KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY"E" DENGAN POST OP CA MAMMAE SINISTRA DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH :

DELPIANA WENI SAMARA

E1714401011

DIANINGSIH RUPILELE

E1714401012

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul **" ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."E" DENGAN *POST OP CA MAMMAE SINISTRA* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Dianjurkan Oleh :

DELPIANA WENI SAMARA

E1714401011

DIANINGSIH RUPILELE

E1714401012

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Felisma Ganut, S.Kep., Ns)

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc)

NIDN. 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."E" DENGAN *POST OP CA MAMMAE SINISTRA* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 16 Juni 2020
Pukul : 08.00 - 08:40
Tempat : Ruang B

Tim penguji :

1. (Yunita Carolina Satti, S.Kep.,Ns.,M.Kep) ( )
   NIDN.0910099002

2. (Fransisco Irwandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep) ( )
   NIDN.0904078805

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

I. Identitas Pribadi

Nama	: Delpiana Weni Samara
Tempat/tanggal lahir	: Padang, 02 Juni 1999
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln.Yosep Latumahina no 18. Losari

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Adolfina Sakke’
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Tana Toraja, Mengkendek

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 157 BATURONDON	:2005 - 2011
SMP KATOLIK MINANGA	:2011 - 2014
SMA NEGERI 1 MAKALE	:2014 - 2017
STIK STELLA MARIS MAKASSAR	: 2017 - 2020

I. Identitas Pribadi

Nama	: Dianingsih Rupilele
Tempat/tanggal lahir	: Hila, 06 maret 1994
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen protestan
Alamat	: Rajawali

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Yanis Rupilele
Agama	: Kristen Protest an
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Kota Tiukur

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD KRISTEN HILA	: 2005 - 2011
SMP NEGERI 5 TERSELATAN	: 2011 - 2014
SMA NEGERI 3 TERSELATAN	:2014 - 2017
STIK STELLA MARIS MAKASSAR	: 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan Ny"E" umur 55 thn Yang Di Rawat Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan KTI ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal yang disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan KTI ini.

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik itu dukungan moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.SI.S.,Kep.Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc. Selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon Ns,M.Kes. Selaku ketua program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Felisma Ganut, S.Kep.,Ns selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
5. Kepada seluruh staf dosen, pengajar, dan pegawai di STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar

6. SR.DR.Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M.Kes selaku direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan pengambilan data awal dan memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di RS Stella Maris Makassar
7. Teristimewa kepada kedua orang tua, saudara dan keluarga kami yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan, bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
8. Seluruh teman Program D3 keperawatan angkatan 2017 dan sahabat. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini. Akhir kata semoga KTI ini dapat bermanfaat dikemudian hari. Terimakasih

Makaassar, 16 Maret 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **ii**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **vi**

DAFTAR ISI ..... **viii**

DAFTAR GAMBAR ..... **x**

DAFTAR TABEL ..... **xi**

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar belakang 1

B. Tujuan penulisan 5

C. Manfaat penulisan 6

D. Metode penulisan 6

E. Sistematika penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORITIS **9**

A. Konsep Dasar Medis 9

1. Pengertian 9
2. Anatomi fisiologi 9
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 15
5. Manifestasi klinik 17
6. Tes diagnostik 20
7. Penatalaksanaan medik 20
8. Komplikasi 22

B. Konsep Dasar Keperawatan 23
1. Pengkajian 23
2. Diagnosa Keperawatan 32
3. Intervensi Keperawatan 33
4. Discharge Planing 37
BAB III TINJAUAN KASUS 39
A. Pengamatan Kasus 39
B. Pengkajian 41
C. Analisa data 60
D. Diagnosa keperawatan 63
E. Rencana keperawatan 64
F. Implementasi 69
G. Evaluasi 84
H. Daftar obat 91
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 93
A. Pengkajian 93
B. Diagnosa Keperawatan 95
C. Perencanaan Keperawatan 97
D. Pelaksanaan Keperawatan 98
E. Evaluasi 98
BAB V PENUTUP 100
A. Kesimpulan 100
B. Saran 101
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi payudara 9
Gambar 2.2 Genogram 43

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium..... 43
Tabel 3.2 analisa data..... 60
Tabel 3.3 diagnosa keperawatan..... 63
Tabel 3.4 rencana keperawatan..... 64
Tabel 3.5 pelaksanaan keperawatan 69
Tabel 3.6 evaluasi..... 84

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh perubahan sel-sel tubuh menjadi sel yang abnormal dan pertumbuhannya di luar kendali. Sel-sel pada kanker payudara biasanya membentuk tumor yang sering terlihat pada pemeriksaan x-ray atau sering dirasakan berupa benjolan pada payudara.(Hartaningsih D, Sudarsa.2014).

Kanker payudara merupakan salah satu jenis kanker yang sering terjadi pada wanita. Kanker payudara juga bisa terjadi pada laki-laki, namun perbandingannya sangat kecil yaitu 1: 1000. Berdasarkan data *Global Cancer Statistic* (2012) yang dimuat dalam *Center Of Disease Control and Prevention* (2016), kasus kanker payudara di dunia menempati urutan kedua setelah kanker paru-paru (12% dari semua kanker yang didiaknosis; 1,7 juta orang). Sedangkan kasus kematian yang disebabkan oleh kanker payudara di dunia menempoati urutan kelima (6% dari semua kanker yang didiagnosis; 522.000 orang).

Berdasarkan pada data sistem informasi rumah sakit pada tahun 2010, kanker payudara merupakan jenis kanker tertinggi pada pasien rawat jalan maupun rawat inap mencapai 12.014 orang (28,7%).

Berdasarkan *American Cancer Society,* didapatkan rerata harapan hidup pasien kanker payudara stadium III adalah sebesar 84%, sedangkan stadium IV hanya sebesar 19%. Data National Cancer Database pada tahun 2001-2004 didapatkan harapan hidup 5 tahun pasien kanker payudara stadium IIIA sebesar 67%, IIB sebesar 41%, IIIC sebesar 39% serta stadium IV sebesar 15%.(Breast cancer facts and figuras., 2016).

Di Indonesia kanker payudara berada diurutan nomor dua setelah kanker leher rahim jumlah pasien kanker payudara didapatkan prevelensi sebesar 26 per 100.000 wanita, penderita sekitar 60-70% datang pada stadium tiga, yang kondisinya terlihat semakin parah (Depkes., 2016).

Di Indonesia jenis penanganan yang dilakukan pada pasien kanker termasuk didalamnya kanker payudara, tercatat pada tahun 2018 tertinggi pembedahan 61,8%, kemotrapi 24,9%, radiasi atau penyinaran 17,3% (Riskesdas., 2018).

Prevalensi kanker payudara di Provinsi Sulawesi Selatan berada pada urutan ke tujuh yaitu sebesar 0,07%. Terdapat kecenderungan dari tahun ke tahun meningkat. Sebagian besar keganasan payudara datang pada stadium lanjut.

Berdasarkan data rekapan dari Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2012 jumlah kasus kanker payudara adalah sebanyak 805 kasus, sedangkan pada tahun 2013 menurun menjadi 749 kasus dan meningkat kembali pada tahun 2014 menjadi 1.051 kasus.

Kanker payudara adalah tumor ganas yang menyerang jaringan payudara. Ciri-ciri dari kanker payudara yaitu adanya rasa sakit pada payudara, benjolan pada payudara semakin membesar, kulit payudara meneriput seperti kulit jeruk, dan terkadang keluar cairan atau darah dari putting susu (Romito et al, 2012). Biasanya, luka kanker akan muncul pada stadium lanjut

yang membuat penderita tidak nyaman sehingga mempertimbangkan untuk mencari pertolongan kesehatan. Kondis ini akan berdampak pada aspek psikologis penderita, yaitu perubahan citra tubuh, konsep diri, hubungan social, dan lainnya (Costa-Requena, Rodrigeuez, & Fernandez-Ortega, 2013; Romito, et al, 2012; Sarafino & Smith, 2012). Faktor risiko tinggi penyebab kanker payudara meliputi jenis kelamin, usia, riwayat keluarga, genetik, siklus mentruasi, melahirkan dan riwayat kanker sebelumnya (Breast Care Indonesia, 2017).

Berdasarkan uraian diatas diketahui faktor resiko memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap kanker payudara yang dilihat melalui eksresi resptor esktrogen pada hasil pemeriksaan imunohistokimia terhadap penderita kanker payudara.(Indrati R. 2015).

Kanker payudara bukanlah kasus yang dapat diabaikan karena prevelensi kejadian kanker payudara yang tinggi maka diperlukan solusi yang tepat untuk menghadapi kanker payudara baik cara penatalaksanaan kanker payudara maupun pencegahannya. Secara garis besar penatalaksanaan kanker payudara dibagi menjadi dua, terapi lokal yaitu berupa konservatif, mastektomi dengan rekontruksi, mastektomi dengan radikal yang dimodifikasi. Yang kedua yaitu terapi sistemik yang berupa kemotrapi dan terapi radiasi (Astana, 2016).

Upaya pencegahan tersebut berupa dengan edukasi pemeriksa payudara sendiri (SADARI) dan pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) (Kemkes RI, 2017). SADARI dan SADANIS bertujuan untuk menemukan benjolan pada payudara sedini mungkin agar dapat dilakukan tindakan secara dini (Kemenkes RI, 2017). Selain dari SADARI dan SADANIS pemeriksaan yang akurat bisa dari mammografi. Keefektifan mammografi dalam mendeteksi kanker payudara sekitar 90%.

Mammografi mendeteksi kanker payudara kecil dalam 2 tahun sebelum kanker dapat dipalpasi, dengan adanya massa payudara yang mencurigakan biopsi harus dilakukan meskipun sudah ada hasil mamografi karena mamografi tidak bisa mendeteksi kanker payudara sangat padat (Martin dan Griffin, 2015).

Berdasarkan fenomena di atas maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul " Asuhan Keperawatan Dengan *Post Op Ca Mammae* Di Ruang Perawatan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar ".

