



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG BERNADETH I
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

TRICE INDRAWATI (NS2414901105)

TRIWIRA ELYSABETH SIAGIAN (NS2414901106)

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

2025



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG BERNADETH I
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

TRICE INDRAWATI (NS2414901105)

TRIWIRA ELYSABETH SIAGIAN (NS2414901106)

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

2025

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Trice Indrawati (NS2414901105)
2. Triwira Elysabeth Siagian (NS2414901106)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, Juni 2025

Yang menyatakan :



Trice Indrawati



Triwira Elysabeth Siagian

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

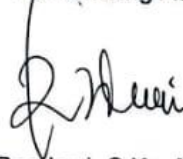
Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa / NIM :

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1. Trice Indrawati | (NS2414901105) |
| 2. Triwira Elysabeth Siagian | (NS2414901106) |

Disetujui oleh :

Pembimbing ASKEP



Rosdewi, S.Kp., MSN
NIDN: 0906097002

Pembimbing Teori



Yunita Gebriela Madu, Ns., M.Kep
NIDN: 0914069101

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris
Makassar



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

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : 1. Trice Indrawati (NS2414901105)
2. Triwira Elysabeth Siagian (NS2414901106)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji :

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN

Pembimbing 2 : Yunita Gebriela Madu, Ns., M.Kep

Penguji 1 : Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep., Sp.KMB.,Ph.D

Penguji 2 : Felisima Ganut, Ns., M.Kep

(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 17 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stellamaris Makassar



Siprianus Abdul S.Si., Ns., M.Kes
NIDN: NP0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Trice Indrawati (NS2414901105)
2. Triwira Elysabeth Siagian (NS2414901106)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk 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, 17 Juni 2025

Yang menyatakan,



Trice Indrawati



Triwira Elysabeth Siagian

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya ilmiah akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di sekolah tinggi ilmu kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan Karya ilmiah ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya ilmiah ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., PhD selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama sekaligus sebagai dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil ketua bidang Administrasi, Keuangan, Sarana, dan Prasarana, STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.DNS selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Maris Makassar.
6. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku dosen pembimbing asuhan keperawatan yang telah membagi waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan saran

dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Yunita Gebriela Madu, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing teori yang telah membagi waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Felisima Ganut, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan untuk memperbaiki Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Kepada pasien “Ny.N” dan keluarga pasien yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa orang tua dan saudara/I, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2025 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung.

Penulis berharap semoga karya ilmiah ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan. Penulis menyadari bahwa pembuatan karya ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan untuk perbaikan penulisan karya ilmiah ini kedepannya.

Akhir kata, semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

Makassar, 17 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Manfaat Penulisan	6
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	6
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	6
3. Bagi Institusi Pendidikan	6
D. Metode Penulisan	6
1. Tinjauan Kepustakaan	6
2. Pengamatan.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Medik.....	8
1. Pengertian	8
2. Anatomi Fisiologi.....	9
3. Etiologi	12
4. Patofisiologi.....	15
5. Pathway	18

6. Tanda dan Gejala	23
7. Stadium Kanker Payudara	24
8. Pemeriksaan Diagnostik	29
9. Penatalaksanaan Medis.....	31
10. Komplikasi.....	32
B. Konsep Dasar Keperawatan	34
1. Pengkajian	34
2. Diagnosis keperawatan.....	36
3. Luaran dan perencanaan keperawatan.....	36
4. Discharge Planning.....	45
BAB III TINJAUAN KASUS	50
A. Pengkajian	51
B. Analisa Data.....	71
C. Diagnosa Keperawatan	74
D. Intervensi Keperawatan	75
E. Implementasi Keperawatan.....	80
F. Evaluasi Keperawatan	92
G. Terapi Obat.....	98
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	127
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	127
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN).....	133
BAB V PENUTUP	137
A. Simpulan	137
B. Saran	138
DAFTAR PUSTAKA	139
LAMPIRAN 1	145
LAMPIRAN 2	149

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal Payudara.....	9
Gambar 2.2 Patoflodiagram.....	18
Gambar 2.3 Stadium-Stadium Kanker Payudara.....	24
Gambar 3.1 Genogram	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Keterangan TNM Stadium Kanker Payudara.....	28
Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium.....	68
Tabel 3.2 Analisa Data	71
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan	74
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	75
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	80
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan.....	92
Tabel 4.1 PICOT EBN	134

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat merupakan suatu konsep dimana perkembangan dan kondisi secara fisik dan emosional telah mencapai sebuah titik yang maksimal. Hal ini menciptakan sebuah kehidupan yang sejahtera bagi individu dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari. Kesehatan secara fisik dapat dijangkau dengan melakukan promosi kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), dengan pendekatan ini sangat relevan dengan kondisi yang dihadapi oleh dunia saat ini yang dimana terjadi peningkatan penyakit, khusus penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular di Indonesia yang masih menjadi masalah kesehatan karena semakin meningkatnya angka morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitasnya (angka kematian) ialah penyakit kanker payudara (Lende, 2022). Kanker payudara memiliki angka mortalitas cukup tinggi. Angka prevalensinya cenderung terjadi peningkatan dari tahun ke tahun terutama pada negara-negara sedang berkembang yang sering berakibat fatal karena keterlambatan diagnosis, yang berarti juga keterlambatan pengobatan sehingga seringkali ditemukan dalam keadaan stadium akhir (Izzah, 2024).

Prevalensi kanker payudara di seluruh dunia sangat tinggi dan merupakan masalah kesehatan utama yang harus diwaspadai oleh perempuan (Shidqi et al., 2022). Pada tahun 2020, tercatat ada 19,3 juta kasus kanker di seluruh dunia, kasus yang paling umum yaitu kanker payudara (11,7%), kanker paru-paru (11,4%), kanker usus besar (10%), kanker prostat (7,3%), kanker lambung (5,6%), kanker serviks (3,1%), kanker hati (4,7%), serta 46% sisanya adalah jenis kanker lainnya. Sebaran penderita kanker ini di Asia adalah 49,3%, Eropa 22,8%, Amerika Utara 13,3%, Amerika Latin dan Karibia 7,6%, Afrika 5,7%, dan

Oseania 1,3% (IARC, 2020). Menurut data Globocan (2020), jumlah kasus baru kanker payudara mencapai 68.858 kasus (16,6%) dari total 396.914 kasus baru kanker di Indonesia menunjukkan bahwa kasus kanker payudara merupakan jenis kanker tertinggi pada perempuan. Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), prevalensi kanker payudara di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan diagnosis yaitu 0,8%. Kanker payudara di Sulawesi Selatan menempati peringkat pertama kanker yang banyak diderita oleh Perempuan. Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2021, jumlah kasus kanker payudara di Sulawesi Selatan sebanyak 17.484 orang. Kota Makassar menempati urutan ketiga dengan kasus kanker payudara terbanyak sebesar 3.979 orang (Kemenkes RI, 2023). Dari berbagai prevalensi diatas menunjukkan bahwa adanya peningkatan penyakit kanker payudara sehingga membuat penyakit ini tidak boleh disepelekan.

World Health Organization (WHO) (2025), menyatakan bahwa kanker adalah istilah umum untuk sekumpulan penyakit yang dapat menyerang berbagai bagian tubuh. Salah satu ciri khas kanker adalah pembentukan sel-sel abnormal secara cepat yang tumbuh melebihi batas normal, kemudian dapat menyerang jaringan disekitarnya dan menyebar ke organ lain, proses yang dikenal dengan metastasis. Penyebab dari kejadian kanker adalah faktor genetik, faktor karsinogenik, dan faktor perilaku atau gaya hidup, tetapi tren kematian akibat kanker adalah perilaku dan pola makan (Muhidin et al., 2022). Selain itu, penyebab utamanya bisa juga dari faktor risiko sosial-ekonomi yang rendah juga dapat dikarenakan kurangnya program screening atau deteksi awal dengan metode SADARI, minimnya deteksi kanker pada stadium dini sebelum menjadi stadium lanjut, rendahnya pengetahuan dan kemampuan serta aksesibilitas untuk pengobatan yang kurang membuat tingginya mortalitas kanker payudara di Indonesia (Marfianti, 2021).

Diagnosis dan mengenai lamanya proses pengobatan yang harus dijalani pasien kanker ketika mengetahui proses pengobatan yang akan dijalannya dapat memberikan dampak negatif terhadap fisik dan segi emosional yaitu nyeri hebat, mual, sesak napas, kelelahan, kecemasan, depresi, perubahan fisik yang drastis, seperti penurunan berat badan, dapat memengaruhi citra diri dan menambah perasaan tidak berdaya, rasa sakit kronis dan gejala lain yang sering menyertai kanker stadium lanjut juga dapat meningkatkan tingkat kecemasan dan ketakutan akan kematian terjadi pada pasien kanker dengan stadium akhir yang bisa menyebabkan kecemasan dan mengubah pola hidup serta kesejahteraan psikologi individu (Rosyanti & Hadi, 2021). Berdasarkan Taylor yang dikutip oleh Lubis, secara umum ada 3 bentuk respons emosional yang mampu timbul pada pasien kanker salah satunya ialah kecemasan. Saat pasien mengetahui bahwa mereka mengidap kanker, mereka tak jarang mengalami kondisi psikologis yang tidak menyenangkan, seperti kecemasan, kebingungan, kesedihan, kepanikan, kegelisahan, rasa kesepian, serta ketakutan akan kematian (Sumarni et al., 2021). Selain itu, kekhawatiran mengenai dampak penyakit terhadap keluarga dan orang-orang terdekat, baik dari segi emosional maupun finansial juga merupakan sumber kecemasan yang besar (Rosyanti & Hadi, 2021).

Kecemasan merupakan respon emosional yang melibatkan perasaan ketidakpastian dan kekhawatiran (Rifqi, 2022). Kecemasan ini dapat disebabkan oleh dampak psikologis penyakit kanker, gangguan pada citra diri, serta reaksi terhadap proses pengobatan sehingga apabila kecemasan ini tidak mendapat penanganan yang tepat maka kecemasan ini dapat berdampak pada kualitas hidup pasien yang juga akan mengganggu proses pengobatan pasien. Kecemasan cenderung meningkat ketika seseorang membayangkan perubahan yang akan terjadi dalam hidupnya di masa depan terkait dengan kondisi penyakit serta pengobatan yang akan dijalani. Kecemasan juga dapat

mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berkonsentrasi dan mengambil keputusan, serta dapat menyebabkan insomnia atau gangguan tidur lainnya dan kombinasi dari berbagai respons ini tidak hanya mengganggu kesejahteraan psikologis individu namun juga bisa berdampak negatif di kehidupan sehari-hari serta hubungan sosial mereka (Pati, W. C. B., 2022).

Kualitas hidup yang baik pada seorang individu sangat diperlukan untuk mempertahankan agar orang tersebut mampu mendapatkan status kesehatan terbaik dan mempertahankan fungsi atau kemampuan fisiknya seoptimal dan selama mungkin. Pasien kanker dengan penyakit terminal memiliki angka morbiditas tinggi yang secara langsung mempengaruhi kualitas kehidupannya (Werdani, 2020 ; Hardiyani et al., 2019). Kualitas Hidup Pasien Kanker oleh (Larasati, 2024) bahwa pasien dengan stadium kanker yang lebih lanjut cenderung mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi karena beberapa faktor yang kompleks dan saling berkaitan. Pasien juga sering merasa kehilangan kontrol atas tubuh dan kehidupan mereka, yang diperparah oleh ketergantungan pada orang lain untuk perawatan dan dukungan (Kadek Widya Antari et al., 2023).

Peran perawat dalam merawat pasien dengan kanker payudara dilakukan melalui dua terapi, yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis. Salah satu intervensi keperawatan mandiri yang dapat dilakukan oleh perawat adalah meningkatkan kebebasan emosional spiritual pasien. Terapi teknik kebebasan emosional spiritual ini menggabungkan system energi tubuh dan terapi spiritualitas (Linda et al., 2020). Menurut penelitian Alitifah (2024), menyatakan bahwa intervensi spiritual yang dilakukan secara efektif dapat mengurangi gejala fisik yang ditimbulkan akibat penyakit kanker namun juga dapat menurunkan tingkat stress, dan menurunkan kecemasan, serta membuat menjadi rileks. Oleh karena itu, intervensi terapi teknik kebebasan emosional spiritual dapat menjadi landasan penting bagi

perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik pada pasien dengan kanker payudara di ruang perawatan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk Menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Pernyataan ini didasarkan pada hasil observasi penulis selama menjalani dinas di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, penulis mendapati bahwa perawat jarang memberikan edukasi terapi seft karena dianggap masalah psikologis pada pasien paliatif, meskipun jumlah pasien dengan Kanker Payudara terus mengalami peningkatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit kanker payudara di ruangan St. Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan kanker payudara.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN).
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan kanker payudara.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam menentukan langkah-langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.

2. Bagi Profesi Keperawatan

a. Memberikan informasi bagi perawat khususnya Ners dalam melakukan proses keperawatan pasien kanker payudara.

b. Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam mengembangkan inovasi keperawatan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada perawatan pasien dengan kanker payudara.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah pengetahuan mahasiswa profesi ners dalam menetapkan riset-riset keperawatan (EBN) untuk memberikan proses keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien kanker payudara dalam terapi teknik kebebasan emosional dan spiritual di rumah sakit.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode, yaitu :

1. Tinjauan Kepustakaan

Menggunakan buku-buku dan mencari melalui internet yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan.

2. Pengamatan

Studi kasus ini meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis menggunakan teknik.

a. Wawancara

Melakukan wawancara secara langsung dengan pasien, serta keluarga yang terlibat dalam perawatannya.

b. Observasi

Melakukan observasi langsung terhadap kondisi pasien serta tindakan yang dilakukan selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik.

Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien berdasarkan pendekatan pola gordon dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. 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 mencakup tentang latar belakang pengambilan kasus penyakit kanker payudara sebagai fokus kelolaan penulis, tujuan penulisan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) memuat landasan teori, meliputi konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III (Pengamatan kasus) menyajikan hasil pengamatan terhadap kasus pasien meliputi proses pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan hingga evaluasi keperawatan. BAB IV (Pembahasan Kasus) membahas tentang perbedaan atau kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan berdasarkan hasil pengamatan kasus yang dirawat serta pembahasan Evidence-Based Nursing (EBN). BAB V (Simpulan dan Saran) sebagai penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

World Health Organization (WHO) (2018), menyatakan bahwa kanker adalah suatu penyakit dimana terjadi pertumbuhan sel-sel abnormal yang tak terkendali dan biasanya menyerang bagian tubuh yang berdekatan atau menyebar ke organ lain dan merupakan salah satu penyakit utama yang mengakibatkan kematian di dunia.

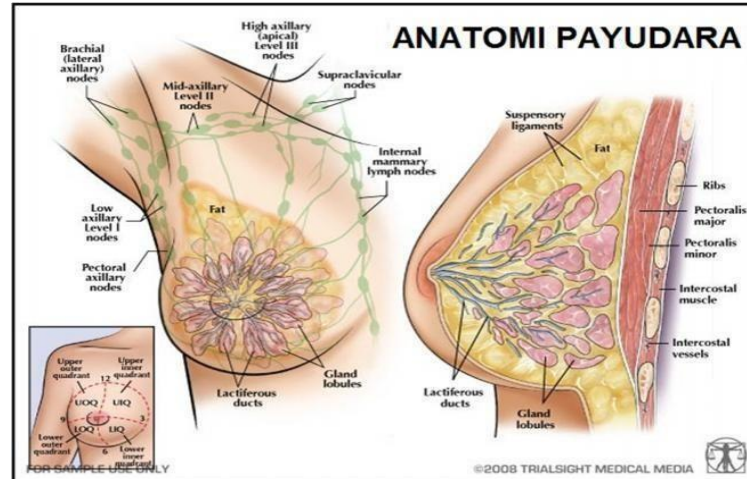
Kanker adalah pertumbuhan yang tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi ganas. Sel-sel tersebut dengan tumbuh lanjut serta menyebar ke bagian tubuh dan lainnya menyebabkan kematian salah satu penyakit kanker yaitu kanker payudara yang sangat menakutkan bagi perempuan di seluruh dunia, juga di Indonesia. Kanker payudara sering ditemukan pada stadium lanjut (Sunarti et al., 2018).

Kanker Payudara merupakan salah satu jenis tumor ganas yang sampai saat ini masih menjadi salah satu penyebab kematian dan prosesnya memakan waktu yang lama, sehingga apabila diketahui lebih dini akan dapat menekan angka kejadian payudara (Sarina et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan kanker payudara adalah ketika sel yang terdapat di dalam payudara tumbuh serta berkembang secara tidak terkendali, sekumpulan besar dari sel-sel yang tidak terkontrol itu yang dimaksud dengan kanker payudara.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Payudara



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal Payudara (Nurarif, H. A., & Kusuma, 2018).

- 1) Payudara adalah tonjolan setengah bola dengan ukuran bervariasi di anterior dari otot pektoralis mayor dan seratus anterior serta melekat pada otot-otot tersebut melalui satu lapisan fascia yang terdiri dari jaringan ikat tak teratur padat. Payudara terdiri dari :

- a) Puting Payudara (tonjolan berpigmen).

Memiliki serangkaian lubang duktus yang saling berdekatan disebut duktus laktiferi, yaitu tempat keluarnya air susu.

- b) Areola.

Yaitu daerah kulit melingkar berpigmen yang mengelilingi puting payudara. Bagian ini tampak kasar karena mengandung kelenjar-kelenjar sebasea (minyak).

- c) Diantara kulit dan fascia berjalan untaian jaringan ikat yang disebut ligamentum suspensorium payudara.

Berfungsi menopang payudara (Agustina et al., 2022).

- 2) Payudara adalah organ endokrin yang berfungsi mengeluarkan air susu jalur embrionik kelenjer payudara (*milk line*)

membentang dari aksila hingga inguinal dan sebagian besar akan mengalami regresi pada jalur ini dapat di temukan nipple aksesori atau supernumerary mammae merupakan kelainan perkembangan payudara yang dapat di temukan di daerah aksila payudara terdiri dari jaringan parankim dan stroma. Parankim berupa elemen epitel yang merupakan representasi fungsi organ meliputi 10-15% jaringan payudara sebagai berikut; a) Duktus laktiferous, b) Sinus laktiferous papiloma intraduktal dapat tumbuh pada sinus di bawah papila; c) Terminal duct lobular unit (TDLU) sebagian besar adenokarsinoma berasal dari bagian ini; d) Lobus Hyperplasia epitelial dapat muncul pada lobus payudara; e) Acini. Untuk stroma berupa komponen jaringan lunak yang meliputi 85-90% jaringan payudara dan terdiri dari; a) Jaringan ikat; b) Ligamentum *suspensorium cooper*, yang memisahkan lobus-lobus; c) Jaringan lemak; d) Pembuluh darah; e) Pembuluh limfe (Ardhiansyah, 2021).

3) Jaringan glandular payudara terdiri dari 15-20 lobus mayor yang tiap lobusnya di aliri duktus laktiferous yang membesar menjadi sinus laktiferous (ampulla) lobus mayor terdiri dari 20-40 lobulus yang 100 alveoli sekretori karsinoma infasit menyebar dengan arah radial pada lobulus karsinoma infasit menyebar secara sentripetal melalui membrana basalis menuju stroma (Ardhiansyah, 2021).

