

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”M “ DENGAN *POST OP CA MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH

LIDIAWATI NINGSI
E1514401028

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *POST OP CA MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji.

Diajukan Oleh :
Nama Mahasiswa : Lidiawati Ningsi
Nim : E1514401018

Disetujui Oleh :
Pembimbing

(**Serlina Sandi,S.Kep.,NS.,M.Kep**)
NIDN : 0913068201

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S.Kep, Ns., MSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *POST OP CA MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari / Tanggal : Kamis 07 Mei 2018
Pukul : 14:00-14:45
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Matilda Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes ( )
2. Yuliana Tola'ba, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )
3. Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris

(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN . 0928027101

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas pribadi

Nama	: Lidiawati Ningsi
Tempat, tanggal lahir	: Tandiallo 09-05-1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Barombong

2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	: Marthen Luther / Limbong Karaeng
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta / IRT
Alamat	: Mamasa

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 025 Paladan	: 2003 - 2009
SMPN 02 Mamasa	: 2009 - 2012
SMKS Talenta Mamasa	: 2013 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2015 - 2018

DAFTAR GAMBAR

Halaman

A. Gambar 2.1 Anatomi Payudara …….. 7

B. Gambar 2.2 Patoflow Diagram …… 30

C. Gambar 3.1 Genogram …….. 36

DAFTAR TABEL

Halaman

A. Tabel 3.1 Analisa Data …….. 51

B. Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan …… 53

C. Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan …… 54

D. Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan ……. 58

E. Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan …….. 65

DAFTAR PUSTAKA

Hertman, T. Heather. (2015) Nanda Internasional INC. Doagnosa Keperawatan Nanda NIC NOC. Jakarta : EGC

Nursing Interventions Clasification (NIC). (2013), Nursing Intervention classification. Edisi ke-6, edisi bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes, Clasification (NOC). (2013), Nursing outcames, edisi ke-5, edisi bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxana D. Tumanggor

Pearce, Evelyne C. 2011. Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Rasjidi imam.2010. Epidemiologi Kanker Wanita.Jakarta: Agung Seto.

suyatno dan Pasaribu Emir T. Bedah Onkologi Diagnostik dan Terapi. 2010. Jakarta : Sagung seto.

Saferi Andra & Putri Yessie Mariza. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2.Yogyakarta: Nuha Media.

Supiyanto wawan.2015. Kanker Payudara & Penyembuhannya. Yogyakarta: Parama Ilmu.

https://goo.gl/images/YIGywf Anatomi payudara. Astriyani-Fitri. Blogspot. Com (2010). Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://etd.Repository.Ugm.Ac.id – Latar belakang ca mammae. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/ketorolac/amp/. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/ranitidine/amp/. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/moxiflooxacin/. Diakses tanggal 05/05/18

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas pribadi

Nama	: Lidiawati Ningsi
Tempat, tanggal lahir	: Tandiallo 09-05-1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Barombong

2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	: Marthen Luther / Limbong Karaeng
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta / IRT
Alamat	: Mamasa

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 025 Paladan	: 2003 - 2009
SMPN 02 Mamasa	: 2009 - 2012
SMKS Talenta Mamasa	: 2013 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2015 - 2018

DAFTAR GAMBAR

Halaman

A. Gambar 2.1 Anatomi Payudara …….. 7

B. Gambar 2.2 Patoflow Diagram …… 30

C. Gambar 3.1 Genogram …….. 36

DAFTAR TABEL

Halaman

A. Tabel 3.1 Analisa Data …….. 51

B. Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan …… 53

C. Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan …… 54

D. Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan ……. 58

E. Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan …….. 65

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *POST OP CA MAMMAE DEXTRA* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" Pada tanggal 15 April 2018.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mendapat banyak bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar dan juga ikut serta dalam memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama kurang lebih 3 tahun.
2. Dr. Thomas Suharto, MMR selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
3. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik
4. Rosdewi S.Kep.,MSN, Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Solon, Ns., M.Kes, Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan Selaku pembimbing Akademik DIII.
6. Serliana Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, Selaku pembimbing yang selalu membimbing dan mengarahkan dengan sabar dan mau meluangkan

waktu dan memberikan spirit, ilmu sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI.

7. Seluruh dosen dan staf STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua saya yang tercinta Marthen Luther dan Limbong Karaeng serta kedua adik saya Dwiani dan Sri Agustina dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan, doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Ny.”M” dan keluarga, yang telah bersedia untuk dikaji dan bekerja sama dengan penulis dalam menyusun karya tulis ini.
10. Kepala ruangan beserta staf Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
11. Terimah kasih kepada semua teman-teman DIII angkatan 2015 yang tidak sempat saya sebutkan namanya satu persatu yang telah membantu serta memberikan dukungan dan motivasi selama penulis menyusun karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang membangun untuk dapat melengkapi karya tulis ini.

Makassar 28 Mei 2018
Penulis

Lidiawati Ningsi

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL
LEMBAR PERSETUJUAN
LEMBAR PENGESAHAN
DAFTAR RIWAYAT HIDUP i
DAFTAR GAMBAR ii
DAFTAR TABEL iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORI 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Defenisi 6
2. Anatomi Fisiologi 6
3. Etiologi 8
4. Patofisiologi 8
5. Manifestasi Klinis 9
6. Tahapan Kanker Payudara 10
7. Tes Diagnostik 11
8. Penatalaksanaan Medis 12
B. Konsep Dasar Keperawatan 13
1. Pengertian 13
2. Diagnosa Keperawatan 23
3. Rencana Keperawatan 24

4. Discharge Planning 29
C. Patoflow Diagram 30
BAB III TINJAUAN KASUS 32
A. Pengkajian..... 34
B. Analisa Data 51
C. Diagnosa Keperawatan 53
D. Rencana Keperawatan 54
E. Implementasi Keperawatan 59
F. Evaluasi Keperawatan 70
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 72
A. Pengkajian 72
B. Diagnosa Keperawatan 73
C. Rencana Keperawatan 74
D. Implementasi Keperawatan 75
E. Evaluasi Keperawatan 76
BAB V SIMPULAN DAN SARAN 77
A. Simpulan 77
B. Saran 78
DAFTAR PUSTAKA viii
LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ca mammae merupakan suatu penyakit keganasan dan mematikan pada wanita dimana *Ca Mammae* yang terjadi di kalangan wanita adalah 10 dari seratus ribu perempuan. Kasus *Ca Mammae* di Indonesia sendiri berada pada urutan kedua setelah *Ca.Cervix* (Oeimati et al., 2011). Kasus *Ca Mammae* lebih banyak diketahui dan ditemukan terjadi pada wanita namun sebenarnya *Ca Mammae* juga dapat menyerang pada laki-laki (Purwoastuti, 2008). Kasus *Ca Mammae* pada laki-laki merupakan kasus yang jarang terjadi dan hanya menyumbang sekitar 1% dari jumlah kasus *Ca Mammae* (Komen, 2015). Statistik dari *American Cancer Society* (ACS) menyatakan bahwa pada tahun 2015, sekitar 2.350 kasus baru *Ca Mammae* pada pria akan di diagnosis dan *Ca Mammae* akan menyebabkan sekitar 440 kematian pada pria (dalam perbandingan, hampir 40.000 wanita meninggal akibat *Ca Mammae* setiap tahun).

Insiden *Ca Mammae* akan meningkat bila terdapat satu atau lebih faktor resiko (Desanti*et al*., 2010). Menurut *National Cancer Institute* (NCI) (2012) salah satu faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya *Ca Mammae* pada wanita dan pria adalah riwayat keluarga dengan *Ca Mammae*. Resiko *Ca Mammae* pada seseorang akan meningkat jika ibunya, adiknya, putrinya ataupun ayahnya *Ca Mammae* , terutama jika mereka di diagnosis sebelum usia 50 tahun (ACS, 2015).

Di indonesia, kasus baru *Ca Mammae* menjadi kasus kematian tertinggi dengan angka 21,5 pada setiap 100.000 yang memprihatinkan, 70% pasien *Ca Mammae* baru datang ke fasilitas kesehatan pada stadium lanjut.

Menurut data dari MRO Rs. Stella Maris Makasssar 2016 pasien yang dirawat dengan *Ca mammae* sebanyak 263 jiwa, dari 263 jiwa 1 jiwa pasien laki-laki dan 262 pasien perempuan. Pembagian menurut usia, pasien dengan usia 15-24 tahun sebanyak 2 jiwa (0,7%), pasien dengan usia 25-44 tahun sebanyak 87 jiwa (33,2%), pasien dengan usia 45-64 tahun sebanyak 157 jiwa (60%), dan usia 65 tahun keatas sebanyak 1 (100%) jiwa pasien laki-laki dan 16 (6,1%) pasien perempuan, dan dari 263 jiwa pasien yang meninggal sebanyak 14 jiwa (5,3%), dari tahun 2015 kematian pasien dengan *Ca Mammae* mengalami peningkatan sebanyak 7 orang. Tahun 2017 pasien yang dirawat dengan kasus *Ca Mammae* mengalami peningkatan, dengan jumlah keseluruhan sebanyak 499 jiwa. Pembagian menurut usia pasien ditemukan, usia 25-44 tahun sebanyak 137 jiwa (27,4%), pasien dengan usia 45 -64 tahun sebanyak 319 jiwa (64%), pasien dengan usia 65 tahun keatas sebanyak 43 jiwa (8,6%), dari 499 jiwa ada 16 (3,2%) pasien yang meninggal dunia. Dapat di simpulkan bahwa dari tahun 2015-2017 pasien yang meninggal mengalami peningkatan, dan jumlah pasien yang dirawat dengan *Ca Mammae* paling banyak pada tahun 2017 yaitu sebanyak 499 jiwa. Menurut Desanti et al., 2010, penemuan kanker payudara sedini mungkin dan pengobatan secara benar saat ukuran masih kecil sebelum bermetastase akan menambah harapan hidup bagi penderita kanker payudara.

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa penderita *Ca. Mammae* sangat banyak ditemukan pada kalangan wanita sehingga salah satu peran perawat dalam mengatasi masalah ini adalah memberikan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit *Ca. Mammae* kepada pasien dan keluarga sehingga diharapkan keluarga dan pasien dapat lebih memahami tentang penyakit *Ca. Mammae* dan dapat melakukan tindakan pencegahan terjadinya penyakit *Ca. Mammae* pada anggota keluarga yang lain.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Untuk memperoleh pengalaman nyata tentang palaksanaan asuhan keperawatan pada wanita dengan *Ca mammae* di ruang perawatan Bernadeth IIIB RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

   a. Melakukan pengkajian keperawataan pada wanita dengan *Ca mammae*
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada wanita dengan *Ca mammae*
   c. Menyusun perencanaan pada wanita dengan *Ca mammae*
   d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada wanita dengan *Ca Mammae*
   e. Membuat evaluasi keperawatan pada wanita dengan *Ca Mammae*

C. Manfaat Penulisan

Dalam menyusun karya tulis ini, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Instalasi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga keperawatan kususnya bagian Onkologi dalam mengambil langkah-langkah dalam rangka upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada wanita dengan *Ca Mammae*

2. Bagi Pendidikan

   Karya tulis ini dapat menjadi sumber informasi bagi instansi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan di masa yang akan datang.

3. Bagi Perawat

   Diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang efisien dan aktif pada kasus wanita dengan *Ca Mammae*

4. Bagi Penulis

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi penulis khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus wanita dengan *Ca mammae.*

D. Metode Penulisan

Dalam asuhan keperawatan digunakan metode yang didasarkan pada data-data objektif dan relevan dengan teori-teori yang dijadikan dasar dalam pemecahan masalah untuk memperoleh data-data yang dilaporkan, penulis menggunakan metode:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet dan catatan perkuliahan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini.