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

   Untuk memperoleh pengalaman nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada wanita dengan *Ca Mammae* di ruang perawatan Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian keperatan pada wanita dengan *Ca Mammae*

   b. Merumuskan diagnossa keperawatan pada wanita dengan *Ca Mammae*

   c. Menyusun perencanaan pada wa nita 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 menyususn karya tulis ini, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Kesehatan Instalasi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga keperawatan khususnya bagian Ongkologi dalam mengambil langkah-langkah dalam rangka upaya untuk meningkatakan 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 khasus 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 atau 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 teman-teman mahasiswa.

d. Internet

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

E. Sistematika Penulisan

Penulis karya tulis ilmiah ini secara sistematis dalam beberapa BAB yaitu: Bab 1 Pendahuluan, pada bab ini diuraikan latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan teoritis yang diuraikan dalam 2 bagian yaitu : konsep dasar medik yang mencakupndefinisi, etiologi, patofisiologi, dan manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medis dan komplikasi dan pada bagian kedua yaitu: konsep asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan pulang (discharge pleaning). Bab III pengamatan kasus, pada bab ini diuraikan tentang pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evalusai keperawatan. Bab IV pembahasan kasus, pada bab ini akan diuraikan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat didalam uraian tinjauan kasus dan

untuk mengetahui kesenjangan antara teori dan praktik klinik keperawatan 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 merupakan jenis payudara yang sering menimbulkan luka dari pada jenis kanker lainnya (Lund-Nielsen, 2012).

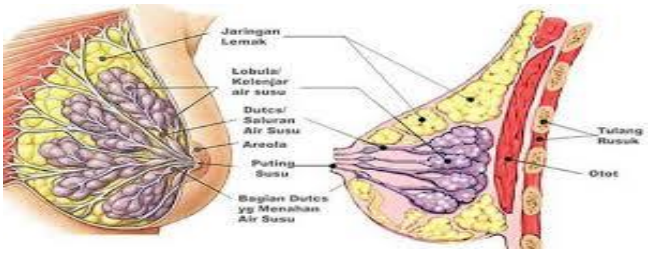
Ca Mammae adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh perubahan sel-sel tubuh menjadi sel yang abnormal dan pertumbuhannya di luar kendali. Sel-sel pada kanker payudara biasanya membentuk tumor yang sering terlihat pada pemeriksaan x-ray atau sering dirasakan berupa benjolan pada payudara.(Hartaningsih D, Sudarsa.2014).

Ca Mammae merupakan suatu penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dalam manifestasi yang mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturase sel (Supiyanto wawan,2015).

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 payudara



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Payudara
Sumber : Syaifuddin (2016: 604)

Payudara mengalami tiga perubahan yang dipengaruhi oleh hormon yang pertama ialah, masa hidup anak melalui dari masa pubertas, masa fertilitas sampai klimakterium, dan menopause. Sekitar hari kedelapan menstruasi, payudara menjadi lebih besar. Terkadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi, payudara menjadi tegang dan nyeri. Perubahan yang ketiga terjadi waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan payudara menjadi besar karena epitel ductus lobules dan ductus alveolus berpoliferasi, serta tumbuh ductus baru. Sekresi hormone prolactin dan hopofisis anterior memicu latasi. Air susu di produksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus, kemudian dikeluarkan melalui ductus ke putting susu (Syaifuddin,2016:604).

Payudara normalnya mengandung jaringan, ductus, 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 lobus kelenjar masing-masing mempunyai saluran ke papilla *Mammae,* yang disebut duktus *lactiferous.* Diantara kelenjar susu dan fasia fectoraliss, juga diantara kulit dan kelenjar tersebut mungkin terjadi jaringan lemak antara kelenjar tersebut mungkin terdapat jaringan lemak diantara lobules tersebut ada jaringan ikat yang disebut ligamnetum cooper yang memberi rangka untuk payudara.

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 ductus eskretorius masing-masing yang akan bermuara keputing susu, disebut ductus laktiferus, yang dilapisi epitel kuboid berlapis kemudian bermuara ke duktus laktiferus yang berakhir pada putting susu. Ada 3 hal fisiologi yang mempengaruhi payudara, yaitu : pertumbuhan dan involusi berhubungan dengan usia, pertumbuhan berhubungan dengan siklus haid, dan perubahan karena kehamilan dan laktasi.

3. Etiologi

Menurut Brunner dan Suddart dalam NANDA, (2015), penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, tetapi terdapat beberapa faktor genetik.

Kanker payudara memeperlihatkan proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Pada awalnya hanya terdapat hyperplasia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal dan kemudian berlanjut menjadi karsinoma insitu dan sel menjadi massa. Hormon steroid yang dihasilkan oleh ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (estradiol dan progesteron mengalami perubahan dalam lingkungan seluler).

Menurut Bala- subramaniam *et al.,*(2017*)* faktor risiko yang dapat menyebabkan kanker payudra terbagi menjadi dua kelompok yaitu faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko tidak dapat diubah. Faktor-faktor tersebut sebagai berikut :

a. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Obesitas

Obesitas berisiko tinggi terkena kanker disebabkan karena sel-sel lemak memproduksi esterogen, sel lemak ekstra lebih banyak memproduksi esterogen di dalam tubuh sehingga esterogen dapat memicu timbulnya sel kanker. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Iqbal *et al.*,(2017) di Bangladesh yang menemukan bahwa obesitas berisiko terkena kanker payudara sebanyak 5,24 kali. Kedua hasil penelitian tersebut sejalan dengan teori Baradeo yang menyebutkan bahwa obesitas mempunyai efek perangsang pada perkembangan kanker payudara. Esterogen disimpan dalam jaringan adiposa (jaringan lemak).

2) Pecandu alkohol Alkohol bekerja dengan meningkatkan kadar darah didalam insulin darah, seperti faktor pertumbuhan atau insulin like growth factors (IGFs) dan estrogen. Oleh karena itu alkohol dapat meningkatkan risiko kanker payudara.
3) Perokok berat Rokok merupakan salah satu faktor risiko kanker payudara pada perempuan, rokok mengandung zat-zat kimia yang dapat mempengaruhi organ–organ tubuh. Menurut penelitian WHO menyatakan setiap jam tembakau rokok membunuh 560 oranng di seluruh Dunia. Kematian tersebut tidak terlepas dari 3800 zat kimia yang sebagian besar merupakan racun dan karsinogen (zat pemicu kanker).
4) Stres dapat menjadi faktor risiko kanker payudara karena stres pisikologi yang berat dan terus menerus dapat melemahkan daya tahan tubuh dan penyakit fisik dapat mudah menyerang.

5) Terpapar zat karsinogen Zat karsinogen di antaranya yaitu zat kimia, radiasi, dan pembakaran asap tembakau. Zat karsinogen dapat memicu tumbuhnya sel kanker payudara (Depkes, 2015).

b. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Faktor genetik atau keturunan Kanker payudara sering dikatakan penyakit turun temurun, ada dua gen yang dapat mewarisi kanker payudara maupun ovarium yaitu gen BRCA1 (Brest Care Susceptibility Gene 1) dan BRCA2 (Brest Care Susceptibility Gene ,yang terlibat dari perbaikan DNA (Deoxyribo Nucleic Acid). Kedua gen ini hanya mencapai 5% dari kanker payudara, jika pasien memiliki riwayat kelurga kanker payudara uji gen BRCA dapat dilakukan. Jika memiliki salah satu atau kedua gen BRCA1 dan BRCA2 risiko terkena kanker payudara akan meningkat, BRCA1 berisiko lebih tinggi kemungkinan 60%-85% berisko kanker payudara sedangkan BRCA2 berisiko 40% - 60% berisiko kanker payudara.

2) Faktor seks atau jenis kelamin

Perempuan memiliki risiko lebih besar mengalami kanker payudara, tetapi laki-laki juga dapat terserang kanker payudara. Hal ini disebabkan laki-laki memiliki lebih sedikit hormon estrogen dan progesteron yang dapat memicu pertumbuhan sel kanker, selain itu payudara laki-laki sebagian besar adalah lemak, bukan kelenjar seperti perempuan

3) Faktor usia

Faktor risiko usia dapat menentukan seberapa besar risko kanker payudara. presentase risiko kanker payudara menurut usia yaitu, dari usia 30-39 tahun berisiko 1 dari 233 perempuan atau 0,43%, usia 40-49 tahun berisiko 1 dari 69 perempuan atau 1,4%, usia 50-59 tahun berisiko 1 dari 38 perempuan atau 2,6%, usia 60-69 tahun berisiko 1 dari 27 perempuan atau 3,7%. Jadi, Semakin tua usia seseorang kemungkinan terjadinya kanker payudara semakin tinggi karena kerusakan genetik (mutasi) semakin meningkat dan kemampuan untuk bergenerasi sel menurun.

4) Riwayat kehamilan

   Perempuan yang belum pernah hamil (nullipara) memiliki risiko kanker payudara lebih tinggi. Pertumbuhan sel payudara pada usia remaja bersifat imatur (belum matang) dan sangat aktif. Sel payudara yang imatur lebih rentan mengalami mutasi sel yang abnormal, ketika seseorang hamil akan mengalami kematuran sel pada payudaranya dan menurunkan risiko kanker payudara.

5) Riwayat menstruasi

   Perempuan yang mendapatkan menstruasi pertama kali sebelum umur 12 tahun (menarche dini) berisiko 2-4 kali lebih tinggi terkena kanker payudara. Risiko yang sama juga dimiliki perempuan yang menopause pada usia di atas 55 tahun. Setelah wanita menstruasi akan mengalami perubahan bentuk tubuh tidak terkecualai payudara, payudara akan mulai tumbuh dan terdapat hormon yang dapat memicu pertumbuhan sel abnormal.

6) Riwayat menyusui

Perempuan yang menyusui anaknya, terutama selama lebih dari satu tahun, berisiko lebih kecil menderita kanker payudara. Selama menyusui, sel payudara menjadi lebih matang (matur). Dengan menyusui mentruasi akan mengalami penundaan. Hal ini akan mengurangi paparan hormon estrogen terhadap tubuh sehingga menurunkan risiko kanker payudara.

4. Patofisiologi

Patofisiologi menurut (Hasdianah & Suprapto, 2014:63) Beberapa jenis kanker payudara sering menunjukkan disregulasi hormone Patofisiologi menurut (Hasdianah & Suprapto, 2014:63) Beberapa jenis kanker payudara sering menunjukan disregulasi hormon berlebihan enzim PTK-6. Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi. Fase Inisiasi pada tahap inisiasi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen.Fase promosi pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh 17 promosi, karena itu diperukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan. Fase metastasis menuju ke tulang merupakan hal yang kerap terjadi pada kanker payudara. Beberapa diantaranya disertai dengan komplikasi lain.