4) Batas payudara :

- a) Superior yaitu kostal II atau III (garis subklavikula termasuk sulkus deltopektoralis).
- b) Medial yaitu garis parasternal (cekungan ICS).
- c) Inferior yaitu kostal IV atau VII (submammary fold line atau insersi otot rektus abdominis).
- d) Lateral yaitu garis aksilaris anterior yang merupakan proyeksi

tepi anterior otot latissimus dorsi (Ardhiansyah, 2021).

5) Kuadran payudara :

Menurut Ardhiansyah, (2021) kuadran payudara di bagi menjadi lima yaitu sebagai berikut:

- a) Kuadran sentral.
- b) Kuadran lateral superior.
- c) Kuadran lateral interior.
- d) Kuadran medial superior.
- e) Kuadran medial interior.

b. Fisiologi

Payudara mengalami 3 perubahan yang dipengaruhi oleh hormone. Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui masa puberitas, masa vertilitas sampai ke klimakterium, dan menopause. Sejak puberitas, pengaruh estrogen dan progesterone yang diproduksi oleh ovarium dan hormone hipofisis menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur menstruasi. Sekitar hari ke delapan menstruasi, payudara menjadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum menstruasi berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Terkadang, timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi, payudara menjadi tegang dan nyeri, sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan.

Pada waktu itu pemeriksaan foto mammogram tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu menstruasi mulai, semuanya berkurang. Perubahan ke tiga terjadi waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara menjadi lebih besar karena epitel duktus lobulus dan duktus alveolus berproliferasi, serta tumbuh duktus baru. Sekresi hormone prolactin dari hipofisis anterior memicu laktasi. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus kemudian dikeluarkan melalui duktus ke putting

susu (Putra, 2015). Payudara merupakan organ kelenjar yang mempunyai fungsi utama untuk memproduksi air susu untuk melakukan fungsinya ini ada beberapa hormon yang mempengaruhi pada payudara yaitu sebagai berikut :

- 1) Estrogen yang berfungsi untuk perkembangan stoma, pertumbuhan, duktus dan deposit lemak payudara hormon ini produksi di organ sebagai berikut :
 - a) Ovum.
 - b) Korteks adrenal.
 - c) Jaringan adipose.
 - d) Plasenta
- 2) Progesteron yang berfungsi untuk perkembangan lobulus dan alveolus.
- 3) Prolaktin yang berfungsi untuk mengeluarkan atau ejeksi air susu (Ardhiansyah, 2021).

3. Etiologi

Bukti spesifik yang menjadi penyebab kanker payudara tidak ada namun ada beberapa faktor seperti faktor genetik, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan yang bisa menjadi penyebab terjadinya kanker ini. Beberapa penelitian menunjukkan perubahan genetik belum terkait dengan kanker payudara. Perubahan pada genetik ini bisa saja karena terjadi perubahan atau mutasi dalam gen normal, juga pengaruh kondisi protein yang menekan atau meningkatkan perkembangan Kanker Payudara. Beberapa hormone salah satunya hormon steroid yang diproduksi oleh ovarium memiliki peranan penting pada terjadinya kanker payudara. Estradiol dan progesterone yang merupakan dua hormon ovarium utama yang mengalami perubahan didalam lingkungan seluler, hal ini yang mempengaruhi faktor pertumbuhan pada kanker payudara (Brunner dan Suddart dalam Risnah, 2020).

Menurut Adji dalam Risnah (2020), faktor risiko Kanker Payudara diantaranya:

a. Genetika

- 1) Kecenderungan terjadi jika ditemukan ada keluarga yang menderita penyakit yang sama.
- 2) Kembar monozygote akan terdapat kanker yang sama.
- 3) Pada keluarga dekat dari penderita kanker payudara ditemukan ada kesamaan lateralisasi kanker payudara.
- 4) Seorang dengan klinifelter akan memiliki peluang kemungkinan 66 kali dari pria normal atau angka kejadiannya sekitar 2%.

b. Hormon

Kejadian yang lebih sedikit pada laki-laki dan lebih umum pada wanita karena estradiol dan progesterone yang merupakan dua hormon ovarium utama yang mengalami perubahan didalam lingkungan seluler yang mempengaruhi faktor pertumbuhan pada kanker payudara. Pada wanita di atas 40 tahun insidennya lebih meningkat karena seiring bertambahnya usia seorang wanita, sel-sel lemak di payudaranya cenderung akan menghasilkan enzim aromatase dalam jumlah yang besar, yang pada akhirnya akan meningkatkan kadar estrogen lokal. Pada wanita yang berumur di atas 40 tahun terutama yang masih mengalami masa reproduksi, setiap bulan akan mengalami menstruasi, namun tidak mengalami ovulasi, sehingga hormon progesteron yang dihasilkan tidak cukup menangkal hormon estrogen yang merupakan pemicu terjadinya kanker payudara.

c. Makanan kandungan lemak dalam makanan

Salah satunya adalah peningkatan produksi hormon estrogen oleh sel lemak, yang dapat memicu pertumbuhan sel kanker payudara yang sensitif terhadap hormon. Hormon estrogen juga diproduksi dalam jaringan lemak. Selain itu, diet tinggi lemak juga dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan obesitas,

yang juga merupakan faktor risiko kanker payudara. Konsumsi lemak tinggi dapat meningkatkan stres oksidatif, yaitu ketidakseimbangan antara produksi radikal bebas dan kemampuan tubuh untuk mengatasinya. Stres oksidatif dapat merusak DNA, mengganggu fungsi sel, dan memicu pertumbuhan sel kanker (Wahdini & Suryamah, 2022).

d. Radiasi daerah dada mutagen genetik

Paparan radiasi dapat menyebabkan putusnya untai DNA atau perubahan pada struktur DNA. Kerusakan DNA yang tidak diperbaiki dengan benar dapat menyebabkan mutasi genetik. Mutasi ini dapat mengubah fungsi gen yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan sel. Mutasi genetik yang dapat mengganggu mekanisme kontrol pertumbuhan sel dapat menyebabkan sel membelah secara tidak terkendali, membentuk massa tumor, dan berkembang menjadi kanker.

Sedangkan menurut Tasripiyah dalam Risnah (2020), beberapa faktor resiko untuk kanker antara lain :

a. Umur wanita di atas 40 tahun

Wanita di atas umur 40 tahun keatas disebut dengan masa pramenopause, pada masa ini hormon esterogen semakin meningkat dan hal ini memicu untuk terjadinya kanker payudara. Selain itu wanita diatas usia 40 tahun memiliki resiko menderita kanker payudara lebih tinggi karena pada usia ini fungsi organ tubuh sudah menurun yang menyebabkan sel kanker tumbuh dengan tidak terkendali (Rahayu & Arania, 2018).

b. Individu atau keluarga memiliki riwayat kanker payudara.

c. Terjadi menstruasi di usia yang muda/ usia dini.

d. Menopause pada usia lanjut & Menarche < 12 tahun.

Early menarche atau menarche < 12 tahun dan manopause > 50 tahun memiliki faktor resiko lebih tinggi untuk terkena ca mammae karena peningkatan produksi estrogen dan dalam jangka

panjang. Menarche ≤ 12 tahun mengakibatkan kanker payudara karena paparan hormon estrogen yang lebih cepat mampu mengakibatkan rangsangan pada reseptor estrogen sehingga mengakibatkan sel kanker untuk membelah terus menerus (Ariana et al., 2020). 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 mengembangkan risiko terjadinya kanker payudara (Nani, 2020).

- e. Tidak memiliki anak atau memiliki anak pertama ketika sudah berada di usia lanjut.
- f. Dalam waktu jangka panjang menggunakan hormon esterogen eksogen.
- g. Terdapat riwayat penyakit fibrokistik.

Namun hanya 25% dari wanita yang memiliki beberapa faktor resiko ini dan mengalami kanker payudara. Olehnya, wanita adalah salah satu faktor resiko yang bisa kita simpulkan secara sangat sederhana. Menurut beberapa penelitian, faktor-faktor lain yang menyebabkan kanker payudara adalah kegemukan, makanan yang mengandung tinggi lemak, namun hal ini belum bisa diprediksi secara pasti (Risnah, 2020).

4. Patofisiologi

Tumor/neoplasma adalah sekelompok sel yang berubah dengan ciri-ciri sebagai berikut: tidak mengikuti pengaruh struktur jaringan yang ada disekitarnya, tidak berguna dan proliferasi sel yang berlebihan. Neoplasma maligna terdiri dari sel-sel kanker yang telah menunjukkan proliferasi yang tidak terkendali sehingga mampu menginfiltrasi dan memasukinya, menggunakan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ tubuh yang jauh sehingga dapat

mengganggu fungsi jaringan normal.

Perubahan secara biokimia terjadi di dalam sel utamanya pada bagian inti. Hampir semua tumor ganas dapat tumbuh dari suatu sel dimana telah terjadi transformasi maligna dan di antara sel-sel normal berubah menjadi sekelompok sel-sel ganas. Dalam suatu proses rumit sel-sel kanker yang terbentuk dari sel-sel normal lebih dikenal dengan sebutan transformasi, terdiri atas fase inisiasi dan fase promosi antara lain:

a. Fase Inisiasi

Fase ini adalah tahapan awal perubahan sel menjadi ganas. Hal ini disebabkan karena adanya zat karsinogen yang muncul. Akan tetapi, kepekaan sel terhadap karsinogen ini tidak dimiliki oleh setiap sel. Promotor adalah kelainan genetik pada sel yang menyebabkan sel mungkin lebih mudah terkena rangsangan terhadap karsinogen, bahkan gangguan fisik juga bisa membuat sel lebih peka dalam mengalami keganasan.

b. Fase Promosi.

Fase ini dilewati setelah fase inisiasi. Namun, bagi sel yang tidak melewatinya maka akan ada beberapa faktor yang menyebabkan keganasan, misalnya gabungan dari suatu sel yang peka terhadap karsinogen (Risnawati, 2020).

Proses jangka panjang terjadinya kanker menurut Anoname dalam Risnawati (2020), yaitu:

a. Fase induksi : lamanya 15-30 tahun.

Walaupun sampai saat ini belum diketahui apa penyebab pasti dari kanker tapi faktor lingkungan lebih memegang peranan penting terjadinya kanker.

b. Fase insitu : lamanya 1-5 tahun

Pada fase ini terjadi perubahan jaringan yang muncul menjadi suatu lesi pre-cancerous yang bisa ditemukan di serviks uteri, rongga mulut, paru-paru, saluran cerna, kandung kemih, kulit

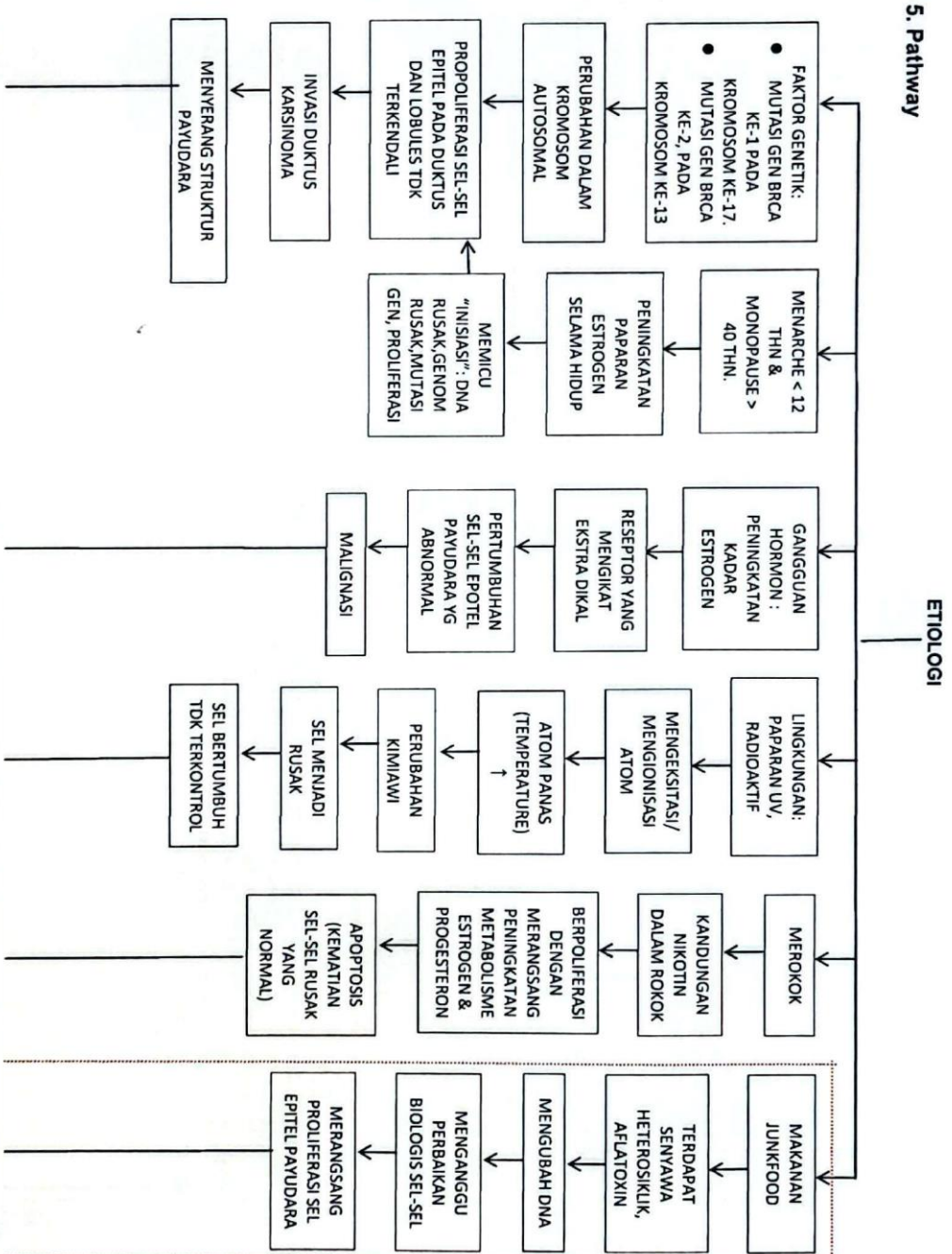
dan akhirnya ditemukan di payudara.

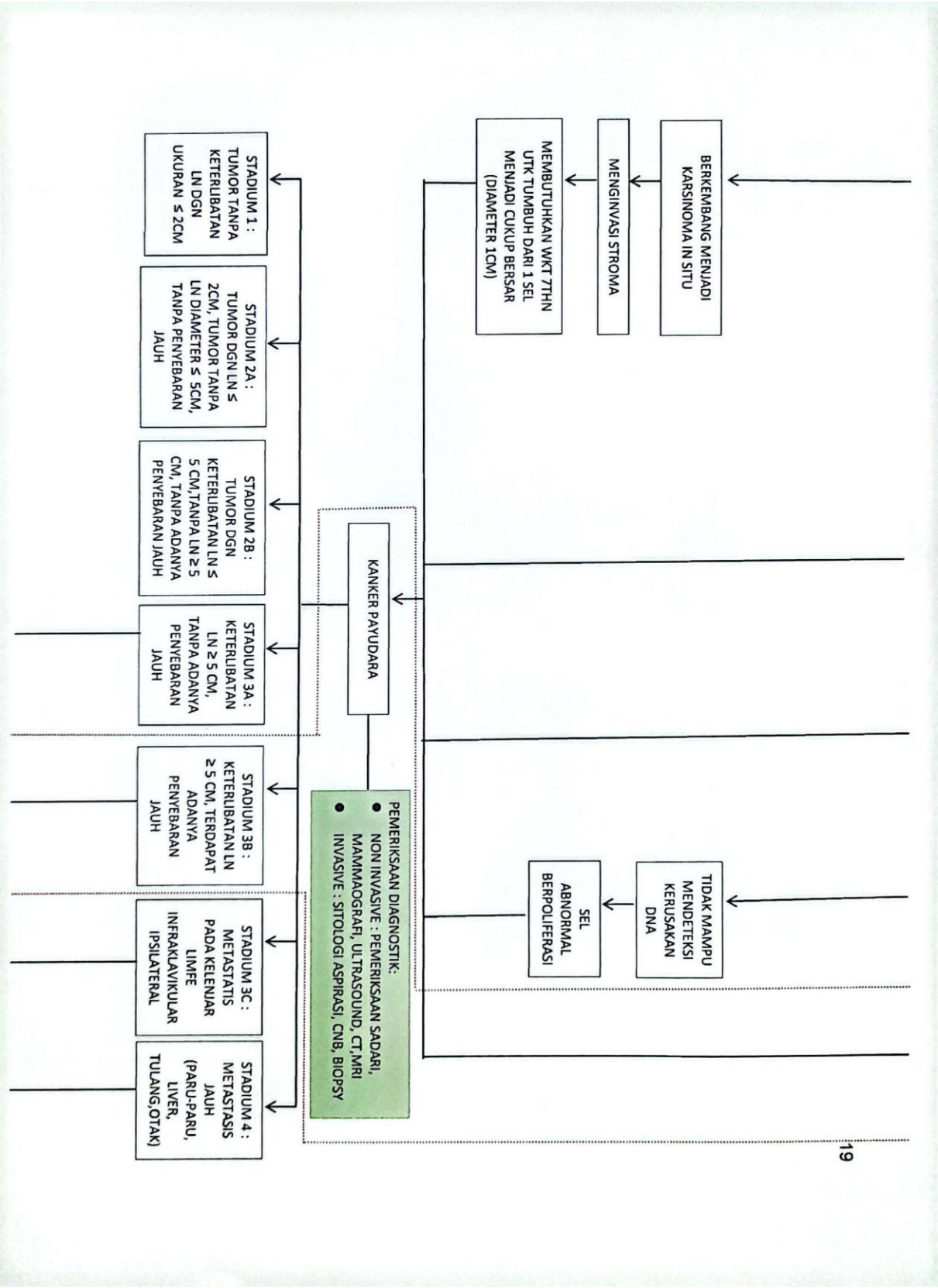
c. Fase invasi

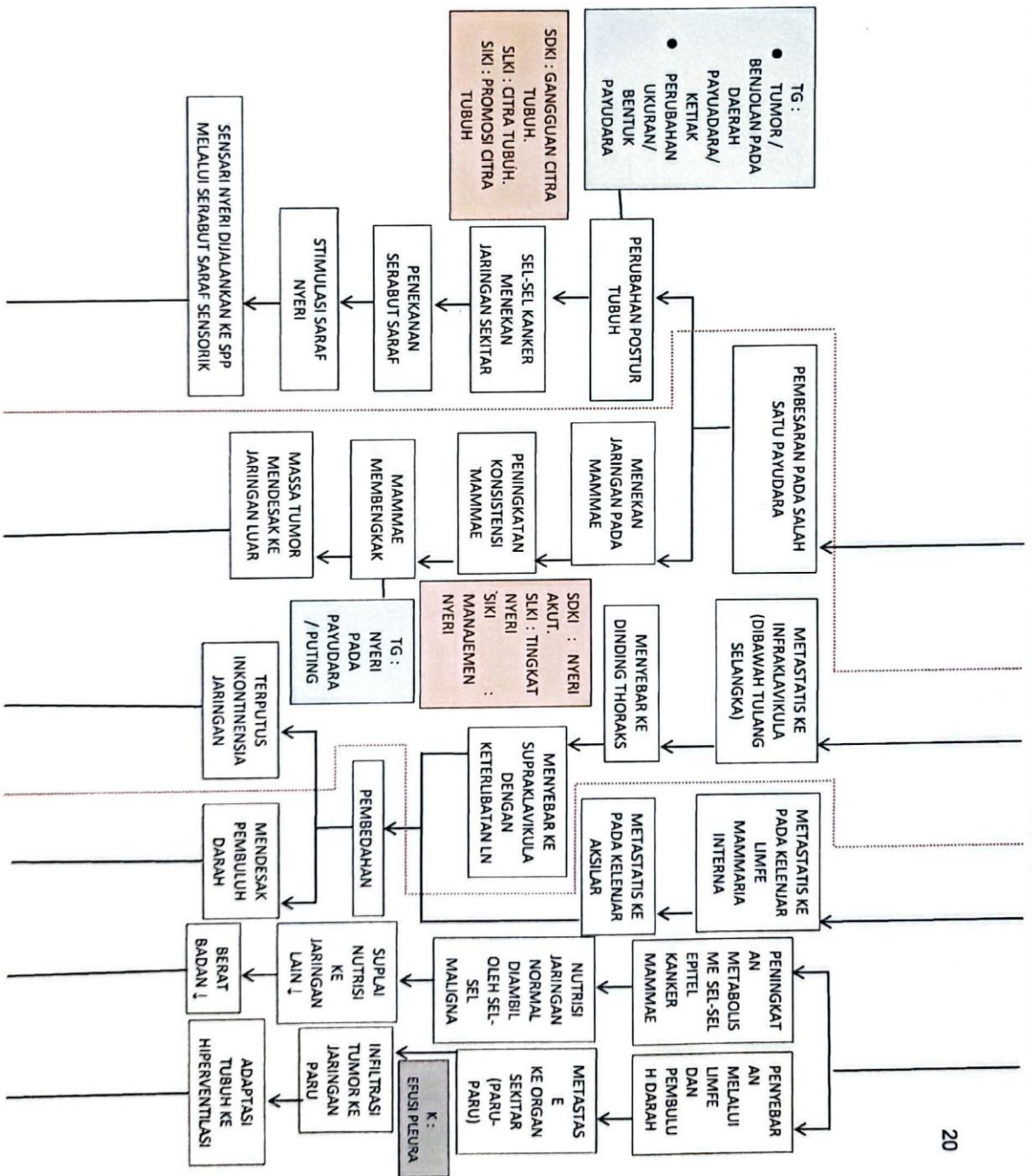
Sel-sel yang ganas berkembang biak dan menginfiltrasi membrane sel ke jaringan sekitarnya ke pembuluh darah serta limfe. Waktu antara fase ke 3 dan ke 4 berlangsung antara beberapa minggu sampai beberapa tahun.

