebih nyaman tidur dalam suasana terang.

2) Keadaan Sesudah Sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien menjadi sulit tidur karena sering merasakan nyeri di daerah dada tembus ke belakang dan kualitas tidur pasien menurun. Pasien merasa kurang segar setelah bangun. Pasien juga mengatakan sulit tidur karena merasa cemas dengan penyakitnya.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien sesekali menguap, tampak ekspresi wajah pasien mengantuk,

a) Ekspresi wajah mengantuk : Positif

b) Banyak Menguap : Positif

c) Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Dan Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pendengaran dan gangguan persepsi sensori. Pasien mengatakan bahwa ia mampu menulis, membaca dan mengerti sesuatu.

2) Keadaan Sesudah Sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta tidak ada masalah pada hidung dan mulut namun pasien mengatakan terdapat luka post op pada payudara bagian kanan, pada bagian luka tersebut tampak bekas jahitan dengan diameter 5 cm, pasien mengatakan jika banyak bergerak terasa nyeri bahkan nyeri yang dirasakan seperti di remas-remas dengan skala nyeri 7 yang di rasakan hilang timbul.

3) Observasi :

Tidak tampak tidak ada penggunaan alat bantu mendengar, Tampak tidak menggunakan kacamata, tampak mampu berbicara dengan baik, dan tampak pasien daya ingat baik, tampak luka post op pada payudara kanan.

4) Pemeriksaan Fisik :

a) Penglihatan :

- | | |
|--------------------------|--|
| (1) Kornea | : Tampak jernih |
| (2) Pupil | : Tampak isokor |
| (3) Lensa mata | : Tampak jernih |
| (4) Tekanan Intra Okuler | : Teraba sama kenyal mata kiri dan kanan |

b) Pendengaran :

- (1) Pina : Simetris kiri dan kanan
- (2) Kanalis : Tampak bersih kiri dan kanan
- (3) Membran timpani : Tampak terlihat cahaya polipser

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
Lengan dan tungkai bagian kiri dan kanan bisa digerakan.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengurus rumah dan anaknya. Pasien mengatakan Bahagia sebagai seorang istri dan seorang ibu.

2) Keadaan Sesudah Sakit

Pasien mengatakan merasa gelisah karena tidak bisa menjalankan perannya sebagai istri dan ibu. Pasien merasa cemas dan khawatir dengan kondisinya dan dia selalu berpikir jangan sampai tumor pada payudara sebelah kanannya yang diangkat itu ganas, pasien mengatakan pernah membaca dan mendengarkan cerita dari orang sekelilingnya bahwa walaupun sudah dilakukan operasi namun penyakit tersebut bisa terulang kembali menjadi lebih parah lagi. Pasien mengatakan tidak sanggup untuk menerima kenyataan dan sangat khawatir seandainya hasil menyatakan tumor ganas dan dia harus menjalani kemoterapi. Pasien mengatakan selalu berharap agar bisa sembuh dan kembali berkumpul bersama keluarganya. Pasien mengatakan

sering berpikir apakah lukanya akan sembuh cepat atau tidak karena takut melihat luka yang terdapat pada payudaranya. Pasien mengatakan cemas terhadap kondisinya yang tidak sama seperti dulu lagi dan tidak seperti perempuan pada umumnya karena adanya luka operasi pada payudaranya. Tampak pasien merasa cemas, tampak pasien merasa gelisah.

3) Observasi :

- a) Kontak mata : Perhatian menurun
- b) Rentang perhatian : Baik
- c) Suara dan cara bicara : Terdengar pelan
- d) Postur tubuh : Pasien tampak berbaring saat dilakukan pengkajian

4) Pemeriksaan fisik

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- b) Bentuk/postur tubuh : Pasien tampak berbaring saat dilakukan pengkajian
- c) Kulit : Tampak ada luka Post Op pada payudara sebelah kanan.

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan suami dan anak. Pasien mengatakan hubungannya dengan suami dan anaknya sangat harmonis dan penuh kasih sayang. Pasien mengatakan selain hubungannya dengan suami baik hubungan dengan tetangga sekitar dan keluarga yang lain juga sangat baik.

2) Keadaan Sesudah Sakit :

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami dan anaknya tetap harmonis namun tidak bisa berbuat apa-apa untuk mengurus suami dan anaknya, pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakit yang di alami dan tidak lagi bercerita dengan tetangganya karena kondisi sedang sakit, pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul bersama keluarga di rumah namun keluarga ada untuk mendampingi pasien.

3) Observasi :

Tampak pasien di dampingi oleh keluarga dan suami

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan ia adalah seorang wanita sekaligus istri dan Ibu dari 1 orang anaknya. Pasien mengatakan menstruasi pertama pasien sejak usia 12 tahun. Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi jenis suntik sejak 10 tahun terakhir. Pasien juga mengatakan tidak memiliki masalah genitalia.

2) Keadaan Sejak Sakit :

Pasien mengatakan tidak ada perilaku menyimpang dari seksualitas.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak ada perilaku menyimpang bahkan pasien berperilaku layaknya seorang wanita.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

- 1) Keadaan Sebelum Sakit : Pasien mengatakan jika Pasien mengatakan tidak suka marah-marah, jika ada masalah tidak terlalu dipikirkan. Pasieng mengatakan

Ketika ada masalah selalu menghadapinya dengan tenang dan selalu cerita kepada orang terdekat seperti suaminya.

2) Keadaan Sesudah Sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih cepat marah karena cemas memikirkan kondisinya. Pasien mengatakan sejak sakit cemas memikirkan keadaanya apakah akan sembuh atau tidak. Pasien mengatakan sejak sakit cenderung tidak bersemangat dengan kondisinya.

3) Observasi :

Tampak pasien sedikit sedih saat menceritakan perasaannya terkait kondisi penyakitnya.

k. Pola Sistem Nilai Dan Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan rutin beribadah/sholat dan aktif dalam kegiatan masjid.

2) Keadaan Sesudah Sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang sholat dikarenakan terganggu dengan nyeri yang dirasakannya.

3) Observasi :

Tampak pasien bersama keluarga berdoa untuk kesembuhan pasien.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan USG Mammae Kanan

- Tampak massa hipoekhoik subnipple, tepi spikulated, ukuran kl.25 x 22 mm, dengan vasikularisasi intratumoral
- Tampak juga nodul 2 bagian pd jam 09, masing-masing diameter ukuran 16 mm dan 10 mm, tepi tidak rata
- Scan axilla tidak tampak nodul
- Lapisan kutis normal

Kesan: Tumor *Mammae dextra* sub nipple

b. Pemeriksaan Foto thorax

Kesan: pemeriksaan foto thorax dalam batas normal

c. Pemeriksaan diagnostic

Laboratorium : tanggal 03-05-2025

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13.6	10.9-14.9	g/dL
Hematocrit	41	34.0-45.1	%
Eritrosit	4.70	4.11-5.55	Juta/uL
MCV	87	71.8-92.0	fL
MCH	28.9	22.6-31.0	Pg
MCHC	33.3	30.8-335.2	g/dL
Trombosit	339,000	216000-451000	/uL
Lekosit	8.890	4500-13500	/uL
Neutrophil	54.4	42.5-71.0	%
Limfosit	31.9	20.4-44.6	%
Monosit	5.7	3.6-9.9	%
Eosinophil	7.4	0.7-5.4	%
Basofil	0.6	0-1	%
NLR	1.70	0.78-3.53	
Laju endap darah	12	<20	Mm/jam

6. Terapi

- a. Ceftriaxone 1gr/12 jam/IV
- b. Ketorolac 30mg/8 jam/IV
- c. Ranitidine 50mg/12jam/IV

Analisa Data Post Op Tumor Mammar Dextra

Tabel 3.2 Analisa Data

NO.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post op payudara sebelah kanan. - Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan. - Pasien mengatakan takut melakukan pergerakan atau aktivitas yang berlebih karena akan memperberat nyeri - P : Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan Q : Nyeri seperti teriris-iris R : Nyeri di rasakan pada luka bekas operasi pada bagian payudara sebelah kanan S : Skala nyeri 7 T: Nyeri dirasakan hilang timbul	agen pencedera Fisik	nyeri akut