Klasifikasi kanker payudara menurut stadium dan harapan hidup: (National Cancer Institute-surveilance, Epidemiology and Result (SEER), 2001 dalam NANDA, 2015).

a. Stadium 0

   Tidak terbukti adanya tumor primer, tidak ada tumor dalam kelenjar getah bening region, tidak ada metastase ke bagian lain, dan memiliki harapan hidup 99% selama 5 tahun kedepan.

b. Stadium I

   Tumor berukuran kurang atau sama dengan 2 cm, tidak ada tumor dalam kelenjar getah bening region, tidak ada metastase jauh dan memiliki harapan hidup 92% selama 5 tahun kedepan.

c. Stadium IIA

   Tumor tidak ditemukan pada payudara, tetapi sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening di ketiak yang terletak di bawah lengan dapat berpindah-pindah, tidak mengalami metastase jauh dan memiliki harapan hidup 82% selama 5 tahun kedepan.

d. Stadium IIB

   Tumor berukuran lebih besar dari 2 cm tidak lebih dari 5 cm, sel-sel kanker ditemukan di kelenjar getah bening di ketiak yang terletak di bawah lengan dapat berpindah-pindah dan tidak mengalami metastase jauh.

e. Stadium IIIA

   Tumor tidak ditemukan di payudara, tetapi ditemukan di kelenjar getah bening melekat bersama atau pada struktur yang lain, tidak ada metastase jauh dan memiliki harapan hidup 47% selama 5 tahun kedepan.

f. Stadium IIIB

   Tumor telah menyebar ke dinding dada atau menyebabkan pembengkakan, juga terdapat luka bernanah di payudara atau didiagnosis sebagai inflammatory breast cancer, menyebar ke kelenjar getah

bening dan memiliki harapan hidup 44% selama 5 tahun kedepan.

g. Stadium IV

Ukuran tumor sudah tidak dapat ditentukan dan telah menyebar atau bermetastasis ke lokasi yang jauh, seperti tulang, paru-paru, liver, tulang rusuk, atau organ-organ tubuh lainnya dan memiliki harapan hidup 15% selama 5 tahun kedepan.

5. Manifestasi klinis

Menurut Hanani, E. 2015 , gejala awal berupa sebuh benjolan yang biasanya dirasakan berbeda dari jaringan payudara disekitanya, tidak menimbulakan nyeri dan biasanya memiliki pinggiran yang tidak teratur.

Fase awal : asimtomatik

Pada stadium awal, jika didorong oleh jari tengah, benjolan bias digerakkan dengan mudah dibawah kulit.

1) Nyeri pada payudara adalah fisiologis kalau timbul sebelum atau sewaktu haid dan dirasakan oleh kedua payudara. Nyeri baru terasa kalau infiltrasi ke sekitar sudah mulai.
2) Adanya benjolan/massa di kelenjar payudara Pembesaran pada kelenjar payudara yang terjadi pada pada waktu sebelum atau pada waktu haid saja merupakan keadaan yang fisiologis.
3) Gejala retraction Gejala retraction merupakan penarikan ke dalam oleh puting payudara.
4) Nipple discharge Yang disebut sebagai Nipple discharge ialah cairan yang dikeluarkan puting payudara secara spontan dan memberikan bekas di BH. Cairan yang keluar berupa darah.

5) Timbulnya kelainan kulit Kelainan kulit berupa kemerahan pada suatu tempat di payudara, edema kulit, peau d'orange (gambaran seperti kulit jeruk). Pembesaran kelenjar getah bening atau tanda metastasis jauh (Sjamsuhidajat, R., De Jong, W., 2017).

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.Tanda gejala yang umum terjadi yaitu keluhan adanya benjolan atau massa di payudara, rasa sakit, keluar cairan dari puting susu,timbulnya kelainan pada kulit, pembesaran kelenjar getah bening,

atau tanda metastasis jauh. Sedangkan jika berdasarkan fasenya:

a) Fase awal kanker payudara asimptomatik (tanpa tanda dan gejala), yang paling umum adalah adanya benjolan dan penebalan payudara. Pada stadium ini kanker payudara tidak menimbulkan keluhan
b) Fase lanjut, ukuran payudara berubah, luka pada payudara yang lama tidak sembuh walau sudah diobati, eksim pada puting susu dan sekitarnya, puting susu sakit, keluar darah dan nanah, keluar cairan encer dari puting atau air susu pada wanita yang tidak sedang menyusui, puting usu tertarik ke dalam, kulit payudara mengerut seperti kulit jeruk.
c) Metastase luas, terdapat pembesaran kelenjar getah bening supraklavikula dan servikal, hasil rontgen thorax

abnormal dengan atau tanpa efusi pleura, peningkatan alkali fosfatase atau nyeri tulang berkaitan dengan penyebaran ke tulang.

Selama ini, penderita kanker payudara baru menyadari bahwa dirinya terserang kanker payudara saat timbul rasa nyeri, sakit, ataupun benjolan tumbuh semakin besar pada jaringan payudaranya. Sebenarnya, penderita yang mengalami kondisi ini sudah terserang kanker stadium lanjut. Padahal, lebih mudah proses penyembuhannya jika serangan kanker payudara dapat diketahui (terdeteksi) sejak dini. Penderita yang terkena kanker payudara stadium awal tidak merasakan adanya nyeri atau sakit pada payudaranya. Namun, jika payudara diraba, ada benjolan yang tumbuh di dalamnya. Besar 20 kecilnya benjolan yang tumbuh itu sangat bervariasi tergantung seberapa cepat penderita bisa mendeteksinya. Setelah melewati stadium dini atau melewati stadium lanjut gejala kanker payudara semakin bnyak (kompleks).

Gejala klinik kanker payudara secara garis besar terbagi menjadi dua, yakni benjolan pada payudara dan erosi atau eksema pada puting susu. Gejala-gejala tersebut adalah sebagai berikut:

1) Benjolan pada payudara. Umumnya, berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara. Benjolan itu mula-mula kecil kemudian makin besar dan melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau puting susu.
2) Erosi atau eksema puting susu. Kulit atau puting susu menjadi tertarik ke dalam (retraksi), berwarna merah muda atau kecoklatan sampai menjadi oedema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk (peau d’orange), mengkerut, atau timbul borok (ulkus) pada payudara.

Semakin lama, borok itu semakin besar dan mendalam, sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara. Biasanya, berbau busuk dan mudah berdarah.

6. Tes diagnostik
   a. Pemeriksaan laboratorium meliputi :morfologi sel darah, LED, test falmarker (CEA) dalam seum atau plasma, pemeriksaan sitologis.
   b. Test diagnostic lain :
      1) Non invasive : Mamografi, Ro thorax, USG, MRI, PET
      2) Invasif: Biopsi, Aspirasi biopsy (FNAB), True cut/ care biopsy, Eksisi biopsy. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan :
         a) Pemeriksaan payudara sendri
         b) Pemeriksaan payudara secara klinis
         c) Pemeriksaan manografi
         d) True cut
         e) Biopsy terbuka
         f) USG payudara, pemeriksaan darah lengkap, X-ray dada, therapy medis, pembedahan, terapi radiasi dan kemoterapi.
7. Penatalaksanaan Medis
   a. Mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara. Ada 3 jenis mastektomi yaitu:
      1) Modified Radical Mastectomy, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga, serta benjolan di sekitar ketiak.
      2) Total (simple) Mastectomy, yaitu pengangkatan di seluruh payudara saja, tetapi bukan kelenjar ketiak.
      3) Radical Mastectomy, yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Biasanya disebut

lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara.

b. Radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang tersisa di payudara setelah operasi.
c. Kemoterapi adalah proses pemberian obat-obatan anti akanker atau sitokina dalam bentuk pil cair atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker melalui mekanisme kemotaksis. Tidak hanya sel kanker di payudara, tapi juga seluruh tubuh.
d. Lintasan Metabolisme Asam bifosfonat merupakan senyawa penghambat aktivitas osteoklas dan resorpsi tulang yang sering digunakan untuk melawan osteoporosis yang diinduksi oleh overian suppression, hiperkalsemia dan kelainan metabolisme tulang, menunjukkan efektivitas untuk menurunkan metastasis sel kanker payudara menuju tulang. Walaupun pada umumnya asupan asam bifosfonat dapat ditoleransi tubuh, penggunan dalam jangka panjang dapat menimbulkan efek samping seperti osteonekrosis dan turunnya fungsi ginjal (Nurarif, 2015: 115).

Penatalakasanaan Medis menurut (Putra S.R. 2015:104): Pengobatan kanker payudara yang disepakati oleh ahli kanker di dunia adalah sebagai berikut: Stadium I : Operasi + kemoterap, Stadium II : Operasi + kemoterapi, Stadium III : Operasi + kemoterapi + radiasi, Stadium IV : Kemoterapi + radiasi. Sedangkan secara spesifik disebutkan bahwa pengobatan kanker payudara yang penerapannya

banyak tergantung pada stadium klinik penyakit ada tiga macam, yakni mastektomi, radiasi, dan kemoterapi.

8. Komplikasi

Komplikasi menurut (Haryono, 2015: 61) Metastase ke jaringan sekitar melalui saluran limfe (limfogen) ke paru, pleura, tulang dan hati. Selain itu komplikasi *Ca Mammae* yaitu:

a. Metastase ke jaringan sekitar melalui saluran limfe dan pembuluh darah kapiler (penyebaran limfogen dan hematogen), penyebaran hematogen dan limfogen dapat mengenai hati, paru, tulang, sum-sum tulang, otak dan syaraf.
b. Gangguan neurovaskuler
c. Faktor patologi
d. Fibrosis payudara
e. Kematian

Komplikasi menurut (Saputra, Lyndon, 2015: 263)

a. Rencana kerja metastatik harus dilakukan
b. Angka harapan hidup semua pasien dengan kanker payudara adalah 85%
c. Pemeriksaan patologik lesi perlu dilakukan untuk menentukan status kelenjar limfe (indikator yang paling prediktif secara keseluruhan), ukuran tumor, histologi, dan status reseptor hormone.