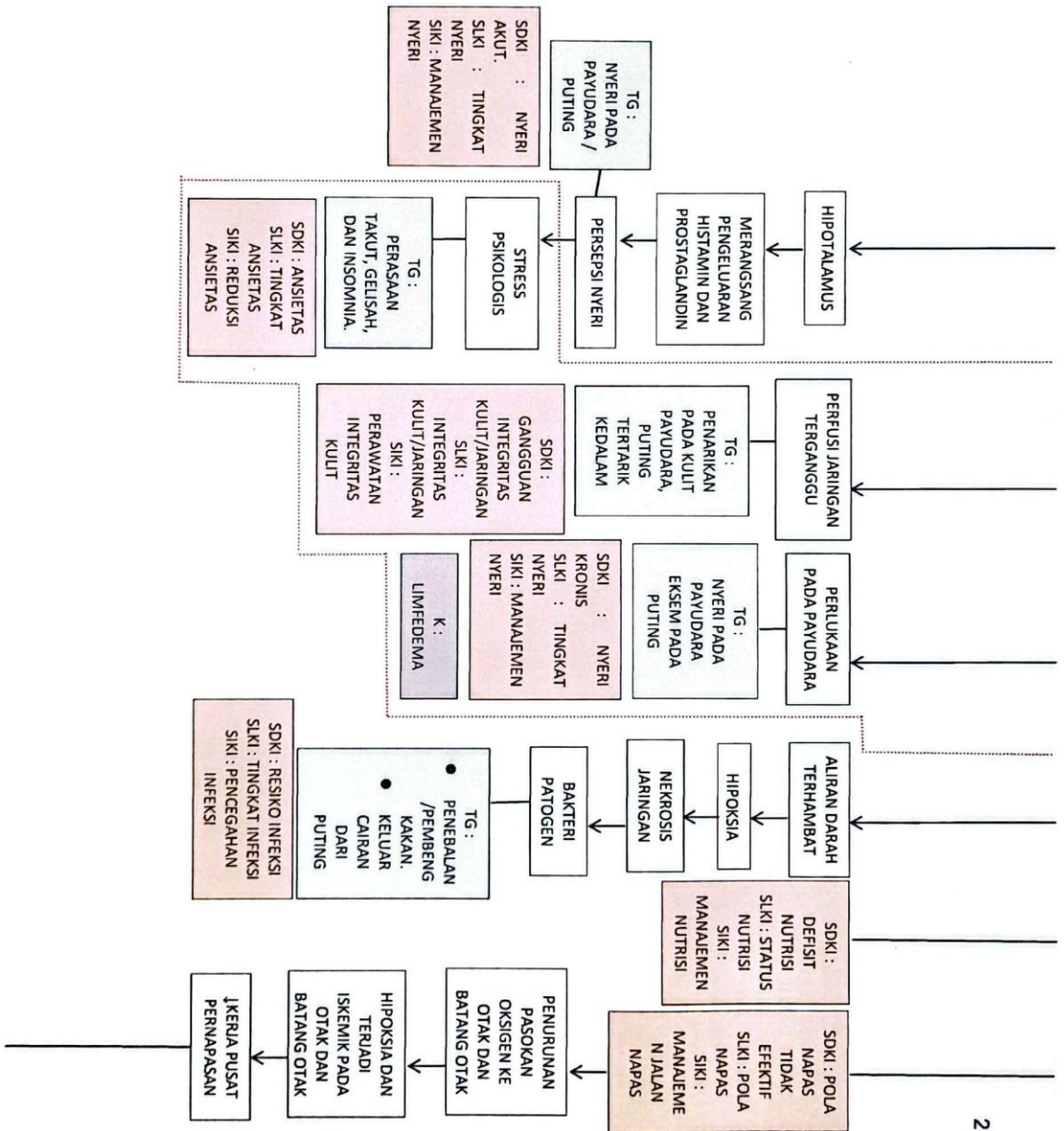
d. Fase diseminasi: 1-5 tahun

Penyebaran tumor ke tempat lain makin bertambah seiring membesarnya tumor.



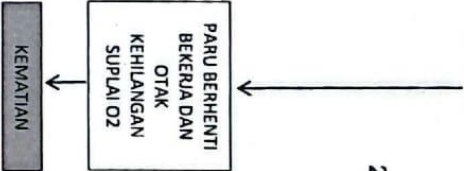






KETERANGAN :

.....	:	Perjalanan penyakit yang ada pada pasien



5. Tanda dan Gejala

Beberapa tanda dan gejala kanker payudara menurut Ardiansyah (2022), yaitu :

a. Tumor/ benjolan pada daerah payudara atau ketiak.

Benjolan yang tidak normal disebut tumor. Tumor dapat dibedakan menjadi tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak biasanya ditemukan pada pasien dengan usia lebih muda. Sedangkan tumor ganas atau kanker payudara biasanya ditemukan pada semua jenis kelamin maupun semua usia dimulai sejak hormone seks aktif hingga menopause.

b. Keluar cairan dari puting.

Cairan yang keluar dari puting seperti ASI merupakan proses normal (fisiologis), namun jika cairan yang keluar tidak normal (patologis) menandakan adanya infeksi, tumor jinak, maupun tumor ganas.

c. Penarikan pada kulit payudara.

Penarikan kulit payudara dapat merupakan pertanda adanya infiltrasi jaringan kanker sekitarnya.

d. Nyeri pada payudara atau puting.

Sakit atau nyeri pada payudara bisa disebabkan oleh kelainan pada payudara seperti kista atau infeksi atau kelainan payudara lainnya. Untuk nyeri kanker payudara biasanya jarang nyeri kecuali sudah berada pada stadium lanjut atau disertai peradangan.

e. Puting tertarik ke dalam.

Retraksi puting yang terjadi hanya pada satu sisi yang terletak dibawah puting yang menyebabkan puting tertarik kedalam bisa merupakan tanda kanker payudara.

f. Eksem pada puting.

Eksem yang sukar sembuh pada area puting dapat menyebabkan penyakit kanker stadium dini (bila tanpa disertai massa tumor).

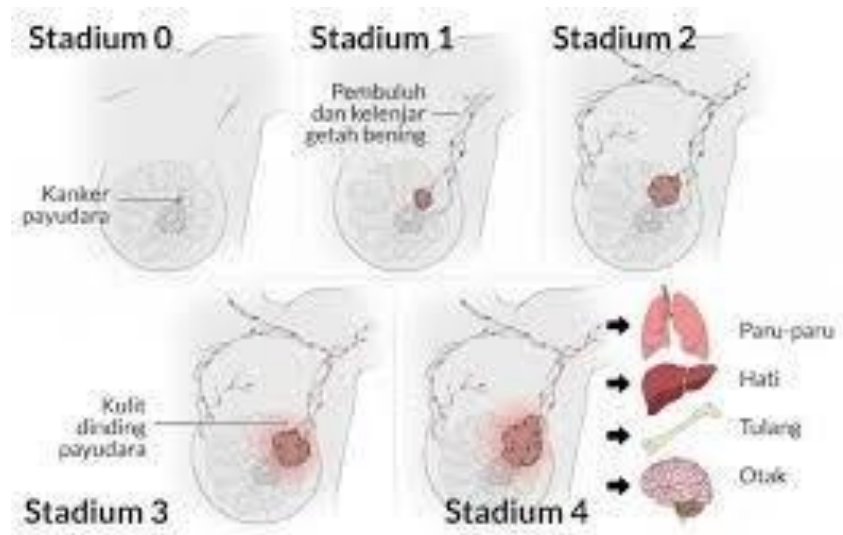
g. Perubahan ukuran atau bentuk payudara.

Kelainan ukuran payudara maupun bentuk payudara dapat disebabkan oleh kanker.

h. Penebalan atau pembengkakan pada sebagian atau seluruh payudara.

Pembengkakan pada payudara disebabkan oleh karena adanya proses infeksi, peyebaran sel kanker, maupun karena radiasi .

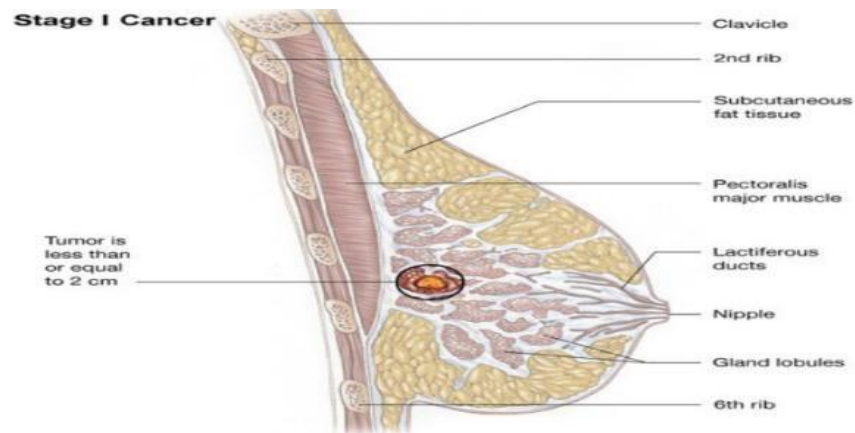
6. Stadium Kanker Payudara



Gambar 2.2 Stadium Kanker Payudara

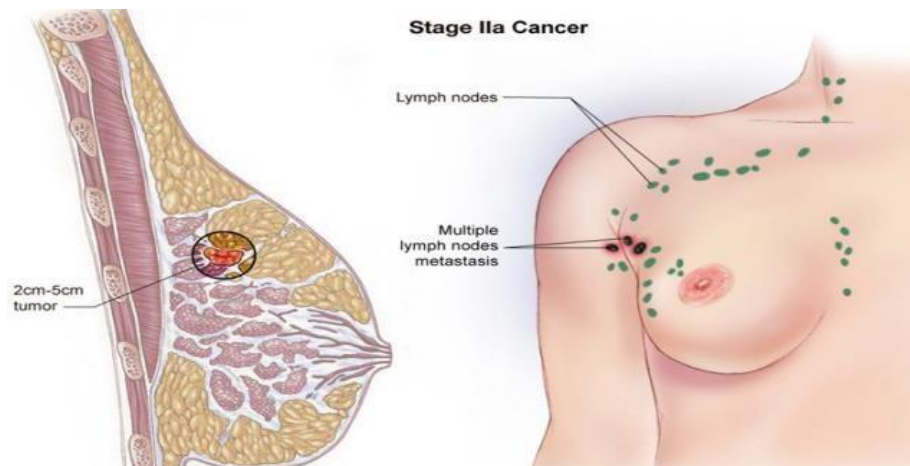
Secara teori, biasanya timbul pada saluran atau kelenjar susu setiap jenis jaringan pada payudara dapat membentuk kanker. Menurut Suparna et.,al (2022), kanker payudara memiliki empat stadium, yaitu :

a. Stadium I.



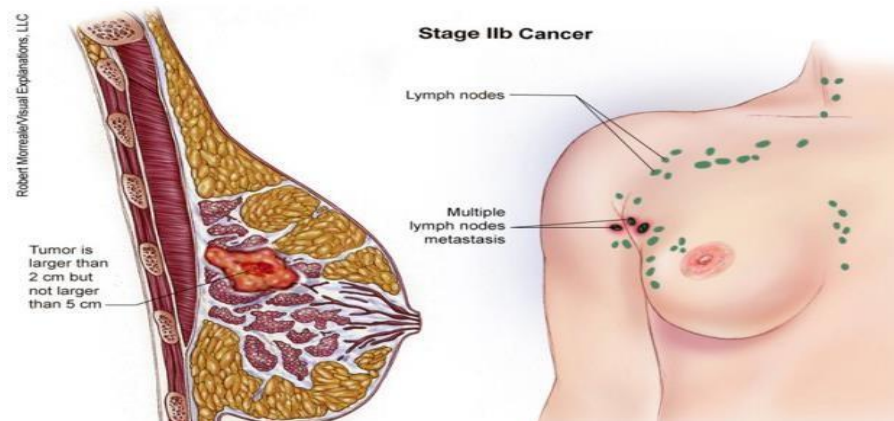
Tumor tanpa keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 2 cm dan tanpa adanya penyebaran yang jauh, hanya terbatas pada payudara saja serta tidak mengalami fiksasi pada kulit dan otot pektoralis / T1 N0 M0.

b. Stadium II A.



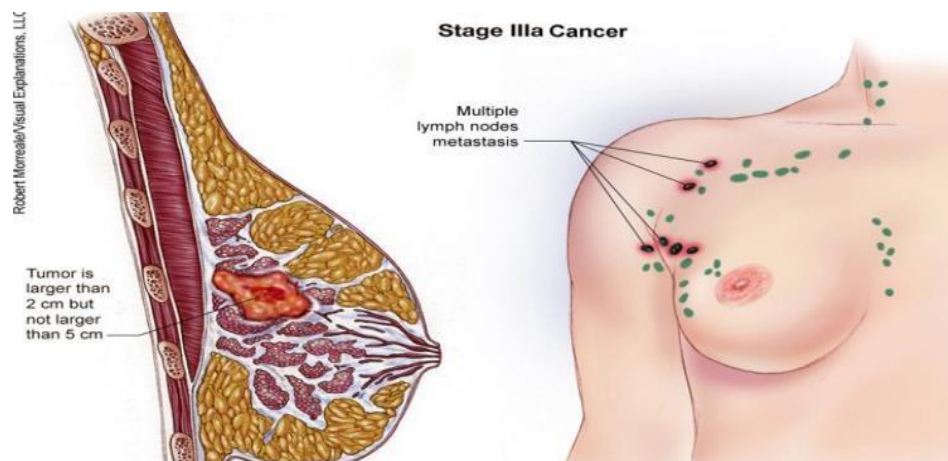
Tumor dengan keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 2 cm dan tanpa penyebaran jauh atau tumor tanpa keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 5 cm dan tanpa penyebaran jauh/ T0 N1 M0, T1 N1 M0, T1 N0 M0.

c. Stadium II B.



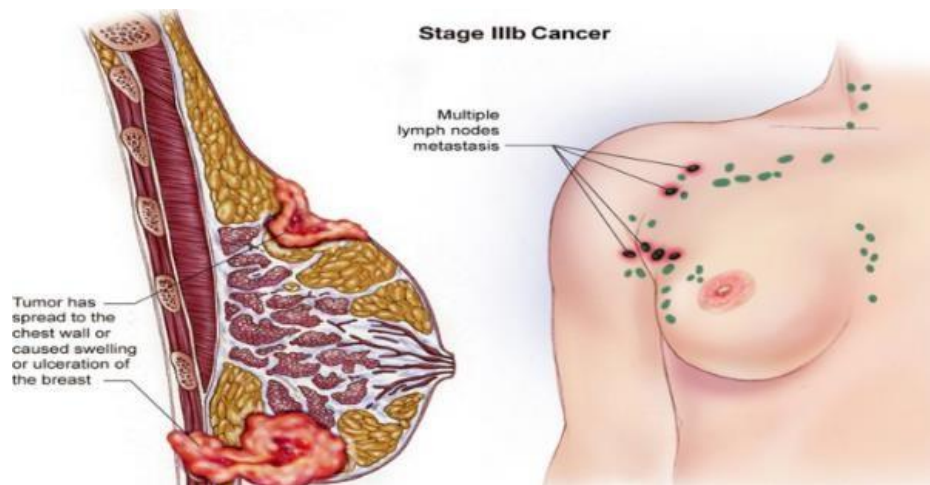
Tumor dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa adanya penyebaran yang jauh, berdiameter kurang 5 cm atau tanpa keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa adanya penyebaran jauh dari tumor yang berdiameter lebih dari 5 cm/ T2 N1 M0, T3 N1 M0, T3 N1 M0.

d. Stadium III A



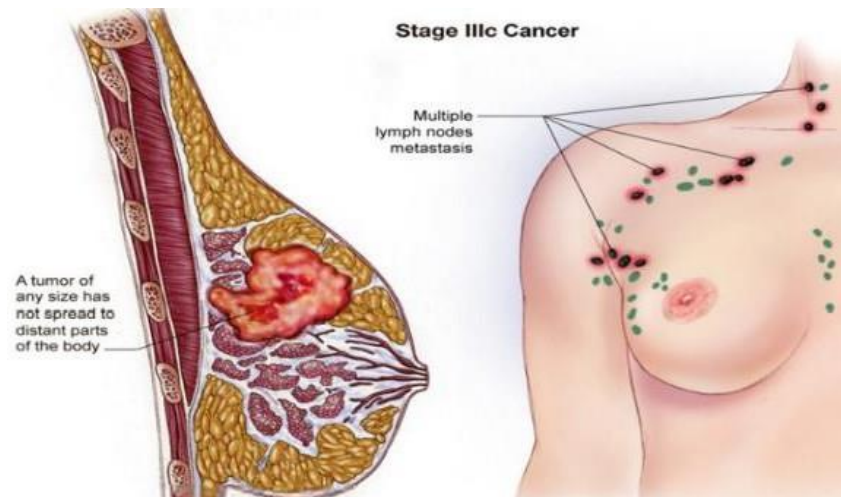
Tumor yang memiliki diameter lebih dari 5 cm dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa penyebaran yang jauh/ T0 N2 M0, T1 N2 M0, T2 N2 M0, T3 N1 M0, T3 N2 M0.

e. Stadium III B



Tumor yang berdiameter lebih 5 cm dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan terdapat penyebaran jauh berupa metastasis ke infraklavikula atau menginfiltrasi/menyebar ke kulit atau dinding toraks atau tumor dengan edema pada tangan atau metastasis ke supraklavikula dengan keterlibatan limfonodus (LN) supraklavikula.