2. Studi Kasus

   Untuk studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi digunakan teknik:

   a. Wawancara

      Penulis mengadakan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga melalui pertanyaan langsung.

   b. Penulis

      Mengadakan pengamatan/ mengevaluasi langsung reaksi/ respon emosi ibu, riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada wanita dengan *Ca Mammae.*

   c. Diskusi

      Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing klinik di ruang perawatan serta tema-teman mahasiswa.

   d. Internet

      Dengan membaca situs yang ada kaitannya dengan penulisan karya ilmiah ini.

E. Sistematika Penulisan

Penulis karya ilmiah ini secara sistematis dalam beberapa BAB yaitu: Bab I Pendahuluan, pada bab ini diuraikan latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan teoritis yang diuraiakan dalam 2 bagian yaitu: konsep dasar medik yang mencakup defenisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi dan pada bagian kedua yaitu: konsep asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan pulang (discharge planning). Bab III Pengamatan kasus, pada bab ini di uraikan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implemantasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus pada bab ini akan di uraiakan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat di dalam uraian tinjauan kasus dan untuk megetahui kesenjangan antara teori dan praktik keprawatan selama pengamatan kasus. Bab V Penutup pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan-kesimpulan yang diambil dari pembahasan dan saran-saran yang dapat diajukan sebagai masukan dan dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan wanita dengan *Ca mammae.*

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Ca Mammae adalah suatu penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturasi sel (Supiyanto wawan.2015).

Ca Mammae adalah suatu penyakit pertumbuhan sel akibat adanya enkogen yang menyebabkan sel normal menjadi sel kanker pada jaringan payudara (Rasjidi imam.2010).

Ca Mammae adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar dan jaringan penunjang payudara tidak termasuk kulit payudara yang kemudian tumbuh didalam jaringan payudara dan mulai tumbuh didalam kelenjar susu, jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara (Saferi Andra & Putri Yessie Mariza. 2013).

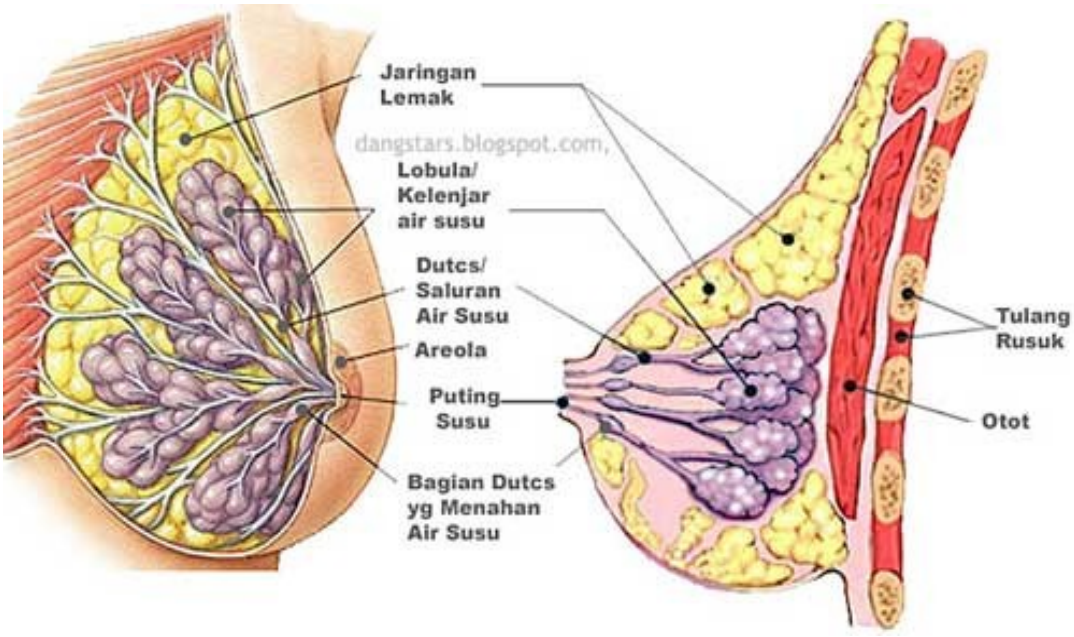
Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *Ca Mammae* adalah suatu penyakit keganasan yang menyerang payudara dan merusak jaringan pada payudara.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Menurut Pearce, Evelyne C.2011. Payudara normalnya mengandung jaringan, duktus, jaringan otot, penyokong lemak, pembuluh darah, saraf dan pembuluh limfe. Pada bagian lateral atas kelenjar payudara, jaringan kelenjar ini keluar bulatannya kearah *axila,* disebut penonjolan spence, atau ekor payudara. Setiap payudara, terdiri atas 12-20 lobulus kelenjar yang masing-masing mempunyai saluran ke papilla *Mammae*, yang disebut duktus *lactiferous.* Diantara kelenjar susu dan *fasia fectoralis*, juga diantara kulit dan

kelenjar tersebut mungkin terdapat jaringan lemak diantara lobulus tersebut ada jaringan ikat yang disebut ligamnetum cooper yang memberi rangka untuk payudara.



Sumber : astriyani-fitri.blogspot.com (2010)

b. Fisiologi

Payudara merupakan kelenjar tubuloalveolar yang bercabang-cabang, yang terdiri atas 15-20 lobus yang dikelilingi oleh jaringan ikat dan lemak. Tiap lobus mempunyai duktus eksretorius masing-masing yang akan bermuara keputing susu, disebut duktus laktiferus, yang dilapisi epitel kuboid berlapis kemudian bermuara keduktus laktiferus yang berakhir pada puting susu. Ada 3 hal fisiologi yang mempengaruhi payudara, yaitu: Pertumbuhan dan involusi berhubungan dengan usia, pertumbuhan berhubungan dengan siklus haid, dan parubahan karena kehamilan dan laktasi.

3. Etiologi

Ca Mammae secara pasti tidak diketahui penyebabnya tetapi pencetus yang sering disebabkan oleh estrogen yang lebih dikenal sebagai estrogen dependent mengandung aseptor yang mengikat estradiol, suatu tipe esterogen yang pertumbuhannya dirangsang oleh esterogen, karena reseptor ini tidak muncul pada jaringan payudara yang normal. (Saferi Andra& Putri YessieMariza.2013.)

4. Patofisiologi

Bukti yang terus bermunculan menunjukkan bahwa adanya perubahan genetik berkaitan dengan kanker payudara namun apa yang menyebabkan genetik masih belum diketahui. Meskipun belum ada penyebab spesifik kanker payudara yang diketahui namun bisa diidentifikasi melalui beberapa faktor resiko, faktor ini penting dalam membantu mengembangkan program pencegahan. Hal yang selalu harus diingat adalah bahwa 60% yang didiagnosis kanker payudara tidak mempunyai faktor resiko yang teridentifikasi kecuali lingkungan hormonal mereka. Namun mengidentifikasi faktor resiko merupakan cara untuk mengidentifikasi wanita yang mungkin diuntungkan dari kelangsungan hidup yang harus meningkat dan pengobatan dini (Pearce, Evelyne C. 2011).

Menurut Rasjidi Iman. 2010, Proses jangka panjang terjadinya kanker ada 4 fase, yaitu:

a. Fase induksi 15-30 tahun

Kontak dengan bahan karsinogen membutuhkan waktu bertahun-tahun sampai dapat merubah jaringan dysplasia menjadi tumor ganas.

b. Fase insitu: 5-10 tahun

Terjadi perubahan jaringan menjadi lasi “pre concerous” yang bisa ditemukan diserviks uteri, rongga mulut, saluran cerna, kulit dan akhirnya juga dipayudara.

c. Fase invasi: 1-5 tahun

Sel menjadi ganas, berkembang biak dan menginfiltrasi melalui membrane sel kejaringan sekitarnya dan kepembuluh darah serta limfa.

d. Fase desiminasi: 1-5 tahun

Terjadi penyebaran ketempat lain

5. Manifestasi klinis

Menurut Saferi Andra & Putri Yessie Mariza.2013, Gejala awal berupa sebuah benjolan yang biasanya dirasakan berbeda dari jaringan payudara disekitarnya, tidak menimbulkan nyeri dan biasanya memiliki pinggiran yang tidak teratur.

Fase awal : asimtomatik

Pada stadium awal, jika didorong oleh jari tangan, benjolan bisa digerakkan dengan mudah dibawah kulit.

a. Tanda umum: benjolan / penebalan payudara

b. Tanda dan gejala lanjut :

1) Kulit cekung
2) Retraksi/ deviasi putting susu
3) Nyeri tekan/raba
4) Kulit tebal dan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk
5) Ulserasi pada payudara

c. Tanda metastase:

1) Nyeri pada bahu, pinggang, punggung bawah
2) Batuk menetap
3) Anoreksia
4) BB turun
5) Gangguan pencernaan
6) Sakit kepala

Pada stadium lanjut, benjolan biasanya melekat pada dinding dada atau kulit sekitarnya. Pada kanker stadium lanjut, bisa terbentuk benjolan yang membengkak atau borok dikulit payudara. Kadang

kulit diatas benjolan mengkerut dan tampak seperti kulit jeruk, penemuan dini kanker payudara masih sulit ditemukan, kebanyakan ditemukan jika sudah terabah oleh pasien.

a) Tanda-tandanya:

(1) Terdapat massa utuh kenyal, biasa dikwandran atas bagian dalam dibawah ketiak bentuknya tak beraturan dan terfiksasi

(2) Nyeri didaerah massa

(3) Adanya lekukan kedalam, tarikan dan refraksi pada area mammae

(4) Edema dengan *"peant d' orange"* (keriput seperti kulit jeruk)

(5) Pengelupasan papilla Mammae

(6) Adanya kerusakan dan retraksi pada area puting, keluar cairan spontan, kadang disertai darah

(7) Ditemukan lesi pada pemeriksaan mamografi

6. Tahapan kanker payudara

Menurut Supiyanto Wawan. 2015. Tahapan klinik yang paling banyak digunakan untuk kanker payudara adalah system klasifikasi TMN yang mengevaluasi ukuran tumor, nodus limfe yang terkena dan bukti adanya metastasis yang jauh. Sistem TMN diadaptasi oleh The America Joint Committe on Cancer Staging and Resuid Reformating. Pertahapan ini didasarkan pada fisiologi memberikan prognosis yang lebih akurat, tahap-tahapnya adalah sebagai berikut:

a. Tumor Size (T)

1) Tx : Tidak ada tumor

2) To : Tidak dapat ditunjukkan adanya tumor primer

3) T1 : Tumor dengan diameter, kurang dari 2 cm

4) T2 : Tumor dengan diameter 2-5 cm

5) T3 : Tumor dengan diameter lebih dari 5

6) T4 :Tumor tanpa memandang ukurannya telah menunjukkan perluasan secara langsung kedinding thorax atau kulit

b. Regional Limpho Nodus (N)
   1) Nx : Kelenjar ketiak tak terabah
   2) No : Tak ada metastase kelenjar ketiak homolateral
   3) N1 : Metastase kekelenjar ketiak homolateral tetapi masih bisa digerakkan
   4) N2 : Metastase kekelenjar ketiak homolateral, melekat terfiksasi satu sama lain atau jaringan sekitarnya
   5) N3 : Metastase kekelenjar hemolateral suprklavikuler/ infraklavikuler atau edema lengan

c. Metastase Jauh (M)
   1) Mx : Metastase jauh tidak dapat ditentukan
   2) Mo : Tidak ada metastase jauh
   3) M1 : Metastase jauh termasuk perluasan kedalam kulit diluar payudara

7. Tes diagnostik

a. Pemeriksaan laboratorium meliputi: Morfologi sel darah, LED, test falmarker (CEA) dalam serum atau plasma, pemeriksaan sitologis

b. Test diagnostik lain:
   1) Non invasive: Mamografi, Ro thorax, USG, MRI, PET
   2) Invasif: Biopsi, Aspirasi biopsy (FNAB), True cut / care biopsy, incise biopsy, Eksisi biopsy. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan:
      a) Pemeriksaan payudara sendiri
      b) Pemeriksaan payudara secara klinis
      c) Pemeriksaan manografi
      d) True cut
      e) Biopsi terbuka
      f) USG payudara, pemeriksaan darah lengkap, X-ray dada, therapy medis, pembedahan, terapi radiasi dan kemoterapi

8. Penatalaksanaan Medis

a. Pembedahan

1) *Mastectomy* radikal yang dimodifikasi

Pengangkatan payudara sepanjang nodus limfe axila sampai otot pectoralis mayor. Lapisan otot pectoralis mayor tidak diangkat namun otot pectoralis minor bisa jadi diangkat atau tidak diangkat.