B. Konsep Dasar keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subjektif dan objektif yang dilakukan dengan wawancara dan pemeriksaan fisik, data tersebut diolah, dianalisis yang kemudian akan menghasilakan suatu diagnose 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 keperawatan dibagi dalam lima tahap kegiatan yang meliputi :

a. Identitas Klien

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

b. Riwayat kesehatan

   1) Riwayat kesehatan sebelumnya

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

   2) Wanita yang mempunyai tumor payudara disertai perubahan epitel proliferative mempunyai resiko dua kali lipat biasanya mengalami kanker payudara, wanita dengan hyperplasia tipikal mempunyai resiko empat kali lipat untuk mengalami penyakit ini.

   3) Biasanya pasien mempunyai riwayat pemakaian terapi penggantian hormon 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 nulipara (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 diraba dengan tangan, makin lama benjolan ini makin mengeras dan bentuknya tidak beraturan.
   2) Klien mengatakan terasa nyeri pada payudara saat benjolan mulai membesar.
   3) Klien mengeluh 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 terjadi edema dan piting kulit.
   5) Biasanya klien mengatakan tubuh terasa lemah, tidak nafsu makan, mual, muntah, ansietas.
   6) Terdapat edema (bengkak) pada lengan atau kelainan kulit, ruam kulit, dan ulserasi.

d. Riwayat kesehatan keluarga
   1) Kemungkinan ada keluarga yang menderita kanker terutama ibu, anak perempuan serta saudara perempuan. Risikonya meningkat dua kali jika ibunya terkena kanker pada usia kurang dari 60 tahun. Risiko meningkat 4-6 kali jika terjadi 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 karena pengaruh kemoterapi, kulit kepala, tidak tampak bersih.
(b) Wajah Tidak terdapat edema atau hematom.
(c) Mata Mata simetris kiri dan kanan konjungtiva anemis disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, sklera tidak ikterik, palpebra tidak edema.
(d) Hidung Hidung kurang bersih, tampak sekret, adanya pernafasan cuping hidung yang disebabkan klien sesak nafas terutama pada pasien yang kankernya sudah bermetastase ke paru-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 dengan 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 ke seluruh 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 mestastase jauh keorgan lain seperti paru-paru.

(b) Palpasi

(1) Pada stadium 1, biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase keorgan lain.
(2) Pada stadium 2, biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase keorgan lain.
(3) Pada stadium 3A, biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase keorgan lain. 35

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

(5) Pada stadium 4, biasanya taktil 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 lapangan paru-paru klien.

(2) Pada stadium 2, biasanya akan terdengar sonor pada lapangan paru-paru klien karena kanker belum mengalami metastase.

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

(4) Pada stadium 3B, biasanya terdengar bunyi redup yang dapat di temukan pada infiltrate paru dimana parenkim paru lebih padat/mengadung sedikit udara dan bunyi pekak pada paru-paru paien yang disebabkan 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

36 dari kanker mammae yang berlanjut dan nafas akan terasa sesak.

(d) Auskultasi

(1) Pada stadium 1, biasanya akan terdengar vesikuler (bunyi hampir terdengar seluruh lapangan paru dan inspirasi lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi dari ekspirasi). Suara nafas tambahan tidak ada, seperti ronchi dan wheezing.

(2) Pada stadium 2, biasanya bunyi nafas terdengar vesikuler (bunyi hampir seluruh lapangan paru clan 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 dan wheezing.

(3) Pada stadium 3 A, biasanya bunyi nafas berbunyi vesikuler (bunyi hampir seluruh lapangan paru dan inspirasi yang lebih panjang, lebih keras, nadanya lebih tinggi dari ekspirasi) dan bronkovesikuler yaitu pada daerah suprasternal, interscapula: campuran antara element vaskuler dengan bronchial. Suara nafas tambahan tidak ada, seperti ronchi dan wheezing.

(4) Pada stadium 3 B, biasanya nafas klien bisa terdengar bronchial yaitu ekspirasi lebih panjang, lebih keras nadanya lebih tinggi dari pada inspirasi dan terdengar. Terdapat suara nafas tambahan seperti: ronchi dan wheezing,

37 ini disebabkan oleh kanker sudah menyebar ke seluruh bagian payudara, dan mencapai ke dinding dada, tulang rusuk, dan otot dada sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan ekspansi paru dan compressive atelektasis.

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

5) Jantung (kardiovaskuler)

(a) Inspeksi

Biasanya iktus tidak terlihat

(b) Palpasi Biasanya iktus teraba 1 jari medial LMCS RIC V

(c) Perkusi Batas jantung normal, (batas jantung kanan RIC II, linea staralis dektra, batas jantung kiri RIC V, 1 jari media linea clavukularis sinistra)

(d) Auskultasi Biasanya irma jantung murni, murmur (-).

6) Mammae (payudara)

(a) Inspeksi

Ada benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus dan berwarna merah dan payudara mengerut seperti kulit jeruk.

(b) Palpasi Teraba benjolan payudara yang mengeras dan teraba pembengkakan dan teraba pembesaran kelenjar getah bening diketiak atau timbul benjolan kecil di bawah 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) Ekstremitas

Biasanya ekstremitas tidak edema, tidak ada lesi

10) System integument

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

Berikut Pola kebiasaan sehari-hari :

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan metabolik.

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi.

c. Pola eliminasi

Kebiasaan dalam BAK akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas yang meninggi, konsumsi

cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Selain itu terjadi perubahan pola defekasi.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari.

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

e. Pola tidur dan istirahat.

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah

f. Pola persepsi kognitif

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi hubungan dengan sesama serta mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit.

i. Pola reproduksi dan seksulitas.

Pada pola reproduksi dan seksualitas pada pasien yang telah menikah akan terjadi perubahan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam mengahadapi masalah / penyakit.

k. Pola system nilai kepercayaan

Timbulnya distress dalam spiritual pasien sehingga pasien menjadi cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah terganggu.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan *Ca Mammae :*

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis,agen cedera fisik,dan agen cedera kimiawi.
b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agen cedera kimiawi, dan prosedur bedah
c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit gangguan fungsi psikososial dan prosedur bedah
d. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar
e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan adalah suatu pedoman bagi perawat dalam melaksanakan implementasi yang tepat.

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

NOC :

1) Klien mampu mengenal kapan nyeri terjadi
2) Menggunkan atau mendemonstrasikan teknik relaksasi
3) Mengikuti program pengobatan
4) Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 5

NIC :

1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor 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 menginflementasikan tindakan penurunan nyeri non-framakologi sesuai kebutuhan
5) Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat
6) Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
7) Dorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya sesuai kebutuhan

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

NOC:

1) Sensasi pada kulit dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatan ke skala 4 (sedikit terganggu)
2) Perfusi jaringa dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
3) Integritas kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatka pada skala 4
4) Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 dittingkatkan pada skala 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, warna, ukuran dan bau

5) Dokumentasikan lookasi luka, ukuran dan tampilan
6) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka yang tepat
7) Ganti bautan sesuai dengan jumlah eksudat dan rain
8) Anjurkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur perawatan luka
9) Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi

c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan cedera, penyakit gangguan fungsi psikososial dan proseur bedah

NOC :

1) Gambaran internal diri dipertahankan pada skala 5 (konsisten positif) ditingkatkan ke skala 2
2) Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 2
3) Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan pada skala 2
4) Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 5 dipertahankan pada skala 2
5) Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan pada skala 2

NIC:

1) Dukung pasien untuk mengenal dan mendikusikan perasaannya
2) Bantu pasien untuk menyadari bahwa setiap orang adalah unik .
3) Bantu pasien untuk mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan mengenai dirinya .

4) Bantu pasien untuk mengidentifikasi pri oritas hidup bantu pasien untuk mengidentifikasi dampak dari penyakit
5) Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri
6) Monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu dengan tepat
7) Dukung pasien untuk menerima tantangan baru

d. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar

NOC:

1) Pasien mampu melakukan aktivitas dengan mandiri (misalnya: makan, mandi dan berpakian sendiri).
2) Pasen mampu berpindah dari tempat tidur ,kursi atau kursi roda
3) Pasien mengerti tujuan dari penigkatan mobilitas

NIC :

1) Kaji tanda – tanda vital pasien
2) Jelaskan alasan dilakukan tirah baring
3) Ubah posisi pasien yang mobilisasi minimal setiap 1 jam
4) Anjurkan kepada keluarga pasien untuk mendampingi pasien saat metabolisasi dan bantu penuhi kebutuhan pasien.
5) Monitor komplikasi dari tirah baring
6) Kolaborasi dengan setiap terapi fisik untuk program latihan

e. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas

NOC :

1) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan skala 4

2) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
3) Penggunaan obat bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
4) Retraksi dinding dada dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 5

NIC :

1) Monitor kepatenan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas
2) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termaksud kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut
3) Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (nebulizer)

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

NOC:

1) Asupan gizi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
2) Asupan makanan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4
3) Asupan cairan dipertahankan pada skala 2 di tingkatkan pada 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 pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan atau usia, (misalnya peningkatakan kalsium, protein, cairan, dan kalori untuk wanita menyusui, penigkatan asupan serat

untuk mencegah konstisipasi pada orang dewasa yang lebih tua)

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

4. Perencanaan pulang (*dischange Planing*)

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 siap kaji atau makanan yang telah diawetkan atau disimpan terlalu lama. Menganjurkan untuk tetap menjaga kesehatan 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.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien dengan inisial Ny “E” masuk rumah sakit di ruangan bernadeth II pada tanggal 21 february 2020 dengan diagnosa medik *Ca Mammae* dengan keluhan utama nyeri pada payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan sudah ± 6 bulan lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya, namun ia tidak segera memeriksakannya ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan benjolannya semakin berkembang dan memutuskan untuk periksa ke dokter. Pasien mengatakan setelah periksa dokter menyarankan untuk segera melakukan operasi karena benjolan tersebut sudah ganas dan bernanah, tetapi pasien menolak untuk operasi karena pasien takut jika setelah operasi pasien malu dengan keadaanya nanti. Pasien mengatakan sudah ±2 bulan pasien di kemo sebanyak 12x di RS Stella Maris. Pasien mengatakan payudaranya tiba-tiba nyeri dan tidak tertahankan sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris. Pasien mengatakan setelah sampai di RS Stella Maris, dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi untuk mengangkat payudaranya. Pasien mengatakan sangat berat untuk melakukan operasi karena pasien cemas dengan kondisinya setelah operasi.