	DO : - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien bersikap protektif - Tampak pasien gelisah - Tampak luka post op pada payudara kanan - Tampak pasien mengeluh susah tidur. - TTV TD : 130/90 mmHg N : 110x/menit P : 20X/menit S: 36,9⁰C SpO² : 98%		
2.	DS: - Pasien mengatakan payudara sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi <i>wide eksisi tumor</i> - Pasien mengatakan merasa lembab dan nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan nya	kelembaban	gangguan integritas jaringan

	- Pasien mengatakan merasa gatal pada daerah luka post op di bagian payudara sebelah kanan DO: - Tampak luka post op pada daerah payudara kanan, berukuran 5 cm yang di tutup dengan kasa steril - Tampak perban dalam keadaan lembab/ adanya darah - Tampak pasien merasa nyeri - Tampak pasien selalu mengelus di sekitar luka post op di payudara sebelah kanan.		
3.	DS: - Pasien mengatakan merasa cemas karena tidak bisa menjalankan perannya sebagai seorang istri dan ibu karena sedang sakit. - Pasien mengatakan pernah membaca dan mendengarkan cerita dari orang sekelilingnya bahwa walaupun sudah dilakukan operasi namun penyakit tersebut bisa terulang kembali menjadi	krisis situasional	ansietas

	lebih parah lagi. - Pasien merasa cemas dan khawatir dengan kondisinya dan dia selalu berpikir Jangan sampai tumor pada payudara sebelah kanannya yang di angkat itu ganas, pasien mengatakan tidak sanggup untuk menerima kenyataan dan sangat khawatir seandainya hasil menyatakan tumor ganas dan dia harus menjalani kemoterapi. - Pasien mengatakan selalu berharap agar bisa sembuh dan kembali berkumpul bersama keluarganya. - Pasien mengatakan sering berfikir apakah lukanya akan sembuh cepat atau tidak karena takut melihat luka yang terdapat pada payudaranya. - Pasien mengatakan cemas terhadap kondisinya yang tidak sama seperti dulu lagi dan tidak seperti perempuan pada umumnya karena adanya terdapat luka operasi pada payudaranya		
--	---	--	--

	- Pasien mengatakan sejak sakit cenderung tidak bersemangat dengan kondisinya. - Pasien mengatakan sulit tidur DO : - Tampak pasien merasa cemas - Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk - Tampak pasien sesekali menguap - Tampak pasien merasa gelisah - Tampak pasien tidak bersemangat - Tampak kontak mata pasien menurun - Tampak pasien bersuara dan bicara pelan - Nadi : 110x/menit		
--	---	--	--

Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. M

Ruang/ Kamar : Ruangan Seruni / kamar 03

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan agen pencidera fisik d.d. pasien mengeluh nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri seperti teriris-iris, nyeri di rasakan pada luka bekas operasi pada bagian payudara sebelah kanan, skala nyeri 7, nyeri dirasakan hilang timbul. tampak pasien meringis kesakitan,tampak pasien bersikap protektif tampak pasien gelisah. (D.0077)
2.	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban d.d. pasien mengatakan merasa lembab dan nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan nya, pasien mengatakan merasa gatal pada daerah luka post op. tampak luka post op pada daerah payudara kanan, tampak perban dalam keadaan lembab tampak pasien selalu mengelus pada luka operasi (D.0129)
3.	Ansietas berhubungan krisis situasional d.d. pasien mengatakan merasakan cmas dan khawatir tentang kondisinya, tampak pasien tampak gelisah,sulit tidur, pasien tampak tidak bersemangat, pasien tampak bersuara dan bicara pelan, nadi : 110x/menit. (D.0080)

Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

NO.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Hasil yang diharapkan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 5. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur

			Edukasi 1. Jelaskan strategis meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Teknik Relaksasi nafas dalam Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
2.	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Sensasi membaik 4. Tekstur membaik	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis.Drainase,warna,ukuran,bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara Perlahan. 2. Bersihkan dengan cairan nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi,jika perlu 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatanluka

			7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam Atau sesuai kondisi pasien Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>
3.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ekspektasi tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun. 3. Frekuensi nadi menurun 4. Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan.</i> 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

			5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan Edukasi 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu. 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi Pemberian obat anti ansietas, Jika perlu.
--	--	--	--

Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.M/44 Tahun

Ruang/Kamar : Seruni/03

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Dx	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
Jumat,9/05/2025	I	08:00	Melakukan pemberian obat analgetik Hasil: - Ketorolac 30mg/IV	Florensi
	I	08:15	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan terus menerus, dengan skala nyeri 7. Tampak pasien menutup mata dan meringis kesakitan.	Florensi
	I	09:00	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau) Hasil : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 50 cc berwarna merah).	Florensi

			tampak luka tidak berbau.	
	II	09:15	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan di sekitar payudara, tidak terdapat pendarahan aktif.	Florensi
		09:30	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri kepada pasien dan keluarga (cara mencuci tangan 7 langkah yang benar saat sebelum ke pasien agar tidak mudah terkontaminasi mikroorganisme) Hasil: - Tampak Pasien dan keluarga paham dengan yang di sampaikan perawat dan melakukan cuci tangan.	Florensi
	III	10:00	Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Hasil: - Pasien mengatakan pasien merasa cemas dan khawatir terjadi komplikasi dengan penyakitnya sehingga jika mengharuskan menjalani kemoterapi, tampak pasien gelisah,tampak pasien tidak	Florensi

			bersemangat, tampak pasien sulit tidur.	
	III	10:10	Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Hasil: - Tampak pasien mau mengungkapkan dan menceritakan mengenai kondisinya.	Florensi
	III	10:25	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Hasil : - Melakukan pendekatan kepada pasien, dan tampak pasien mulai sharing tentang perasaannya mengenai penyakitnya .	Florensi
	I	11:00	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Teknik Relaksasi nafas dalam Hasil: - Tampak pasien dan keluarga memperhatikan Teknik relaksasi nafas dalam. Tampak pasien dan keluarga pasien sangat antusias memperhatikan perawat saat menjelaskan tentang terapi	Florensi

			yang akan diberikan	
	I	11:15	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: hasil : - pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika rasa nyeri timbul	Florensi
	I	11:30	Memonitor terapi komplementer yang diberikan hasil: - tampak pasien menutup mata dan menarik nafas dalam kemudian menghembuskan. tampak pasien merasa tenang dan nyeri terasa berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam.	Florensi
	I,II,III	12:00	Melakukan pemberian obat Hasil: - Ceftriaxone 1gr/IV - Ranitidine 1 dosis/IV	Florensi
	II	13:00	Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 105x/menit P: 20x/menit S: 37,6°C SpO ² : 98%	Florensi

	II	13:30	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan dan sayur tinggi akan protein dan kalori serta rendah lemak Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memakan makanan yang diberikan RS seperti ikan dan sayur hijau, keluarga juga mengatakan biasa membawa tumis bayam dari rumah.	Florenci
	I	13:40	Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan memfasilitasi pasien untuk beristirahat menutup sampiran dan memberikan posisi nyaman. Hasil: - Tampak pasien sulit tidur karena nyeri yang dirasakan.	Florenci
	II	14:20	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau) Hasil : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab sedikit, dengan drain 52 cc berwarna merah). tampak luka tidak berbau.	Fidelia
	II	14:30	Memonitor tanda-tanda infeksi	Fidelia

			Hasil: - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan di sekitar payudara, tidak tampak perdarahan aktif. namun perban tampak lembab.	
	I	14:45	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skal nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri dirasakan terus menerus dengan skala nyeri 6. Tampak pasien meringis.	Fidelia
	I	15:00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : - Pasien mengatakan pasien merasa nyeri jika bergerak, dan nyeri berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam.	Fidelia
	I	15:15	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis :	Fidelia

			suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) Hasil: - Pasien tampak merasa nyeri jika suhu ruangan tidak dingin dan jika pengunjung rumah sakit terlalu berisik.	
	III	15:40	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi,waktu, stressor) Hasil: - Pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih cepat marah karena cemas memikirkan kondisinya. - Pasien mengatakan sejak sakit cemas memikirkan keadaanya apakah akan sembuh atau tidak. - Pasien mengatakan sejak sakit cenderung tidak bersemangat dengan kondisinya.	Fidelia
	III	15:50	Mendengarkan dengan penuh perhatian Hasil: - Tampak pasien senang diperhatikan dan di dengarkan oleh perawat dan keluarga.	Fidelia