2) *Mastectomy* total

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

3) *Lumppectomy* / tumor

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

4) *Wide excision* / mastectomy parsial

Exisi tumor dengan 12 tepi dari jaringan payudara normal.

5) *Ouadranectomy*

Pengangkatan payudarah dengan kulit yang ada dengan lapisan otot pectoralis mayor.

b. *Radiotherapy*

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

c. *Chemotherapy*

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

d. Manipulasi Hormonal

Biasanya dengan obat golongan tomaxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat juga dengan dilakukan bilateral oophorectomy. Dapat juga digabung dengan terapi lainnya. (Agung Seto. Suyanto dan Pasaribun Emir T. 2010)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Saferi Andra & Putri Yessie Mariza.2013. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, suatu proses keperawatan, suatu kolaboratif melibatkan perawat, pasien, dan tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subjektif dan objektif yang dilakukan dengan wawancara dan pemeriksaan fisik, data tersebut kemudian diolah, dianalisa yang kemudian akan menghasilkan suatu diagnosa keperawatan yang membutuhkan perencanaan untuk masalah yang timbul dan muncul. Tujuan utama pengkajian adalah memberikan gambaran secara terus-menerus mengenai keadaan pasien yang memungkinkan perawat merencanakan asuhan keperawatan kepada klien dengan mudah.

Pengkajian yang sistematis dalam keperwatan dibagi dalam lima tahap kegiatan yang meliputi :

a. Identitas klien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan ,suku bangsa, agama, status perkawinan, alamat, MR, tanggal masuk dan penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sebelumnya

Pasien pernah menglami penyakit yang sama sebelumnya seperti penyakit payudara jinak, *hyperplasia* tipikal.

2) Wanita yang mempunyai tumor payudara disertai perubahan epitel ploriferative mempunyai resiko dua kali lipat biasanya

mengalami kanker payudara, wanita dengan *hyperplasia* tipikal mempunyai resiko empat kali lebih besar untuk mengalami penyakit ini.

3) Biasanya pasien mempunyai riwayat pemakaian terapi penggantian hormone dalam waktu yang lama (lebih dari 10-15 tahun) seperti estrogen suplemen.
4) Biasanya klien mempunyai riwayat pemakaian kontrasepsi oral.
5) Riwayat perokok, konsumsi alkohol dan tinggi lemak, dan makanan yang memakai penyedap dan pengawet.
6) Biasanya klien mempunyai riwayat menarche atau menstruasi pertama pada usia yang relative muda dan menopause pada usia yang relative lebih tua.
7) Biasanya klien mempunyai riwayat nullipara (belum pernah melahirkan), infertilitas, dan melahirkan anak pertama pada usia yang relative lebih tua (lebih dari 35 tahun), serta tidak menyusui.

c. Riwayat kesehatan saat ini

1) Biasanya klien mengatakan timbul benjolan pada payudara yang dapat dirabah dengan tangan, makin lama benjolan tersebut semakin mengeras dan bentuknya tidak beraturan.
2) Klien mengatakan terasa nyeri pada payudara saat benjolan mulai membesar.
3) Klien megeluh keluar nanah, darah atau cairan encer dari puting susu pada wanita yang tidak hamil.
4) Kulit payudara mengerut seperti kulit jeruk akibat neoplasma menyekat drainase limfatik sehingga tidak terjadi edema.
5) Biasanya klien mengatakan tubuh terasa lemah, tidak nafsu makan, mual, muntah, ansietas
6) Terdapat edema (bengkak) pada lengan atau kelainan kulit, dan ulserasi

d. Riwayat kesehatan keluarga

1) Kemungkinan ada keluarga yang menderita kanker terutama ibu, anak perempuan, serta saudara perempuan. Resikonya meningkat dua kali jika ibunya terkena kanker pada usia kurang dari 60 tahun. Resiko meningkat 4-6 kali jika terdapat pada dua orang saudara langsung.
2) Tiga atau lebih keluarga dari sisi keluarga yang sama terkena kanker payudara atau ovarium
3) Dua atau lebih keluarga dari sisi yang sama terkena kanker payudara atau ovarium dibawah 40 tahun.
4) Adanya keluarga dari sisi yang sama yang terkena kanker payudara atau ovarium.
5) Adanya riwayat kanker payudara bilateral pada keluarga

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum klien, biasanya dikaji tingkat kesadaran klien, BB, tinggi badan, tekanan darah, suhu, RR, nadi.
2) Kepala
   (a) Rambut

   Biasanya kulit kepala dan rambut klien akan rontok atau alopesia karena pengaruh kemoterapi, kulit kepala tidak tampak bersih.

   (b) Wajah

   Biasanya tidak terdapat edema atau hematom

   (c) Mata

   Biasanya mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, sclera tidak icteric, palpebral tidak edema.

   (d) Hidung

   Biasanya hidung kurang bersih, tampak secret, adanya pernafasan cuping hidung yang disebabkan klien sesak

nafas terutama kankernya yang sudah bermetastase keparu-paru.

(e) Bibir

Mukosa bibir tampak pucat dan kurang bersih.

(f) Gigi

Biasanya gusi klien mudah terjadi pendarahan akibat rapuhnya pembuluh darah dan caries positif.

(g) Lidah

Lidah biasanya tampak pucat, dan lidah klien kurang bersih

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

4) Dada atau thorax

(a) Inspeksi

(1) Pada stadium 1 biasanya bentuk dada klien tidak simetris kiri dan kanan yang disebabkan oleh pembengkakan pada payudara, dengan ukuran 1-2 cm.

(2) Pada stadium 2 biasanya bentuk dada klien tidak simetris kiri dan kanan yang juga disebabkan payudara dengan ukuran tumor 2,5-5 cm.

(3) Pada stadium 3A biasanya dada klien juga tidak simetris kiri dan kanan yang disebabkan oleh pembengkakan tumor yang sudah meluas dalam payudara besar tumor 5-10 cm

(4) Pada stadium 3B bentuk dada juga tidak simetris kiri dan kanan yang disebabkan oleh pembengkakan dan kanker sudah melebar keseluruh bagian payudara bahkan mencapai kulit, dinding dada, tulang rusuk dan otot dada.

(5) Pada stadium 4 bentuk dada tidak simetris kiri dan kanan yang disebabkan oleh pembengkakan dan metastase jauh ke organ lain seperti paru-paru.

(b) Palpasi

(1) Pada stadium 1 biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase ke organ lain

(2) Pada stadium 2 biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase ke organ lain

(3) Pada stadium stadium 3A biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase ke organ lain

(4) Pada stadium 3B biasanya taktil fremitus pada peru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase ke organ lain seperti tulang rusuk, dinding dada dan otot dada.

(5) Pada stadium 4 biasanya tidak fremitus kiri dan kanan yang juga disebabkan oleh karena kanker sudah metastase ke organ yang lebih jauh seperti paru-paru, sehingga mengakibatkan paru-paru mengalami kerusakan dan tidak mampu melakukan fungsinya.

(c) Perkusi

(1) Pada stadium 1 biasanya akan terdengar sonor pada lapang paru-paru klien.

(2) pada stadium 2 biasanya akan terdengar sonor pada lapang paru-paru klien karena kanker belum mengalami metastase

(3) Pada stadium 3A masih akan terdengar sonor pada lapang paru karena kanker belum metastase

(4) Pada stadium 3B biasanya terdengar bunyi redup yang dapat ditemukan pada infiltrate paru dimana parenkim paru lebih padat / mengandung sedikit udara dan bunyi pekak pada paru-paru pasien didapatkan berisi cairan disebut dengan efusi pleura jika kanker telah bermetastase pada organ paru

(5) Pada stadium 4 biasanya akan terdengar pekak pada paru-paru pasien yang disebabkan pada paru-paru pasien didapatkan berisi cairan yang disebut dengan efusi pleura akibat metastase dari *ca mammae* yang berlanjut, dan nafas akan terasa sesak.

(d) Auskultasi

(1) Pada stadium 1 biasanya akan terdengar vesikuler (bunyi hamper terdengar seluruh lapang paru dan inspirasi lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi dari ekspirai: suara napas tambahan tidak ada, seperti ronchi (-) dan whezzing (-)

(2) Pada stadium 2 biasanya bunyi nafas terdengar vesikuler (bunyi hampir seluruh lapang paru dan inspirasi lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi dari ekspirasi. Biasanya bunyi nafas klien juga dapat terdengar bronkovesikuler dengan bronchial. Suara nafas tambahan tidak ada, seperti ronchi (-) whezzing (-)

(3) Pada stadium 3A biasanya bunyi nafas berbunyi vesikuler (bunyi hamper seluruh lapang paru dan inspirasi lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi dari ekspirasi, dan bronkovesikuler yaitu pada derah suprasternal, interscapula: campuran antara element vaskuler dengan bronchial. Suara nafas

tambahan tidak ada, seperti: ronchi (+) dan whezzing (-)

(4) Pada stadium 3B biasanya nafas klien biasa terdengar bronchial yaitu ekspirasi lebih panjang, lebih keras nadanya lebih tinggi dari pada inspirasi dan terdengar terdapat suara nafas tambahan seperti: ronchi dan whezzing ini disebabkan oleh kanker sudah menyebar keseluruh bagian payudara, dan mencapai kedinding dada, tulang rusuk, dan otot dada sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan ekspansi paru dan compressive atelectasis.

(5) Pada stadium 4 biasanya bunyi nafas pasien bisa terdengar bronchial yaitu ekspirasi lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi, dari pada inspirasi dan terdapat suara tambahan seperti: ronchi dan whezzing. Ini disebabkan karena kanker metastase ke bagian tubuh lainnya seperti paru-paru, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan ekspansi paru dan kompressive atelektasis sehingga terjadi penurunan sekret pada daerah lobus paru.

5) Jantung (kardiovaskuler)

(a) Inspeksi

Biasanya iktus tidak terlihat

(b) Perkusi

Batas jantung normal, (batas jantung kanan RIC II, linea sternalis dextra, batas jantung kiri RIC V, 1 jari media linea clavicularis sinistra)

(c) Auskultasi

Biasanya irama jantung murni, murmur (-)

6) *Mammae* (payudara)

(a) Inspeksi

Biasanya ada benjolan yang menekan payudara adanya ulkus yang berwarna merah, dan payudarah mengerut seperti kulit jeruk

(b) Palpasi

Teraba benjolan payudarah yang mengeras dan teraba pembengkakan dan pembesaran kelenjar getah bening diketiak atau timbul benjolan kecil dibawah ketiak.

7) Perut

(a) Inspeksi

Biasanya tidak ada pembesaran

(b) Palpasi

Biasanya bising usus (-)

(c) Perkusi

Biasanya hepar tidak teraba

(d) Auskultasi

Thympani

8) Genitourinaria

Biasanya genetalia bersih

9) Ekstermitas

Biasanya ekstermitas tidak edema, tidak ada lesi

10) Sistem integument

Biasanya terjadi perubahan pada kelembaban kulit klien dan turgor kulit pasien tidak elastis.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sehat : Biasanya klien tidak terlalu memperhatikan kesehatannya

Sakit : Biasanya klien baru menyadari setelah penyakitnya timbul

2) Pola nutrisi dan metabolik

(a) Makan

Sehat: Biasanya makan 3 kali sehari dan habis 1 porsi

Sakit : Biasanya 3 kali sehari dan hanya menghabiskan $^1/_2$ atau $^1/_4$ porsi

(b) Minum

Sehat : Biasanya minum 6-8 gelas perhari

Sakit : Biasanya klien hanya menghabiskan minum 3-5 gelas perhari

3) Pola eliminasi

1. Miksi

Sehat: Biasanya frekuensi BAK sehari 6-7 kali

Sakit : Biasanya frekuensi BAK sehari 5-6kali dengan karakteristik berwarna kuning pekat dan berbau

2. Defekasi

Sehat : Biasanya frekuensi BAB 1-2 kali perhari

Sakit : Biasanya frekuensi BAB 1 kali perhari

4) Pola aktivitas dan latihan

Sehat : Biasanya aktivitas klien sehari –hari di kantor dan menyelesaikan pekerjaan di rumah

Sakit : Biasanya aktivitasnya di kantor namun pekerjaan di rumah dibantu oleh anaknya.