Pada saat melakukan pengkajian penulis mendapat pasien dalam keadaan terbaring lemas diatas tempat tidur,dengan kesadaran compos mentis. Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri hilang timbul, seperti terusuk-tusuk pada payudara sebelah kiri, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7,dengan durasi kurang ±10 menit. Tampak pasien meringis kesakitan. Pasien mengatakan terdapat bekas luka operasi pada payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kiri sudah

dilakukan tindakan operasi. Observasi TTV = TD: 120\80, suhu: 36,5^{0}C, nadi 82x/menit, pernapasan 21x/menit. Pemeriksaan penunjang hasil laboratorium pada tanggal 05 maret 2020, WBC 6.80, RBC 4.24, HGB 14.2, HCT 41.6, MCV H 98.1, MCH H 33.5, MCHC 34.1, PLT 179, RDW 12.5, PDW 12.2, MPV 10.0, P-LCR 24.1, DIFF, LYMPH 28.3, MXD 9.2, NEUT 62.5, LYMPH# 1.90, MXD# 0.6, NEUT# 4.30. Pemeriksaan foto thorax pada tanggal 09 maret 2020, kesan : suspek nodul lapangan tengah paru kiri

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, pasien mengatakan masih nyeri pada bekas post op operasi payudara sebelah kiri, badannya terasa lemas,skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan seperti tertususk-tusuk, draine terpasang dan terpasang cairan infus RL 200 ml x 20 tetes/menit pada tangan sebelah kiri. Saat ini pasien dapat terapi injeksi berupa ketorolac 1mg /8jam /IV, Ranitidine 2ml/ampul, Anbacim (cefuroxime) 1gram/8jam

Dari hasil pegkajian Ny”E” penulis menemukan masalah keperawatan sebagai berikut : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar, Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (penyakit).

B. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji :		
	Delpiana weni samara,	E1714401011
	Dianingsih rupilele,	E1714401012

Unit	:Bernadeth II	Auto anamnese	:	√
Kamar	: 506 bed 1	Allo anamnese	:	√

Tgl masuk RS : 21 februari 2020

Tgl pengkajian :13 maret 2020

I. Identitas

a. Pasien

Nama initial	:Ny"E"
Umur	:55 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 2 Orang
Agama/suku	: Katolik/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Tamat SD

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat rumah : Jl. Tidung No. 09 Perumahan Stella Maris

b. Penanggung jawab

Nama : Tn “A”

Umur : 40 Tahun

Alamat : Jl. Tidung No.09 Perumahan Stella Maris

Hubungan dengan pasien : Suami pasien

II. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Ca Mammae Sinistra

Saat pengkajian : Post Operasi Wide Eksis

III. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit :Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, pasien mengatakan masih nyeri pada bekas post op operasi payudara sebelah kiri, skala nyeri 7, nyeri yang dirasakan seperti tertususk-tusuk,terpasang draine dan terpasang infus RL 200 ml, 20 tetes/menit pada tangan sebelah kiri.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran :Compos mentis

Skala Koma Glaslow :

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Tampak pasien tidak coma

2) Tekanan darah : 120/80mmHg

MAP : 93,33mmHg

3) Suhu:36,5° C : di Oral [-] Axilla [√] Rectal [-]

4) Pernapasan : 21 x/menit

Irama : Teratur [√] Kusmaul [-] Cheynestokes [-]

Jenis : Dada [√] Perut [-]

Nadi : 82x/menit

Irama : [√] Teratur [-] Takichardi [-] Bradichardi

[√] Kuat [-] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 30 cm

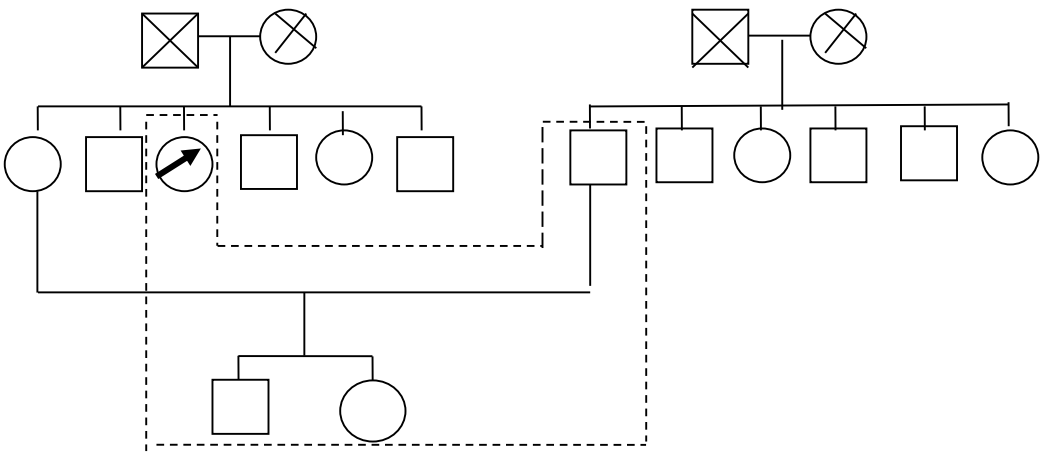
2) Tinggi badan : 164 cm

3) Berat badan : 64 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) :23,8 kg

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Gambar 3.1 genogram

Keterangan

: Laki-Laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

: Tinggal serumah

IV. Pengkajian Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Pasien mengatakan jika kita tidak menjaga kesehatan dengan baik maka kita mudah sakit. Pasien mengatakan pernah mengalami flu dan demam dan sakit kepala sehingga kadang pasien tidak masuk kerja. Pasien mengatakan jika sakit pasien langsung ke Dokter atau ke puskesmas terdekat atau membeli obat di apotik. Pasien mengatakan tidak pernah mengkomsumsi obat-obatan tertentu atau vitamin lainnya. Pasien mengatakan sering check up 3 bulan sekali. Pasien mengatakan tidak ada penurunaan berat badan ± 6 bulan yang lalu sampai sekarang.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama : Nyeri post operasi (payudara sebelah kiri)

b. Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan sudah ± 6 bulan lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya, namun ia tidak segerah

memeriksakannya ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan menjolannya semakin berkembang dan memutuskan untuk periksa ke dokter. Pasien mengatakan setelah periksa dokter menyarankan untuk segera melakukan operasi karena benjolan tersebut sudah ganas dan bernanah, tetapi pasien menolak untuk operasi karena pasien takut jika setelah operasi pasien malu dengan keadaanya nanti. Pasien mengatakan sudah ± 2 bulan pasien di kemo sebanyak 12x di RS Stella Maris. Pasien mengatakan payudaranaya tiba-tiba nyeri dan tidak tertahankan 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. Pasien mengatakan sangat berat untuk melakukan operasi karena pasien cemas dengan kondisinya setelah operasi.

Saat pengkajian, P: pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, O: nyeri hilang timbul, seperti terusuk-tusuk. R : payudara sebela kiri, S: nyeri yang dirasakan berada pada skala 7. T: ±10 menit. Tampak pasien meringis kesakitan. Pasien mengatakan terdapat bekas luka operasi pada payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kiri sudah dilakukan tindakan operasi.

2) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah dirawat di RS Stella Maris untuk kemoterapi

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan ibunya meninggal 9 tahun yang lalu karena kanker payudara.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Tampak rambut berwarna hitam
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji karena pasien menolak.
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji karena pasien menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3x1 dalam sehari dengan menu nasi dan lauk pauk dan kadang-kadang ditambah dengan buah-buahan. Pasien mengatakan tidak suka makan daging, kepiting dan udang. Pasien mengatakan dapat menghabiskan 1 porsi makannya setiap kali makan. Pasien mengatakan makanan kesukaannya adalah ikan. Pasien mengatakan 1 bulan terakhir tidak penambahan berat badan. Pasien mengatakan minum air putih dalam sehari 5-8 gelas (1250ml-1750ml).

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pola makannya teratur yaitu 3x1 dalam sehari.

3) Observasi:

Tampak pasien hanya minum air putih 2 gelas.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan pendek

b) Hidrasi kulit : Kulit elastis kembali dalam waktu 3 detik

c) Palpebra/konjungtiva :Tidak tampak edema/tidak tampak anemis.

d) Sklera : Tidak tampak ikterik

e) Hidung :Tampak simetris,septum berada ditengahdan tidak ada polip.

f) Rongga mulut : Tampak bersih

g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan

h) Gigi : Tampak utuh dan tidak ada caries

gigi palsu : Tidak ada

i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah dengan keras

j) Lidah : Bersih dan tidak ada peradangan

k) Pharing : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

m)Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

n) Abdomen

- Inspeksi : Simetris dan tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : Peristaltik usus 11 x/mnt
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Timpani

o) Kulit:

- Edema : [-] Positif Negatif [√]
- Icterik : [-] Positif Negatif [√]
- Tanda-tanda radang: Tampak tidak ada

p) Lesi : Tampak tidak ada pada kulit

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB lancar yaitu 1-3x dalam sehari dengan kosistensi lunak,kadang juga padat, berwarna kekuningan dan BAKnya juga lancar dengan frekuensi 7-8x sehari,jumlahnya ± 950-1200cc dan berwarna kuning jernih dan berbau khas kencing. Pasien mengatakan tidak ada masalah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar yaitu 1-3x sehari dengan konsistensi lunak dan biasa padat, berwarna coklat kekuningan dan jumlahnya sedikit. Sedangkan BAK juga lancar dengan frekuensi 5-6x sehari jumlahnya ± 750-900cc berwarna kuning jernih dan berbau khas.