	III	15.55	Menggunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan Hasil: - Tampak pasien percaya dan yakin untuk bercerita mengenai kondisi nya kepada perawat.	Fidelia
	I	16:00	Mengkolaborasi pemberian analgetik Hasil: - Ketorolac 30mg/IV	Fidelia
	I,II,III	17:30	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 120/80 mmHg N : 100x/menit S: 36,8°C P: 19x/menit SpO ² : 99%	Fidelia
	I	18:00	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan skala nyeri : 6	Fidelia
	I	19:00	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) Hasil : - Tampak pasien melakukan Teknik relaksasi nafas dalam yang telah di ajarkan.	Fidelia

	I	19:30	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Hasil: - Tampak nyeri pasien berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam, nyeri dengan skala 6.	Fidelia
	I	20:00	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan dan sayur tinggi akan protein dan kalori serta rendah lemak Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bahwa sore tadi pasien makan makanan yang sudah diberikan di RS.	Fidelia
	I	20:40	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: - Tampak ruangan pasien terasa sejuk dan dingin	Fidelia
	I	24:00	Melakukan kolaborasi pemberian obat analgetic dan antibiotic Hasil : - Ceftriaxone 1gr/IV - Ketorolac 30mg/IV - Ranitidine 1 dosis/IV	Perawat
	I		Memfasilitasi istirahat dan tidur	Perawat

			Hasil : - Tampak pasien sulit tidur karena masih merasa nyeri	
	I,II,II	06:00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD: 110/70 mmHg - N: 112x/menit - S: 37.0°C - P:21x/menit - SpO ₂ : 99%	Perawat
Sabtu,10 2025	I	07:30	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri, skal nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri yang di rasakan terus menerus dengan skala nyeri 5	Florensi
	I	08:00	Mengkolaborasi pemberian analgetic Hasil: ✓ Ketorolac 30mg/IV	Florensi
	II	08:30	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan dan sayur tinggi akan	Florensi

			protein dan kalori serta rendah lemak Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memakan makanan yang diberikan RS seperti ikan dan sayur sup, keluarga juga mengatakan biasa membawa sayur masak dari rumah.	
	III	09:00	Melatih teknik relaksasi (mis: terapi musik) Hasil : - Mengajarkan kepada pasien untuk mendengarkan musik atau suara mengaji dari handphone, tampak pasien tenang ketika mendengarkan suara ayat-ayat alquran.	Florensi
	III	09:15	Mengajarkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil : - Tampak pasien selalu di damping oleh suami dan keluarga nya.	Florensi
	II	10:00	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau) Hasil : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan	Florensi

			drain 55 cc berwarna merah), tampak luka tidak berbau.	
	III	10:15	Menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan Hasil : - Tampak pasien meletakkan handphone nya di samping untuk mendengarkan suara mengaji.	Florensi
	III	10:20	Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu mencemaskan kondisinya karena selalu ada perawat, keluarga, suaminya yang selalu mendampingi, dan pasien mengatakan selalu berdoa untuk di berikan kesembuhan.	Florensi
	III	10:40	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri (mencuci tangan) Hasil: - Mengajarkan kepada keluarga cara 7 langkah mencuci tangan yang benar saat sebelum ke pasien agar pasien tidak terkontaminasi mikroorganisme, tampak	Florensi

			keluarga mampu mengulangi 7 langkah mencuci tangan	
	II	11:00	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan di sekitar luka post op, tidak terdapat perdarahan aktif, namun perban luka sedikit lembab. dan pasien mengatakan merasa gatal pada luka post op	Florensi
	I	11:15	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi nafas dalam) Hasil : - Tampak pasien mampu melakukan atau mengulangi Teknik relaksasi nafas dalam yang telah di ajarkan.	Florensi
	I	11:20	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Hasil: - Tampak nyeri pasien berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan. skala nyeri 5	Florensi

	III	11:35	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Hasil : - Tampak pasien suka mengajak perawat berbicara dan bercerita tentang kondisi	Florensi
	III	11:45	Mendengarkan dengan penuh perhatian Hasil: - Tampak pasien senang di perhatikan dan di dengarkan oleh perawat dan keluarga.	Florensi
	III	11:55	Menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan Hasil: - Tampak pasien percaya dan yakin untuk bercerita mengenai kondisi nya kepada perawat.	Florensi
	I,II,II	12:00	Mengkolaborasi pemberian obat Hasil: - Ceftriaxone 1gr/IV - Ranitidine 1 dosis/IV	Florensi
	I,II,II	13:00	Mengobeservasi TTV: - TD: 110/70 mmHg - N: 90x/menit - S: 37.0°C - P:21x/menit - SpO ² : 99%	Florensi

	I	13:20	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: Tampak ruangan pasien terasa sejuk dan dingin	Florensi
	I	13:45	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: Tampak sudah bisa tidur dengan tenang, namun masih terkadang terbangun karena nyeri yang timbul	Florensi
	II	14:15	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau) Hasil : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 58 cc berwarna merah).tampak luka tidak berbau.	Fidelia
	II	14:30	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan pada sekitar payudara, namun perban lembab dan pasien merasa gatal pada luka post op	Fidelia
	I	15:00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri,	Fidelia

			skal nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 5.	
	I	15:15	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : - Pasien mengatakan nyeri jika mengangkat sesuatu yang berat dengan menggunakan tangan kanan dan nyeri berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam.	Fidelia
	I	15:30	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) Hasil: - Pasien tampak merasa nyeri jika suhu ruangan tidak dingin dan jika pengunjung rumah sakit terlalu berisik.	Fidelia
	I	16:00	Mengkolaborasi pemberian analgetic Hasil:	Fidelia

			✓ Ketorolac 30mg/IV	
	III	16:30	Melatih teknik relaksi Hasil : - Tampak pasien rajin mendengarkan musik dan lantunan ayat-ayat alquran dari handphone	Fidelia
	III	16:40	Mengajurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil : - Tampak pasien selalu di bantu untuk melakukan aktivitas, dan selalu mendampingi pasien	Fidelia
	I,II,III	17:30	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 120/80 mmHg N : 89x/menit S: 36,8°C P: 19x/menit SpO ² : 99%	Fidelia
	I	18:15	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan Skala nyeri : 5	Fidelia
	I	18:30	Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) Hasil :	Fidelia

			- Tampak pasien melakukan Teknik relaksasi nafas dalam yang telah di ajarkan	
	I	18:45	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Hasil: - Tampak nyeri pasien berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam.	Fidelia
	II	19:00	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan dan sayur tinggi akan protein dan kalori serta rendah lemak Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bahwa sore tadi pasien makan makanan yang diberikan di RS.	Fidelia
	I	20:00	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: - Tampak ruangan pasien terasa sejuk dan dingin.	Fidelia
	I,II,III	24:00	Melakukan kolaborasi pemberian obat analgetic dan antibiotic Hasil : - Ceftriaxone 1gr/IV - Ketorolac 30mg/IV	Perawat

			- Ranitidine 1 dosis/IV	
	I	24:15	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : - Tampak pasien sudah bisa tidur dan nyeri berkurang.	Perawat
	I,II,III	06:00	Mengobservasi TTV Hasil : - TD: 120/70 mmHg - N: 112x/menit - S: 37.0°C - P:21x/menit - SpO ² : 99%	Perawat
Minggu, 11/05/2025	I	07:30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skal nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri hilang timbul, dengan skala nyeri 4. Tampak pasien meringis berkurang.	Florensi
	I	08:00	Mengkolaborasi pemberian analgetik Hasil : - Ketorolac 30mg/IV	Florensi
	II	08:30	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran,	Florensi

			bau) Hasil : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 63 cc berwarna merah). tampak luka tidak berbau	
	III	09:00	Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Hasil : - Tampak pasien tidak gelisah, tampak pasien tidak sulit tidur, tampak cemas pasien berkurang.	Florensi
	III	09:30	Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien Hasil : - Keluarga pasien mengatakan akan selalu mendampingi dan membantu pasien serta memberi semangat kepada pasien saat pulang dirumah.	Florensi
	I	10:00	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Hasil: - Tampak nyeri pasien berkurang jika melakukan terapi relaksasi nafas dalam.	Florensi
	I	10:30	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Florensi