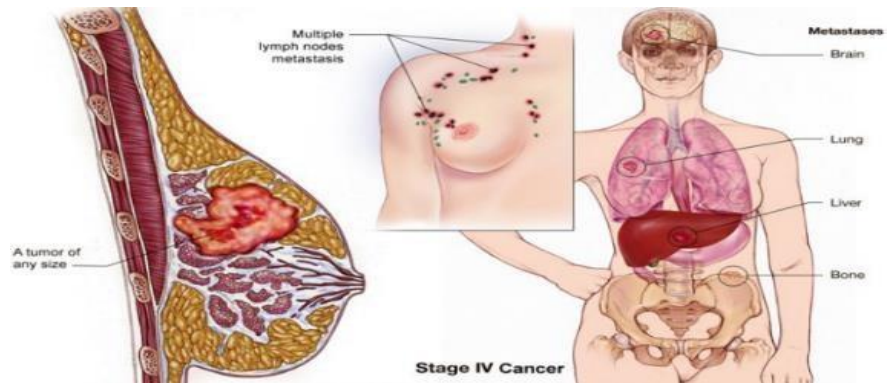
f. Stadium III C



Ukuran tumor mungkin berapa saja dan ada metastasis pada kelenjar limfe infraklavikular ipsilateral, atau terdapat bukti klinis bisa saja menunjukkan metastasis pada kelenjar limfe mammae interna dan metastase di kelenjar limfe aksilar, atau metastasis

pada kelenjar limfe supraklavikular ipsilateral.

g. Stadium IV



Tumor yang telah mengalami metastasis jauh, yaitu : paru-paru, tulang, liver atau tulang rusuk.

Keterangan TNM :

NO	TNM	KETERANGAN
1	T	Tumor Primer
	T0	Tidak ada bukti primer
		Karsinoma In Situ : Karsinoma intraduktal, karsinoma lobular in situ atau penyakit Paget's puting susu
	T1	Tumor ≤ 2 cm dalam dimensi terbesarnya.
	T2	Tumor > 2 cm tetapi tidak > 5 cm dalam dimensi terbesarnya.
		Tumor > 5 cm dalam dimensi terbesarnya.
		Tumor sembarang ukuran dengan arah perluasan.
2	N	Nodus Limfe Regional (N)
	N0	Tidak ada metastasis nodus limfe regional.
	N1	Metastasis ke nodus limfe aksilaris ipsilateral (s) yang dapat digerakan.

	N2	Mestatis ke nodus lime aksilaris ipsilateral (s) terfiksasi pada satu sam lain atau pada struktur lainnya.
	N3	Mestatis ke nodus limfe mamaria internal ipsilateral.
3	M	Metastatis jauh
	M0	Tidak ada metastatis yang jauh.
	M1	Metastatis jauh (termasuk metastatis ke nodus limfe).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Secara umum pemeriksaan penunjang terbagi menjadi dua bagian yaitu invasive dan non invasive yaitu:

a. Non Invasive.

1) SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri).

Wanita akan lebih mudah menemukan sendiri benjolan di stadium dini jika SADARI dilakukan secara rutin. Saat menstruasi sebaiknya dilakukan SADARI 7 sampai 10 hari setelah hari pertama menstruasi dan SADARI dilakukan kapan saja dan secara rutin setiap bulan bagi wanita menopause. Namun lebih baik bagi wanita SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulannya.

2) Mammografi.

Metode pemeriksaan payudara dengan sinar X. Mammografi disarankan bagi wanita berusia 40 tahun ke atas, setidaknya setahun sekali, khususnya bagi yang mempunyai risiko terkena kanker payudara. Bagi wanita yang berisiko tinggi terkena kanker payudara, mammografi skrining dapat dilakukan sebelum usia 40 tahun.

3) Ultrasound

Digunakan untuk mendapatkan bagian organ dalam yang mengalami kanker. Alat ini akan menimbulkan gelombang suara yang akan menimbulkan gema ketika ia disorotkan ke dalam tubuh. Gelombang itulah yang menciptakan gambar yang nantinya akan diangkat untuk mendiagnosis penyakit dari pasien. Keuntungannya adalah alat ini tidak menimbulkan rasa nyeri.

4) *Computed Tomografi (CT) dan Magnetic Resonance Imaging Scans (MRI).*

Penggunaan CT dan MRI untuk scanning upaya mengevaluasi kelainan payudara sekarang sudah mulai diselidiki. Teknik ini mengambil peran dalam mengevaluasi axila, mediastinum dan area supraclavikula untuk adenopati dan membantu dalam melakukan staging pada proses keganasan (Risnah, 2020).

b. Invasiv.

1) Sitologi Aspirasi.

Biopsi jarum halus, biopsi apus dan analisa cairan akan menghasilkan penilaian sitologi. Menggunakan jarum kecil (fine) no G 23- 25, bisa dikerjakan dengan memakai alat khusus atau tanpa alat khusus. Yang bisa diperoleh dari pemeriksaan sitology adalah bantuan penentuan jinak/ganas, dan mungkin dapat juga sebagai bahan pemeriksaan ER dan PgR, tetapi tidak untuk pemeriksaan HER2Neu.

2) *Core Needle Biopsy (CNB).*

Sering dilakukan Biopsi jarum dengan menggunakan jarum bor yang besar.

3) Biopsy.

Untuk menentukan tumor jinak atau ganas dengan pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap

massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi (Brunner dan Suddart , 2005 dalam Risnah, 2020).

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Tasripiyah dalam Risnah, 2020 ada beberapa penatalaksanaannya kanker payudara antara lain:

a. Pembedahan/operasi

- 1) Terapi pembedahan merupakan terapi yang paling awal dilakukan untuk penatalaksanaan kanker payudara. Pembedahan yang dilakukan bervariasi menurut luasnya jaringan yang diambil, dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu :
 - a) Masektomi radikal (lumpektomi), yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Selalu diikuti dengan pemberian pemberian terapi. Biasanya direkomendasikan pada penderita yang letak tumornya di pinggir payudara dan besarnya kurang dari 2 cm.
 - b) Masektomi total (mastektomi), yakni sebuah operasi pengangkatan seluruh bagian payudara, tetapi tidak di aksila.
 - c) Modified mastektomi radikal, yakni operasi pengangkatan pada seluruh jaringan payudara termasuk dalam kompleks putting aerola.

b. Radiologi.

Proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara. Tindakan ini mempunyai efek kurang baik seperti tubuh menjadi lemah, nafsu makan berkurang, warna kulit disekitar payudara menjadi hitam, serta Hb dan leukosit cenderung menurun sebagai akibat dari radiasi. Pengobatan ini biasanya diberikan bersamaan dengan lumpektomi atau masektomi.

c. Kemoterapi.

Proses pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul atau melalui infuse yang bertujuan membunuh sel kanker. Kemoterapi adjuvan sering diberikan pasca operasi kepada pasien yang memiliki tingkat risiko kekambuhan sedang hingga tinggi. Obat sitotoksik anti kanker akan digunakan untuk membunuh sel-sel kanker sisa, sehingga membantu untuk mengurangi risiko kekambuhan yang ada. Seluruh tindakan pengobatan dengan kemoterapi biasanya akan memakan waktu selama 3-6 bulan. Kemoterapi juga bisa digunakan dalam kondisi paliatif untuk pasien yang menderita kanker payudara stadium lanjut. Dampak fisik yang ditimbulkan dari kemoterapi adalah rambut rontok, mual, muntah (Sumarni et al., 2021).

d. Terapi hormonal.

Estrogen akan merangsang pertumbuhan sel-sel kanker payudara. Oleh karena itu, dokter mungkin akan meresepkan obat untuk memblokir efek dari hormon wanita ini demi menghentikan pertumbuhan sel kanker payudara. Namun, pendekatan ini hanya efektif pada tumor dengan reseptor hormonal yang positif. Pengobatan ini biasanya dilakukan dengan mengonsumsi tablet obat hingga 10 tahun.

9. Komplikasi

Komplikasi pada kanker payudara adalah metastasis ke jaringan yang meliputi melalui limfatik, dan vena ke organ yang berbeda, misalnya paru-paru, metastasis tulang menyebabkan patah tulang, nyeri dan hiperkalsemia, metastasis paru-paru menyebabkan gangguan persepsi sensori dan kematian (Astuti, 2022). Komplikasi potensial dari kanker payudara adalah sebagai berikut :

a. Limfaedema.

Hal ini terjadi jika saluran limfe untuk menjamin aliran balik limfe ke sirkulasi umum tidak berfungsi dengan adekuat. Jika

nodus aksilaris dan sistem limfe diangkat, maka sistem kolateral dan aksilaris harus mengambil alih fungsi mereka. Apabila mereka diinstruksikan dengan cermat dan didorong untuk meninggikan, memasase dan melatih lengan yang sakit selama 3-4 bulan. Dengan melakukan hal ini akan membantu mencegah perubahan bentuk tubuh dan mencegah kemungkinan terbukanya pembengkakan yang menyulitkan (Muna et al., 2018).

b. Efusi Pleura.

Efusi pleura terjadi pada kanker payudara dikarenakan kanker payudara telah bermetastasis ke paru-paru melalui aliran darah.

c. Gagal Ginjal.

Komplikasi gagal ginjal pada kanker payudara diakibatkan kanker telah bermetastasis ke ginjal yang dimana akan mempengaruhi kadar kalsium dalam darah sehingga terjadinya hiperkalsemia.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Dilakukan pengkajian secara bertahap yang dibagi menjadi beberapa tahap:

a. Identitas

Identitas klien terdiri dari data-data umum seperti nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan saat ini, status perkawinan, alamat, nomor RM dan tanggal masuk RS.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Klien yang masuk di RS terkadang memiliki keluhan seperti merasakan nyeri dan bengkak di payudara, ada benjolan yang juga menekan payudara, terdapat ulkus dan kulit berwarna merah serta mengeras.

2) Riwayat penyakit dahulu.

Klien yang mengalami kanker payudara biasanya pernah terpapar dengan faktor risiko atau kelainan pada mammae.

3) Riwayat penyakit keluarga.

Klien yang masuk RS terkadang memiliki keluarga yang pernah menderita kanker payudara sebelumnya, atau beberapa dari klien memiliki keluarga yang juga mengidap penyakit kanker payudara lainnya seperti kanker ovarium dan kanker serviks.

c. Pengkajian 11 Pola Gordon

1) Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Adanya anggapan bahwa itu hanyalah benjolan biasa maka pada umumnya di awal pemeriksaan, klien nampak belum mau memeriksakan benjolannya.

2) Nutrisi dan Metabolik.

Pada umumnya klien yang mengalami kanker payudara memiliki kebiasaan diet yang buruk seperti mengonsumsi makanan yang mengandung MSG dan juga terjadi muntah yang

berdampak pada penurunan berat badan.

3) Eliminasi.

Mengalami melena, nyeri saat defekasi, distensi abdomen dan konstipasi merupakan beberapa perubahan yang terjadi pada pasien.

4) Aktivitas dan Latihan.

Kelemahan dan nyeri diakibatkan anoreksia dan muntah membuat aktivitas klien terganggu.

5) Kognitif dan Persepsi.

Kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motorik sehingga biasanya klien akan mengalami pusing pasca bedah.

6) Istirahat dan Tidur.

Nyeri biasanya membuat klien mengalami gangguan pola tidur.

7) Persepsi dan Konsep diri.

Kehilangan bagian dari anggota tubuh klien akan merasakan malu.

8) Peran dan Hubungan.

Pada interaksi sosial, biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya.

9) Reproduksi dan Seksual.

Terjadi perubahan pada tingkat kepuasan dan biasanya akan ada gangguan seksualitas klien.

10) Koping dan Toleransi Stress.

Pasien akan mengalami rasa putus asa dan berada di fase denial.

11) Nilai dan Kepercayaan.

Supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada maka diperlukan pendekatan agama.

2. Diagnosis keperawatan

Dalam buku standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus PPNI tahun 2018, sebagai berikut :

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan kelembaban.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.
- e. Gangguan citra tindakan/pengobatan tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (mis.proses penyakit).
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- g. Resiko infeksi di tandai dengan faktor risiko prosedur invasif.
- h. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

3. Luaran dan perencanaan keperawatan

Dalam buku standar Luaran dan Intervensi Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus Pusat PPNI tahun 2018, sebagai berikut :

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Mengenali kapan nyeri terjadi. • Menggambarkan factor penyebab • Menggunakan tindakan pencegahan nyeri. • Melaporkan nyeri terkontrol.	Manajemen nyeri. • Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. R/: Membantu diagnosa dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya. • Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri R/: Dengan mengetahui faktor

		• Ekspresi nyeri pada wajah berkurang.	tersebut kita dapat menganjurkan kepada pasien agar tidak melakukan aktivitas yang memperberat nyeri sebaliknya melakukan hal yang dapat menurunkan nyerinya. • Ajarkan teknik non-farmakologi (teknik relaksasi) R/: Teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri. • Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan seperti melalui interaksi dengan keluarga, pengunjung dan lain- lain. R/: Dengan mengalihkan perhatian saat nyeri datang bisa meringankan rasa nyeri karena pasien tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan. • Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat analgetik. R/ : Obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan.
2	Gangguan integritas kulit jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam	Perawatan Integritas Kulit • Identifikasi penyebab pada gangguan integritas kulit (mis.

	berhubungan dengan kelembaban	diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan jaringan • Elastisitas • Hidrasi • Kemerahan • Kerusakan lapisan kulit	perubahan status nutrisi dan sirkulasi, suhu lingkungan ekstrim, serta penurunan mobilitas dan kelembaban. R/: Mengetahui penyebab dari gangguan integritas kulit. • Ubah posisi setiap 2 jam jika sedang tirah baring. R/: Menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan • Gunakan produk yang berbahan ringan atau alami serta hipoalergik pada kulit. R/: Membantu penyembuhan di kulit • Anjurkan memakai pelembab (mis. Serum atau lotion). R/: Agar kulit selalu dalam keadaan lembab • Anjurkan untuk minum air yang cukup. R/: Turgor pada kulit tidak kering. • Anjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi. R/: Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat.
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, hasil yang diharapkan :	Reduksi ansietas • Identifikasi saat tingkat ansietas mengalami perubahan (mis. Waktu, kondisi dan stressor). R/: Mengetahui tingkat ansietas yang dapat berubah pada

		• Keluhan pusing • Anoreksia • Perilaku gelisah • Perilaku tegang	kondisi, waktu dan stressor yang berbeda. • Monitor tanda-tanda ansietas. R/: Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas. • Dengarkan dengan penuh perhatian. R/: Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas. • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. R/: Perasaan pasien akan berfikir positif jika diberikan motivasi. • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. R/: pasien merasa diperhatikan dan nyaman. • Latih teknik relaksasi. R/: Mengurangi tingkat kecemasan dan membuat rileks.
4	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas membaik dengan kriteria hasil : • Dispnea cukup menurun. • Frekuensi napas cukup membaik	Manajemen jalan napas. • Monitor pola napas. R/: Untuk mengetahui keadaan umum pasien. • Posisikan semi-fowler atau fowler. R/: Memberikan posisi fowler 90 derajat Celsius untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan

			abdomen pada diafragma membuat oksigen dalam paru meningkat. • Berikan oksigen,jika perlu. R/: Meringankan kerja paru untuk meningkatkan oksigen. • Kolaborasi dengan dokter dengan hal pemberian obat. R/ : kolaborasi ventolin dapat menghambat mengurangi sesak.
5	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, diaharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : • Nafsu makan membaik. • Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan. • Berat badan membaik. • Indeks masa tubuh dengan ideal berat badan kembali normal.	Status Nutrisi • Identifikasi status nutrisi. R/: Dapat mengetahui status pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang cepat kepada pasien. • Monitor asupan makanan. R/ : Untuk mengetahui kandungan nutrisi pasien. • Monitor berat badan. R/: Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien. • Lakukan oral hygiene sebelum makan. Jika perlu. R/: Mulut yang bersih dapat yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan. • Ajarkan diet yang dipogramkan. R/: Meningkatkan rasa keterlibatan, memberi informasi kepada keluarga untuk

			memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. • 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.
6	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan fungsi tubuh berhubungan dengan efek tindakan/ pengobatan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil : • Verbalisasi kecacatan bagian tubuh. • Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menyembunyikan sebagian tubuh.	Promosi citra tubuh • Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan. R/: Mengetahui tingkat citra tubuh berdasarkan perkembangan. • Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial. R/: Mengetahui adanya perubahan citra tubuh yang berakibat pasien menjadi malu dan menarik diri • Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri. R/: Mengetahui Seberapa sering pasien mengkritik gangguan citra tubuhnya. • Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya. R/: Agar secara psikologis

			pasien mengetahui akibat yang akan terjadi. • Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh. R/: Agar Pasien siap dengan keadaannya. • Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh. R/: Agar pasien dan keluarga mampu menerima perubahan cira tubuh. • Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh. R/: Membantu pasien lebih percaya diri dengan penampilannya. • Anjurkan menggunakan alat bantu mis : wig, kosmetik. R/: Pasien merasa nyaman dan tidak menarik diri. • Latih peningkatan penampilan diri. R/:Memaksimalkan kemampuan adaptasi diri pasien.
7	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen Energi. • Identifikasi adanya gangguan fungsi tubuh yang dapat mengakibatkan kelelahan. R/: Mengkaji bagian tubuh yang bermasalah yang

		• Saturasi oksigen. • Keluhan lelah. • Dispnea saat beraktivitas. • Warna kulit.	mengakibatkan kelelahan. • Monitor pola dan jam tidur. R/:Tidur sangat dibutuhkan untuk meningkatkan energi. • Sediakan lingkungan yang nyaman serta rendah stimulus (mis.Kunjungan, cahaya dan suara) R/:Memberikan rasa nyaman dan ketenangan dalam beristirahat. • Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif. R/:Mencegah kekakuan pada otot dan pengecilan otot. • Anjurkan tirah baring. R/: Meminimalkan pergerakan dan membantu. • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan belum berkurang. R/: Mengajarkan pasien untuk melaporkan kondisinya. • Kolaborasi dengan nutrisionis tentang strategi meningkatkan asupan makanan. R/:Membantu meningkatkan energi melalui nutrisi yang tepat.
8	Risiko infeksi dengan faktor risiko prosedur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Pencegahan Infeksi • Monitor adanya tanda dan gejala infeksi local.

	invasif.	diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: • Kebersihan tangan. • Kebersihan badan. • Demam. • Kemerahan. • Nyeri. • Bengkak.	R/: Memberikan informasi tentang adanya tanda dan gejala infeksi untuk diberikan intervensi. • Batasi jumlah pengunjung. R/: Meminimalisir penyebaran infeksi kepada pasien. • Cuci tangan sebelum dan setelah kontak di pasien serta lingkungan. R/: Mencegah terjadinya infeksi. • Pertahankan teknik aseptik di pasien berisiko infeksi. R/: Mencegah masuknya mikroorganisme dan terjadinya infeksi. • Jelaskan tanda serta gejala infeksi. R/: Memberikan informasi kepada pasien tentang resiko infeksi. • Ajarkan cara mencuci tangan yang benar. R/: Mencegah terjadinya Infeksi dan menjaga kebersihan.
--	----------	--	--

4. Discharge Planning

Menurut Risnah (2020), ada beberapa discharge planning untuk kanker payudara antara lain :

a. Terapi non bedah

- 1) Penyinaran, kemoterapi, terapi hormone dan endokrin.
- 2) Lakukan pemeliharaan kulit/diri dengan benar dengan menggunakan sabun dengan menggosokkan semini mungkin, hindari sabun berparfum atau berdeodoran, gunakan lotion hidroflk untuk kekeriangan, gunakan sabun aveno jika terjadi pruritus, dan hindari pakaian yang ketat, kutang dengan kawat dengan penyangga dan suhu yang berlebihan atau cahaya ultraviolet.
- 3) Hindari mencuci rambut setiap hari dan gunakan sampoh ringan untuk menghindari kerontokan.
- 4) Biarkan rambut mengering secara alami dan jangan mengikat rambut.
- 5) Konsultasikan dengan dokter untuk pemeriksaan terapi hormonal.
- 6) Makan makanan yang bergizi sehingga dapat meningkatkan kekebalan tubuh.
- 7) Istirahat cukup dan olahraga secara teratur.
- 8) Jika menginginkan kehamilan konsultasi dengan dokter karena kebanyakan diminta menunggu selama 2 tahun.

b. Sadari tata cara (periksa payudara sendiri)

- 1) Berdirilah kedepan cermin dan perhatikan apakah ada kelainan pada payudara, biasanya payudara tidak sama, putingnya tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikan apakah terdapat keriput lekukan, atau puting susu tertarik ke dalam. Bila terdapat kelainan itu atau keluar cairan atau dara dari puting susu, segeralah pergi ke dokter.
- 2) Letakkan kedua lengan di atas kepala dan perhatikan kembali

kedua payudara. Kemudian bungkukkan badan hingga payudara tergantung ke bawah, dan periksa lagi.