5) Pola istirahat dan tidur

Sehat : Biasanya jam tidur siang 2 jam dan malam 9 jam sehari

Sakit : Biasanya saat sakit susah tidur karena rasa nyeri yang dirasakan pada bagian payudara.

6) Pola persepsi kognitif

Sehat : Biasanya klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kaca mata

Sakit : Klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kaca mata

7) Pola persepsi dan konsep diri

Sehat : Biasanya klien aktif dalam mengikuti kegiatan sosial

Sakit : Biasanya klien merasa putus asa dan merasa minder

8) Pola peran dan hubungan dengan sesame

Sehat : Biasanya hubungan klien dengn orang-orang di sekitarnya baik

Sakit : Biasanya klien malas untuk komunikasi dengan orang lain

9) Pola reproduksi dan seksualitas

Sehat : Biasanya klien tidak ada gangguan pada fungsi reproduksinya

Sakit : Biasanya pasien tidak mengalami gangguan reproduksinya

10) Pola mekanisme koping dan pemeliharaan kesehatan

Sehat : Biasanya pasien marah-marah jika ada masalah dalam keluarganya

Sakit : Biasanya pasien khawatir dengan keadaannya dan berharap agar cepat sembuh

11) Pola sistem nilai kepercayaan

Sehat : Biasanya klien rajin dan rutin beribadah

Sakit : Biasanya klien terganngu dan tidak pergi beribadah seperti biasanya

g. Pemeriksaan laboratorium dan penunjang

1) Pemeriksaan darah hemoglobin biasanya menurun, leukosit meningkat, trombosit meningkat
2) Pemeriksaan urine untuk melihat apakah ureum dan creatininen +
3) Tes diagnostik yang biasanya dilakukan pada penderita *karsinoma mammae* adalah sinar x, sinar x ini biasanya

diperlukan selain untuk screening pra- operasi, juga untuk melihat apakah ada penyebaran kanker ke paru-paru, ultrasonografi: diperlukan bersamaan dengan mammografi untuk membedakan krista yang berisi cairan dengan jenis lesi lainnya.

4) Respon Hormon

Diperlukan untuk mengetahui adanya peningkatan hormone esterogen dan progesterone.

5) Penanda Tumor

Zat yang dihasilkan dan disekresi oleh sel tumor dan ditemukan dalam serum missal CEA, antigen spesfik frosfat, alfa-fetoprotein HCG, asam.dll) dapat membantu dalam mendiagnosis kanker tetapi lebih bermanfaat sebagai prognostik.

6) Tes kimia screening

(a) Elektrilit (natrium, kalium, kalsium)

(b) Tes ginjal (BUN)

(c) Tes hepar (bilirubin, AST/SGOT, alkalin fosfat, LDH)

(d) Tes tulang (alkalin fosfat, kalsium).

h. Analisa data

Merupakan proses intelektual yang merupakan kemampuan pengembangan daya fikir berdasarkan ilmiah, pengetahuan yang sama dengan masalah yang didapat pada pasien.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah klinis tentang respons aktual dan potensial individu dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan.

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan *ca mammae* (Herman,T.Heather. 2015)

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera fisik dan agens cedera kimiawi

b. Kerusakan integritas jeringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi, dan prosedur bedah
c. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, pajanan pada toksin, dan perubahan besar (misalnya status kesehatan)
d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit gangguan fungsi psikososial dan prosedur bedah.
e. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas
f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

3. Rencana keperawatan

(Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor. 2013)

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera fisik, dan agens cedera kimiawi

   NOC:

   1) Mengenal kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 2(jarang menunjukkan) ditingkatkan keskala 5 (secara konsisten menunjukkan)
   2) Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5
   3) Menggunakan analgesi yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5
   4) Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5

   NIC:

   1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus
   2) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
   3) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri

4) Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk melihat dan mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan
5) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat
6) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
7) Dorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya sesuai kebutukah

b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi dan prosedur bedah

NOC:

1) Sensasi pada kulit dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan keskala 4 (sedikit terganggu)
2) Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4
3) Integritas kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4
4) Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 dutingkatkan keskala 4

NIC:

1) Angkat balutan dan plester perekat
2) Ukur luas luka yang sesuai
3) Bandingkan dan catat setiap perubahan luka
4) Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau
5) Dokumentasikan lokasi luka, ukuran dan tampilan
6) Bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun
7) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat

8) Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase
9) Anjurkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur parawatan luka
10) Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, pajanan pada toksin, dan perubahan besar (misalnya status kesehatan)

NOC:

1) Mengungkapkan keyakinan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan ke skala 1 (tidak pernah menunjukkan)
2) Mengungkapkan keinginan untuk hidup dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 1
3) Mengungkapkan kepercayaan pada diri sendiri dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 1
4) Mengungkapkan kepercayaan kepada orang lain dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 1

NIC:

1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
2) Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan
3) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat
4) Dengarkan klien
5) Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan secara tepat

d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit gangguan fungsi psikososial dan prosedur bedah

NOC:

1) Gambaran internal diri dipertahankan pada skala 5 (konsisten positif) ditingkatkan keskala 2 (jarang positif)

2) Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2
3) Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2
4) Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2
5) Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2

NIC:

1) Bantu pasien untuk menemukan penerimaan diri
2) Bantu pasien untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain
3) Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri
4) Monitor frekuensi verbalisasi negative terhadap diri
5) Monitor kurangnya tindak lanjut terkait dengan pencapaian tujuan
6) Monitor tingkat harga diri dari waktu kewaktu, dengan tepat
7) Dukung pasien untuk menerima tantangan baru
8) Dukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan

e. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas

NOC:

1) Frekuensi pernafasan dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup-cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal)
2) Irama pernafasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 5
3) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 5(tidak ada)
4) Retraksi dinding dada dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 5

NIC:

1) Monitor kepatenan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas
2) Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi
3) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut
4) Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya,nebulizer)

f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

NOC:

1) Asupan gizi dipertahankan pada skala 2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal)
2) Asupan makanan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
3) Asupan caira dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
4) Resiko berat badan/ tinggi badan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4

NIC:

1) Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
2) Anjurkan keluarga untuk membawah makanan pavorit pasien sementara (pasien) berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai
3) Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan atau usia (misalnya, peningkatan kalsium, protein, cairan, dan kalori untuk wanita menyusui, peningkatan asupan serat untuk mencegah konstipasi pada orang dewasa yang lebih tua)

4) Monitor kalori dan asupan makanan
5) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

4. Perencanaan pulang (*discharge Planning*)

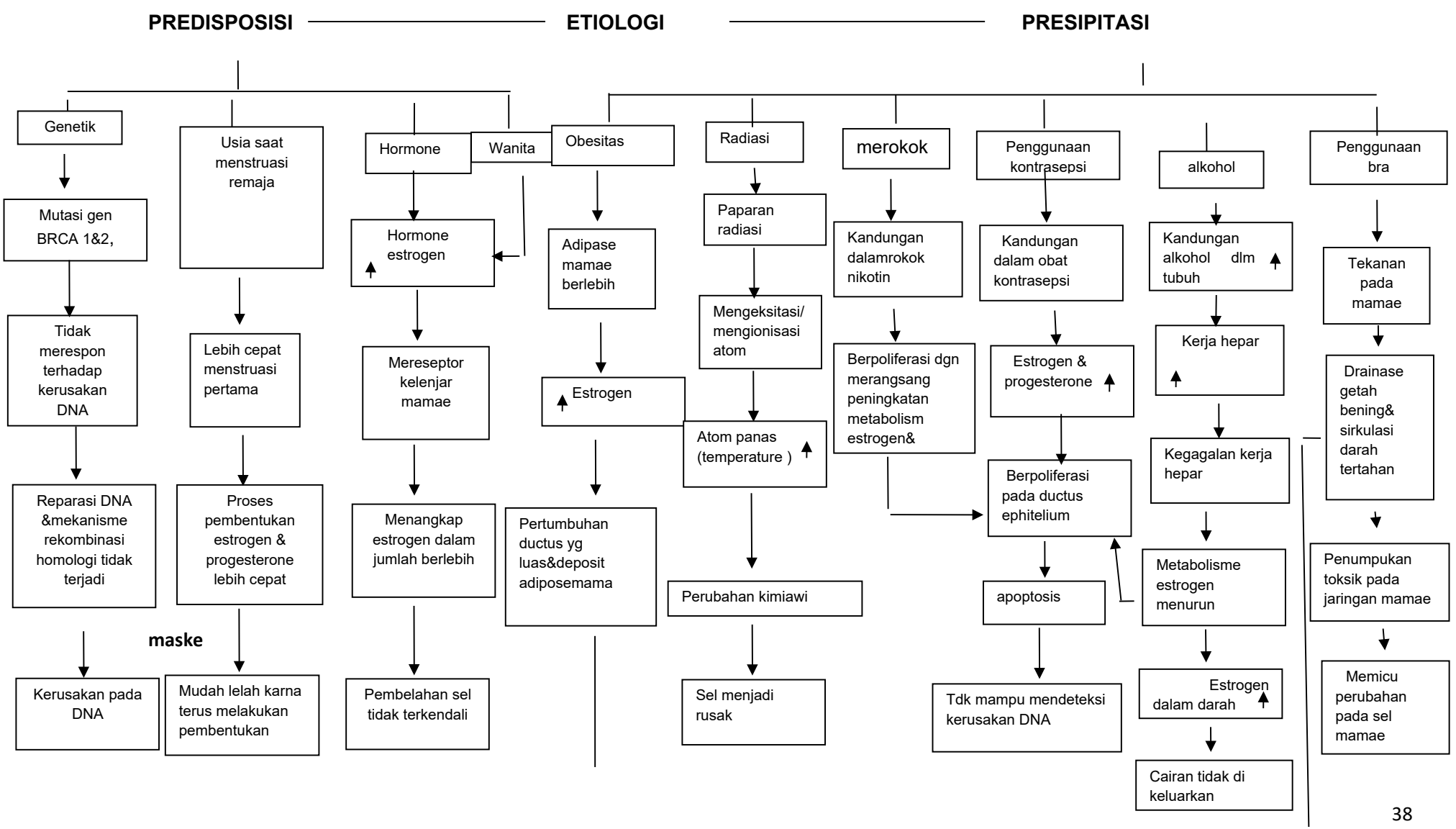
Hal-hal yang sangat penting disampaikan pada pasien saat pemulangan antara lain :