			Hasil: - Tampak ruangan pasien dingin dan sejuk namun banyak keluarga yang mengunjungi pasien.	
	I	10:45	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan Skala nyeri : 4	Florensi
	I	11:00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : - Tampak nyeri berkurang di skala 4, pasien sudah mulai bergerak seperti duduk dan makan sendiri.	
	I,II,III	12:00	Melakukan Pemberian Obat Hasil: ✓ Ceftriaxone 1gr/IV ✓ Ranitidine 1 dosis/IV	Florensi
	II	13:00	Memberikan perawatan kulit pada area luka Hasil : - Perawat sudah melakukan pembersihan luka dan ganti perban dengan teknik steril.	Florensi
	II	13:15	Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: - Tampak tidak ada tanda-	Florensi

			tanda infeksi seperti kemerahan pada area luka post op, tidak terdapat pus dan jaringan nekrotik, tidak ada perdarahan aktif, namun perban lembab.	
	II	13:20	Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau) Hasil: - Tampak Luka post op berukuran 5 cm, tampak luka bersih, tidak ada bau, dan drain sebanyak 63 cc.	Florensi
	I	14:10	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri, skal nyeri dan respon nyeri non verbal Hasil: - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri hilang timbul, dengan skala nyeri 4. Tampak pasien tidak meringis	
	II	14:15	Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti ikan dan sayur tinggi akan protein dan kalori serta rendah	

			lemak Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bahwa akan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein di rumah seperti sayur dan ikan.	
	I,II,III	15:30	Pemberian obat pulang Hasil : - Asam mefenamat TAB 3x1 tablet, sesudah makan dan cefixime 200mg 2x1 sesudah makan.	Fidelia

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. M / 44 tahun

Ruang/ Kamar : Seruni / Kamar 03

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Perawat
Jumat,10 Mei 2025 (Pagi)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada payudara sebelah kanan - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Skala nyeri 7 O: - Tampak pasien meringis - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sulit tidur - Tampak pasien bersikap protektif A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Florensi
	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan merasakan nyeri pada luka post op , luka ditutupi kasa steril. - Pasien mengatakan merasa lembab pada	Florensi

	luka post op - Pasien mengatakan merasa gatal pada luka post op O : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab dengan drain 50cc berwarna merah. - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, tidak ada perdarahan aktif dan tidak terdapat pus serta jaringan nekrotik A : Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan luka	
	Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional S : - pasien mengatakan pasien merasa cemas dan khawatir terjadi komplikasi dengan penyakitnya sehingga jika mengharuskan menjalani kemoterapi, tampak pasien gelisah, tampak pasien tidak bersemangat, tampak pasien sulit tidur. - Pasien mengatakan merasa gelisah karena tidak bisa menjalankan perannya sebagai istri dan ibu, - Pasien mengatakan ia merasa kurang percaya diri dengan penyakitnya - Pasien mengatakan sering berfikir apakah lukanya akan sembuh cepat atau tidak karena takut melihat luka yang terdapat	Florensi

	pada payudaranya. - Pasien mengatakan cemas terhadap kondisinya yang tidak sama seperti dulu lagi dan tidak seperti perempuan pada umumnya karena adanya luka operasi pada payudaranya. O : - Tampak pasien merasa cemas - Tampak pasien mau berbicara dan bercerita dengan perawat tentang kondisi yang di alaminya. - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien sulit tidur A : Masalah ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas	
(Siang)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada payudara sebelah kanan - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan hilang timbul O : - Tampak pasien masih meringis - Skala nyeri 6 A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Fidelia

	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan merasa lembab pada luka post op - Pasien mengatakan merasakan nyeri pada luka post op , dengan skala nyeri 6 O : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab dengan drain 50cc berwarna merah. - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan dan tidak terdapat pus serta jaringan nekrotik A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan luka	Fidelia
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional S : - Pasien mengatakan sejak sakit pasien lebih cepat marah karena cemas memikirkan kondisinya. - Pasien mengatakan sejak sakit cemas memikirkan keadaanya apakah akan sembuh atau tidak. - Pasien mengatakan sejak sakit cenderung tidak bersemangat dengan kondisinya. O : - Tampak pasien senang di perhatikan dan	Fidelia

	di dengarkan oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien percaya dan yakin untuk bercerita mengenai kondisi nya kepada perawat A : Masalah ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi reduksi ansietas	
Sabtu, 10 Mei 2025 (Pagi)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Pasien mengatakan meraskan nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang di rasakan hilang timbul dengan skala nyeri 5. - Pasien mengatakan tidurnya terganggu di karenakan nyeri yang dirasakan. O : - Tampak pasien meringis - Tampak pasien menguap - Tampak mata pasien sayup - Tanda-tanda vital TD : 110/70mmHg N : 112x/m S : 37,0°C P : 21x/m SPO² : 99% A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Florensi

	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman jika lukanya terasa lembab. O : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 55 cc berwarna merah). - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, tidak terdapat pus dan jaringan nekrotik namun perban luka sedikit lembab. A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan luka	Florensi
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional S : - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu mencemaskan kondisinya karena selalu ada perawat, keluarga, dan suaminya yang mendampingi, dan pasien mengatakan selalu berdoa untuk di berikan kesembuhan. O : - Tampak pasien selalu di damping oleh suami dan keluarga nya - Tampak pasien meletakkan handphone nya di samping untuk digunakan mendengarkan suara mengaji.	Florensi

	A : Masalah ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
(Siang)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Pasien mengatakan merasakan nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 5. - Pasien mengatakan masih takut bergerak bergerak karena nyeri, dan nyeri berkurang jika melakukan teknik relaksasi nafas dalam O : - Tampak pasien melakukan relaksasi nafas dalam jika merasakan nyeri - Tampak pasien sudah mulai bergerak perlahan-lahan. - Tanda-tanda vital : - TD : 120/80mmHg - N : 100x/m - S : 36,8°C - P : 19x/menit - SPO² : 99% A : Nyeri akut teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Fidelia

	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan merasa kurang nyaman dengan lukanya jika mengalami lembab O : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 58 cc berwarna merah. - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, tidak terdapat pus dan jaringan nekrotik. namun perban lembab A : Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan	Fidelia
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional S : - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu mencemaskan kondisinya karena selalu ada perawat, keluarga, dan suaminya yang mendampingi, dan pasien mengatakan selalu berdoa untuk di berikan kesembuhan. O : - Tampak pasien suka mengajak perawat berbicara dan bercerita tentang kondisi - Tampak pasien senang di perhatikan dan	Fidelia

	di dengarkan oleh perawat dan keluarga. - Tampak pasien percaya dan yakin untuk bercerita mengenai kondisi nya kepada perawat. - Tampak pasien rajin mendengarkan musik dan lantunan ayat-ayat alquran dari handphone. A : Masalah ansietas teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas	
Minggu, 11 Mei 2025 (Pagi)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Nyeri pada luka post op di payudara sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan durasi 4-5 menit, nyeri timbul saat pasien bergerak dengan skala nyeri 4. - Pasien mengatakan nyeri berkurang jika melakukan Teknik relaksasi nafas dalam. O : - Tampak pasien sudah tidak meringis kesakitan - Tampak nyeri berkurang di skala 4, pasien sudah mulai bergerak seperti duduk dan makan sendiri. A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Florensi

	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan merasa kurang nyaman dengan lukanya jika sedikit mengalami lembab O : - Tampak perban luka dalam keadaan lembab, dengan drain 63 cc berwarna merah). - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan,tidak terdapat pus dan jaringan nekrotik. namun perban lembab dan selalu di bersihkan luka operasinya. A : Masalah Gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi perawatan luka	Florensi
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional S : - Pasien mengatakan sudah tidak kecemasannya sudah berkurang - Pasien mengatakan tidurnya sudah tidak terganggu lagi. - Pasien mengatakan sudah mulai mampu duduk,makan, dan BAK secara mandiri O : - Tampak pasien tidak gelisah, tampak pasien tidak sulit tidur,tampak cemas pasien berkurang. A : Masalah ansietas teratasi sebagian	Florensi