- 3) Berbaringlah di tempat tidur dan letakkan tangan kiri di belakang kepala, dan sebuah bantal di bawah bahu kiri. Rabalah payudara kiri dengan telapak jari-jari kanan. Periksalah apakah ada benjolan pada payudara, kemudian periksa juga apakah ada benjolan atau pembengkakan pada ketiak kiri.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. N berumur 40 tahun masuk IGD Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 13 Mei 2025 pada pukul 16.00 WITA dengan mengeluh lemah badan dan pucat, kemudian terdapat benjolan luka menyerupai bunga kol pada payudara sebelah kiri, nyeri dan perdarahan aktif. Pasien kemudian masuk di ruang perawatan St. Bernadeth I dengan diagnosa medik Ca mammae. Diagnosa saat pengkajian Ca mammae.

Pada tanggal 14 Mei 2025 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan lemas badan dan pucat, nyeri pada benjolan luka seperti bunga kol di payudara sebelah kiri, skala 7 dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024) dan mengalami perdarahan aktif ketika pasien bergerak serta pasien mengatakan kurang nafsu makan, dan mengalami penurunan berat badan 48 dari 51 kg dalam 1 tahun terakhir.

Tampak luka pada payudara sebelah kiri mengeluarkan sedikit cairan berwarna kuning kental dan merah dengan besar diameter luka ± 10 cm, tampak luka berbau amis, tampak pasien dengan posisi semifowler, kesadaran composmentis dengan GCS 15, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36.50C. Pemeriksaan foto thorax kesan: soft tissue mass pada hemithorax kiri, kesan extrathoracal (tumor mammae kiri). Ceftriaxone 1 gram/12 jam/IV, Metronidazole 500mg/8jam/IV, ranitidine 50mg/12 jam/IV, Metamizole 1 gram/8jam/IV, Asam Tranexamat 500mg/8jam/IV, Ondanserton 1gr/8jam/IV, Omeperazole 1flc/8jam/IV, Tablet penambah darah 1x1 tab, dan terpasang IVFD Nacl 0,9% 500 cc/ 20 tpm.

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu : Nyeri kronis

berhubungan dengan infiltrasi tumor, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker) dan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

A. Pengkajian

Unit	: Bernadeth I	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 1211 Bed 2	Alloanamnese	: ✓
Tanggal masuk RS	: 13 Mei 2025		
Tanggal pengkajian	: 14 Mei 2025		

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial	: Ny N
Umur	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: -
Agama/suku	: Katolik / Toraja
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia dan Bahasa toraja
Pendidikan	: Sarjana
Pekerjaan	: Guru Pendidikan Agama
Alamat rumah	: Dusun Sangayoka, Mahahe Tobadak, Mamaju Tengah.

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn. A
Umur	: 39 tahun
Alamat	: Dusun Sangayoka, Mahahe Tobadak, Mamaju Tengah.

Hubungan dengan pasien : Suami.

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik	
Saat masuk	: <i>Ca Mammae Sinistra</i>

Saat pengkajian : *Ca Mammae Sinistra*

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

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

Alasan : Keadaan umum pasien tampak lemah dan pucat, tampak ada luka benjolan seperti bunga kol di daerah payudara sebelah kiri dan mengalami perdarahan aktif, tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler dan infus NaCl 0,9% 500cc 20tetes/menit pada tangan sebelah kanan.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma glasgow (kuantitatif)

- | | |
|------------------------|----|
| a) Respon motorik | 6 |
| b) Respon bicara | 5 |
| c) Respon membuka mata | 4 |
| Jumlah | 15 |

Kesimpulan: Pasien sadar penuh

2. Tekanan darah : 130/80 mmHg

MAP : 96,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

3. Suhu : 36,5 °C di ☐ oral ☒ **axila** ☐ rectal

4. Pernapasan: 20x/menit

Irama: ☐ ☒ **teratur** ☐ bradipnea ☐ takipnea ☐ kusmaul ☐ cheyn-stokes

Jenis: ☐ ☒ **dada** ☐ perut

5. Nadi: 89 x/menit

Irama: ☒ **teratur** ☐ takikardia ☐ bradikardia ☒ **kuat** ☐ lemah

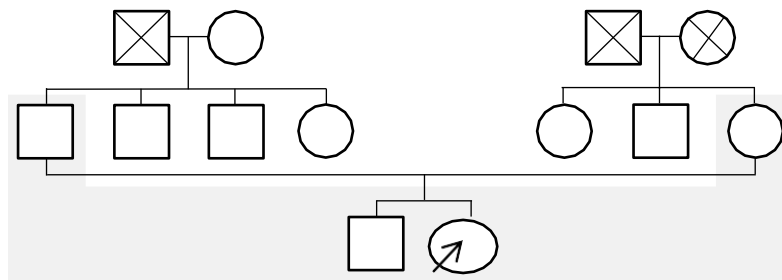
C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 24 cm

2. Lingkar Perut : 58 cm

3. Tinggi badan : 154 cm
 4. Berat badan : 51 kg
 IMT (Index Massa Tubuh) : 21,5 kg/m²
 Kesimpulan : Berat badan ideal.

D. GENOGRAM



Keterangan:

- : Laki – laki
 ○ : Perempuan
 ⊠ ⊡ : Meninggal
 □—○ : Menikah
 ⤵ : Pasien yang diidentifikasi

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelumnya hanya sakit biasa seperti flu, demam atau sakit kepala biasa dan akan membeli obat di apotik serta istirahat. Pasien juga mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan mammografi. Pasien juga tidak pernah pemeriksaan payudara sendiri selama ini. Benjolan mulai dirasakan sejak Juni 2024, namun pasien tidak berobat, lebih memilih mengkonsumsi obat herbal sebagai metode pengobatannya. Pasien mengatakan menyukai makanan yang

bakar-bakar (bakso bakar, ikan bakar).

2. Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Nyeri pada luka benjolan seperti bunga kol di payudara sebelah kiri.

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan kurang memperhatikan pola makan dengan benar dan jika sakit, sangat suka membeli makanan yang berkuah seperti bakso dan jajanan di luar. Pasien mengatakan sangat menyukai makanan instan dan makanan yang diolah dengan cara di bakar atau panggang seperti bakso bakar dan ikan bakar. Pasien mengatakan awal muncul benjolan di payudara sebelah kiri seperti kelereng tidak terasa sakit tapi lama-kelamaan benjolan tersebut semakin membesar dan memberikan rasa nyeri ketika ditekan yang dialami kurang lebih 1 tahun pada bulan juni 2024, kemudian pasien minum obat herbal tetapi tidak sembuh dan benjolan semakin membesar. Pasien mengatakan awal bulan kemarin benjolan tersebut pecah disertai cairan berwarna kuning kental dan kulit sekitar berwarna merah kebiruan dan semakin memburuk sejak 1 bulan terakhir benjolan parah sehingga keluarga memutuskan untuk berobat ke RS. Saat pengkajian pasien mengatakan mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri menjalar hingga ke ketiak karena luka seperti bunga kol pada payudara kirinya jika terlalu bergerak pasien mengalami perdarahan.

c) Penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang dialami.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya tidak ada keluarga yang menderita penyakit yang sama namun dari anggota

keluarga ibu ada yang memiliki riwayat hipertensi.

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kadang makan 2x atau 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk (tempe, tahu, ikan, dan daging sesekali) setiap kali makan pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang pasien sediakan. Pasien mengatakan kurang memperhatikan pola makan dengan benar dan jika sakit, sangat suka membeli makanan yang berkuah seperti bakso dan jajanan di luar. Pasien mengatakan sangat menyukai makanan instan dan makanan yang diolah dengan cara di bakar atau panggang seperti bakso bakar dan ikan bakar. Pasien juga mengatakan minum air putih kurang lebih 4-5 gelas sehari. BB sebelum sakit 51 kg.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan berkurang, hanya makan 1x atau 2x sehari. Pasien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit pasien hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi atau kurang lebih 3 sendok saja dan untuk air putih 2-3 gelas/hari yang dilakukan setelah makan atau sewaktu-waktu. Pasien mengatakan nafsu makan pasien berubah-ubah. Pasien juga mengatakan berat badan pasien berangsur-angsur turun dari 51 kg menjadi 48 kg dalam 1 tahun terakhir.

3. Observasi :

Tampak pasien lemas dan pucat. Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang diberikan dan hanya minum sekitar 1 gelas .

4. Pemeriksaan fisik:

- a. Keadaan Rambut : tampak rambut pendek, berwarna hitam, dan bersih.
- b. Hidrasi Kulit : hidrasi kulit kembali dalam < 3 detik
- c. Palpebra/ : palpebra tidak tampak edema /

- | | | |
|----|---------------------------|--|
| | Conjungtiva | conjungtiva tampak anemis |
| d. | Sclera | : tidak tampak ikterik |
| e. | Hidung | : tampak hidung bersih, tidak ada lesi dan tidak ada polip. |
| f. | Rongga Mulut | : Tampak rongga mulut bersih..
Gusi : tampak tidak ada peradangan.
Gigi : tampak gigi bersih dan lengkap, tidak ada menggunakan gigi palsu |
| g. | Kemampuan Mengunyah Keras | : Tampak pasien mampu mengunyah keras |
| h. | Lidah | : tampak bersih. |
| i. | Pharing | : tidak tampak adanya peradangan |
| j. | Kelenjar Getah Bening | : tidak teraba adanya pembesaran |
| k. | Kelenjar Parotis | : tidak teraba adanya pembesaran |
| l. | Abdomen | |
| | • Inspeksi | : abdomen tampak datar, tidak tampak bayangan vena. |
| | • Auskultasi | : terdapat suara peristaltic usus 14x /menit |
| | • Palpasi | : tidak teraba adanya benjolan dan tidak ada nyeri tekan. |
| | • Perkusi | : terdengar bunyi tympani. |
| m. | Kulit | |
| | Edema | : ☐ Positif ☒ Negatif |
| | Icteric | : ☐ Positif ☒ Negatif |
| | Tanda-tanda radang | : Tampak ada peradangan pada area sekitar payudara sebelah kiri. |
| n. | Lesi | : Tampak ada lesi pada area sekitar payudara sebelah kiri.
Tampak luka mengeluarkan darah dan cairan dan pus yang keluar dari luka |

dengan besar diameter luka ± 10 cm.

Tampak luka berbau amis.

C. POLA ELIMINASI:

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAK $\pm 6-7x$ sehari dengan warna urine kuning dengan frekuensi 4-5 kali sehari dan BAB 1x sehari berwarna kuning dengan konsistensi lunak. Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam mengontrol BAK dan BAB.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam BAK, sama seperti sebelum sakit dengan frekuensi 4-5 kali sehari dan untuk BAB juga tidak ada masalah, BAB pasien normal 1x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning. Keluarga pasien mengatakan pasien untuk BAB dan BAK di pampers karena ketika pasien bergerak banyak mengalami perdarahan aktif, dan lemas.

3. Observasi :

Pasien tampak menggunakan pampers dewasa.

4. Pemeriksaan fisik :

- a. Peristaltik Usus : 14 x/menit
- b. Palpasi Kandung kemih : ☐ Penuh ☒ Kosong
- c. Nyeri Ketuk Ginjal : ☐ Positif ☒ Negatif
- d. Mulut Uretra : tampak bersih.
- e. Anus
 - Peradangan : tidak tampak adanya peradangan.
 - Hemoroid : tidak ada hemoroid.
 - Fistula : tidak ada fistula.

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kegiatan sehari-harinya adalah sebagai guru pendidikan agama dan melakukan semua aktivitas dengan baik tanpa ada hambatan. Pasien mengatakan jika bangun pagi, pasien langsung membersihkan rumah seperti menyapu, mencuci piring, dan menyiapkan makanan untuk keluarganya, mulai dari pagi sampai siang pasien mengatakan mengajar di salah satu sekolah SMP dan untuk malam hari pasien mengatakan akan berkumpul menonton TV bersama suami. Pasien juga mengatakan jarang berolahraga.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan keluarga melarang pasien untuk terlalu banyak beraktivitas hanya berbaring. Keluarga mengatakan selalu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien seperti makan, minum dan memakai baju.

3. Observasi:

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dalam posisi semifowler. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitasnya.

a. Aktivitas Harian

Makan	: 2
Mandi	: 2
Pakaian	: 2
Kerapihan	: 2
Buang Air Besar	: 2
Buang Air Kecil	: 2
Mobilisasi	: 2
di Tempat Tidur	

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang

b. Postur Tubuh : Tidak dikaji karena pasien mengeluh nyeri

- c. Gaya Jalan : Tidak dikaji karena pasien mengeluh nyeri
- d. Anggota Gerak yang Cacat : tidak ada
- e. Fiksasi : tidak ada
- f. Tracheostomi : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

- a. Tekanan Darah
 - Barbaring : 130/80 mmhg
 - Duduk : -
 - Berdiri : -
 - Kesimpulan : ☐ Positif ☒ Negatif
Hipotensi Ortostatik
- b. HR : 100 x/menit
- c. Kulit
 - Keringat Dingin : Tidak ada
 - Basah : Tidak ada
- d. JVP : 5 - 2 cmH₂O
 - Kesimpulan : Pemompaan Ventrikel Memadai.
- e. Perfusi Pembuluh Kapiler Kuku : Kembali dalam < 3 detik
- f. Thorax dan Pernapasan
 - Inspeksi
 - Bentuk Thorax : Tidak simetris kiri dan kanan, pada dada sebelah kiri terdapat pembengkakan sekitar kanker.
 - Retraksi Interkostal : tidak ada retraksi interkostal
 - Sianosis : tidak tampak sianosis
 - Stridor : tidak terdapat stridor
 - Palpasi
 - Vocal Premitus : Getaran teraba sama dikedua lapang paru kiri dan kanan.

Krepitasi : tidak ada krepitasi

Perkusi

☐ √Sonor

☐ Redup

☐ Pekak

Auskultasi

Suara Napas : Vesikuler

Suara Ucapan : Terdengar normal.

Suara Tambahan : Tidak ada suara tambahan

g. Jantung

Inspeksi

Ictus Cordis : Tidak tampak.

Palpasi

Ictus Cordis : Teraba pada ICS V midclavikul sinistra.

Perkusi

Batas Atas Jantung : ICS 2 linea sternalis dextra.

Batas Bawah Jantung : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

Batas Kanan Jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas Kiri Jantung : ICS 2,3 linea sternalis sinistra

Auskultasi

Bunyi Jantung II A : tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi Jantung II P : tunggal, ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi Jantung I T : tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi Jantung I M : tunggal, ICS 5 linea sternalis sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : tidak ada bunyi irama gallop

Murmur : tidak ada murmur jantung

Bruit : Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

h. Lengan dan Tungkai

Atrofi Otot : ☐ Positif ☒ Negatif

Rentang Gerak : bebas

Kaku Sendi : tidak ada kaku sendi

Nyeri Sendi : tidak ada nyeri sendi

Fraktur : tidak ada fraktur

Parese : tidak ada parese

Paralisis : tidak ada paralisis

Uji Kekuatan Otot : Kanan Kiri

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan

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

Refleks Fisiologi : Positif (Tricep dan bicep, lutut, patella).

Refleks Patologi : Negatif

Babinski, Kiri : ☐ Positif ☒ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☒ Negatif

Clubing Jari-Jari : Tidak ada

Varises Tungkai : Tidak ada

i. Columna Vetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis
☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Kaku Kuduk : Tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada saat tidur. Pasien mengatakan pada malam hari tidur jam 9 malam dan bangun jam 5 pagi. Pasien mengatakan setelah bangun tidur pasien biasa melakukan aktivitas sehari-hari sebagai guru pendidikan agama. Pasien mengatakan jarang tidur siang, sulit tidur dalam suasana terang dan sebelum tidur pasien biasa menonton TV. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien sulit tidur akibat nyeri pada benjolan luka seperti bunga kol di payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan hanya tidur kurang dari 5 jam. Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur dan lebih sulit tidur dalam suasana terang.

3. Observasi :

Tampak pasien selalu berbaring di tempat tidur

Ekspresi Wajah : ☐ Positif ☒ Negatif

Mengantuk

Banyak Menguap : ☐ Positif ☒ Negatif

Palpebra Inferior : ☒ Positif ☐ Negatif

Berwarna Gelap

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak ada masalah pada daerah hidung, mulut, dan kulit.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak ada masalah pada daerah hidung, mulut, dan kulit. Pasien mengatakan takut bergerak terlalu banyak selain karena luka pada payudara kiri yang di alaminya dan mengalami perdarahan, tampak pasien bersikap takut lukanya disentuh. Pasien mengatakan luka cukup besar dengan diameter luka ± 10 cm akibat benjolan yang pecah dan mengeluarkan sedikit cairan kuning kental serta muncul warna merah kebiruan seperti bunga kol, pasien mengatakan takut jika lukanya bertambah luas. Pasien mengatakan nyeri dirasa seperti teriris-iris. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. Pasien mengatakan jika banyak bergerak nyeri semakin terasa dengan skala 7 yang dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (Juni 2024).

3. Observasi :

Tampak luka cukup besar diameter ± 10 cm pada payudara kiri pasien seperti bunga kol, tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning berbau amis, tampak kulit sekitar luka berwarna merah kebiruan, tampak ekspresi pasien meringis.