3) Observasi:

BAB berwarna kuning dengan kosistensi lunak dan jumlahnya sedikit. Sedangkan BAK berwarna kuning jernih berbau khas dan jumlahnya ± 750-900cc.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 11 x/mnt

b) Palpasi kandung kemih : Penuh [-] Kosong [√]

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif [-] Negatif [√]

d) Mulut uretra : Tidak di kaji karena pasien menolak

e) Anus :

Peradangan : Tidak di kaji karena pasien menolak

Hemoroid : Tidak di kaji karena pasien menolak

Fistula : Tidak di kaji karena pasien menolak

d. Pola aktifitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan setiap hari pasien pergi kerja di antar oleh suami menggunakan sepeda motor dan kadang pulang pada

sore hari.Setelah pulang kerja, pasien langsung mengerjakan pekerjaan rumah lainnya seperti menyiapkan makan malam . Pasien mengatakan tidak ada kegiatan olahraga rutin yang dijalankannya. Pasien mengatakan jika dalam waktu senggang, dia bersantai di ruang tamu menonton bersama suami dan anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pasien tidak mampu beraktifitas seperti biasanya dan lebih banyak berbaring karena merasa lemas, nyeri pada bekas operasi , sehingga sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

1) Aktivitas harian

(1) Makan : 2
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 2
(7) Mobilisasi di tempat tidur: 2

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

2) Postur tubuh : Tampak poster tubuh tegak

3) Gaya jalan : Tidak di kaji karena pasien bedrest

4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

5) Fiksasi : Tidak ada

6) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 120/80 mmHg

Duduk : Tidak di kaji

Berdiri : Tidak di kaji

Kesimpulan :hipotensi ortostatik : positif [-] negatif [√]

b) HR : 84 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan vertikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam waktu < 3 detik.

f) Thoraks dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thoraks : Simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak di kaji karena pasien menolak

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi :Sonor [√] Redup [-] Pekak [-]

Lokasi : ICS 5 linea Mid Clavicularis Sinistra

(4) Auskultasi

Suara napas :Vesikular

Suara ucapan :Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri.

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis :Teraba pada ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung :ICS 3 Linea Sternalis sinistra.

Batas bawah jantung :ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Batas kanan jantung : ICS 3 Linea Sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Axilaris Anterior Sinistra.

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A :Tunggal ICS 2 Linea Sternalis Dextra.

Bunyi jantung II P :Tunggal ICS 2 Line Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I T :Tunggal ICS 4 Linea Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I M :Tunggal ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit :Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A.Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi :Tidak ada
Nyeri sendi : Tidak ada
Fraktur : Tidak ada
Parase : Tidak ada
Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot : kanan kiri

Tangan	5	3
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 kekuatan.
Nilai 2 :Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh.
Nilai 1 :Tampak kontraksi otot ada sedikit garakan.
Nilai0 :Tidak ada kontraksi otot,tidak mampu bergerak

Refleks fisiologis : Biceps + triceps + patela + achiles tidak dilakukan karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri.

Refleks patologi
Babinski, kiri : [-] Positif [√] Negatif
Kanan : [-] Positif [√] Negatif
Clubing jari-jari : Tidak tampak
Varises tungkai : Tidak tampak

i) Columna vetebralis :
Inspeksi : [-] Lordosis [-] Kifosis [-] Skoliosis

Palpasi :Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola istirahat dan tidur

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan, pasien tidur malam ± 7-8 jam antara pukul 22.00-05.00 tetapi jika pasien merasa lelah kadang-kadang pasien tidur awal sekitar pukul 20.00 dan kadang-kadang pasien bangun pagi jam 06.00. Pasien juga mengatakan jarang tidur siang karena pasien kerja dari pukul 08.00 dan kadang-kadang sampai pukul 17.00, tetapi jika pasien lebih awal pulang pasien istirahat 1-2 jam. Pasien mengatakan jika bangun pagi pasien langsung membersihakan rumah dan membuat sarapan pagi sebelum berangkat kerja. Pasien mengatakan sebelum tidur pasien kadang minum susu terlebih dahulu dan makan roti atau buah seperti pisang. Pasien mengatakan jika tidur pasien lebih suka suasana gelap, karena jika lampu menyalah pasien tidak bias tidur. Pasien mengatakan jika tidur pasien menggunakan ac.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien lebih banyak membutuhkan waktu untuk beristirahat. Pasien tidur siang,tetapi ia sering terbangun dan sering mengeluh nyeri pada payudara bagian kiri . Pasien mengatakan tidur malam sekitar 6-5 jam dari jam 21:00-06:00 pagi.

3) Observasi:

Pasien tampak berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi telentang.

-	√

Ekspresi wajah mengantuk	:		Positif		Negatif
Banyak menguap	:	-	Positif	√	Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	-	Positif	√	Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan karena menurut pasien penglihatan dan pendengarannya masih baik., pasien mengatakan tidak ada gangguan daya ingat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan karena menurut pasien penglihatan dan pendengarannya masih baik., pasien mengatakan tidak ada gangguan daya ingat.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, pasien mampu menbaca papan nama perawat dengan jarak 50cm.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan.
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Bersih kiri dan kanan

- Membran timpani : Utuh dan dapat memancarkan cahaya Polipser.

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol dalam dirinya. Pasien menagatakan ia menerima dirinya dengan senang hati dan merasa nyaman dengan pekerjaannya sebagai petugas apotik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien sangat cemas dan takut dengan keadaannya sekarang. Pasien mengatakan tidak berdaya lagi dan malu dengan dirinya yang sekarang. Pasien mengatakan khwatir jika penyakit yang di deritanya tertular pada anak perempuannya.

Pasien mengatakan sangat cemas jika payudara sebelah kiri menular ke payudara sebelah kanan.

3) Observasi:

Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur

Tampak pasien cemas dan gelisah.

Kontak mata : Ada

Rentang perhatian : Penuh

Suara dan cara bicara : Pelan dan kata-kata yang diucapkan jelas.

Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidakkaji karena pasien bedrest.

4) Pemeriksaan fisik

Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

Bentuk/postur tubuh	:	Tampak tegak
Kulit	:	Bersih dan berwarna sawo matang.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan sesama.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien ditemani oleh suaminya. Pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berkomunikasi dengan suami dan orang-orang yang datang menjenguknya serta teman dalam kamar.

3) Observasi:

Pasien tampak akrab dengan keluarganya serta teman sesama pasien dalam kamar.

Pasien tampak di besuk oleh keluarga dan kerabat kerja.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia mempunyai 2 orang anak. Anak pertama laki – laki dan anaknya yang kedua perempuan.

Pasien mengatakan mulai menstruasi saat berumur 15 tahun .

Pasien mengatakan terakhir haid pada umur 55 tahun .Pasien mengatakan selama haid pasien selalu merasa nyeri pada hari pertama haid. Pasien mengatakan tidak menggunakan kontrasepsi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat reproduksi..

3) Observasi : tidak diobservasi (pasien menolak)

4) Pemeriksaan fisik:

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jika ada masalah pasien menceritakan kepada suami tetapi pasien juga sering marah-marah jika ada masalah, dan orang yang sangat mem bantu dalam mengatasi masalah tersebut adalah suami pasien.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pasien sangat cemas dan takut dengan keadaannya sekarang. Pasien mengatakan semoga cepat sembuh dan bias berkumpul dengan keluarga yang lain.

3) Observasi:

Pasien tampak cemas dan takut tentang keadaannya sekarang.

k. Pola sistem dan nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia menganut agama Katolik. Tiap hari minggu dan hari-hari raya mereka selalu pergi ke gereja. Pasien mengatakan pasien adalah seorang umat Katolik yang aktif dalam kegiatan keagamaan. Pasien mengatakan selalu aktif dalam mengikuti ibadah rukun setiap hari.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit pasien selalu berdoa dan selalu didoakan oleh keluarga.

3) Observasi:

Tampak pasien bersama keluarga dan berdoa untuk kesembuhan pasien.

Tampak pasien menggunakan kalung Rosario.

V. Uji Saraf Kranial

- N I : Pasien mampu mencium bau dari minyak kayu putih
- N I
- I : pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm
- N III,IV,VI : Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan menggerakan bola mata kesegala arah.
- N V : Sensorik :Pasien dapat merasakan sentuhan tissue.
  Motorik : Pasien mampu mengunyah makanan.
- N VII : Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis dari gula pasir.
  Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi,tersenyum dan meringis.
- N VIII : Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien berdrest
  Acusticus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.
- N IX : Uvula berada di tengah
- N X : Pasien mampu menelan
- N XI : Tidak dikaji
- N XII : Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah.

VI. Pemer iksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 05 Maret 2020

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	**6.80**	10^3/uL	4.8 – 10.2
RBC	**4.24**	10^6/ul	4.0-5.5
HGB	**14.2**	g/dl	12.2-16.2
HCT	**41.6**	%	37.7-47.9
MCV	**H 98.1**	fL	80.0-97.0
MCH	**H 33.5**	pg	26.0-31.0
MCHC	**34.1**	g/dl	31.8-35.4
PLT	**179**	10^3/uL	130.0-400.0
RDW	**12.5**	fL	11.5-14.5
PDW	**12.2**	fL	9.0-13.0
MPV	**10.0**	fL	7.2-11.1
P-LCR	**24.1**	%	15.0-25.0
DIFF			
LYMPH	**28.3**	%	10.0-50.0
MXD	**9.2**	%	1.0-20.0
NEUT	**62.5**	%	37.0-80.0
LYMPH#	**1.90**	10^3/uL	1.00-3.70
MXD#	**0.6**	10^9/L	0-1.2
NEUT#	**4.30**	10^3uL	1.50-7.00

b. Pemeriksaan foto thorax

pemeriksaan foto thorax pada tanggal 09 maret 2020

KESAN : suspek nodul lapangan tengah paru kiri.

C. ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny"E"/55 Tahun

Ruang/kamar :Bernadeth II

NO	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data subjektif: - Pasien mengatakan nyeri post op pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan nyerinya seperti teriris-iris - Pasien mengatakan lokasihnya pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan skala nyeri 7 - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 10 menit Data objektif: - Tampak wajah pasien meringis menahan sakit saat di gerakan tangan kirinya - Tampak luka operasi pada payudara sebelah kiri - Tampak pasien terpasang drenase - TTV : TD: 100/80 mmhg N: 82x/menit S: 36,5^{c} P: 21x/menit	Agen cedera fisik	Nyeri akut

2	Data subjektif: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sehingga sebagian aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat - Pasien mengatakan setelah operasi pasien tidak bisa melakukan aktifitas karena pasien takut pada bekas operasinya terbuka. - Pasien mengatakan saat ini badannya terasa lemas dan dia hanya terbaring di tempat tidur . Data objektif: - Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur. - Tampak rentang perhatian focus pada nyerinya - Tampak luka besar pada payudara sebelah kiri pasien . - Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, seperti : 1. makan : 2 2. mandi :2 3. pakaian : 2 4. kerapian :2 5. buang air besar :2 6. buang air kecil : 2 7. mobilitas ditempat tidur :2	Fisik tidak bugar	Hambatan mobilitas di tempat tidur
3	Data subjektif : - Pasien mengatakan sangat cemas dengan keadaanya yang sekarang. - Pasien mengatakan dirinya tidak berdaya lagi dan malu dengan keadaannya yang sekarang	Perubahan fungsi tubuh (penyakit)	Gangguan citra tubuh

	- Pasien mengatakan khawatir jika penyakit yang dideritanya tertular pada adank perempuannya. - Pasien mengatakan sangat cemas jika payudara sebelah kirinya tertular ke sebelah kanannya. - Pasien mengatakan merasa merepotkan suaminya ,dan tidak lagi mengurus suaminya dan anak-anaknya . - Pasien mengatakan sejak sakit dia cenderung menutupi diri dan tidak bersemangat menjalani aktivitas . - Pasien mengatakan dia hanya berkomunikasi dengan suami dan orang yang datang menjenguknya serta teman dalam kamar Data objektif: - Tampak pasien terlihat cemas dan gelisah - Tampak pasien sesekali menatap perawat - Tampak pasien akrab dengan keluarganya serta teman sesama dalam kamar - Tampak pasien di besuk oleh keluarga dan kerabat .		