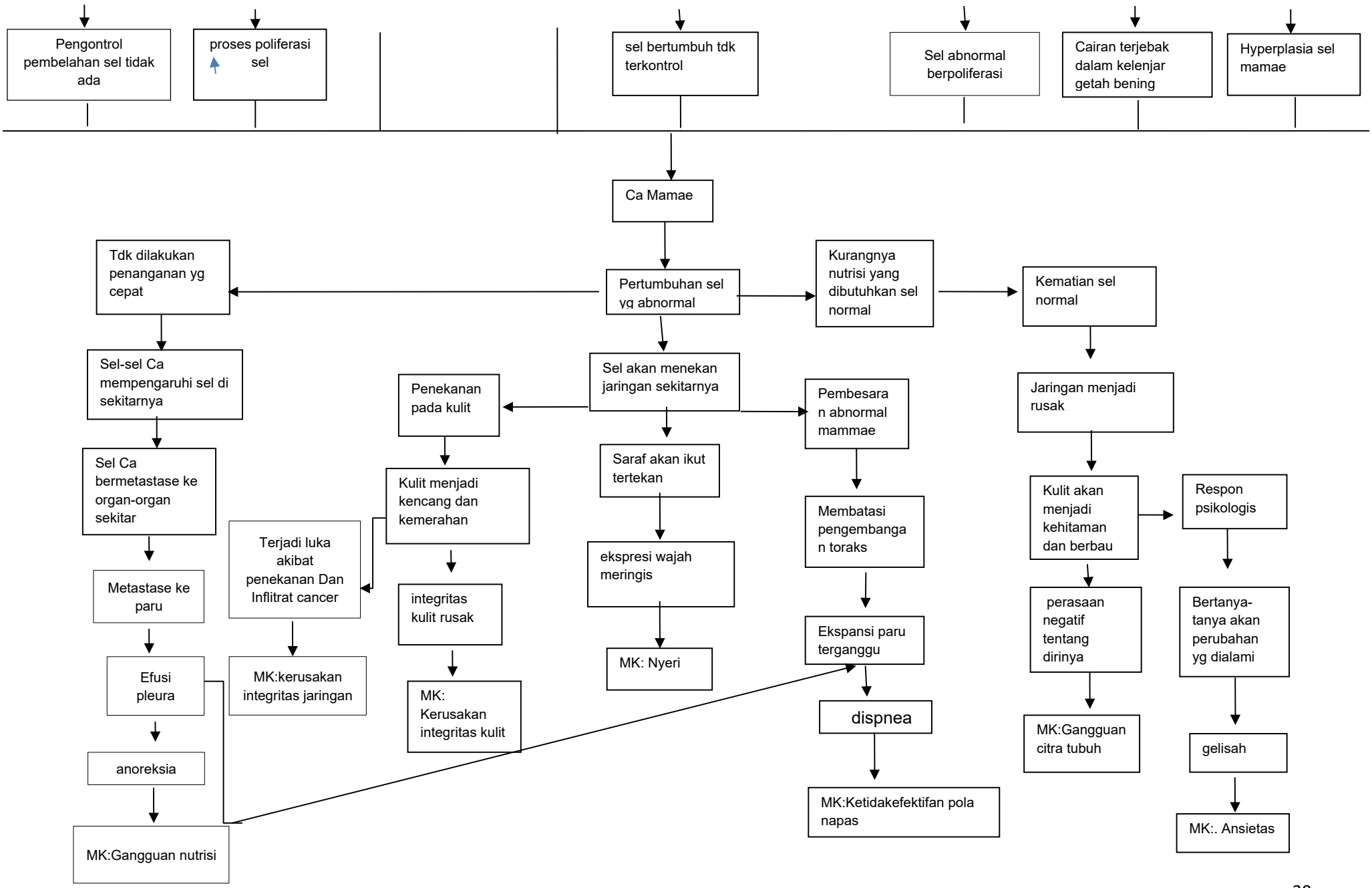
a. Penyuluhan kesehatan menyangkup gangguan pola hidup misalnya mengurangi makanan yang berlemak, lebih banyak makan-makanan yang berserat, makanan yang berwarna alami dan banyak mengkonsumsi vitamin A dan vitamin C. Hindari mengkonsumsi makanan yang siap saji atau makanan yang telah diawetkan atau disimpan terlalu lama. Menganjurkan untuk tetap menjaga kebersihan untuk mencegah terjadinya infeksi.
b. Kontrol kesehatan

   Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala dan teratur sehubungan dengan penyakitnya.
c. Pemberian obat-obatan

   Dianjurkan untuk mengkonsumsi obat-obatan yang telah diberikan sesuai dengan dosis yang telah ditentukan serta menghabiskan obat-obatan yang telah diberikan.

C. Patoflodiagram *Ca mammae*




Pengontrol pembelahan sel tidak ada
proses poliferasi sel
sel bertumbuh tdk terkontrol
Sel abnormal berpoliferasi
Cairan terjebak dalam kelenjar getah bening
Hyperplasia sel mamae
Ca Mamae
Tdk dilakukan penanganan yg cepat
Pertumbuhan sel yg abnormal
Kurangnya nutrisi yang dibutuhkan sel normal
Kematian sel normal
Sel-sel Ca mempengaruhi sel di sekitarnya
Sel akan menekan jaringan sekitarnya
Penekanan pada kulit
Pembesaran abnormal mammae
Jaringan menjadi rusak
Sel Ca bermetastase ke organ-organ sekitar
Saraf akan ikut tertekan
Kulit menjadi kencang dan kemerahan
Membatasi pengembangan toraks
Kulit akan menjadi kehitaman dan berbau
Respon psikologis
Terjadi luka akibat penekanan Dan Inflitrat cancer
ekspresi wajah meringis
integritas kulit rusak
Ekspansi paru terganggu
perasaan negatif tentang dirinya
Bertanya-tanya akan perubahan yg dialami
Metastase ke paru
MK: Nyeri
MK:kerusakan integritas jaringan
dispnea
MK:Gangguan citra tubuh
gelisah
Efusi pleura
MK: Kerusakan integritas kulit
MK:Ketidakefektifan pola napas
anoreksia
MK:. Ansietas
MK:Gangguan nutrisi

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien dengan inisial Ny.”M” umur 59 tahun masuk rumah sakit stella maris pada tanggal 15 april 2018 dengan keluhan utama nyeri. Pasien mengatakan sudah 1 tahun lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya, namun ia tidak segera memeriksakan benjolan tersebut ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan benjolannya semakin berkembang sehingga ia memeriksakannya ke dokter dan dokter memutuskan untuk mengangkat benjolan tersebut. Pasien mengatakan sudah dua bulan yang lalu ia pernah dikemo di Jakarta. Pasien mengatakan payudaranya sebelah kanan tiba-tiba mengkerut sehingga keluarga memutuskan untuk membawah pasien ke RS Stella Maris. Pasien mengatakan setelah sampai di RS Stella Maris, dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi untuk mengangkat payudaranya. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri yang dirasakan berada pada skala 8. Tampak pasien menangis akibat nyeri operasi yang ia rasakan, tampak pasien meringis kesakitan. Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada, Pasien mengatakan payudaranya sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi. Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia merasa malu karena ia sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya. Pasien mengatakan bahwa ia merasa minder karena payudaranya tinggal satu. Tampak payudara pasien sebelah kanan sudah tidak ada.

Keadaan umum tampak pasien terbaring lemas ditempat tidur, tampak infus terpasang pada tangan sebelah kiri, tampak cairan RL 500

ml dengan tetesan 16 tetes/menit, tampak drain terpasang, tampak kateter terpasang. Adapun hasil observasi yang didapat pada saat pengkajian adalah TD : 140/90 mmHg, N : 86×/ menit, S : 36,8°c, P : 22×/ menit. Berdasarkan data di atas, maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, gangguan citra tubuh berhubungan denga prosedur bedah (mastektomi). Dari ketiga diagnosa keperawatan di atas penulis mengangkat rencana keperawatan: Manajemen nyeri, Monitor tanda-tanda vital, Perawatan luka, dan peningkatan harga diri. Keempat rencana keperawatan tersebut dapat diimpementasikan dan hasil evaluasinya semua dapat teratasi sesuai dengan hasil yang diharapkan.

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	:	Lidiawati Ningsi
NIM	:	E1514401028

Unit : Bernadeth III B Autoanamnese : ✓

Kamar : 365[2] Alloananmnese : ✓

Tgl masuk RS : 15 April 2018

Tgl pengkajian : 16 April 2018 (16:00 WITA)

Operasi tanggal: 16 April 2018 (08:00- 14:00 WITA)

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	:	Ny.”M”
Umur	:	59 tahun
Jenis kelamin	:	Perempuan
Status perkawinan	:	Menikah
Jumlah anak	:	1 (satu)
Agama/suku	:	Kristen Protestan/Ambon
Warga Negara	:	WNI
Bahasa yang digunakan	:	Bahasa Indonesia
Pendidikan	:	S1
Pekerjaan	:	PNS
Alamat rumah	:	Air Low Ambon

   b. Penanggung jawab

Nama	:	Ny.”A”
Umur	:	37 tahun
Alamat	:	Air Low Ambon
Hubungan dengan pasien	:	Orang tua

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : *Ca Mammae Dextra*

   Saat pengkajian : *Mastektomi* hari pertama

3. Keadaan Umum
   a. Keadaan sakit

      Pasien tampak sakit sedang.

      Alasan : Tampak pasien terbaring lemas ditempat tidur, tampak infus terpasang pada tangan sebelah kiri, tampak cairan RL 500 ml dengan tetesan 16 tetes/menit, tampak drain terpasang, tampak kateter terpasang.

   b. Tanda – Tanda Vital

      1) Kesadaran: Kompos mentis

         Skala koma glaslow

         a) Respon motorik : 6
         b) Respon bicara : 5
         c) Respon membuka mata : 4

         Jumlah : 15

         Kesimpulan: Pasien tidak koma

      2) Tekanan darah : 140/90 mmHg

         MAP: 107 mmHg.

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36,8°C di Oral [ ] Axilla [√] Rectal [ ]

      4) Pernapasan :22 x/menit

         Irama: [√] Teratur [ ] Kusmaul [ ] Cheynes-stokesa

         Jenis : [√] Dada [ ] Perut

      5) Nadi : 86 x/menit

         Irama [√] Teratur [ ] Tachikardi [ ] Bradichardi

         [√] Kuat [ ] Lemah

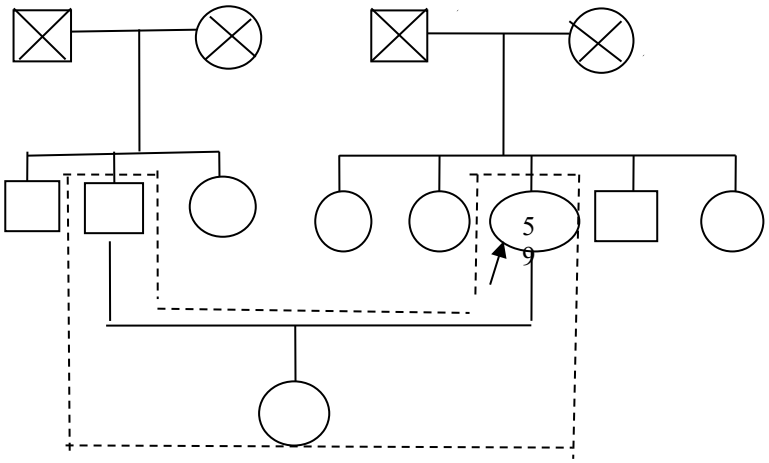
   c. Pengukuran

      Tanggal 17 April 2018

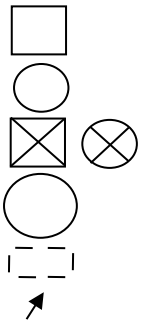
      1. Lingkar lengan atas : - cm
      2. Tinggi badan : 160 cm
      3. Berat badan : 75 kg
      4. IMT : 29 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan berlebih

d. Genogram



Keterangan :



: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu lebih penting dari segalanya namun pasien baru menyadarinya setelah ia mengalami gangguan pada payudaranya karena selama ini dia tidak terlalu memperhatikan kesehatannya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama :

Nyeri

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan sudah 1 tahun lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya, namun ia tidak segera memeriksakan benjolan tersebut ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan benjolannya semakin berkembang sehingga ia memeriksakannya ke dokter dan dokter memutuskan untuk mengangkat benjolan tersebut. Pasien mengatakan sudah dua bulan yang lalu ia pernah dikemo di Jakarta. Pasien mengatakan payudaranya sebelah kanan tiba-tiba mengkerut sehingga keluarga memutuskan untuk membawah pasien ke RS Stella Maris. Pasien mengatakan setelah sampai di RS Stella Maris, dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi untuk mengangkat payudaranya. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri yang dirasakan berada pada skala 8. Tampak pasien menangis akibat nyeri operasi yang ia rasakan, tampak pasien meringis kesakitan. Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada, Pasien mengatakan payudaranya sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan ia pernah dirawat di RS wahidin dengan penyakit hipertensi.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan ibunya meninggal 8 tahun yang lalu karena kanker payudara, pasien mengatakan tantenya juga mengalami penyakit kanker payudara.