4. Pemeriksaan fisik :

a. Penglihatan

Kornea	: Tampak jernih
Pupil	: Tampak isokor kiri dan kanan.
Lensa mata	: Tampak jernih
Tekanan Intra Okuler (TIO)	: Teraba tekanan pada kedua bola mata sama

b. Pendengaran

Pina	: Tampak bersih dan simetris kiri dan kanan.
------	--

- | | | | |
|----|--------------------|---|--------------------------------------|
| | Kanalis | : | Tampak tidak ada serumen |
| | Membran Timpani | : | Tampak utuh |
| c. | Pengenalan Rasa | : | Pasien mampu merasakan sentuhan |
| | pada Gerakan | : | pada tangan dan kakinya walau dengan |
| | Lengan dan Tungkai | : | mata tertutup |

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang terlalu menonjol dari dirinya. Pasien mengatakan menerima dan menjalani kehidupannya dengan baik bersama keluarga. Pasien juga mengatakan merasa nyaman dengan perannya sebagai ibu rumah tangga dan merasa sangat berguna dan berharga bagi keluarganya.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa banyak perubahan yang terjadi pada dirinya. Pasien merasa saat ini banyak merepotkan keluarganya. Pasien mengatakan merasa minder dan rendah diri dengan keadaanya karena belum memiliki anak tetapi keluarga selalu ada mensuport pasien. Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya sehingga pasien mau mengikuti semua anjuran pengobatan agar bisa lekas sembuh.

3. Observasi :

Tampak saat berinteraksi kontak mata pasien kurang.

- | | | | |
|----|-----------------------|---|---|
| a. | Kontak Mata | : | kurang berkontak mata saat berinteraksi |
| b. | Rentang Perhatian | : | Tampak pasien lebih berfokus pada nyeri yang dirasakan. |
| c. | Suara dan Cara Bicara | : | terdengar jelas, pelan dan tersenggal-senggal. |
| d. | Postur Tubuh | : | Tidak dikaji karena pasien mengeluh nyeri. |

4. Pemeriksaan fisik :

- a. Kelainan Bawaan : Tidak tampak adanya kelainan yang Nyata
- b. Bentuk / Postur : Tidak dikaji karena pasien mengeluh Tubuh nyeri.
- c. Kulit : tidak tampak ikterik

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami, memiliki hubungan yang baik dan harmonis, penuh kasih sayang. Pasien mengatakan selalu baik dan akrab dengan keluarga dan tetangganya.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga berjalan dengan baik seperti biasanya dan selalu mendapat bantuan dukungan dari keluarga. Pasien merasa bersyukur mempunyai keluarga yang selalu ada untuk menjaga dan memberi motivasi padanya. Pasien mengatakan para tetangga juga selalu mensupport datang menjenguk dan bertanya kabar.

3. Observasi :

Tampak pasien berbicara pelan dengan keluarga tidak ada gangguan verbal. Tampak pasien dijaga oleh suami dan keponakannya secara bergantian.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sudah menikah sejak 8 tahun yang dan belum dikarunai anak. Belum konsultasi ke dokter kandungan. Selama ini tidak ada masalah dengan siklus menstruasinya.

2. Keadaan sejak sakit :

Tidak ada masalah.

3. Observasi :

Tampak tidak ada perilaku yang menyimpang dari pasien.

4. Pemeriksaan Fisik :

Tidak ada masalah.

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES:

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia termasuk orang yang jika sedang ada masalah tidak terlalu memikirkan masalah tersebut dan berusaha bersikap santai, pasien mengatakan jika ada masalah memilih berbagi cerita bersama suami agar menemukan jalan keluar. Pasien juga mengatakan terkadang mengatasi stressnya dengan berjalan-jalan dan menghirup udara segar.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien kadang gelisah dan hanya fokus untuk mengatasi nyeri yang dialami. Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien jadi lebih sabar dan tenang walau terkadang suka marah namun keluarga memakluminya. Pasien mengatakan sekarang lebih banyak menghabiskan waktu mendengar renungan yang menjadikannya lebih tenang.

3. Observasi :

Tampak pasien ekspresi wajah pasien sedih saat menceritakan perasaannya.

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama katolik dan selalu pergi ke Gereja untuk beribadah. Pasien juga mengatakan tidak memiliki nilai budaya tertentu yang dianut yang berhubungan dengan kesehatan.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia lebih banyak mendengarkan renungan dan lagu rohani, pasien juga mengatakan memiliki waktu saat teduh pribadi dan masih suka pergi ke gereja, namun terkadang bila badan di rasa tidak enak, pasien memilih untuk beribadah dari rumah. Pasien mengatakan lebih banyak berdoa dalam hati demi kesembuhannya.

3. Observasi:

Tampak pasien berdoa sebelum makan, tampak Alkitab dan Kalung Rosario berada disamping pasien.

V. UJI SARAF KRANIAL

- | | | | |
|----|---|---|---|
| A. | N I (Olfaktorius) | : | Pasien mampu menghirup aroma freshcare yang diberikan perawat. |
| B. | N II (Optikus) | : | Pasien mampu membaca nametag mahasiswa dengan jarak ± 30 cm dengan ukuran font 12cm. |
| C. | N III, IV, VI
(Oculomotorius,
Trochlearis, Abdusen) | : | Pupil tampak bulat, isokor, refleks cahaya positif dan pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah. |
| D. | N V (Trigeminus) | | |
| | Sensorik | : | pasien mampu merasakan dan menunjuk gesekan kapas dipipi, dahi dan dagu yang dilakukan perawat, dengan mata tertutup. |
| | Motorik | : | pasien mampu mengunyah keras |
| E. | N VII (Facialis) | | |
| | Sensorik | : | pasien mampu merasakan dan membedakan rasa pahit dan manis. |
| | Motorik | : | pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersenyum, meringis, dan |

menggembungkan pipi.

- F. N VIII
(Vestibulocochlearis)
- Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien mengeluh nyeri
- Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat.
- G. N IX (Glassopharyngeus) : Tampak letak uvula pasien berada ditengah
- H. N X (Vagus) : Pasien mampu menelan dengan baik
- I. N XI (Acsesorius) : Pasien dapat mengangkat dan mengerakkan kedua bahunya.
- J. N XII (Hypoglossus) : Pasien mampu menjulurkan lidah dan dapat melakukan gerakan lidah mendorong pipi ke kiri dan kanan.

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

A. Pemeriksaan Laboratorium (13/05/2025)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	13.70	$10^3/uL$	4.80-10.20
RBC	2.02	$10^6/uL$	4.00-5.50
HGB	6.2	g/Dl	12.2-16.2
HCT	18.5	%	37.7-47.9
MCV	91.6	fL	80.0-97.0
MCH	30.7	Pg	26.0-31.0
MCHC	33.5	g/Dl	31.8-35.4
PLT	327	$10^3/uL$	150-450
RDW-CV	14.5	%	11.5-14.5
PDW	9.6	fL	9.0-13.0
MPV	9.8	fL	7.2-11.1
P-LCR	22.0	%	15.0-25.0
NEUT#	11.33	$10^3/uL$	1.50-7.00
LYMPH#	1.56	$10^3/uL$	1.00-3.70

MONO#	0.77	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.70
EO#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.40
BASO#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
IG#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-7.00
NEUT%	82.7	%	37.0-80.0
LYMPH%	11.4	%	10.0-50.0
MONO%	5.6	%	0.0-14.0
EO%	0.1	%	0.0-1.0
BASO%	0.2	%	0.0-1.0
IG%	0.2	%	0.0-72.0

B. Pemeriksaan Laboratorium (14/05/2025)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
RBC	2.40	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.50
HGB	7.2	g/dl	12.2-16.2
HCT	21.0	%	37.7-47.9
RDW-CV	14.9	%	11.5-14.5

C. Pemeriksaan Laboratorium (16/05/2025)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	7.00	$10^3/\mu\text{L}$	4.80-10.20
RBC	3.58	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.50
HGB	10.1	g/dl	12.2-16.2
HCT	30.1	%	37.7-47.9
MCV	84.1	fL	80.0-97.0
MCH	28.2	Pg	26.0-31.0
MCHC	33.6	g/dl	31.8-35.4
PLT	328	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
RDW- CV	13.8	%	11.5-14.5

D. Pemeriksaan Thorax AP (13/05/2025)

- Corakan bronchovascular kedua paru baik.

- Cor : normal, aorta normal.
- Kedua sinus dan diafragma baik.
- Tulang-tulang intak.
- Soft tissue mass pada hemithorax kiri, kesan extrathoracal.

Kesan :

Soft tissue mass pada hemithorax kiri, kesan extrathoracal (Tumor mammae kiri).

Pulmo dan cor normal.

VII. TERAPI

- A. Ceftriaxone 1 amp / 12 jam / IV : Antibiotik
- B. Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV
- C. Ondansentron 1 gr / 8 jam / IV
- D. Omeprazole 1 flc / 8 jam / IV
- E. Metamizole 1 gr / 8 jam / IV : Analgetik
- F. Tablet Penambah Darah 1×1 Tab / oral
- G. Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral : Analgetik
- H. Asam Tranexamat 500 mg / 8 jam / IV
- I. Metronidazole 500 mg / 8 jam / IV : Antibiotik
- J. Infus NaCL 500 ml / 20 tpm / IV

B. Analisa Data

Nama / Umur : Ny. N / 40 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadet I / 1211

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: • P : Pasien mengatakan nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. • Q : Pasien mengatakan nyeri dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. • S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 7. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). DO: • Tampak pasien meringis. • Tampak pasien takut bila lukanya disentuh. • Tampak kulit area sekitar luka mengeluarkan darah dan cairan dan pus yang keluar dari luka dengan besar diameter luka $\pm$ 10 cm.	Infiltrasi Tumor	Nyeri Kronis (D.0078)
2	DS : • Pasien mengatakan luka sulit sembuh.	Faktor mekanis (penekanan massa kanker).	Gangguan Integritas

	- Pasien mengatakan luka benjolan pecah sejak 1 bulan yang lalu. D0: - Tampak pasien meringis. - Tampak luka pada payudara kiri. - Tampak kulit area sekitar luka mengeluarkan darah dan cairan dan pus yang keluar dari luka dengan besar diameter luka $\pm$ 10 cm. - Hasil Pemeriksaan Thorax AP : Soft tissue mass pada hemithorax kiri. Kesan : Extrathoracal (tumor mammae kiri). - Hasil Pemeriksaan Lab : Tgl 13/05/2025 : Wbc 13,70 Hb 6,2 Tgl 14/05/2025 : Hb 7,2 Tgl 16/05/2025 : Hb 10,1		Kulit/Jaringan (D.0129).
3	DS: - Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya sehingga pasien mau mengikuti semua anjuran pengobatan agar bisa lekas sembuh. - Pasien mengatakan merasa minder dan rendah diri dengan keadaannya karena belum memiliki anak.	Ancaman terhadap konsep diri.	Ansietas (D.0080)

	• Pasien mengatakan sejak sakit pasien sulit tidur akibat nyeri yang dialami, hanya tidur kurang dari 5 jam. DO : • Tampak kontak mata pasien kurang. • Tampak muka pasien pucat.		
--	--	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 40 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadet I / 1211

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor (D.0078).
2	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis (Penekanan Massa Kanker) (D.0129).
3	Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri (D.0080).

D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 40 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadet I / 1211

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor (D.0078). DS : • P : Pasien mengatakan nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. • Q: Pasien mengatakan nyeri dirasa seperti teriris-iris. • R: Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara hingga ke area ketiak.	Tingkat Nyeri (L.08066). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri (cukup menurun). • Meringis (cukup menurun). • Sikap protektif (cukup menurun).	Manajemen Nyeri (I.08238). Observasi : • Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri. • Identifikasi respon nyeri non verbal. • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Terapeutik: • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). • Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi :

	• S : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada skala 7. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). DO : • Tampak pasien meringis. • Tampak pasien takut bila disentuh. • Tampak kulit area sekitar luka mengeluarkan darah dan cairan dan pus yang keluar dari luka dengan besar diameter luka $\pm$ 10 cm.		• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. ➢ Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral. ➢ Metamizole 1 gr / 8 jam / iv.
2	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	Peyembuhan Luka (L14130).	Perawatan luka (I.14564). Observasi :

	berhubungan dengan Faktor Mekanis (Penekanan Massa Kanker) (D.0129). DS : • Pasien mengatakan luka sulit sembuh. • Pasien mengatakan luka benjolan pecah sejak 1 bulan yang lalu. DO : • Tampak pasien meringis. • Tampak luka pada payudara kiri. • Tampak kulit area sekitar luka mengeluarkan darah dan cairan dan pus yang keluar dari luka cukup besar dengan diameter luka $\pm$ 10 cm.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil: • Peradangan Luka (Cukup Menurun). • Nyeri (Cukup Menurun). • Drainase Purulen (Cukup Menurun). • Bau tidak sedap pada luka (Menurun).	• Monitor karakteristik luka. • Monitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik : • Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan. • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan. • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Edukasi : • Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Kolaborasi : • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu. ➤ Ceftriaxone 1 gr / 12 jam / iv ➤ Metronidazole 500 mg / 8 jam / iv
--	--	--	---

	• Hasil Pemeriksaan Thorax AP : Soft tissue mass pada hemithorax kiri. - Kesan : Extrathoracal (tumor mammae kiri). • Hasil Pemeriksaan Lab : Tgl 13/05/2025 : Wbc 13,70 Hb 6,2 Tgl 14/05/2025 : Hb 7,2. Tgl 16/05/2025 : Hb 10,1		
3	Anisetas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080). DS : • Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya sehingga pasien mau mengikuti semua anjuran	Tingkat Ansietas (L.09093). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: • Pucat (Cukup Menurun). • Tekanan darah (Menurun). • Pola Tidur (Cukup Membaik).	Reduksi Ansietas (I.09313). Observasi : • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor). • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal).

	pengobatan agar bisa lekas sembuh. • Pasien mengatakan merasa minder dan rendah diri dengan keadaannya karena belum memiliki anak. • Pasien mengatakan sejak sakit pasien sulit tidur akibat nyeri yang dialami, hanya tidur kurang dari 5 jam. DO : • Tampak kontak mata pasien kurang. • Tampak muka pasien pucat.	• Perasaan Keberdayaan (Cukup Membaik). • Kontak mata (Cukup Membaik).	Terapeutik: Terapi <i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i> (SEFT) : • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. • Dengarkan dengan penuh perhatian. • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Edukasi : • Anjurkan keluarga untuk selalu bersama dengan pasien. • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
--	---	---	--

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 40 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadet I / 1211

Hari,Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama perawat
Sabtu, 15 Mei 2025.	III	08.00	Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. Hasil : Perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien.	Trice
	I		Mengidentifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri. Hasil : - P : Pasien mengatakan nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. - Q : Pasien mengatakan nyeri dirasa seperti teriris-iris. - R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. - S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 7. - T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). - Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. - Tampak pasien meringis.	

			• Tampak luka seperti bunga kol tertutup perban. • Tampak luka berbau amis.	
	I	08.03	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Hasil: • Pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak.	
	I		Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Hasil : • Pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas dan takut untuk bergerak karena nyeri dan perdarahan.	
	I,II, III	08.03	Memonitor Tanda-tanda vital : Hasil; TD: 145/70 mmhg P:20×/menit N: 90×/menit S:36,6°C Spo2 : 98%	
	I	08.06	Memberikan teknik non-farmakologi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri. Hasil: • Pasien mengatakan masih nyeri. • Tampak pasien mengikuti arahan dengan tarik napas dalam pelan-pelan.	
	I	08.06	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: • Tampak lingkungan kamar bersih dan rapih. • Tampak suhu ruangan 20°C.	
	I	09.30	Pemberian obat analgetik.	

			Hasil: • Metamizole 1gr/8 jam/IV • Asam Tranexamat 500mg /8jam /IV. • Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral. • Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV . • Ondansentron 1 gr / 8 jam / IV	
	II	10.00	Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: • Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara dan sulit sembuh • Tampak pasien meringis karena nyeri pada luka payudara • Tampak luka masih mengeluarkan cairan kuning bercampur darah. • Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan	
	II	10.03	Memonitor karakteristik luka Hasil: • Tampak luka benjolan seperti anggur-anggur kecil pada payudara kiri dan tampak kulit sekitar nekrosis. • Tampak kulit area sekitar payudara dan ketiak berwarna merah kebiruan serta mengelupas. • Tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning kental bercampur darah. • Tampak luka berbau amis.	
	II	11.00	Pemberian Obat Antibiotik. Hasil: • Ceftriaxone 1gr/12jam/IV. • Tablet penambah darah /1x1/oral.	

			• Omeprazole 1 flc / 8 jam / IV • Metronidazole 500 mg / 8 jam / IV	
	III	11.15	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor). Hasil : • Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini.	
	III	11.30	Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan. Hasil: Saat membahas tanda dan gejala awalnya penyakitnya Ny.N tampak minder. Tampak perawat memberikan terapi SEFT bersama-sama mengikuti doa dengan keluarga, tarik napas dalam.	
	III	12.00	Mendengarkan dengan penuh perhatian. Hasil : Tampak perawat mendengarkan keluhan pasien dengan memberikan dukungan semangat.	
	III	12.05	Memonitor tanda-tanda ansietas. Hasil : Tampak dalam berinteraksi Ny.N kontak mata kurang.	
	III	12.05	Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Hasil: Saat diberikan penjelasan ke pasien untuk tidak melakukan aktivitas berlebih seperti miring kanan kiri	

			karena akan mengalami perdarahan.	
	III	13.30	Mengajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. Hasil : • Pasien mengatakan sedih dengan kondisinya saat ini belum memiliki anak. • Tampak kontak mata pasien kurang.	
	III	13.55	Mengajurkan keluarga pasien untuk tetap bersama pasien. Hasil: Tampak keluarga pasien selalu menemani pasien.	
	I	13.55	Fasilitasi Istirahat dan tidur Hasil : • Pasien mengikuti anjuran untuk beristirahat. • Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler.	
Jumat, 16 Mei 2025.	I	08.00	Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. Hasil : Perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien.	Triwira
	I	08.10	Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. Hasil: • P : Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir.	

			• Q : Pasien mengatakan nyeri masih dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. • S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 6. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). • Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. • Tampak pasien meringis. • Tampak luka seperti bunga kol tertutup perban. • Tampak luka berbau amis.	
	I	08.15	Mendengarkan dengan penuh perhatian. Hasil : Tampak perawat mendengarkan keluhan pasien dengan memberikan dukungan semangat.	
	I,II, III	09.00	Mengobservasi Tanda-tanda Vital. Hasil: TD :129/88 mmHg. N : 90x/menit P : 20x/menit. S :37.2 C	
	III	09.00	Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan di skala 6.	

	I	09.00	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Hasil: Tampak wajah pasien meringis kesakitan.	
	III	09.30	Pemberian obat analgetik. Hasil: • Metamizole 1gr/8 jam/IV • Asam Tranexamat 500mg /8jam /IV. • Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral. • Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV .. • Ondansentron 1 gr / 8 jam / IV	
	III	10.00	Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. Hasil : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari kondisi yang dialami.	
	III	10.00	Memonitor tanda-tanda ansietas. Hasil : Tampak dalam berinteraksi Ny.N kontak mata mulai membaik.	
	II	10.30	Pemberian Obat Antibiotik. Hasil: • Ceftriaxone 1gr/12jam/IV. • Tablet penambah darah /1x1/oral. • Omeprazole 1 flc / 8 jam / IV • Metronidazole 500 mg / 8 jam / IV	
	III	11.00	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor). Hasil : Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini.	