	P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas	
(Siang)	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik S : - Pasien mengatakan nyeri yang di rasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 4. - Pasien mengatakan sudah bisa bergerak sendiri dan makan sendiri - Pasien mengatakan jika merasakan nyeri pasien akan melakukan relaksasi nafas dalam seperti yang di ajarkan perawat. O : - Tampak pasien sudah tidak meringis kesakitan - Tampak nyeri berkurang di skala 4, pasien sudah mulai bergerak seperti duduk dan makan sendiri A :Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Fidelia
	Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban S : - Pasien mengatakan luka operasinya sudah tidak lembab karena selalu di gantikan dengan perban steril. - pasien mengatakan bahwa akan	Fidelia

	mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein di rumah seperti sayur dan ikan. O : - tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, tidak terdapat pus dan jaringan nekrotik. namun perban lembab. - Tampak luka post op berukuran 5cm, tampak luka bersih, tidak ada bau, dan drain sebanyak 63cc. A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi perawatan luka	
	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional S : - Pasien mengatakan sudah tidak kecemasannya sudah berkurang - Pasien mengatakan tidurnya sudah tidak terganggu lagi. O : - Tampak pasien tidak gelisah, tampak pasien tidak sulit tidur, tampak cemas pasien berkurang. A : Masalah ansietas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas	Fidelia

DAFTAR OBAT

Ranitidine

- 1) Nama obat : Ranitidine
- 2) Klasifikasi golongan obat : Golongan Antasida, Antirefluks, Antituleserasi
- 3) Dosis umum : Pada orang dewasa 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/bb/jam melalui infus. lalu diberikan secara oral 150 mg, minimal sebanyak 2x/hari
- 4) Dosis untuk pasien : 1amp
- 5) Cara pemberian obat : Intravena
- 6) Mekanisme kerja & fungsi : Bekerja dengan mengurangi produksi asam lambung, sehingga asam yang dilepaskan kedalam sistem pencernaan akan berkurang yang membuat sekresi asam lambung menurun. Ranitidine merupakan antagonis kompetitif reversible respons histamine pada sel parietal mukosa lambung yang berfungsi untuk mensekresi asam lambung.
- 7) Alasan pemberian obat : Untuk mengurangi indikasi peningkatan asam lambung
- 8) Kontra indikasi : Pasien dengan kondisi medis seperti: lergi terhadap ranitidine, riwayat porfiria akut yaitu kelainan pembentukan heme yang tidak sempurna
- 9) Efek samping obat : Sakit kepala, diare, nyeri perut,& rasa tidak nyaman pada perut

Ketorolac

- 1) Nama Obat : Ketorolac
- 2) Klasifikasi golongan obat : Ketorolac merupakan obat golongan anti inflamasi nonsteroid (oains) yang tersedia dalam bentuk tablet dan suntikan
- 3) Dosis Umum : Dosis suntikan: 10-30 mg setiap 4-5 jam, jika diperlukan pemberian ketorolac bisa dilakukan setiap 2 jam. Dosis maksimal 90 mg/hari dan dosis tablet 10-20 mg setiap 4 6 jam. Dosis maksimal 40 mg/hari
- 4) Dosis untuk pasien : 30mg
- 5) Cara pemberian obat : Intravena
- 6) Mekanisme kerja & fungsi : Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri.
- 7) Alasan pemberian obat : Untuk meredakan rasa nyeri yang dialami pasien.
- 8) Kontra Indikasi : alergi terhadap obat ketorolac memiliki riwayat luka atau tukak lambung dan perdarahan di saluran cerna, penderita ginjal dan gagal jantung
- 9) Efek samping obat : nyeri perut, mual-muntah, diare,pusing, mengantuk, sakit kepala, muncul keringat berlebihan, sesak napas, dan demam

Ceftriaxone

- 1) Nama Obat : Ceftriaxone
- 2) Klasifikasi golongan obat : Ceftriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin
- 3) Dosis umum : 1-2 gr/hari dengan melalui IV
- 4) Dosis untuk pasien : 1gr
- 5) Cara pemberian obat : Intravena
- 6) Mekanisme kerja & fungsi : cara kerja ceftriaxone yakni menghambat sintesis dinding sel bakteri dengan cara menghambat peptidoglikan dan mengaktifkan enzim autolisis dalam dinding sel yang menyebabkan rusaknya sehingga bakteri mati dan dapat juga digunakan untuk mencegah infeksi pada luka operasi transpeptidasi
- 7) Alasan pemberian obat : Sebagai antibiotik untuk mencegah infeksi pada luka
- 8) Kontra indikasi : memiliki riwayat alergi terhadap ceftriaxone atau antibiotik golongan sefalosporin, penderita penyakit liver, ginjal, diabetes, dan gangguan pencernaan seperti kolitis, pada bayi premature dan bayi yang berusia <1 bulan
- 9) Efek samping obat : Nyeri perut, mual-muntah, diare, pusing, mengantuk, sakit kepala, muncul keringat berlebihan, sesak napas, dan demam

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai apakah ada kesenjangan antara teori dan penerapan asuhan keperawatan pada Ny. M usia 44 tahun, dengan diagnosa *post op tumor mammae dextra* di ruang perawatan Seruni 03 RS kademis Jaury Jusuf Putera Makassar dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 09-11 mei 2025, dengan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 09 mei 2025 diperoleh data keluhan pasien nyeri pada luka bekas operasi payudara sebelah kanan, nyeri memberat ketika digerakkan, skala nyeri 7, nyeri dirasakan seperti teriris iris dan hilang timbul, tampak pasien meringis. Pasien mengatakan cemas dan khawatir terhadap kondisi yang dialaminya, terpasang cairan infus RL 500 cc. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan diagnostik pemeriksaan USG *mammae* kanan dengan kesan: *Tumor mammae dextra suspek nipple*, pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan: Fungsi Hati: ALT(SGPT)= 45U/L, Eosinofil:7,4%. Adapun hasil observasi pada saat pengkajian didapatkan tanda-tanda vital yaitu: tekanan darah: 130/90 mmhg, nadi: 110 x/menit, suhu: 36,9⁰c, pernapasan: 20x/menit, SPO²: 99%. pada kasus, faktor

yang dapat menyebabkan ny.m adalah pola hidup yang tidak sehat, makanan yang di konsumsi, dimana ny. m sering makan-makanan yang berdaging, coto, bakso dan ikan bakar, serta pasien mengatakan sering mengonsumsi mie instan. adapun faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah usia. seiring bertambahnya usia, dapat terjadi proses degeneratif yang menurunkan fungsi organ-organ tubuh manusia, sehingga akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh, sel kanker dengan mudah dapat menyerang organ-organ tubuh, terutama payudara. ketika sel kanker menyerang payudara, sel payudara akan tumbuh tidak terkendali dan membelah lebih cepat dibandingkan sel normal. hal ini menyebabkan sel menumpuk dan membentuk tumor mirip benjolan.

Tumor atau benjolan ini mempunyai dua kemungkinan, yaitu ganas atau jinak. Salah satu cara untuk mengetahui jinak atau ganas adalah dengan melakukan biopsi. Adapun pengobatan yang dapat dilakukan seperti kemoterapi menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel-sel kanker, terapi hormonal menggunakan hormon untuk menghambat pertumbuhan sel-sel kanker, pembedahan untuk pengangkatan tumor atau seluruh payudara, radioterapi menggunakan radiasi untuk membunuh sel-sel kanker. Berdasarkan kasus diatas, salah satu pengobatan yang di lakukan pasien adalah pembedahan. Dimana pasien dilakukan pengangkatan tumor pada payudara sebelah kanannya.

Dari data-data yang didapatkan pada pasien, berdasarkan tinjauan teoritis sangat mendukung bahwa pasien mengalami tumor *mammæ dextra* dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan.

2. Diagnosis Keperawatan

a. Dari tinjauan teoritis keperawatan yang ditemukan berdasarkan pada standar diagnosis keperawatan indonesia yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme
- 3) Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/fungsi tubuh
- 5) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan Kelembaban
- 6) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 7) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/fungsi tubuh.

Pada kasus penulis mengambil 3 diagnosis keperawatan yaitu:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi payudara sebelah kanan, skala nyeri 7, nyeri seperti teriris iris dan nyeri dirasakan hilang timbul, tampak wajah pasien meringis, tampak pasien sulit tidur, tampak pasien bersikap protektif, tampak pasien gelisah.
- b) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban penulis mengangkat diagnosis ini berdasarkan data pengkajian ditemukan pasien mengeluh merasa lembab pada luka post op, tampak luka pada daerah payudara kanan berukuran 5 cm, tampak perban dalam keadaan basah dan lembab

sebelum di buka dan adanya darah.

- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situsiaonal
Penulis mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian pasien mengatakan cemas dan khawatir terhadap kondisi yang dialaminya.

Diagnosis pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat pengkajian tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti terdapat pus pada luka, adanya perdarahan aktif, terdapat jaringan nekrotik, bengkak, dan kemerahan.
- b) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pasien tidak ada penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.
- c) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian tidak tampak adanya kehilangan organ tubuh/amputasi pada pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis membuat intervensi keperawatan. Intervensi yang dibuat oleh penulis disesuaikan dengan kebutuhan pasien untuk mengurangi mengatasi masalah yang muncul. Penulis membuat intervensi sesuai prioritas masalah yaitu:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Intervensi telah disusun berdasarkan kasus dan dilaksanakan selama 3 hari, adapun intervensi yang dilakukan ialah manajemen nyeri. Adapun EBN yang dilakukan penulis adalah relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, identifikasi skala nyeri, lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, dan pemberian obat analgetik.
- b) Gangguan integritas jaringan Intervensi telah disusun berdasarkan kasus dan dilaksanakan selama 3 hari, adapun intervensi yang dilakukan ialah perawatan luka, memonitor tanda-tanda infeksi, memonitor karakteristik luka mis. Drain, warna dan bau), dan mengajarkan keluarga dan pasien 7 langkah mencuci tangan yang benar sebelum ke pasien untuk mengurangi penyebaran mikroorganisme, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, dan pemberian obat antibiotik.
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional Intervensi telah disusun berdasarkan kasus dan dilaksanakan selama 3 hari, adapun intervensi yang dilakukan, mengidentifikasi tingkat ansietas berubah, memonitor tanda-tanda ansietas baik verbal maupun non verbal, Melatih teknik relaksasi misalnya terapi musik atau ayat-ayat alquran menurut agama pasien untuk mengurangi rasa cemas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, dengarkan pasien dengan penuh perhatian.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilaksanakan pada Ny. "M" berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaan, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, teman shift dinas, perawat ruangan, dan dokter dan juga didukung oleh sarana ada di rumah sakit sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik.

- a) Pada masalah keperawatan pertama mengenai nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan selama 3 hari. Adapun implementasi yang dilakukan berdasarkan EBN yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memonitor keberhasilan terapi komplementer, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, memonitor TTV, melakukan pemberian obat analgetik.
- d) Pada masalah keperawatan kedua mengenai gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelembaban, semua intervensi yang disusun dapat di implementasikan selama 3 hari. Adapun implementasi yang dilakukan adalah mengajarkan kepada keluarga dan pasien 7 langkah mencuci tangan yang benar sebelum ke pasien, memonitor tanda-tanda infeksi, memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka, menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, dan melakukan pemberian obat antibiotik.
- e) Pada masalah keperawatan ketiga mengenai ansietas berhubungan dengan krisis situasional, semua intervensi

yang disusun dapat diimplementasikan selama 3 hari. Adapun implementasi yang dilakukan memonitor tanda-tanda ansietas, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, melatih teknik relaksasi misalnya terapi musik atau mendengarkan ayat-ayat alquran menurut agama pasien, Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mendengarkan pasien dengan penuh perhatian.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 09-12 mei 2025 pada pasien atas nama Ny.M, Adapun hasil evaluasi adalah sebagai berikut :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi sebagian. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi mulai berkurang, tampak pasien tidak meringis dan skala nyeri 4.
- b) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan luka operasi pada payudara sebelah kanannya sudah tidak basah dan lembab lagi karena selalu di bersihkan dan diberikan kasa steril saat dilakukan perawatan luka.
- c) Ansietas berhubungan krisis situasional dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien tampak sudah tidak cemas, dan tidurnya sudah tidak terganggu lagi.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN sesuai kasus

Penerapan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien *post op* tumor *mammae*

a. Diagnosis keperawatan

Penulis mengangkat “Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik” sebagai diagnosa keperawatan yang di berikan EBN

b. Luaran yang diharapkan tingkat nyeri berkurang

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik

c. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Teknik relaksasi nafas dalam

d. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

- 1) Pengertian tindakan teknik relaksasi nafas dalam adalah salah satu terapi non- farmakologi yang dapat digunakan untuk menjadikan tubuh terasa semakin nyaman, rileks dan rasa nyeri berkurang.

2) Tujuan

Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk menurunkan intensitas nyeri, mengurangi stres fisik maupun emosional, menurunkan kecemasan, serta meningkatkan relaksasi otot. Dengan melakukan teknik relaksasi napas dalam yang dapat menurunkan intensitas nyeri karena teknik relaksasi nafas dalam dapat menstimulus tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri pasien, selain teknik relaksasi

napas dalam dilakukan kolaborasi pemberian obat analgetik untuk menurunkan nyeri.

Teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan ketegangan otot dan hal ini dapat meningkatkan sirkulasi lokal karena terjadinya vasodilatasi dalam pembuluh darah. Pemberian relaksasi napas dalam merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekanan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan nyeri. Hasil yang didapatkan setelah melakukan pemberian terapi relaksasi napas dalam selama 3 hari adalah pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 4 dengan nyeri sebelumnya yaitu 7.

2. PICOT

Tabel 4.1 Telaah Jurnal Metode PICOT

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Asuhan Keperawatan pada Ny.N dengan terapi relaksasi nafas dalam post Operasi Tumor mammae Sinistra di ruangan Mawar 2 RSUD dr.soeselo Kabupaten Tegal (Maulidia et al., 2023).	Pengaruh latihan nafas dalam terhadap nyeri pada pasien tumor mammae (Multazam et al., 2023).	Upaya menurunkan nyeri dengan terapi nafas dalam pada pasien tumor mammae (Pristyanti, 2022).
Problem	Fibroadenoma mammae (FAM) merupakan jenis tumor jinak pada payudara yang ditandai dengan sifat tidak nyeri, dapat	Tumor mammae merupakan keganasan jaringan payudara baik dari epitel dektus maupun lobus yang menyebar	Tumor mammae adalah suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dan fungsi nomal, sehingga mengalami

	digerakkan, memiliki batas yang jelas, serta tekstur kenyal. Mayoritas wanita Mengalami tumor payudara karena tumbuhnya jaringan dipayudara, yang mana bisa menjadi jinak atau ganas	melalui pembuluh darah limfe menuju ke organ organ lain dalam tubuh dimana proses tersebut akan mengalami metastase hal ini	pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak terkendali. Sel-sel tersebut membelah diri lebih cepat dari sel normal dan berakumulasi, yang kemudian membentuk benjolan. Tanda dan gejala salah satunya nyeri. Penanganan nyeri dapat dengan terapi relaksasi nafas dalam
Intervension	Intervensi yang dilakukan adalah relaksasi nafas dalam	Intervensi yang dilakukan adalah relaksasi nafas dalam	Intervensi yang dilakukan adalah relaksasi nafas dalam
Comparison	Penelitian ini tidak menggunakan	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan	Penelitian ini tidak menggunakan

	tindakan pembanding	pembanding	tindakan pembanding
Outcome	Gambaran umum tentang asuhan keperawatan pada pasien yang telah menjalani operasi tumor mammae sinistra. Pasien yang telah menjalani operasi akan mengalami nyeri setelah operasi. Teknik non-farmakologi untuk mengatasi nyeri salah satunya adalah teknik terapi nafas dalam, yang mempunyai kelebihan yaitu lebih mudah	Relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri dengan merangsang saraf parasimpatik sehingga meningkatkan oksigen yang adekuat dalam tubuh dimana oksigen mempunyai peran dalam sistem respirasi dan sirkulasi tubuh, oksigen akan mengalir ke pembuluh darah seluruh jaringan dalam tubuh, membuang racun sisa metabolisme yang tidak terpakai	Terapi nafas dalam Dapat dijadikan sebagai alternatif untuk menurunkan nyeri dengan terapi nafas dalam untuk pengobatan secara mandiri membantu dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien

	dilakukan bahkan dalam kondisi apapun serta tidak memiliki efek samping apapun.	dan meningkatkan metabolisme tubuh. Proses ini dapat mengurangi nyeri melalui mekanisme dengan merileksasikan otot-otot seklet yang mengalami spasme sehingga dapat menurunkan respon nyeri	
Time	Penelitian ini dilakukan selama 3 hari (15-17 desember 2023) pada tahun 2023	Penelitian ini dilakukan selama 2 minggu pada tahun 2023	Penelitian ini dilakukan selama 3 hari (27-29 april 2022) pada tahun 2022

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny. "M" dengan Post OP *Tumor Mammae Dextra* di ruang perawatan Seruni 3 RS Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan pada Ny. "M" yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi payudara sebelah kanan, nyeri memberat ketika digerakkan, skala nyeri 7, nyeri dirasakan seperti teriris iris dan hilang timbul. Tampak pasien meringis. Pasien mengatakan cemas dan khawatir terhadap kondisi yang dialaminya terpasang cairan infus RL 500 cc. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan diagnostik menunjukkan bahwa pasien mengalami penyakit *Tumor Mammae Dextra*. Adapun hasil observasi pada saat pengkajian didapatkan tanda-tanda vital yaitu : Tekanan Darah: 130/90 mmHg, Nadi: 110 x/menit, Suhu: 36°C, Pernapasan: 20x/menit, SpO₂ : 99%.

2. Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian maka diagnosa keperawatan, sebagai berikut : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

3. Intervensi

Semua Intervensi Keperawatan yang direncanakan dilakukan dalam jangka waktu 3 x 24 jam, antara lain : Manajemen nyeri,

Perawatan luka dan reduksi ansietas yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi.

4. Implementasi

Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan, perawat, dan keluarga semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Penulis menyimpulkan masalah nyeri akut teratasi sebagian karena nyeri berada pada skala 4 (nyeri sedang).

2) Gangguan integritas jaringan. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Penulis menyimpulkan masalah gangguan integritas jaringan teratasi karena luka operasi sudah tidak lembab, tidak gatal, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

3) Ansietas. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Penulis menyimpulkan masalah gangguan Ansietas teratasi karena kecemasan pasien berkurang, pasien tidak gelisah, dan tidur pasien sudah tidak terganggu.

6. Penerapan EBN pada pasien Ny."M" dengan *Tumor mammae dextra* yaitu tentang relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif sehingga saat pasien masih di rumah sakit ataupun sudah dalam perencanaan pulang dapat melanjutkan perawatan di rumah dengan baik sesuai dengan anjuran dari perawat.

2. Bagi pasien dan keluarga

Melalui asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien, diharapkan peran keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan melakukan intervensi (edukasi) yang telah diberikan penulis.

3. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat mengaplikasikan intervensi berbasis EBN yaitu terapi nonfarmakologis: Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi gejala nyeri dan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan tumor payudara.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan agar karya ilmiah akhir ini dapat dijadikan sebagai referensi institusi pendidikan dalam penerapan intervensi terapi non farmakologis dan penulis juga mengharapkan dilakukan pembaharuan referensi-referensi yang ada di perpustakaan..

DAFTAR PUSTAKA

- Ana, K. D., Riwayati, N. Y., Jayanti, S., & Febri, I. (2020). *HUBUNGAN LAMA PEMASANGAN KATETER DENGAN KEJADIAN INFEKSI SALURAN KEMIH PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM RUMKIT TK II DR. SOEPRAOEN MALANG*. 1–23.
- Apriyanti, E., Agustin, D. K., Kuntoadi, G. B., Pora, Y. D., Nua, A. S. W. D. W. E. N., Adesta, R. O., Guru, Y. Y., & Yuliani Pitang, P. A. A. (2021). *Teori Anatomi Tubuh Manusia*.
- Asriani, F. (2024). *Gambaran Faktor Risiko Kanker Payudara Pada Wanita*. 1(1), 13–19.
- Azmi, A. N., Kurniawan, B., Siswandi, A., & Detty, A. U. (2020). Hubungan Faktor Keturunan Dengan Kanker Payudara DI RSUD Abdoel Moeloek. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 702–707. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.373>
- Cancer, I. B. O. (2020). *Indonesian Burden Of Cancer*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cancer/idn-2020.pdf?sfvrsn=46ea6569_2&download=true%0A%0A%0A
- Chazar, C., & Erawan, B. (2020). Machine Learning Diagnosis Kanker Payudara Menggunakan Algoritma Support Vector Machine. *INFORMASI (Jurnal Informatika Dan Sistem Informasi)*, 12(1), 67–80. <https://doi.org/10.37424/informasi.v12i1.48>
- Czajka &, & Christopher, P. (2023). *Breast Cancer Surgery*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553076/>
- Gultom, F. L., Widyadhari, G., Gogy, Y. N., Kedokteran, F., & Kristen, U. (2021). *DIBIOPSI DI RUMAH SAKIT SILOAM MRCCC SEMANGGI PADA Profil Penderita Dengan Tumor Payudara ... Payudara atau mammae merupakan suatu bagian tubuh yang terdiri atas jaringan payudara menyebabkan berkurangnya penelitian laboratorium pasien yang melakukan*. IX(2).
- Heben, C., Indra, R. L., & Erianti, S. (2021). *Jurnal Keperawatan Hang Tuah (Hang Tuah Nursing Gambaran penerapan Discharge planning pada pasien post mastektomi untuk mencegah terjadinya limfedema*. 01, 63–73.
- Laksono, S. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny E Dengan Karsinoma Mamae Di Ruang Bougenvile Rsud Kota Yogyakarta. In *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*.

- Maria, I. ., Sainal, A. ., & Nyorong, M. (2022). RISIKO GAYA HIDUP TERHADAP KEJADIAN KANKER PAYUDARA PADA WANITA. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(2), 157–166. <https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/1988>
- Maulidia, S., Keperawatan, A., Hikmah, A., Zakiudin, A., & Sukirno, S. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Post Operasi Fibroadenoma Mammariae (FAM) Sinistra Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *Jurnal Mahasiswa Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 1(4), 223–234. <https://doi.org/10.59841/jumkes.v1i4.287>
- Multazam, M., Eliawati, U., Muharni, S., Abulyatama, J., Belian, K., & Kota, K. B. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Tumor Mammariae Sedang Di Rumah Sakit Umum Daerah Tanjungpinang. *Jurnal Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 1(4), 167–183. <https://doi.org/10.59841/an-najat.v1i4.531>
- Nurbaiti, R., Mustofa, F. L., Purwaningrum, R., & Budiarta, N. (2023). Karakteristik Tumor Payudara Pada Wanita Umur 35-65 Tahun di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung Tahun 2018. *Medical Profession Journal of Lampung*, 13(2), 45–53.
- Organization, W. H. (2022). [Dataset].
- Pristyanti, R. (2022). Upaya Menurunkan Nyeri Dengan Terapi Nafas Dalam Pada Pasien Tumor Mammariae. *Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta*, 640–650.
- Rahayu, S. A., & Arania, R. (2020). Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Kanker Payudara di RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, Volume 5, Nomor 1, Januari 2018, 5, 44–50.
- Rismawan, Wawan, & FAP2, C. W. (2020). ANXIETY LEVELS OF PRE-CHEMOTHERAPY CA MAMMAE PATIENTS IN. 20, 261–268.
- Risnah. (2020). KONSEP MEDIS DAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN SISTEM ONKOLOGI.
- Rizka, A., Akbar, M. K., & Putri, N. A. (2022). CARCINOMA MAMMAE SINISTRA T4bN2M1 METASTASIS PLEURA. *Ugeskrift for Laeger*, 110(27), 788–790.
- Sarina, S., Thaha, R. M., & Nasir, S. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Sadari Sebagai Deteksi Dini Kanker Payudara pada Mahasiswi FKM Unhas. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 1(1), 61–70. <https://doi.org/10.30597/hjph.v1i1.9513>

- Susanti, N., Afifah, S. F., Vera, C., Hia, M., & Amanda, D. (2024). *Hubungan Pengetahuan Dengan Pemeriksaan Payudara Sendiri (Sadari) Dalam Deteksi Kanker Payudara*. 8, 4262–4266.
- Trisnadewi, T., Sutarga, I. M., & Duarsa, D. P. (2021). Faktor risiko kanker payudara pada wanita di RSUP Sanglah Denpasar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1(2), 139–144. <https://doi.org/10.15562/phpma.v1i2.177>
- Yanti, Y., & Susanto, A. (2022). Manajemen Nyeri Non Farmakologi Guided Imagery Pada Pasien Post Operasi Carcinoma Mammae. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(4), 5695–5700.
- Yodang, Y., & Nuridah, N. (2021). Pengkajian dan Symptom Mangement Pada Pasien Dengan Fungating Breast Cancer di Pelayanan Perawatan Paliatif: Literature Review. *Journal of Holistic Nursing Science*, 8(1), 61–74. <https://doi.org/10.31603/nursing.v8i1.3942>