5) Pemeriksaan fisik:
   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
   e) Kebersihan genitalia : Tampak bersih
   f) Kebersihan anus : Tampak bersih

b. Pola nutrisi metabolik
   1) Keadaan sebelum sakit:

      Pasien mengatakan sebelum sakit ia tidak terlalu memperhatikan makanannya karena terlalu sibuk dengan pekerjaannya. Pasien mengatakan kadang-kadang dalam 1 hari ia hanya makan bakso dipinggir jalan. Pasien mengatakan ia biasa makan nasi, sayur, ikan, dan daging. Pasien mengatakan ia minum air putih ± 6-8 gelas per hari, dan pada pagi hari ia minum teh1 gelas

   2) Keadaan sejak sakit:

      Pasien mengatakan pola makannya sudah teratur3x sehari, dan ia juga sudah tidak pernah lagi makan makanan instan atau bakso yang ada di pinggir jalan. Pasien mengatakan ia makan nasi, sayur, danging, ikan dan buah-buahan. Pasien mengatakan ia minum air putih ± 6-7 gelas per hari.

   3) Observasi:

      Tampak pasien belum bisa makan

   4) Pemeriksaan fisik:
      a) Keadaan rambut : tampak rambut pasien rontok
      b) Hidrasi kulit : kembali dalam 3 detik
      c) Palpebra/conjungtiva : tampak tidak ada udem/anemis
      d) Sclera : tampak tidak ikterik
      e) Hidung : tampak septum berada ditengah
      f) Rongga mulut : tampak bersih

Gusi : tampak bersih

Gigi palsu : tampak tiadak ada gigi palsu

g) Gigi : tampak tidak utuh

h) Kemampuan mengunyah keras: tampak pasien mampu mengunyah keras

i) Lidah : tampak bersih

j) Pharing : tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : tampak tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

l) Kelenjar parotis : tampak tidak ada pembesaran kelenjar parotis

m) Abdomen

(1) Inspeksi : Simetris tidak ada benjolan

(2) Auskultasi : Peristaltik usus 16×/menit

(3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(4) Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit

(1) Edema : ☐ positif ☑ negatif

(2) Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

(3) Tanda – tanda radang : Tampak tidak ada

o) Lesi: Tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB-nya lancar 1-2 kali sehari dan BAK-nya ± 5-7 kali sehari

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BAB-nya tidak bermasalah, pasien mengatakan ia BAB 1 kali dalam sehari dan BAK-nya tidak bermasalah namun ia dipasangkan kateter karena pasien belum bisa untuk bergerak karena proses operasinya belum memungkinkan untuk ke kamar mandi.

3) Observasi:

Tampak kateter terpasang

4) Pemeriksaan fisik :

a) peristaltik usus : 16×/ menit

b) palpasi kandung kemih : [ ] penuh [√] kosong.

c) nyeri ketuk ginjal : [ ] positif [√] Negatif.

d) mulut uretra : Tampak bersih

e) Anus

(1) peradangan : Tampak tidak ada

(2) Hemoroid : Tampak tidak ada

(3) Fistula : Tampak tidak ada

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit aktivitas pasien sahari-hari yaitu kerja di kantor dan menyelesaikan pekerjaan di rumah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia juga masih kerja di kantor, namun sebagian pekerjaannya di rumah dibantu oleh anaknya.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri seperti makan, pakaian, kerapihan, BAB, BAK, dan mobilisasi di tempat tidur.

a) Akitivitas harian :

(1) Makan : 0

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 0

(4) Kerapihan : 0

(5) Buang air besar : 0

(6) Buang air kecil : 0

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

(7) Mobilisasi ditempat tidur: 0

b) Postur tubuh : Normal

c) Gaya jalan : Normal

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada

e) Fiksasi :Tampak tidak ada

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Baring: 140/90 mmHg

Duduk: 150/100 mmHg

Berdiri: -

Hipotensi ortostatik:

b) HR: 86×/ menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : Pompa ventrikel memadai

e) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

(1) Inspeksi

Bentuk thorax :

Sianosis: Tampak tidak ada

Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi

Vocal fremitus : Getaran paru-paru kiri dan kanan sama

(3) Perkusi : [√] sonor [ ] redup [ ] pekak.

Lokasi : Dada

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Sama pada kedua lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Tidak teraba

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung :ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A: Tunggal ICS II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P: Tunggal ICS II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T: Tunggal ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M: Tunggal ICS V linea mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop: Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta :

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif

(2) Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

(3) 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, tidak mampu bergerak

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologi : Biseps(+) Triseps (+)

Refleks patologi :

Babinski, kiri : [ ] positif [√] negative

Kanan: [ ] positif [√] negative

(5) Clubbing jari-jari : Tidakada

(6) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis :

(1) Inspeksi : [ ] Lordosis [ ] Kiposis

[ ] Soliosis [√] Tidak ada kelainan

(2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia tidak pernah tidur siang, pasien mengatakan ia tidur malam dari jam 21:00-05:00 WITA

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia juga tidak pernah tidur siang dan ia tidur malam dari jam 22:00-04:00 WITA

3) Observasi : Tampak saat pengkajian pasien terlihat mengantuk

Ekspresi wajah mengantuk	:	√ positif		negatif
Banyak menguap	:		√	negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:		√	negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata dan alat pendengar.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata dan alat bantu pendengar.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan seperti kacamata

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan :

(1) Cornea : Tampak jernih

(2) Visus : Positif

(3) Pupil : Tampak isokor

(4) Lensa mata : Tampak jernih

(5) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba kenyal

b) Pendengaran :

(1) Pina : Simetris kiri dan kanan

(2) Kanalis : Bersih, tidak tampakserum

(3) Membran timpani : Tampak utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien pribadi yang baik dan rama dengan orang-orang di sekitarnya, keluarga pasien mengatakan pasien aktif dalam kegiatan di gereja, kantor, dan dimasyarakat

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia merasa malu karena ia sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya. Pasien mengatakan bahwa ia merasa minder karena payudaranya tinggal satu. Tampak payudara pasien sebelah kanan sudah tidak ada.

3) Observasi :

Tampak pasien merasa malu dengan keadaannya yang sekarang.

a) Kontak mata : Tampak berkurang

b) Rentang perhatian : Tampak berkurang

c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas

d) Postur tubuh : Tampak normal

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tampak normal

c) Kulit :Tampak kering dan bersih

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tinggal dengan anaknya di rumah dan cucunya. Pasien mengatakan ia berperan sebagai IRT dalam rumah tangganya dan pasien mengatakan hubungannya dengan orang-orang di sekitarnya baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia jarang berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya karena ia merasa malu dengan kondisi dan keadaannya saat ini.

3) Observasi :

Tampak pasien jarang berkomunikasi dengan pasien yang ada disebelah tempat tidurnya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia berumur 59 tahun, pasien mengatakan ia mempunyai 1 orang anak. Pasien mengatakan ia tidak ada gangguan pada reproduksinya, ia menstruasi sejak umur 15 tahun dan manopaus sejak umur 43 tahun.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak ada masalah dalam reproduksi dan seksualitasnya.

3) Observasi :

Tampak tidak ada kelainan

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji karena tidak ada penyakit kelamin atau gangguan yang ditemukan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan terkadang marah-marah jika ada masalah dalam rumah tangganya yang tidak bisa ia selesaikan sehingga pasien biasa minta bantuan kepada suami atau saudaranya untuk menyelesaikan masalah yang ada.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia sangat khawatir dengan keadaannya. Pasien mengatakan semoga cepat sembuh dan bisa berkumpul lagi dengan keluarga yang lain.

3) Observasi :

Tampak pasien cemas dengan keadaannya saat ini.

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama kristen protestan. Pasien mengatakan sebelum sakit ia rajin kegeraja dan mengikuti kegiatan-kegiatan gerejawi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan walaupun dia sakit dia tetap rajin berdoa, namun ia sudah tidak lagi mengikuti kegiatan-kegiatan gerejawi.

3) Observasi :

Tampak pasien berdoa sebelum makan.

5. Uji saraf kranial

a) N I : Pasien mampu menghudu aroma minyak kayu putih.

b) NII : Pasien mampu membaca papan nama perawat pada jarak 30 cm.

c) N III, IV, VI : Pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik, pasien mampu menggerakkan bola mata kesegalah arah.

d) N V :

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan tissu diwajah

Motorik : Pasien mampu mengunyah keras

e) N VII :

Sensorik : Pasien mampu merasakan rasa manis saat diberikan permen

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersenyum, dan meringis.

f) N VIII :

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien belum bisa berjalan

Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat

g) N IX : Letak uvula berada ditengah

h) N X : Pasien mampu menelan

i) N XI : Pasien mampu mengangkat bahu kiri serta menggelengkan kepala

j) N XII : Pasien mampu menjalurkan lidah.

6. Pemeriksaan laboratorium dan terapi

Tanggal 15April 2018

a. Laboratorium

HGB	12.7	-
HCT	39.40	-
MCV	77.1	-
MCH	24.9	-
MCHC	32	-
RDW-CV	15.2	+
P-LCR	14.8	-

b. Laboratorium

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
FAAL HEMOSTASIS			
Waktu pendarahan / BT			
BT/ waktu pendarahan	2	1-6	Menit

Waktu pembekuan CT			
CT / waktu pembekuan	12	9-15	Menit

c. Laboratorium

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
Glukosa sewaktu	96	<160	mg/dL
SGOT	19	<32	u/L
SGPT	12	<31	u/L
UREUM	30.0	10-50	mg/dL
CREATININE	0.6	<1.1	mg/dL

d. Terapi

1) Ketorolac
   a) Klasifikasi / golongan obat : Obat anti inflamasi non-steroid (OAINS)
   b) Dosis umum : sesuai anjuran dokter
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 mg / 8 jam/IV
   d) Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Ketorolac adalah obat dengan fungsi mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara. Biasanya obat ini digunakan sebelum atau setelah prosedur medis atau setelah operasi.
   e) Indikasi
   f) Kontrak indikasi
   g) Efek samping: Nyeri dada, lemas, sesak, masalah penglihatan atau keseimbangan, demam, sakit kepala, kaku leher, menggigil, telinga berdenging.
2) Ranitidine 2 mg / 8 jam / IV
   a) Klasifikasi / golongan obat : Anti Histamin H_2
   b) Dosis umum : 2 ml /ampul
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 ml / 8 jam /IV
   d) Mekanisme kerja dan fungsi obat:

e) Kontrak indikasi : penderita dengan penurunan fungsi ginjal dan penurunan fungsi hati
f) Efek samping obat: Sakit kepala, pusing, mual, muntah, dan mata nyeri.

3) Moxifloxacin HCL I.V 150 mg / 24 jam
a) Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik Fluorokuinolon
b) Dosis umum : 150 mg
c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 150 mg / 24 jam
d) Mekanisme kerja antibiotik moxifloxacin : dengan cara menghambat enzim topoisomerase II (DNA Gyrase) dan IV
e) Indikasi : Digunakan hanya untuk pasien yang tidak dapat mengkonsumsi obat secara oral atau terbukti secara klinis harus memperoleh pemberian obat secara parenteral.
f) Kontrak indikasi : Pasien yang hipersensivitas terhadap komponen dari infus atau kuinolan lainnya, Pasien dibawah usia 18 tahun, pasien dengan riwayat penyakit tendon/gangguan yang berhubungan dengan pengobatan kuinolon.
g) Efek samping obat : terjadi dengan frekuensi yang lebih tinggi pada pasien yang diberi pengobatan secara I.V / oral.