	III	11.00	Memonitor tanda-tanda ansietas. Hasil : Tampak dalam berinteraksi Ny.N kontak mata kurang.	
	III	11.15	Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Hasil: Saat diberikan penjelasan kepada pasien untuk tidak melakukan aktivitas berlebih seperti miring kanan kiri karena mengalami perdarahan. Tampak perawat memberikan terapi SEFT bersama-sama mengikuti doa dengan keluarga, tarik napas dalam.	
	I	11.30	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: • Tampak lingkungan kamar bersih dan rapih. • Tampak suhu ruangan 20°C.	
	II	12.00	Membersihkan balutan dengan cairan NaCl. Hasil: • Tampak luka mengeluarkan cairan kuning bercampur darah. • Tampak luka cukup besar dengan diameter ± 10 cm.	
	II	12.00	Memonitor karakteristik luka Hasil: • Tampak kulit area sekitar payudara dan ketiak berwarna merah kebiruan serta mengelupas. • Tampak luka mengeluarkan cairan	

			berwarna kuning kental bercampur darah.	
	III	13.00	Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: • Pasien masih mengeluh nyeri pada luka payudara dan sulit sembuh. • Tampak pasien meringis karena nyeri pada luka payudara. Tampak luka masih mengeluarkan cairan kuning bercampur darah.	
	III	13.50	Mengajurkan keluarga pasien untuk tetap bersama pasien. Hasil: Tampak keluarga pasien selalu menemani pasien.	
	III	13.55	Fasilitasi Istirahat dan tidur Hasil : • Pasien mengikuti anjuran untuk beristirahat. • Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler.	
Sabtu, 17 Mei 2025.	III	08.00	Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. Hasil : Perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien.	Trice
	I	08.05	Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. Hasil: • P : Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan	

			terakhir. • Q : Pasien mengatakan nyeri masih dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. • S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 5. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). • Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. • Tampak pasien meringis. • Tampak luka seperti bunga kol tertutup perban. • Tampak luka berbau amis.	
	I	08.05	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal. Hasil: Tampak wajah pasien meringis karena kesakitan.	
	I	08.20	Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan di skala 5.	
	I,II, III	09.00	Mengobservasi TTV : TD: 110/90mmHg. N : 90x/menit. P : 20x/menit. S : 37,4 C	
	III	09.30	Mendengarkan dengan penuh	

			perhatian. Hasil : Tampak perawat mendengarkan keluhan pasien dengan memberikan dukungan semangat.	
	I	10.00	Pemberian obat analgetik. Hasil: • Metamizole 1gr/8 jam/IV • Asam Tranexamat 500mg /8jam /IV. • Paracetamol 500 mg / 8 jam / oral. • Ranitidine 50 mg / 12 jam / IV .. • Ondansentron 1 gr / 8 jam / IV	
	I	10.00	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: • Tampak lingkungan kamar bersih dan rapih. • Tampak suhu ruangan 20°C.	
	II	10.30	Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: • Pasien masih mengeluh nyeri pada luka payudara dan sulit sembuh. • Tampak pasien meringis karena nyeri pada luka payudara. • Tampak luka mengeluarkan cairan kuning bercampur darah.	
	II	11.00	Pemberian Obat Antibiotik. Hasil: • Ceftriaxone 1gr/12jam/IV. • Tablet penambah darah /1x1/oral. • Omeprazole 1 flc / 8 jam / IV	

			• Metronidazole 500 mg / 8 jam / IV	
	II	12.00	Memonitor karakteristik luka Hasil: • Tampak kulit area sekitar payudara dan ketiak berwarna merah kebiruan serta mengelupas. • Tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning kental bercampur darah.	
	I	13.00	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: • Tampak lingkungan kamar bersih dan rapih. • Tampak suhu ruangan 20°C.	
	II	13.30	Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: • Tampak luka masih mengeluarkan cairan kuning bercampur darah.	
	III	13.55	Menganjurkan keluarga pasien untuk tetap bersama pasien. Hasil: Tampak keluarga pasien selalu menemani pasien.	
	III	13.55	Fasilitasi Istirahat dan tidur Hasil : • Pasien mengikuti anjuran untuk beristirahat. • Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler.	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. N / 40 Tahun

Ruangan / kamar : Bernadet I / 1211

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
Kamis, 15 Mei 2025	Dx I: Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor. S: • P : Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. • Q : Pasien mengatakan nyeri masih dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. • S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 7. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). • Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam namun tidak mengurangi nyeri yang dirasa. O : • Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. • Tampak pasien meringis. • Tampak luka seperti bunga kol tertutup	Trice

	perban. • Tampak luka berbau amis. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri.	
	Dx II : Gangguan integritas kulit b/d factor mekanis (penekanan masa tumor). S : - O : • Tampak ada jaringan nekrotik pada luka payudara kiri • Tampak kulit berwarna merah dan keluar nanah. A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi perawatan luka.	
	Dx III: Ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri. S : • Pasien mengatakan cemas akan kondisinya. • Pasien mengatakan pola tidurnya belum membaik. O : • Tampak pasien pucat. • Tampak kontak mata pasien kurang. • TD : 138/78 mmHg, N : 100x/menit, P: 20x/menit, S : 36,0 °C. A : Masalah ansietas belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas (dengan menggunakan terapi SEFT).	
Jumat,16 Mei 2025	Dx I: Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor. S: • P : Pasien mengatakan masih mengeluh	Triwira

	nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. • Q : Pasien mengatakan nyeri masih dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak. • S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 6. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). • Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam namun tidak mengurangi nyeri yang dirasa. O : • Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. • Tampak pasien meringis. • Tampak luka seperti bunga kol tertutup perban. • Tampak luka berbau amis. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri.	
	Dx II: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor) S : - O :	

	• Tampak ada jaringan nekrotik pada luka payudara kiri • Tampak kulit masih berwarna merah dan keluar nanah A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan luka.	
	Dx III: Ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri. S : • Pasien mengatakan cemas akan kondisinya. • Pasien mengatakan pola tidurnya belum membaik. O : • Tampak pasien pucat. • Tampak kontak mata pasien kurang. • TD : 110/ 98 mmHg, N : 90x/menit, P : 20x/menit, S : 37,4 °C. A: Masalah ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas (dengan menggunakan terapi SEFT).	
Sabtu, 17 Mei 2025	Dx I: Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor. S: • P : Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri akibat luka benjolan yang pecah menyerupai bunga kol sejak 1 bulan terakhir. • Q : Pasien mengatakan nyeri masih dirasa seperti teriris-iris. • R : Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak.	Trice

	• S : Pasien mengatakan nyeri dirasa skala 5. • T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, sejak kurang lebih 1 tahun (juni 2024). • Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam namun tidak mengurangi nyeri yang dirasa. O : • Tampak pasien berhati- hati saat bergerak. • Tampak pasien meringis. • Tampak luka seperti bunga kol tertutup perban. • Tampak luka berbau amis. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri.	
	Dx II: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor) S : - O : • Tampak ada jaringan nekrotik pada luka payudara kiri • Tampak kulit masih berwarna merah dan keluar nanah. • Tampak ganti balutan yang baru. A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi perawatan luka.	

	Dx III: Ansietas b/d ancaman terhadap konsep diri. S : • Pasien mengatakan cemas akan kondisinya. • Pasien mengatakan pola tidurnya mulai membaik. O : • Tampak pasien pucat. • Tampak kontak mata pasien mulai membaik. • TD : 110/90 mmHg, N : 90x/menit, P : 20x/menit. A: Masalah ansietas belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi reduksi ansietas (dengan menggunakan terapi SEFT).	
--	--	--

G. Terapi Obat

1. Nama obat : Ceftriaxone
 - a. Klasifikasi / golongan obat : antibiotik sefalosporin.
 - b. Dosis umum : Dewasa: 2000 mg per 12 jam melalui infus selama 7-14 hari. Anak-anak: 100 mg/kgBB per hari, 1-2 dosis, melalui suntikan ke otot atau pembuluh darah selama 7-14 hari.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gr / 12 jam.
 - d. Cara pemberian : Intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : sebagai antibiotik dengan mekanisme aksi menghambat dinding sel bakteri. Ceftriaxone berperan dalam melawan berbagai mikroorganisme, terutama bakteri gram negatif. Ceftriaxone didistribusikan dengan baik ke dalam cairan dan jaringan tubuh, dan sebagian besar diekskresikan melalui urin.
 - f. Alasan pemberian obat : untuk antibiotik.
 - g. Kontraindikasi : memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau obat golongan sefalosporin lainnya.
 - h. Efek samping obat : Mual atau muntah, pusing, gatal pada vagina atau keputihan, kantuk, dan diare.
2. Nama obat : Ranitidine
 - a. Klasifikasi / golongan obat : Golongan antasida, antirefluks, antituleserasi.
 - b. Dosis umum : Pada orang dewasa 50 mg yang diberikann 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.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 50 mg / 12 jam.
 - d. Cara pemberian : Intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Berkerja 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.

- f. Alasan pemberian obat : untuk mengurangi indikasi peningkatan asam lambung.
 - g. Kontra indikasi : hindari penggunaan ranitidine pada pasien dengan kondisi medis seperti: alergi terhadap ranitidine, riwayat porfiria akut yaitu kelainan pembentukan heme yang tidak sempurna.
 - h. Efek samping obat : sakit kepala, diare, nyeri perut, dan rasa tidak nyaman pada perut.
3. Nama obat : Metronidazole
- a. Klasifikasi / golongan obat : antibiotik golongan nitroimidazole.
 - b. Dosis umum : dewasa diberikan dosis awal IV 15 mg/kg diikuti dengan dosis pemeliharaan 7,5 mg/kgBB setiap 6 jam. Dosis maksimum untuk dewasa: 4 g/hari (oral/IV).
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg.
 - d. Cara pemberian : Intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : berdifusi ke dalam organisme, menghambat sintesis protein dengan berinteraksi dengan DNA, dan menyebabkan hilangnya struktur heliks DNA serta putusannya untai DNA.
 - f. Alasan pemberian obat : mengatasi beragam infeksi bakteri.
 - g. Kontraindikasi : pasien yang hipersensitif terhadap obat atau derivat nitroimidazol.
 - h. Efek samping obat : mual muntah, diare, urin berwarna coklat kemerahan, tromboflebitis, leukopenia.
4. Nama obat : Metamizole.
- a. Klasifikasi / golongan obat : NSAID (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs).

- b. Dosis umum : orang dewasa dan adolesens >15 tahun dengan sediaan intravena atau intramuskular adalah 1 g, dapat diulang hingga 4 kali dengan dosis maksimal 5 g per hari.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram.
 - d. Cara pemberian : intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat peradangan dan produksi hormon prostaglandin pemicu nyeri dalam tubuh, sehingga suhu tubuh menurun dan rasa nyeri berkurang.
 - f. Alasan pemberian obat : mengurangi rasa nyeri.
 - g. Kontraindikasi : pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap metamizole.
 - h. Efek samping obat : mual, muntah, nyeri perut, dan diare, nyeri kepala, pusing berputar, gangguan ginjal, hipotensi, dan reaksi hipersensitivitas pada kulit.
5. Nama obat : Asam Tranexamat.
- a. Klasifikasi / golongan obat : anti-fibrinolitik.
 - b. Dosis umum : Dewasa bisa diberikan 10 mg/kg dosis tunggal.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg.
 - d. Cara pemberian : Intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : memperlambat proses pemecahan bekuan darah.
 - f. Alasan pemberian obat : mengatasi perdarahan.
 - g. Kontraindikasi : kelainan penglihatan warna yang didapat, pada pasien dengan perdarahan subaraknoid, pada pasien dengan pembekuan intravaskular aktif, pada hematuria masif.
 - h. Efek samping obat : diare, pusing atau sakit kepala, nyeri otot atau sendi, ruam atau gatal ringan pada kulit.
6. Nama obat : Ondanserton.
- a. Klasifikasi / golongan obat : antiemetik selektif 5-HT₃ antagonis.
 - b. Dosis umum : Dosis umum untuk dewasa adalah 8 mg sebelum kemoterapi, diikuti dengan 8 mg setiap 8 jam selama 1-2 hari

setelahnya.

- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram.
 - d. Cara pemberian : Intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghalangi zat-zat dalam tubuh yang dapat menyebabkan mual atau muntah.
 - f. Alasan pemberian obat : Mengatasi mual muntah.
 - g. Kontraindikasi : riwayat hipersensitivitas terhadap obat dan penggunaannya bersama obat apomorphin dan dronedarone.
 - h. Efek samping obat : Sakit kepala, pusing, mengantuk, kelelahan, atau sembelit.
7. Nama obat : Omeperazole.
- a. Klasifikasi / golongan obat : proton pump inhibitor.
 - b. Dosis umum : Dewasa: 40 mg, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus selama 20–30 menit.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram.
 - d. Cara pemberian : intravena.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : cara mengurangi produksi asam lambung dalam tubuh.
 - f. Alasan pemberian obat : mengurangi produksi asam lambung.
 - g. Kontraindikasi : pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.
 - h. Efek samping obat : ruam kulit, gatal, gatal-gatal, pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan.
8. Nama obat : Tablet Penambah Darah.
- a. Klasifikasi / golongan obat : Vitamin.
 - b. Dosis umum : 1 tablet 1 kali sehari.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1×1 tab
 - d. Cara pemberian : oral.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : meningkatkan kadar zat besi dalam tubuh, yang merupakan komponen penting dalam

pembentukan sel darah merah (hemoglobin).

- f. Alasan pemberian obat : mengatasi anemia defisiensi zat besi.
 - g. Kontraindikasi : pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas
 - h. Efek samping obat : perut merasa tidak enak, mual, susah BAB, tinja berwarna hitam.
9. Nama obat : Paracetamol.
- a. Klasifikasi / golongan obat : analgesik dan antipiretik.
 - b. Dosis umum : Dewasa: 500–1.000mg, diberikan setiap 4–6 jam sekali. Dosis maksimal 4.000 mg per hari.
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg.
 - d. Cara pemberian : oral.
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat aktivitas enzim siklooksigenase (COX) di otak dan sumsum tulang belakang.
 - f. Alasan pemberian obat : mengurangi nyeri.
 - g. Kontraindikasi : pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat.
 - h. Efek samping obat : mual, muntah, perdarahan, hipoglikemia, asidosis metabolik dan nyeri perut.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny. "N" dengan kanker payudara di ruang perawatan St. Bernadeth I RS Stella Maris Makassar, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mengumpulkan data yang dilakukan pada pada pasien maupun keluarga melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik langsung pada pasien. Adapun data yang diperoleh sebagai berikut:

Pasien Ny. N berumur 40 tahun, masuk IGD Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 13 Mei 2025 pada pukul 16.00 WITA dengan kondisi terdapat benjolan luka menyerupai bunga kol pada payudara, nyeri dan perdarahan aktif. Pasien sebelumnya sudah berobat untuk penyakit *Ca Mammariae* yang dialami.

Pasien kemudian masuk di ruang perawatan ST. Bernadeth I Pada tanggal 14 Mei 2025 dengan diagnosa medik *Ca mammariae* . Pasien mengatakan 1 bulan yang lalu benjolan tersebut pecah disertai cairan berwarna kuning encer dan kulit sekitar berwarna merah kebiruan dan semakin memburuk sejak seminggu terakhir, namun tidak mengobatinya dan lebih memilih untuk menggunakan obat-obatan herbal.

Hasil pengkajian yang didapatkan dari Ny. N diperoleh data : Pasien mengatakan luka cukup besar dengan diameter luka ± 10 cm akibat benjolan yang pecah dan mengeluarkan sedikit cairan kuning kental serta muncul warna merah kebiruan disekitar kulit payudara sampai area ketiak sebelah kiri, pasien mengatakan takut jika

lukanya bertambah luas. Pasien mengatakan jika banyak bergerak nyeri semakin terasa dengan skala nyeri 7 yang dirasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, serta kurang nafsu makan disertai penurunan berat badan sejak sakit, dari 51 menjadi 48 kg dalam 1 tahun terakhir. IMT 21,5 kg/m², tampak pasien hanya makan ¼ porsi atau kurang lebih 3 sendok saja dan untuk air putih 2-3 gelas/hari, tampak pasien lemas serta pucat (Hb. 6,2 g/Dl), tekanan darah pasien 130/80 mmHg, nadi 96x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36.0°C dengan kesadaran compos mentis, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Bila dilihat dari tanda gejala Kanker Payudara yang dialami, pasien berada pada stadium 3B yaitu tumor berdiameter lebih dari 5 cm, dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan terdapat penyebaran jauh ke dinding thoraks dengan hasil pemeriksaan thoraks PA pasien didapatkan soft tissue mass pada hemithorax kiri dengan Kesan extrathoracal (tumor mammae kiri), tampak pasien sudah terjadi perdarahan.

Selain itu, pada tinjauan teoritis dari beberapa tanda dan gejala yang muncul yaitu ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit, bentuk puting berubah atau mengeluarkan cairan/darah, ada perubahan pada kulit payudara, meleuk ke dalam, adanya benjolan-benjolan kecil dalam atau pada kulit payudara, ada luka puting yang sulit sembuh, bengkak, terasa sakit/nyeri, benjolan ada biasanya hanya satu payudara.

Berdasarkan data yang ditemukan oleh penulis antara teori dan kasus nyata yang didapatkan saat pengkajian dimana penyebab, tanda dan gejala serta pemeriksaan diagnostik secara teoritis terjadi pada pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian kasus yang diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan, yaitu:

a. Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor.

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan, berlangsung lebih dari 3 bulan.

Pada kasus penulis mengangkat diagnosis keperawatan ini berdasarkan dari data yang ditemukan dan divalidasi pasien mengeluh nyeri pada luka di daerah payudara sebelah kiri menjalar ke ketiak dirasa sejak $\pm$ 1 tahun, tampak pasien meringis, dengan skala nyeri 7 di rasakan hilang timbul dengan durasi lama 15 menit, tampak pasien meringis menahan sakit, serta tampak pasien enggan terlalu banyak gerak karena takut nyeri.

b. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan massa kanker).

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan masa kanker) adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamentum).

Pada kasus penulis mengangkat diagnosis ini karena berdasarkan dari data yang ditemukan yakni tampak terjadi kerusakan jaringan dan lapisan, tampak luka kanker cukup luas dengan diameter $\pm$ 10 cm berwarna merah disertai pengeluaran nanah dan tampak luka kanker berbau amis.

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk

menghadapi ancaman. Pada kasus penulis mengangkat diagnosis ini karena berdasarkan dari data yang ditemukan yakni pada pasien mengatakan merasa cemas dan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan perumusan diagnose keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan, yaitu sebagai berikut :

a. Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi tumor.

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny N dengan masalah nyeri kronik ditandai dengan infiltrasi tumor. Adapun luaran atau kriteria hasil tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Intervensi yang dilakukan yakni manajemen nyeri meliputi : Observasi (identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri, identifikasi non verbal, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup), Terapeutik (berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ,ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitas istirahat dan tidur), Edukasi (ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri), Kolaborasi (pemberian analgetik, jika perlu).

b. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker).

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny N dengan masalah gangguan integritas kulit ditandai dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker). Adapun kriteria hasil tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka penyembuhan luka meningkat dengan kriteria

hasil kerusakan lapisan kulit cukup menurun dan kemerahan cukup menurun, peradangan luka (menurun), nyeri (menurun), drainase purulen (menurun), bau tidak sedap pada luka (menurun). Intervensi yang dilakukan yakni perawatan luka meliputi (monitor karakteristik luka dan monitor tanda-tanda infeksi).

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.N dengan masalah ansietas ditandai dengan ancaman terhadap konsep diri. Adapun kriteria hasil tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka reduksi ansietas menurun dengan kriteria hasil : pucat menurun, tekanan darah menurun, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan membaik, kontak mata membaik. Intervensi yang dilakukan yakni reduksi ansietas meliputi : Observasi (Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), Terapeutik (menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mendengarkan dengan penuh perhatian, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan), Edukasi (ajurkan keluarga untuk selalu bersama dengan pasien, ajurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, dan latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan), dan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi tingkat kecemasan dengan Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT).