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny “E”/55 Tahun

Ruang/k amar :Bernadeth II

NO	DIAGNOSA
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2.	Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar
3.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (penyakit)

E. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny"E"/55 Tahun

Ruang/kamar :Bernadeth II/506 Bed1

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik Data subjektif: - Pasien mengatakan nyeri post op pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan nyerinya seperti teriris-iris - Pasien mengatakan lokasinya pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan skala nyeri 7(nyeri berat) - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama ± 10 menit Data objektif: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis menahan sakit saat mengerakkan tangan kirinya - Tampak luka oprasi di daerah payudarah sebelah kiri	Setelah dilakukan tidakan keperawatan selama 3x16 jam nyeri yang dialami pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan ke skala 5 (secara konsisten menunjukkan). Dengan kriteria hasil: a. Pasien mengatakan nyerinya berkurang dari skala nyeri 7 menjadi 3 ringan b. Ekpresi wajah rileks c. Mampu mengontrol nyeri yang mengganggu dipertahankan pada 7 menjadi skala 3	1. Observasi TTV secara berkala 2. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik onset/durasi, frekuensi, kualitas,intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor penetus 3. Anjurkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi napas dalam untuk penurunan rasa nyeri. 4. Mempertahankan imobilitas bagian yang sakit dengan tirah baring dengan posisi semi plower . 5. Kolaborasi dengan tim medis (dokter) dalam pemberian obat analgesic 6. Berikan posisi yang nyaman kepada pasien

	- Tampak terpasang cairan RL 500 cc/20 tetes per menit - Tampak terpasang drenase 20cc TTV : TD: 100/80 mmhg N: 82x/menit S: 36,5^{0}c P: 21x/menit		
2	Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar Data subjektif: - Pasien mengatakan setelah operasi pasien tidak bisa melakukan aktifitas karena pasien takut pada bekas operasinya terbuka. - Pasien mengatakan saat ini badannya terasa lemas dan dia hanya terbaring di tempat tidur . - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sehingga sebagian aktifitasnya di bantu oleh keluraga dan perawat Data objektif:	Setelah dilakukan tidakan keperawatan selama 3x16 jam diharapkan hambatan mobilitas ditempat tidur dapat teratasi Dengan kriteria hasil: 1. Pasien mampu melakukan aktivitas dengan mandiri (misalnya: makan, mandi dan berpakian sendiri). 2. Pasien mampu berpindah dari tempat tidur ,kursi atau kursi roda . 3. Pasien mengerti tujuan dari penigkatan mobilitas	1. Observasi tanda – tanda vital 2. Lakukan pengkajian mobilitas pasien secara teratur 3. Ubah posisi pasien setiap 3 jam 4. Kaji kekuatan otot dan mobiltas sendi 5. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan pasien. 6. Kolaborasi dengan setiap terapi fisik untuk program latihan

	- Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur - Tampak rentang perhatian focus pada nyeri payudara - Tampak luka besar pada pada payudara sebelah kiri pasien - Tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti : 1. makan : 2 2. mandi :2 3. pakaian : 2 4. kerapian :2 5. buang air besar :2 6. buang air kecil :2 7. mobilitas ditempat tidur :2		
3	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (penyakit) Data subjektif: - Pasien mengatakan sangat cemas dengan keadaanya yang sekarang. - Pasien mengatakan dirinya tidak berdaya lagi dan malu dengan keadaannya yang sekarang - Pasien mengatakan khawatir jika penyakit yang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x16jam diharapkan: Gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 2 (konsisten positif). Dengan kriteria hasil: Citra tubuh (1200) 1. Gambaran internal diri dipertahankan 2. Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik dipertahankan pada Penyesuaian terhadap	1. Kaji dan dokumentasikan respon verban dan non verban terhadap diri pasien 2. Identifikasi pasien dengang mekanisme koping 3. Dukung pasien untuk mengenal dan mendikusikan perasaannya 4. Bantu pasien untuk menyadari bahwa setiap orang adalah unik . 5. Bantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi perasaan yang bisa

	dideritanya tertular pada adank perempuannya. - Pasien mengatakan sangat cemas jika payudara sebelah kirinya tertular ke sebelah kanannya. - Pasien mengatakan merasa merepotkan suaminya ,dan tidak lagi mengurus suaminya dan anak-anaknya . - Pasien mengatakan sejak sakit dia cenderung menutupi diri dan tidak bersemangat menjalani aktivitas . - Pasien mengatakan dia hanya berkomunikasi dengan suami dan orang yang datang menjenguknya serta teman dalam kamar Data objektif: - Tampak pasien terlihat cemas dan gelisah - Tampak pasien sesekali menatap perawat	perubahan fungsi tubuh dipertahankan 3. Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan 4. Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan	dirasakan mengenai dirinya . 6. Bantu pasien untuk mengidentifikasi pri oritas hidup bantu pasien untuk mengidentifikasi dampak dari penyakit 7. Memotifasi pasien dan keluarga untuk memiliki harapan yang positif dalam kualitas hidup

	- Tampak pasien akrab dengan keluarganya serta teman sesama dalam kamar - Tampak pasien di besuk oleh keluarga dan kerabat .		

F. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny “E”/55 tahun

Ruang/kamar :Bernadeth II/506 bed 1

HARI/TANGGAL	DP	WAKTU	IMPELEMENTASI KEPERAWATAN	PERAWAT
Juma’t, 13 Maret 2020	I,II,III	08:00	Kolaborasi dengan Dokter dalam pemberian obat Hasil: - Ambacin 1 gram/ iv - Ketorolac 1 gram/iv - Ranitidine 1 ampul /iv	Delpiana
	I	08:30	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan nyeri bekas operasi pada payudara sebela kiri, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris tembus belakang dengan skala 6 (nyeri sedang) dan nyeri dirasakan hiang timbul durasi ± 5menit - Tampak ekspresi wajah meringgis	Delpiana
	I	08:40	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri non farmakologi dengan cara teknik relaksasi nafas dalam Hasil: - Tampak pasien mengikuti anjuran teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan perawat	Delpiana
	II	09:00	Memonitor hambatan mobilitas ditempat tidur Hasil : - Keadaan umum sedang	Delpiana

	I,II,III	10:00	- Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya masih di bantu oleh perawat dan keluarga seperti : 1. makan :2 2. mandi : 2 3. pakaian : 2 4. kerapian :2 5. buang air besar :2 6. buang air kecil : 2 7. mobilitas ditempat tidur :2 - Tampak sebagian aktivitas pasien dibantu oleh suami dan perawat Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil - TD: 110/80 mmHg - S: 36.6^{O}c, - P: 20X/menit - N: 82x/menit,	Delpiana Delpiana
	II	10:30	Mengkaji kekuatan otot dan imobilitas sendi (kehilangan tonus otot) Hasil : - Pasien mengataan mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan kekuatan otot - Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan kirinya	Delpiana
	III	11:00	Mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan pasien mengenai dirinya . Hasil: - Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa cemas karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak - Tampak kontak mata pasien sesekali menatap perawat	Delpiana

	I,II,III	12:00	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien seperti posisi semi fowler Hasil : - Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Delpiana
	II	12:30	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, dll Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara sebelah kiri - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak luka bekas operasi bersih dan tidak berbau	Delpiana
	I,II,III	13:00	Menganjurkan pasien untuk istirahat Hasil : - Tampak pasien beristirahat	
	II	13:30	Mengganti balutan / verban pada luka operasi pasien Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan ia merasa nyaman karena verbannya sudah diganti - Tampak luka pasien sudah dibalut dengan verban	Delpiana
	III	13:4O	Memotivasi pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan keadaan yang sekarang Hasil: - Pasien mengatakan sudah tidak berdaya lagi karena keadaan yang di alami sekarang. - Tampak pasien sesekali menatap perawat	Dianingsih

			- Tampak wajah pasien terlihat sedih	
	I,II,III	15:30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg, - N: 74x/menit, - S: 36^{O}c, - P: 19x/menit	Dianingsih
	I,II,III	16:00	Melaksanakan advis Dokter Hasil: - Ketorolaks 1 gram / iv	Dianingsih
	I	17:00	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri non-farmakologi seperti teknik relaksasi napas dalam Hasil: - Pasien mengatakan bahwa ia mengerti tentang prinsip manajemen nyeri yang diajarkan oleh perawat - Tampak pasien mengikuti anjuran yang diajarkan perawat	Dianigsih
	I,II	17:30	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien seperti posisi semi fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan perawat	Dianingsih
	III	18:00	Memotifasi pasien untuk memiliki harapan yang positif dengan hidupnya Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa menerima kenyataan yang dialaminya	Dianigsih

	I,II,III I,II,III I,II,III	20:00 20:30 21:00	Melaksankan advis dokter Hasil: - Ranitidine 1 amp / iv - Ambacin 1 gr / iv Mengkaji kembali keluhan pasien Hasil : - Keadaan umum sedang - Tampak nyeri pada pasien belum teratasi - Tampak pasien mengerti dan memahami anjuran yang telah diberikan perawat - Tampak pasien belum bisa melakukan aktivitas mandiri - Tampak luka pada bekas operasi sudah diganti verban - Tampak luka operasi tidak berbau - Tampak pasien belum bisa menerima keadaan dirinya yang sekarang Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg, - N: 74x/menit, - S: 36^{O}c, - P: 19x/menit	Dianigsih
Sabtu, 14 Maret 2020	I,II	08:00	Memberikan obat antibiotic Hasil: - Ambacin 1 gram/ iv - Ketorolac 1 gram/ iv - Raditine 1 amp/ iv	Delpiana