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny.”M”/59 tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth III B/365[2]

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan tembus kebelakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan terus-menerus - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan seperti diiris-iris - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan berada pada skala 8 DO: - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak saat pengkajian pasien menangis akibat nyeri yang ia rasakan	Agens cedera fisik	Nyeri akut
2.	DS: - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada - Pasien mengatakan payudaranya sudah	Prosedur bedah	Kerusakan integritas jaringan

	dilakukan tindakan operasi DO: - Tampak luka operasi tertutup verban - Tampak payudara pasien sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi		
3.	DS: - Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa kerena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada - Pasien mengatakan bahwa ia merasa malu karena ia sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya - Pasien mengatakan bahwa ia merasa minder karena payudaranya tinggal satu DO: - Tampak payudara pasien sebelah kanan sudah tidak ada	Prosedur bedah (mastektomi)	Gangguan citra tubuh

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.”M”/59 tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth IIIB/3652

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Nyeri akut b.d agens cedera fisik
II	Kerusakan integritas jaringan b.d proses bedah
III	Gangguan citra tubuh b.d proses bedah (mastektomi)

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.”M”/59 tahun

Ruang/Kamar: Bernadeth III B/3652

NO DX	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)
1.	16 April 2018	Nyeri akut b.d agens cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan nyeri yang dialami pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan keskala 5 (secara konsisten menunjukkan). Dengan kriteria hasil: A. Kontrol nyeri (1605) 1. Mengenal kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5 2. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5 3. Menggunakan analgesik yang	A. Manajemen nyeri (1400) Aktivitas-aktivitas: 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri 2. Dorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya sesuai kebutuhan 3. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 4. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik

	16 April	Kerusakan	direkomendasikan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5 4. Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 5	5. Kolaborasi dengan pasien orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan penurunan nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan 6. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic 7. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat 8. Berikan informasi mengenai nyeri seperti: penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur 9. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri

2.	2018	integritas jaringan b.d prosedur bedah	B. Tanda-tanda vital (0802) 1. Suhu tubuh dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4 2. Denyut nadi radial dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4 3. Tekanan darah sistolik dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4 4. Tekanan darah diastolic dipertahankan pada skala 3 (deviasi sedang dari kisaran normal) ditingkatkan keskala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).	B. Monitor tanda-tanda vital Aktivitas-aktivitas: 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat
3.	16 April 2018	Gangguan citra tubuh b.d prosedur bedah (mastektomi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan yang dirasakan pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala skala 2 ditingkatkan keskala 4. Dengan kriteria hasil: Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa (1101)	Perawatan luka (3660) Aktivitas-aktivitas: 1. Angkat balutan dan plester perekat 2. Ukur luas luka yang sesuai 3. Bandingkan dan catat setiap perubahan luka 4. Monitor karakteristik luka, termasuk

			1. Sensasi pada kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4 2. Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4 3. Integritas kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4 4. Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 dutingkatkan keskala 4 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 5(konsisten positif) ditingkatkan keskala	drainase, warna, ukuran, dan bau 5. Dokumentasikan lokasi luka, ukuran dan tampilan 6. Bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun, dengan tepat 7. Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat 8. Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase 9. Anjurkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur parawatan luka 10. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Peningkatan harga diri (5400) 1. Bantu pasien untuk menemukan penerimaan diri 2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi

			2(jarang positif) Dengan kriteria hasil: Citra tubuh (1200) 1. Gambaran internal diri dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2 2. Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisikdipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2 3. Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2 4. Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2 5. Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2	respon positif dari orang lain 3. Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri 4. Monitor frekuensi verbalisasi negative terhadap diri 5. Monitor kurangnya tindak lanjut terkait dengan pencapaian tujuan 6. Monitor tingkat harga diri dari waktu kewaktu, dengan tepat 7. Dukung pasien untuk menerima tantangan baru 8. Dukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.”M”/59 tahun

Ruang/Kamar : Bernadeth III B/365$_2$

HARI TANGGAL	DP	WAKTU	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	PERAWAT
Selasa 17april 2018	I	14:00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif H/: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi , nyeri berada pada skala 6, nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan ±5-10 menit	Ningsi
	I	14:30	Memberikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri H/: Pasien mengatakan ia mengerti dengan informasi yang diberikan oleh perawat	Ningsi
	I	15:00	Memilih dan mengajarkan terapi nonfarmakologi dengan cara teknik relaksasi nafas dalam H/: Tampak pasien mengerti dengan teknik relaksasi yang diajarkan perawat	Ningsi
	I	16:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: − Ketorolac 1 mg/ IV − Ranitidine 2 ml / IV	Kak Vero

	I	16:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 150/100 mmHg, N : 80×/menit, S : 36,6˚c, P : 22×/menit	Ningsi
	II	17:20	Menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi H/: Pasien mengatakan iya mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat	Ningsi
	III	18:00	Membantu pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan cara memotivasi pasien bahwa masih banyak orang yang penyakitnya lebih para dari dia dimana kedua payudaranya sudah diangkat H/: Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada	Ningsi
	I	19:00	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri H/: Pasien mengatakan bahwa ia mengerti tentang prinsip manajemen nyeri yang diajarkan oleh perawat	Ningsi
	I	20:00	Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri H/: Pasien mengatakan ia susah untuk tidur	Ningsi

	I	21:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 150/100mmHg, N : 84×/menit S : 36˚c, P : 20×/menit	Andis
	I	24:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: − Ketorolac 1 mg/ IV − Ranitidine 2 mg IV	Kak Stemy
	I	05:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD :160/100 mmHg, N : 84×/menit S : 36,4˚c, P : 20×/menit	Andis
	I	06:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: Moksifloxacin 150 mg/ IV	Kak Stemy
	I	08:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: − Ketorolac 1 mg/ IV − Ranitidine 2 mg/ IV	Kak July
	III	08:30	Memonitor tingkat harga diri pasien H/: Tampak pasien menunduk saat berbicara	Agnes
	I	10:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg, N : 80×/menit S : 36,2˚c, P : 20×/menit	Agnes
	I	11:00	Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri H/: Pasien mengatakan puas dengan tindakan yang dilakukan oleh	Agnes

			perawat untuk mengatasi nyerinya	
	I	12:00	Mendukung pasien istirahat untuk membantupenurunan nyeri H/: Pasien mengatakan bahwa ia akan mencoba untuk istirahat	Agnes
	I,II, III	13:00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif H/:− Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi,nyeri berada pada skala 5, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan hilang timbul dirasakan ±3-6 menit − Tampak pasien meringis	Ningsi
			Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau H/:- Pasien mengatakan terdapat luka pada dadanya akibat operasi - Tampak luka pada dada pasien terbalut verban	
			Membantu pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan cara memberikan motivasi H/: −Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada − Tampak pasien tunduk saat berbicara	
Rabu 18			Mendukung pasien istirahat untuk	

april 2018	I	14:00	membantu penurunan nyeri H/: Pasien mengatakan ia sudah bisa tidur	Ningsi
	II	15:30	Mempertahankan teknik balutan steril pada saat melakukan perawatan luka H/: Tampak saat mengganti verban perawat menggunakan hanscun steril dan kasa steril	Kak Iren
	II	15:40	Mengganti balutan / verban pada luka operasi pasien H/: pasien mengatakan ia merasa nyaman karena verbannya sudah tidak basa lagi	Kak Iren
	I	16:00	Memonitor tanda-tanda vital TD: 160/100 mmHg, N : 82×/menit S : 36’5˚c, P : 22×/menit	Ningsi
	I	16:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/:− Ketorolac 1 mg/ IV − Ranitidine 2 mg/ IV	Kak Iren
	II	17:30	Memonitor karakteristik luka termasuk warna dan bau H/: Tampak luka pasien belum kering dan berwarna cokelat kehitaman, tidak tercium adanya bau.	Ningsi
	III	19:00	Mendukung pasien agar ia bisa menerima keadaannya saat ini dengan cara memberikan motivasi	Ningsi

			H/: Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima dirinya.	
	III	20:00	Mendukung pasien agar ia bisa kuat dalam menghadapi penyakit yang sedang diderita dengan cara memotivasi pasien agar tetap semangat menghadapi penyakitnya. H/: Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya	Ningsi
	I	21:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 150/100 mmHg, N : 80×/menit S : 36°c, P : 20×/menit	Aris
	I	24:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: - Ketorolac 1 mg/ IV - Ranitidine 2 mg/ IV	Kak Lusi
	I	05:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 160/100 mmHg, N : 82×/menit S : 36,4°c, P : 22×/menit	Aris
	I	06:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: Moxifloxacin 150 mg/ IV	Kak Lusi
	I	08:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: - Ketorolac 1 mg/ IV - Ranitidine 2 mg/ IV	Kak Lia
			Memonitor kepuasan pasien terhadap	

			manajemen nyeri yang dilakukan oleh perawat	
	I	09:00	H/: Pasien mengatakan ia merasa puas dengan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyerinya.	Agnes
			Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg, N : 80×/menit S : 36°c, P : 20×/menit	
	I	10:00	Mendorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya	Agnes
	I,II, III	13:00	H/:- Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan berada pada skala 3, nyeri dirasakan hilang- timbul, nyeri dirasakan seperti diiris-iris dirasakan ±2-3 menit -Tampak pasien mengeluh saat nyerinya timbul	Ningsi
			Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau H/:- Pasien mengatakan lukanyanya masih basah - Tampak luka pasien masih basah	
			Mendukung pasien agar ia bisa menerima tantangan baru dengan cara memberi dukungan kepada pasien agar ia bisa menerima keadaannya saat ini H/:- Pasien mengatakan bahwa ia bisa	

			menerima tantangan yang sedang ia alami saat ini - Tampak pasien sudah tidak malu dengan keadaannya saat ini	
Kamis 19 April 2018	I	14:00	Mengevaluasi pemahaman pasien mengenai informasi yang telah diberikan berhubung dengan ketidak nyamanan akibat prosedur H/: Pasien mengatakan bahwa ia mengerti dengan informasi yang diberikan oleh perawat mengenai posisi agar terhindar dari ketidaknyamanan akibat prosedur	Ningsi
	II	15:00	Membandingkan dan mencatat setiap perubahan luka H/: Tampak luka pasien sudah kering dan berwarna cokelat kehitaman	Ningsi
	I	16:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg, N : 80×/menit S : 36,4°c, P : 20×/menit	Ningsi
	I	16:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: - Ketorolac 1 mg/ IV -Ranitidine 2 mg/ IV	Kak Iren
			Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri yang dilakukan olen perawat H/: Pasien mengatakan bahwa ia puas dengan tindakan yang dilakukan	

	I	17:00	oleh perawat untuk mengatasi nyerinya	Ningsi
	III	18:45	Membantu pasien untuk menemukan penerimaan diri dengan cara meyakinkan pasien bahwa walaupun saat ini ia sedang menderita suatu penyakit namun harus tetap bersyukur dibanding dengan orang lain yang penyakitnya lebih para namun ia masih tetap menerima dirinya apa adanya H/: Pasien mengatakan bahwa ia sudah menerima dirinya dengan keadaan sekarang ini	Ningsi
	I	20:00	Mengevaluasi prinsip manajemen nyeri yang telah diajarkan kepada pasien dengan cara menanyakan kepada pasien H/: Pasien mengatakan ia mengerti dengan prinsip manajemen nyeri yang diajarkan oleh perawat seperti teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri	Ningsi
	I	21:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 150/90 mmHg, N : 82×/menit S : 36,5°c, P : 20×/menit Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: - Ketorolac 1 mg/ IV -Ranitidine 2 mg/ IV	Anggi

	I	24:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg, N : 80×/menit S : 36,2°c, P : 22×/menit	Kak Stemy
	I	05:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: Moxifloxacin 150 mg/ IV	Anggi
	I	06:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan peresepan analgesik H/: - ketorolac 1 mg/ IV -Ranitidine 2 mg/ IV	Kak Stemy
	I	08:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg, N : 82×/menit S : 36,4°c, P : 20×/menit	Kak Lia
	I	10:00	Membantu pasien untuk bisa mengidentifikasi respon positif dari orang lain H/: Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima apapun yang orang lain	Ningsi & Andini
	III	11:00	katakana tentang dirinya	Ningsi
	I,II, III	13:20	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif H/:- Pasien mengatakan bahwa nyeri yang ia rasakan sudah berkurang, nyeri berada pada skala 1 -Tampak pasien tidak pernah mengeluh Monitor karakteristik luka, termasuk	Ningsi

			drainase, warna, ukuran dan bau H/:- Pasien mengatakan terdapat luka pada dada sebelah kanannya - Tampak luka pasien sudah kering Mendukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan H/:-Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya -Tampak pasien semangat menghadapi penyakitnya	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.”M”/59 tahun