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Pembahasan	: Pemberian teknik relaksasi napas
Sub Pokok Pembahasan	: Pemberian teknik relaksasi napas dalam
Sasaran	: Pasien dengan <i>Post Op Tumor Mammae dextra</i>
Tempat	: Ruang Perawatan Seruni 03
Waktu	: Di sesuaikan
Penyuluh	: Fidelia Anugerah & Florensi Marta Akely

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, sasaran mampu memahami tentang teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan sasaran dapat

1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Menyebutkan manfaat pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Menyebutkan Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Tujuan Pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

D. Metode

1. Ceramah dan tanya jawab

E. Alat dan Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Belajar Mengajar (KMB)

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	5 menit	Pembukaan : - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	- Menyambut salam dan mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan
2.	10 menit	Pelaksanaan : - Menjelaskan tentang pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri - Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya - Menjelaskan tentang tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam - Memberikan kepada pasien untuk bertanya	- Mendengarkan dan memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertanya dan

		- Menjelaskan Langkah-langkah dalam pemberian teknik relaksasi napas dalam - Memberikan kesempatan pada pasien untuk	menjawab pertanyaan yang diajukan
3.	5 menit	Penutup Evaluasi - Menanyakan pada pasien tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada pasien bila dapat menjawab pertanyaan dan menjelaskan kembali pertanyaan/materi Terminasi - Mengucapkan terimakasih kepada pasien dan keluarga - Mengucapkan salam	- Menjawab dan menjelaskan pertanyaan - Mendengarkan dan membalas salam

G. Pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri

1. Pengertian

Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut.

2. Tujuan

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dapat membuat pasien menjadi merasa nyaman.

3. Langkah-langkah

No	SOP	Rasional
1.	Memberikan salam terapeutik	Bina hubungan saling percaya
2	Menjaga privasi pasien	Menghargai pasien
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga	Agar pasien mengerti dan memahami tentang apa yang akan dilakukan
4	Mengatur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik	Agar pasien merasa nyaman
5	Instruksikan pasien untuk menarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan pasien dengan cara perlahan	Mengisi ruang paru kiri dan kanan dengan udara (O ₂)
6	Mengehembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah	Mengeluarkan udara yang ada di paru kiri dan kanan
7	Instruksikan pasien buat bernapas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)	Mengisi ruang paru kiri dan kanan
8	Instruksikan pasien untuk kembali menarik napas dalam kemudian menghembuskan dengan cara perlahan	Mengeluarkan udara yang ada di dalam paru kiri dan kanan

9	Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki serta rasakan kehangatannya	Agar pasien merasakan ketenangan
10	Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi	Memaksimalkan teknik relaksasi napas dalam
11	Setelah pasien merasakan ketenangan minta pasien untuk melakukan secara mandiri	Agar klien melakukannya
12	Evaluasi hasil kegiatan	Mengetahui perasaan setelah melakukan relaksasi napas dalam
13	Akhiri kegiatan dengan baik (mengucapkan salam)	Bina hubungan saling percaya
14	Cuci tangan	Meminimalkan transfer mikroorganisme
15	Dokumentasi	

Lampiran 2

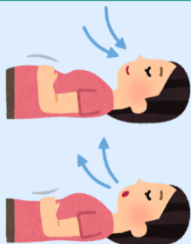
TUJUAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

- Dapat mengurangi nyeri
- Meningkatkan pertukaran udara di paru-paru
- Melancarkan Peredaran darah
- Menurunkan dan mengatasi kecemasan



TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut





RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK PENAGANAN NYERI



OLEH :
FIDELIA ANUGERAH
FLORENSI MARTA AKELY

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2024/2025

MELAKUKAN RELAKSASI NAFAS DALAM

1. Pastikan anda dalam keadaan tenang dan santai (rileks)
2. Pilih waktu dan tempat yang sesuai
3. Atur posisi pasien dengan nyaman di tempat tidur atau dikursi



CARA MELAKUKAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

1. Pastikan anda dalam keadaan rileks
2. Letakkan Satu tangan pada perut
3. Tarik nafas melalui hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1.2.3
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
5. Ajurkan untuk mengulangi prosedur sebanyak 3 kali hingga nyeri terasa berkurang

ATASI NYERI MU DENGAN RELAKSASI NAFAS DALAM



Lampiran 3

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Fidelia Anugerah
Tempat/Tanggal Lahir : Palopo, 17 Juni 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl.Rappocini Lrg.9 no.23

2. Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/Ibu : Silas Salu Djama/Runima Ruru
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jl.Veteran No.110 Kota Palopo

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Maranatha Pattene : 2009 - 2010
SDN 26 Pattene : 2010 - 2016
SMP Negeri 1 Palopo : 2016 - 2018
SMA Negeri 1 Palopo : 2018 - 2020
STIK Stella Maris Makassar : 2020 - 2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Florensi Marta Akely
Tempat/Tanggal Lahir : Taar, 28 Februari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Maipa Lrg. 35

2. Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/Ibu : Akely/Anna Alfonsina Jalnuhuubun
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : PNS
Alamat : Tual / Maluku Tenggara

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

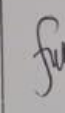
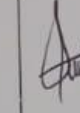
TK Immanuel : 2006-2007
SD Kristen : 2007-2013
SMPN 2 Tual : 2013-2016
SMK Kesehatan Romel Tual : 2016-2018
UKI Maluku : 2019-2023
STIK Stella Maris Makassar : 2024-2025

Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa: 1. Fidelia Anugerah (NS2414901056)
 2. Florensi Marta Akely (NS2414901057)
 Pembimbing 1 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post Op Tumor Mammae Dextra* Di Ruang Perawatan Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar"

NO	Tanggal	Materi bimbingan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa	
				I	II
1.	26 Mei 2025	Konsul kasus KIA - Judul Asuhan Keperawatan pada pasien <i>Post op Tumor mammae dextra</i> - Lanjutkan BAB I & BAB II			
2.	28 Mei 2025	Konsul BAB I & II - Revisi Tujuan khusus BAB I - Revisi sistematikan penulisan BAB I - Revisi typo			

		penulisan - Perbaiki susunan kata - Revisi Pathway			
3.	5 Mei 2025	Konsul BAB I & II - Revisi typo penulisan - Revisi susunan kalimat BAB II			
4.	9 Mei 2025	ACC BAB III, IV & V			

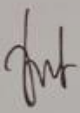
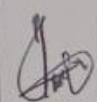
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa: 1. Fidelia Anugerah (NS2414901056)

2. Florensi Marta Akely (NS2414901057)

Pembimbing 2 : Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post Op Tumor Mammae Dextra* Di Ruang Perawatan Seruni Rumah Sakit Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar"

NO	Tanggal	Materi bimbingan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa	
				I	II
1.	9 Mei 2025	- Laporan kasus - ACC kasus : <i>Post Op Tumor Mammae dextra</i> - Lanjutkan pengkajian, intervensi, implementasi			
2.	13 Mei 2025	- Konsul BAB III - Lengkapi Pengkajian			
3.	22 Mei 2025	- Konsul BAB III & BAB IV - Revisi diagnosis keperawatan - Revisi pada analisa data			
4.	25 Mei 2025	- Revisi BAB III-V - Revisi diagnosis keperawatan			

		- Revisi ilustrasi kasus - Revisi analisa Analisa data - Revisi implementasi dan evaluasi keperawatan			
5.	26 Mei 2025	Konsul BAB III-V - Tambahkan data pemeriksaan pasien dan nama obat pada ilustrasi kasus - Revisi implementasi dan evaluasi			
6	02 Juni 2025	Konsul BAB III-V - Revisi Analisa data - Revisi implementasi dan evaluasi pada BAB IV - Tambahkan alasan tidak mengangkat diagnosa pada BAB IV			
7.	5 Juni 2025	Konsul BAB III-V - Revisi diagnosa BAB IV - Revisi PICOT - Revisi Evaluasi keperawatam			