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3 hari pada tanggal 14-17 Mei 2025 pada pasien

berdasarkan intervensi yang telah disusun. Pada tahap pelaksanaan ini perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga, perawat ruangan, dan tenaga medis lainnya. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih menjelaskan tindakan yang dilakukan. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, pada masalah nyeri kronis, gangguan integritas kulit, dan ansietas semua intervensi yang dibuat dapat di implementasikan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari serangkaian proses keperawatan bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan asuhan keperawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang diberikan pada pasien, yaitu :

a. Nyeri kronik berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Evaluasi : masalah terkait dengan nyeri kronik ini belum teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri pada payudara sebelah kiri hilang timbul dengan skala nyeri 5, tampak pasien sesekali meringis, tampak pasien berhati-hati dengan luka yang dialami.

b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker).

Evaluasi : masalah terkait dengan gangguan integritas kulit/jaringan masalah ini belum teratasi karena lapisan kulit pada luka belum membaik, tampak warna kulit masih berwarna kemerahan dan tampak masih mengeluarkan cairan kuning kental dan darah.

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

Evaluasi : masalah terkait dengan ansietas masalah ini belum teratasi karena saat komunikasi kontak mata pasien masih kurang.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Judul EBN : Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT)
2. Diagnosis keperawatan : Ansietas.
3. Luaran yang diharapkan : Tingkat Ansietas.
4. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN : Reduksi Ansietas
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :
 - a. Pengertian : *Spiritual emotional freedom technique* (SEFT) merupakan suatu teknik yang menggabungkan antara spiritualitas berupa doa, keikhlasan dan kepasrahan, yang memanfaatkan sistem energi tubuh untuk membantu memperbaiki kondisi pikiran, emosi, dan perilaku. Terapi ini merupakan teknik menggabungkan sistem energi tubuh dan terapi spiritualitas. SEFT telah mengatasi berbagai masalah fisik dan emosional (Nasution,2020).
 - b. Tujuan / rasional EBN : adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi stres, dan membantu mereka mengatasi tantangan emosional yang mungkin timbul selama proses pengobatan dan penyembuhan, serta meningkatkan spiritualitas, mengatasi depresi (Linda,2020).

	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Jurnal	Pengaruh <i>Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique</i> (SEFT) Terhadap Tingkat Stres Pasien Kanker Payudara. Penulis : Riska Tahun : 2020	Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Ovarium Setelah Diberikan SEFT (Teknik Kebebasan Emosional Spiritual) Penulis : Anik Latifah Tahun : 2020	Efektivitas Spiritualitas Teknik Kebebasan Emosional Dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Pada Anak Pasien Kanker. Penulis : Lisarni Tahun : 2022
Populasi	Populasi pada penelitian ini adalah pasien kanker payudara dengan jumlah sampel sebanyak 24 orang.	Populasi pada penelitian adalah pasien dengan kanker ovarium dengan jumlah sampel sebanyak 39 orang.	Populasi pada penelitian ini dengan kanker jumlah sampel sebanyak 30 Orang.
Intervensi	Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini adalah <i>terapi spiritual emotional freedom</i>	Intervensi yang dilakukan pada penelitian adalah diberikan terapi SEFT dilakukan 4-5x Setiap Hari Minggu	Intervensi yang dilakukan pada penelitian adalah dilakukan terapi SEFT selama 10 menit selama 6 hari

	<i>technique</i> (SEFT) terhadap tingkat stres pasien kanker payudara	Selama Dua Minggu Selama 15-25 Menit pada pasien kanker ovarium.	seminggu pada kelompok eksperimen (Kualitas Tidur), sedangkan kelompok kontrol (berikan edukasi SEFT dan cara mengatasi masalah tidur)
Comparison	Penelitian ini Ada pembandingan jurnal pengaruh terapi spiritual emotional freedom technique (seft) terhadap tingkat stres pasien kanker payudara, menggunakan desain quasy eksperimental dengan pendekatan nonequivalent control group design yang terdiri dari 12 kelompok intervensi dan 12 kelompok kontrol dengan teknik purposive sampling.	Penelitian ini ada pembandingan jurnal tingkat kecemasan pasien kanker ovarium setelah diberikan seft (teknik kebebasan emosional spiritual) dengan menggunakan pendekatan pra eksperimen One Group Pretest-Posttest yang dilakukan teknik Purposive Sampling.	Penelitian ini ada pembandingan jurnal ini efektivitas spiritualitas teknik kebebasan emosional dalam meningkatkan kualitas tidur pada anak pasien kanker dengan menggunakan desain quasi eksperimen, pendekatan pre-test dan post-test menggunakan non-equivalent control group design, yang diambil secara purposive sampling.
Outcome	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat ada perbedaan tingkat stres sebelum dan sesudah dilakukan SEFT pada kelompok	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada perubahan tingkat kecemasan setelah diberikan intervensi SEFT	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat adanya perubahan pada efektivitas spiritualitas teknik kebebasan emosional dalam

	intervensi. Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan tingkat stres sebelum dan sesudah dilakukan SEFT, sedangkan untuk tingkat stres sesudah dilakukan SEFT antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan penurunan tingkat stres antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan.	(<i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i>) pada kanker ovarium.	meningkatkan kualitas tidur pada anak pasien kanker.
Time	Penelitian Ini dilakukan di Ruang Rambang 2.1 Rawat Inap Onkologi Bedah RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang (2020).	Penelitian Ini dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Cabang Jawa Timur. Yayasan Kanker Indonesia (2024).	Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Arifin Achmad Provinsi Riau (2022).

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien dengan penyakit kanker payudara di Ruang Perawatan St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian.

Pada pengkajian yang diperoleh pada Ny "N" umur 40 tahun bahwa faktor yang mendukung terjadinya kanker payudara adalah zat yang mengandung karsinogen seperti makanan yang dibakar atau dipanggang pada suhu tinggi, serta makanan yang diawetkan dengan cara tertentu. Sehingga, dapat merusak DNA sel, menyebabkan mutasi genetik, dan membuat pertumbuhan sel membelah secara tidak terkendali, yang berpotensi menjadi risiko kanker.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang didapat pada Ny "N" umur 40 tahun dengan kanker payudara adalah nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan massa tumor), dan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang telah disusun oleh penulis adalah manajemen nyeri untuk mengatasi masalah nyeri dengan teknik relaksasi, reduksi ansietas untuk mengatasi kecemasan kondisi yang dialami berdasarkan intervensi keperawatan yang mengacu pada EBN yang dapat dilakukan penulis adalah pemberian Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT).

4. Implementasi Keperawatan

Semua intervensi yang disusun diimplementasikan dengan

baik yang melibatkan kolaborasi dengan perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yaitu : masalah nyeri kronis belum teratasi, gangguan integritas kulit belum teratasi dan ansietas belum teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis ingin memberikan beberapa saran, sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/mahasiswi yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang profesional. Penulis juga mengharapkan dilakukan pembaharuan referensi-referensi yang ada diperpustakaan.

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien kanker payudara, hendaknya menggunakan pedoman perawatan sesuai standar perkembangan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan profesi dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien dengan kanker payudara melakukan *Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) dan diharapkan dapat mencari intervensi lain berbasis EBN pada pemberian asuhan keperawatan pasien kanker payudara.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. N., Wahyuni, D. T., Budiono, Pranata, L., Damayanti, D., Pangkey, B. C. ., Indarwati, Zuliani, M., Khusniyah, Z., & Ernawati, N. (2022). *Anatomi Fisiologi* (A. Karim (ed.)). Yayasan kita menulis.
- Astuti, I. P. (2022). Asuhan keperawatan pada ny. H dengan pre dan post operasi katarak di ruang baitul izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. http://repository.unissula.ac.id/26213/1/Keperawatan%20%28D3%29_40901900028_fullpdf.pdf
- Ardhiansyah, A. O. (2021). *Kanker Payudara (Edisi 2): Dari Teori Preklinik Hingga Aplikasi Klini*. Airlangga University Press.
- Ardhiansyah, A. O. (2022). *Serba-serbi kelainan payudara* (Z. Abadi (ed.); 1st ed.).
- Global Cancer Observation. (2020). *Globocan 2020: New Global Cancer Data*. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>.
- Hardiyani, T., Ramadhan, D., Wahyuni, S., Nova, S., & Effendy, C. (2019). Intervensi keperawatan dalam meningkatkan quality of life (qol) pasien dengan kanker: studi literatur. *jurnal keperawatan klinis dan komunitas*, 3(1), 21–31.
- IARC. (2020). GLOBOCAN. Estimated number of new cases from 2020 to 2040, 35(1), 2040.
- Izzah, N. (2024). *Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pencegahan Kanker Payudara di Madrasah Aliyah Negeri 2 Kota Makassar* (Doctoral dissertation, unhas).
- Kadek Widya Antari, N., Made Ari Dwi Jayanti, D., Agung Sri Sanjiwani Program Studi Keperawatan Program Sarjana, A., Wira Medika Bali, Stik., & Kecak No, J. (2023). Hubungan resiliensi dengan

tingkat kecemasan pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 11(2), 293–304. Larasati, A. D., Ekowati, S. I., Hidayati, W., Fithriyyah, Y. N., Primayanthi, A. A. E., Wahyuningrum, E., ... & Santoso, E. K. (2024). Peningkatan kualitas hidup pasien kanker. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Kementrian Kesehatan RI. (2022). *Kanker payudara paling banyak di Indonesia, Kemenkes targetkan pemerataan layanan kesehatan*. Jumat, 04 Februari 2022.

<https://www.kemkes.go.id/article/view/22020400002/kanker-payudaya-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan.html>

Latifah, A., & Sari, E. Y. (2024). Anxiety level of ovarian cancer patients after being given SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*). Embrio: Jurnal Kebidanan, 16(1), 89-94.

Lisarni, L., Nauli, F. A., Marthiningsih, M., Huda, N., & Pranata, S. (2022). The effectiveness of spiritual emotional freedom technique in improving sleep quality among cancer patients. International journal of nursing and health services (IJNHS), 5(4), 334-339.

Lende, debiana and mehingko, desy r. n. (2022) *Asuhan keperawatan pada pasien dengan ca mammae di ruangan St Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar*.

Marfianti, E. (2021). Peningkatan pengetahuan kanker payudara dan ketrampilan periksa payudara sendiri (SADARI) untuk deteksi dini kanker payudara di Semutan Jatimulyo Dlingo. 03, 25–31.

Muna, A., Rekha, D. A., Novitasari, E., Fayzun, F., & Baihaqi, I. (2018). Ca mammae. 0291.

Mursyid, A., Nur, R., Haris, H., Endarti, D., Wiedyaningsih, C., & Kristina, S. A. (2019). Pengukuran kualitas hidup pasien kanker payudara di Kota Denpasar menggunakan instrumen EQ-5D-

- 5L. JMPF, 9(3), 203–212.
<https://search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211US885G91208&p=jurnal+kualitas+hidup+pasien+kanker+payudara>
- Nasution, R. M., Effendi, Z., & Hikayati, H. (2020, August). Pengaruh *terapi spiritual emotional freedom technique* (SEFT) terhadap tingkat stres pasien kanker payudara. In *proceeding seminar nasional keperawatan* (Vol. 6, No. 1, Pp. 80-85).
- Nani, D. (2020). Hubungan umur awal menopause dan status penggunaan kontrasepsi hormonal dengan kejadian kanker payudara desiyani nani jurusan keperawatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto. *Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 4(3), 102–106.
<https://media.neliti.com/media/publications/107195-ID>
- Ningrum, M. P., & Rahayu, R. S. R. (2021). Determinan kejadian kanker payudara pada wanita usia subur (15-49 Tahun). *Indonesian journal of public health and nutrition*, 1(3), 362–370.
<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Pati, W. C. B. (2022). Pengantar psikologi abnormal: definisi, teori, dan intervensi. Penerbit Nem.
- Pangribowo, S. (2019). Beban kanker di Indonesia. *Pusat data dan informasi kesehatan kementerian kesehatan RI*, 1–16.
- Panigroro, S., Hernowo, B. S., & Purwanto, H. (2019).
- Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline). *Jurnal kesehatan masyarakat*, 4(4), 1–50.
<http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- Purwanti, S., Syukur, N. A., & Haloho, C. B. (2021). Faktor risiko berhubungan dengan kejadian kanker payudara wanita. *Jurnal Bidan Cerdas*, 3(4), 168–175.
<https://doi.org/10.33860/jbc.v3i4.460>
- Putra, S. R. (2015). Buku lengkap kanker payudara (Itanov (ed.); 1st

ed.). Laksana.

- Rahayu, A. A., & Arania, R. (2018). Hubungan usia dan paritas dengan kejadian kanker payudara di RSUD Dr.Abdul Moeloek Bandar Lampung tahun 2017. *jurnal ilmu kedokteran dan kesehatan*,5,4450.
<http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1774788&val=13844&title>
- Ramli, M. (2015). Update breast cancer management. *jurnal fakultas kedokteran andalas*, 38, 28–52.
- Rumambi, M. F., Suprapti, F., & Susilo, W. H. (2024). *The effect of spiritual emotional freedom technique (SEFT) on pain intensity of advanced breast cancer patients in x hospital tangerang. Journal Of Holistic Nursing*, 42(2_Suppl), S99-S109.
- Rifqi, NY (2022). Pemberian konseling gizi terhadap tingkat pengetahuan diet kanker, tingkat konsumsi (energi, protein, vitamin c) pada pasien kanker payudara dengan kemoterapi di kota malang. *Jurnal nutrisi*
- Risnah. (2020). *Konsep medis dan keperawatan pada gangguan sistem onkologi* (M. I. Irwan (ed.); 1st ed.). Jariah Publishing Intermedia.
- Rosyanti, L., & Hadi, I. (2021). Memahami beban, kondisi psikososial dan koping keluarga (caregivers) dalam merawat penderita gangguan jiwa (pendekatan keluarga). *Health Information : Jurnal Penelitian*, 13(2), 165–180.
<https://doi.org/10.36990/hijp.v13i2.412>
- 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>
- Shidqi, Z. N., Saraswati, L. D., Kusariana, N., Sutiningsih, D., &

- Udiyono, A. (2022). Faktor- faktor keterlambatan diagnosis kanker pada pasien kanker payudara : Systematic Review. *Jurnal epidemiologi kesehatan* <https://doi.org/10.14710/jekk.v7i2.14911> *Komunitas*, 7(2), 471–481.
- Sumarni, Hartati, Supriyo, & Harnany, A. S. (2021). Gambaran tingkat kecemasan pasien kanker payudara terhadap kemoterapi. *Jurnal Lintas Keperawatan*, 43, 6. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/LIK/article/view/9267>
- Suparna, K., & Sari, L. M. K. K. S. (2022). Kanker payudara: diagnostik, faktor risiko, dan stadium. *Ganesha Medicina*, 2(1), 42-48.
- Solehati, T., Napisah, P., Rahmawati, A., Nurhidayah, I., & Kosasih, C. E. (2020). Penatalaksanaan keperawatan pada pasien kanker payudara; sistematik review. *Jurnal Ilmiah ...*, 10(1), 71–82. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/672>
- Sofa, T., Wardiyah, A., & Rilyani, R. (2023). Faktor risiko kanker payudara pada Wanita. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(2), 493-502. Retrieved from <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/2177>
- Sunarti, D. E., Yusran, S., & Arum Dian, P. (2018). *Analisis faktor risiko yang mempengaruhi kanker payudara terhadap pasien RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017*. 3, No 2.
- Wahdini, N., & Suryamah, Y. (2022). Kajian naratif: *Hubungan obesitas dengan kejadian kanker payudara pada wanita*. *Jurnal Sehat Masada*, 16(2), 265–277. <https://doi.org/10.38037/jsm.v16i2.357>
- WHO. (2018). *Cancer*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

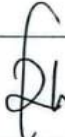
Wijaya, A. saferi. (2015). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*.
Nuha Medika.

LAMPIRAN 1

LAMPIRAN 1

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

Nama : 1. Trice Indrawati (NS2414901105)
 2. Triwira Elysabeth Siagian (NS2414901106)
 Program : Profesi Ners
 Pembimbing : Rosdewi, S.Kp., MSN
 Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing I	Penulis	
				1	2
1.	09 Juni 2025	Konsul Bab 3 : Memperbaiki kalimat.			
2.	10 Juni 2025	Konsul EBN : • Mengganti pemeriksaan gen menjadi self management.			
3.	11 Juni 2025	Konsul Bab 4 : • Memperbaiki pembahasan kasus dengan menambahkan materi EBN (1 jurnal). • Konsul EBN (Mengganti self management menjadi terapi SEFT.			

4.	12 Juni 2025	Konsul Bab 4 : • Memperbaiki penulisan kalimat pengkajian. Konsul ebn : • Memperbaiki susunan kalimat ebn sesuai picot.			
5.	13 Juni 2025	Konsul Bab 5 dan EBN (ACC)			

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

Nama : 1. Trice Indrawati (NS2414901105)
 2. Triwira Elysabeth Siagian (NS241401106)
 Program : Profesi Ners
 Pembimbing : Yunita Gebriela, Ns., M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing II	Penulis	
				1	2
1.	02 Juni 2025	Lapor kasus (ACC). Konsul Bab 1 dan EBN.			
2.	05 Juni 2025	Konsul Bab 1 : • Mengubah EBN. • Memperbaiki pathway (tidak memakai predisposisi, dan presipitasi, menambah stadium tanda dan gejala, metastatisnya, pemeriksaan diagnostik dan komplikasi). • Menambahkan gambar pada stadium kanker.			

		• Menambahkan EBN pada latar belakang (peran perawat). • Konsistensi menggunakan bahasa <i>Ca Mammae</i> atau kanker payudara. • Perbaiki penulisan, margin.			
3.	10 Juni 2025	Konsul pathway : • Menambahkan komplikasi dan membuat garis yang ada pada kasus. • Perbaiki penulisan, margin.			
4.	11 Juni 2025	Konsul Pathway, Bab 1 (ACC)			

LAMPIRAN 2**RIWAYAT HIDUP****I. IDENTITAS PRIBADI**

Nama : Trice Indrawati
 Tempat/Tanggal Lahir : Mawa' 05 Juli 1998
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Perum. Dreamland Alexander Blok G.3,
 Moncongloe

II. IDENTITAS ORANG TUA

Ayah/ Ibu : Aris Rira / Sarah Sa'dan
 Agama : Kristen Protestan
 Pekerjaan : PNS
 Alamat : Mawa', Desa Tabang Barat, Kab Mamasa

III. PENDIDIKAN YANG DITEMPUH

SD 007 Mawa' : 2003-2009
 SMPN 1 Tabang : 2009-2012
 SMAN 3 Polewali : 2012-2015
 Poltekkes Kemenkes Makassar : 2015 - 2018
 STIK Stella Maris : 2019 - 2021
 Ners STIK Stella Maris : 2024 – 2025

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS PRIBADI

Nama : Triwira Elysabeth Siagian
 Tempat / Tanggal Lahir : Makassar, 03 Agustus 2002
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : BTP Blok E No.241 Jln Kesenangan II

II. IDENTITAS ORANG TUA

Ayah / Ibu : Sahat Siagian / Sarmauli Hutagaol
 Agama : Kristen Protestan
 Pekerjaan : Karyawan Swasta / IRT
 Alamat : BTP Blok E No. 241 Jln Kesenangan II

III. PENDIDIKAN YANG DITEMPUH

SD Frater Bakti Luhur Makassar : 2009-2015
 SMP Kristen Elim Makassar : 2015-2017
 SMA Katolik Cendrawasih : 2017-2020
 STIK Stella Maris : 2020-2024
 Ners STIK Stella Maris : 2024 – 2025