Ruang/Kamar: Bernadeth III B/ 365$_2$

HARI TANGGAL	DP	EVALUASI SOAP	PERAWAT

Rabu 18 April 2018 13:00	I	S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri berada pada skala 5, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan hilang timbul dirasakan ±3-6 menit O: Tampak pasien meringis A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Ningsi
	II	S:Pasien mengatakan terdapat luka pada dadanya akibat operasi O:Tampak luka pada dada pasien terbalut verban A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi perawatan luka	Ningsi
	III	S: Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada O: Tampak pasien tunduk saat berbicara A: Gangguan citra tubuh belum teratasi P: Lanjutkan intervensi peningkatan harga diri	Ningsi
Kamis 19 April 2018	I	S: Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan berada pada skala 3, nyeri dirasakan hilang-timbul nyeri dirasakan seperti diiris-iris dirasakan ±2-3 menit O:Tampak pasien mengeluh saat nyerinya timbul A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Ningsi
	II	S: Pasien mengatakan lukanya masih basah O: Tampak luka pasien masih basah A:Kerusakan integritas jaringan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi perawatan luka	Ningsi
		S: Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima	

	III	tantangan yang sedang ia alami saat ini O:Tampak pasien sudah tidak malu dengan keadaannya saat ini A: Gangguan citra tubuh teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi peningkatan harga diri	Ningsi
Jumat 20 April 2018	I	S: Pasien mengatakan bahwa nyeri yang ia rasakan sudah berkurang O:-Tampak pasien tidak pernah mengeluh nyeri -Nyeri berada pada skala 1 A: Nyeri akut sudah teratasi P: Stop intervensi manajemen nyeri	Ningsi
	II	S: Pasien mengatakan terdapat luka pada dada sebelah kanannya O: Tampak luka pasien sudah kering A: Kerusakan integritas jaringan sudah teratasi P: Stop intervensi perawatan luka	Ningsi
	III	S: Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya O:Tampak pasien semangat menghadapi penyakitnya A: Gangguan citra tubuh sudah teratasi P: Stop intervensi peningkatan harga diri	Ningsi

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas mengenai kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang diperoleh pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny.”M” dengan *post op ca mammae dextra* di ruang perawatan Bernadeth III B RS Stella Maris selama tiga hari dari tanggal 17 – 19 April 2018 dengan menggunakan pendekatan proses perawatan yang terdiri dari : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pasien Ny.”M” umur 59 tahun, jenis kelamin perempuan masuk di RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 15 April 2018 dengan keluhan utama nyeri. Riwayat keluhan utama pasien mengatakan sudah satu tahun lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya namun ia tidak segera memeriksakan benjolan tersebut ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan benjolannya semakin berkembang sehingga ia memeriksakannya ke dokter dan dokter memutuskan untuk mengangkat benjolan tersebut. Pasien juga mengatakan bahwa ia pernah dikemo di Jakarta sekitar dua bulan yang lalu, namun tiba-tiba payudara pasian sebelah kanan mengkerut sehingga keluarga memutuskan untuk membawah pasien ke RS. Stella maris Makassar. Pasien mengatakan setelah sampai di RS. Stella Maris dokter memutuskan melakukan tindakan operasi untuk mengangkat payudaranya pada sebelah kanan. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri dirasakan berada pada skala 8.Tampak pasien meringis kesakitan.

Nyeri terjadi karena jaringan atau saraf pada daerah dada mengalami cedera akibat tindakan operasi yang dilakukan

(*mastektomi*). Tanda-tanda vital : TD: 140/90 mmHg, N: 86×/menit, S: 36,8°c, P: 22×/menit. Kerusakan integritas jaringan terjadi akibat tindakan pembedahan sehingga menyebabkan jaringan-jaringan yang ada mengalami cedera. Pasien mengalami masalah gangguan citra tubuh karena payudara sebelah kanan telah dioperasi sehingga pasien merasa bahwa dia sudah putus asa karena sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya dimana payudara pada perempuan itu merupakan suatu organ tubuh yang memproduksi ASI dan merupakan organ penunjang penampilan pada wanita dimana ketika organ tersebut sudah tidak ada maka perempuan tersebut merasa bahwa dirinya sudah tidak lagi menjadi perempuan seutuhnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 6 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera fisik, dan agens cedera kimiawi.
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi, dan prosedur bedah.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit gangguan fungsi psikososial dan prosedur bedah.
4. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, pajanan pada toksin, dan perubahan besar (misalnya status kesehatan).
5. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas.
6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Berdasarkan kasus yang telah dikelolah dari data yang mendukung maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah (mastektomi).

Apabila dibandingkan dengan teori terhadap perumusan diagnosa ini terjadi kesenjangan yaitu dimana secara teoritis terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada Ny.”M” terdapat 3 diagnosa keperawatan yang bisa diangkat. Menurut penulis hal ini bisa diakibatkan karena diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis dirumuskan secara umum pada pasien dengan *Ca. Mammae* sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus ditujukan pada satu pasien yang sasarannya untuk mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien tersebut. Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang tidak diangkat pada kasus yaitu: Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, pajanan pada toksin, dan perubahan besar (misalnya status kesehatan). Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis tidak menemukan adanya tanda-tanda kecemasan pada pasien. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami sesak. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami gangguan pada pola nutrisinya, IMT: 29 kg/m^2.

C. Rencana Keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang ada diatas maka intervensi kererawatan yang dibuat adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Penulis membuat intervensi sesuai dengan teoritis yaitu: Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan terhadap nyeri (menangis,meringis). Berikan

informasi mengenai nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri berlangsung. Ajarkan pasien teknik relaksasi (Tarik napas dalam kemudian hembuskan lewat mulut) bila nyeri timbul, hadir didekat pasien untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aktivitas lain untuk membantu relaksai seperti melakukan perubahan posisi, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgesik.

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah. Penulis membuat intervensi sesuai dengan tujuan teoritis yaitu: Mengukur luas luka yang sesuai, membandingkan dan mencatat setiap perubahan luka, memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah (*mastektomi)*. Penulis membuat intervensi sesuai dengan tujuan teoritis: Membantu untuk menemukan penerimaan diri, membantu untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain,memonitor frekuensi verbalisasi negative terhadap diri.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut meliputi tindakan pengkajian, observasi, tindakan mandiri perawat, penyuluhan dan penatalaksanaan order dokter.

Dari tiga diagnosa yang diangkat oleh penulis semuanya dapat diimplementasikan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.

E. Evaluasi

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan masalah kasus *Ca Mammae dextra*. Dari ketiga diagnosa yang diangkat semua sudah dapat teratasi. Adapun evaluasi penulis adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis

menyimpulkan masalah nyeri akut sudah teratasi karena nyeri berada pada skala 1 (nyeri ringan).

2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah kerusakan integritas jaringan sudah teratasi karena luka operasi sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah *(mastektomi)*. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah gangguan citra tubuh sudah teratasi karena pasien sudah bisa menerima dirinya apa adanya dan sudah tidak malu dengan kondisinya dimana payudaranya sebelah kanan sudah tidak ada karena sudah dilakukan tindakan operasi *(mastektomi).*

BAB V
PENUTUP

Setelah menguraikan pembahasan pada kasus Ny.”M” dengan *Post Op Ca Mammae dextra* di ruang perawatan Bernadeth IIIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dalam bab ini penulis akan menuliskan beberapa kesimpulan dan saran.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny.”M” dengan *Post Op Ca Mammae Dextra*. Ditemukan data bahwa nyeri pada bekas operasi, nyeri dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan terus-menerus, nyeri yang dirasakan berada pada skala 8. Tampak pasien menangis akibat nyeri operasi yang ia rasakan, tampak pasien meringis kesakitan. Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada, Pasien mengatakan payudaranya sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi. Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia merasa malu karena ia sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya. Pasien mengatakan bahwa ia merasa minder karena payudaranya tinggal satu. Tampak payudara pasien sebelah kanan sudah tidak ada.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan antara lain:
   a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
   b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah
   c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah (mastektomi)

3. Dari rencana keperawatan yang disusun semua dapat diimplementasikan selama 3 hari perawatan sesuai dengan apa yang telah direncanakan.
4. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada pasien Ny.”M” dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah nyeri akut, kerusakan integritas jaringan, dan gangguan citra tubuh dapat teratasi.

B. Saran

1. Bagi instansi Rumah Sakit

   Penulis berharap untuk Rumah Sakit agar lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada penderita *Ca Mammae* terutama dalam perawatan luka operasi untuk mencegah terjadinya infeksi.
2. Bagi Pendidikan

   Penulis mengharapkan karya tulis ini dapat menjadi bahan studi kasus yang dapat bermanfaat bagi pembaca.
3. Bagi Pasien

   Penulis mengharapkan pasien harus mempertahankan kesehatannya, tidak merasa tersisikan dari lingkungannya dan tetap semangat untuk menghadapi penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

Hertman, T. Heather. (2015) Nanda Internasional INC. Doagnosa Keperawatan Nanda NIC NOC. Jakarta : EGC

Nursing Interventions Clasification (NIC). (2013), Nursing Intervention classification. Edisi ke-6, edisi bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes, Clasification (NOC). (2013), Nursing outcames, edisi ke-5, edisi bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxana D. Tumanggor

Pearce, Evelyne C. 2011. Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Rasjidi imam.2010. Epidemiologi Kanker Wanita.Jakarta: Agung Seto.

suyatno dan Pasaribu Emir T. Bedah Onkologi Diagnostik dan Terapi. 2010. Jakarta : Sagung seto.

Saferi Andra & Putri Yessie Mariza. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2.Yogyakarta: Nuha Media.

Supiyanto wawan.2015. Kanker Payudara & Penyembuhannya. Yogyakarta: Parama Ilmu.

https://goo.gl/images/YIGywf Anatomi payudara. Astriyani-Fitri. Blogspot. Com (2010). Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://etd.Repository.Ugm.Ac.id – Latar belakang ca mammae. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/ketorolac/amp/. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/ranitidine/amp/. Diakses tanggal 05/05/18 10:00 Wita

https://hellosehat.com/obat/moxiflooxacin/. Diakses tanggal 05/05/18

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Lidiawati Ningsi

Nim : E1514401028

Judul : *Post Op Ca Mammae Dextra*

Pembimbing : Serlina Sandi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Hari Tanggal	Materi Konsul	Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	Senin 16 April 2018	BAB III Pengkajian & Renpra			
2.	Senin 30 April 2018	BAB III Implementasi & Evaluasi	BAB III Lanjut pengetikan		
3.	Senin 14 Mei 2018	BAB III Pengetikan	BAB II & BAB IV Lanjutkan Pengetikan		
4.	Senin 21 Mei 2018	BAB I, BAB II, BAB IV, BAB V & BAB III perbaikan	Lihat yang dikoma BAB IV Pembahasan dijelaskan		
5.	Rabu 23 Mei 2018	BAB I, BAB II,& BAB V	BAB I Paragraf terahir, BAB II ACC, BAB V ACC		
6.	Sabtu 26 Mei 2018	BAB I, BAB III, & BAB IV	BAB I ACC, BAB III ACC, & BAB IV Perbaiki pengkajian		

7.	Senin 28 Mei 2018	BAB IV Perbaikan pengkajian, Patoflow& sampul	BAB IV ACC, & ditambahkan		
8.	Rabu 30Mei2018	Lembar persetujuan, lembar pengesahan, kata pengantar,& daftar riwayat hidup			
9.	Sabtu 02 juni 2018	Daftar isi,daftar gambar, daftar tabel, daftar pustaka & Patoflow			