	I	08:30	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan nyeri bekas operasi pada payudara sebela kiri, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris dengan skala 4 (nyeri sedang) dan nyeri dirasakan hilang timbul durasi ± 5menit	Delpiana
	I	08:40	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri non farmakologi dengan cara teknik relaksasi nafas dalam Hasil: - Tampak pasien mengikuti anjuran teknik relaksasi napas dalam yang diajarkan perawat	Delpiana
	II	09:00	Memonitor hambatan mobilitas ditempat tidur Hasil : - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya sudah bisa dilakukan dengan mandiri seperti : 1. makan : 0 2. mandi :2 3. pakaian : 2 4. kerapian :0 5. buang air besar :2 6. buang air kecil :2 7. mobilitas ditempat tidur :0 - Tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitas mandiri	Delpiana Delpiana
	I,II,III	10:00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil TD: 110/80 mmHg S: 36.6^{O}c, P: 20X/menit N: 82x/menit,	Delpiana

	II	10:30	Mengkaji kekuatan otot dan imobilitas sendi (kehilangan tonus otot) Hasil : - Pasien mengataan mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan kekuatan otot =3 - Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan kirinya dengan baik	Delpiana
	III	11:00	Mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan pasien mengenai dirinya . Hasil: - Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa cemas karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak - Tampak kontak mata pasien sesekali menatap perawat	Delpiana
	I,II,III	12:00	Berikan posisi yang nyaman pada pasien Hasil : - Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi semi fowler	Delpiana
	II	12:30	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, dll Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara sebelah kiri - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak luka bekas operasi bersih dan tidak berbau	Delpiana
	I,II,III	1 13:00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	

			Hasil : - Tampak pasien beristirahat	
	II	13:30	Mengganti balutan / verban pada luka operasi pasien Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan ia merasa nyaman karena verbannya sudah diganti - Tampak luka pasien sudah dibalut dengan verban	Delpiana
	III	13:40	Membantu pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan cara memberikan motivasi Hasil: - Pasien mengatakan sudah tidak berdaya lagi karena keadaan yang di alami sekarang. - Pasien mengatakan masih berat untuk menerima keadaan dirinya yang sekarang - Tampak pasien sesekali menatap perawat - Tampak wajah pasien terlihat sedih - Tampak pasien belum bisa menerima keadaan dirinya yang sekarang	Dianingsih Dianingsih
	I,II,III	15:30	Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg, - N: 74x/menit, - S: 36^{O}c, - P: 19x/menit	Dianingsih
	I,II	16:00	Melaksanakan advis Dokter Hasil: - Ketorolaks 1 gram / iv	Dianingsih

	I	17:00	Mengajarkan prinsip manajemen nyeri non farmakologi dengan cara teknik relaksasi nafas dalam Hasil: - Tampak pasien mengikuti anjuran teknik relaksasi napas dalam yang diajarkan perawat	Dianingsih
	I,II	17:30	Memberikan posisi yang nyaman kepada pasien seperti posisi semi fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler yang diberikan perawat	Dianigsih
	III	18:00	Memotifasi pasien untuk memiliki harapan yang positif dengan hidupnya Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa menerima kenyataan yang dialaminya	Dianigsih
	I,II	20:00	Melaksankan advis dokter Hasil: - Ranitidi ne 1 amp / iv - Ambacin 1 gr / iv	Dianingsih
	I,II,III	20:30	Mengkaji kembali keluhan pasien Hasil : - Keadaan umum sedang - Tampak nyeri pada pasien belum teratasi - Tampak pasien mengerti dan memahami anjuran yang telah diberikan perawat - Tampak luka pada bekas operasi sudah kering - Tampak pasien sudah bisa mengangkat tangan kirinya	Dianigsih

	I,II,III	21:00	- Tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitas mandiri sebagian seperti : 1. makan :0 2. mandi : 2 3. pakaian : 2 4. kerapian :0 5. buang air besar :2 6. buang air kecil : 2 7. mobilitas ditempat tidur :0 Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg, - N: 74x/menit, - S: 36^{O}c, - P: 19x/menit	
Minggu, 15 Maret 2020	I,II,III	08:00	Memberikan obat antibiotic Hasil: - Ambacin 1 gram/ iv - Ketorolac 1 gram/ iv - Raditine 1 amp/ iv	Delpiana
	I	08:30	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan nyeri bekas operasi pada payudara sebela kiri, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris dengan skala 3 (nyeri sedang) dan nyeri dirasakan hilang timbul durasi ± 5menit	Delpiana
	I	09:30		Delpiana

	II <

	I,II,III II I,II,III I,II,III	11:00 12:00 12:30 13:00 15:30	Mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan pasien mengenai dirinya . Hasil: - Pasien mengatakan bahwa ia masih merasa cemas karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak - Tampak kontak mata pasien sesekali menatap perawat Memberikan posisi yang nyaman seperti posisi semi power Hasil : - Tampak pasien dalam posisi semi power Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, dll Hasil: - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara sebelah kiri - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak luka bekas operasi bersih dan tidak berbau Menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : - Tampak pasien beristirahat Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg, - N: 74x/menit,	Delpiana Dianingsih Dianigsih Dianigsih

	I,II,III	16:00	- S: 36^{O}c, - P: 19x/menit Melaksanakan advis Dokter	Dianigsih
	I,II	17:00	Hasil: - Ketorolaks 1 gram / iv Memonitor hambatan mobilitas ditempat tidur	
	III	17:30	Hasil : - Keadaan umum sedang - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya sendiri seperti : Tampak sudah melakukan aktivitas mandiri 1. makan : 0 2. mandi :0 3. pakaian: 0 4. kerapian : 0 5. buang air kecil : 0 6. buang air besar :0 7. mobilitas ditempat tidur :0 Mendukung pasien agar ia bisa kuat dalam menghadapi penyakit yang sedang diderita dengan cara memotivasi pasien agar tetap semangat menghadapi penyakitnya	Dianingsih
	III	18:00	Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya Membantu pasien untuk bisa mengidentifikasi respon positif dari orang lain Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima apapun yang orang lain katakan tentang dirinya	

	III I I,II,III I,II,III I,II,III	18:30 19:00 20:00 20:30	Memotifasi pasien untuk memiliki harapan yang positif dengan hidupnya Hasil : - Pasien mengatakan sudah memiliki harapan positif tentang hidupnya yang sekarang Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri yang dilakukan oleh perawat Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia puas dengan tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyerinya Melaksankan advis dokter Hasil: - Ranitidine 1 amp / iv - Ambacin 1 gr / iv Mengkaji kembali keluhan pasien Hasil : - Keadaan umum sedang - Tampak nyeri pada pasien belum teratasi - Tampak pasien mengerti dan memahami anjuran yang telah diberikan perawat - Tampak luka pada bekas operasi sudah kering - Tampak pasien sudah bisa mengangkat tangan kirinya - Tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitas mandiri sebagian seperti : 1. makan :0 2. mandi :0 3. pakaian :0 4. kerapian :0	

	I,II,III	21:00	5. buang air kecil :0 6. buang air besar: 0 7. mobilitas ditempat tidur :0 Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/80mmHg, N : 82x/menit S : 36,4^{O}c, P : 20x/menit	

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny"E"/55tahun

Ruang/kamar :Bernadeth II/ 506 Bed 1

HARI/ TANGGAL	DP	EVALUASI SOAP	PERAWAT
Jum'at,13 Maret 2020	I	S: - Pasien mengatakan Nyeri pada bekas operasi - Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris,pada payudara sebelah kiri , - Pasien mengatakan skala nyeri 6(skala sedang), nyeri yang dirasakan hilang timbul durasi ±10 menit O: - Keadaan umum sedang., Infus terpasang - Tampak pasien meringis kesakitan - TTD : 120/80 mmHg - P: 20x/menit - N : 80x/menit - S:36,5°C A: - Nyeri akut belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi manajemen nyeri 1,2,3,dan 4 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan frekuensi. 2. Identifikasi respon nyeri 3. Berikan analgesic sesuai terapi 4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri	Delpiana

	II <

		- Pasien mengatakan dirinya tidak berdaya lagi dan malu dengan keadaannya yang sekarang - Pasien mengatakan belum bisa menerima keadaan dirinya yang sekarang O: - Keadaan umum sedang - Tampak pasien terlihat cemas - Tampak pasien sesekali menatap perawat - TTV : TD 120/80mmHg, P : 20x/menit N : 80x/menit S: 36,6 A: - Gangguan citra tubuh belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1,2,3,dan 4 1. Dukung pasien untuk mengenal dan mendikusikan perasaannya 2. Bantu pasien untuk menyadari bahwa setiap orang adalah unik . 3. Bantu pasien untuk mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan mengenai dirinya . 4. Bantu pasien untuk mengidentifikasi pri oritas hidup bantu pasien untuk mengidentifikasi dampak dari penyakit	
Sabtu,14 Maret 2020	I	S: - Pasien mengatakan masih nyeri pada bekas operasi, - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris pada payudara sebelah kiri - Pasien mengatakan lokasihnya pada payudara bagian kiri	Delpiana

	II	- Pasien mengatakan skala nyeri 4(nyeri sedang) - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 5 menit (hilang timbul) O: - Keadaan umum .sedang - Terpasang infus - Tampak pasien sesekali meringgis kesakitan - Tampak pasien melakukan relaksasi napas dalam - TTD 110/70 mmHg - Nadi : 80x/menit - Pernapasan 20x/menit - Suhu 36,5°C A: - Nyeri akut teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi 1, 2,dan 3 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan frekuensi. 2. Identifikasi respon nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri S: - Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara sebelah kiri akibat operasi - Pasien mengataan mampu menahan tegak tetapi tidak mampu melawan kekuatan otot =3 - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya sebagian O: - Keadaan umum sedang - Tampak luka terbalut verban pada payudara sebelah kiri - Tampak pasien sudah bisa melakukan aktivitasnya sebagian seperti : 1. makan : 0 2. mandi :	

	III	3. pakaian : 2 4. kerapian :0 5. buang air besar :2 6. buang air kecil :2 7. mobilitas ditempat tidur :2 - Tampak pasien belum bisa menggerakkan tangan kirinya dengan baik A: - Hambatan mobilitas ditempat tidur sebagian teratasi P: - Lanjutkan intervensi 1, 1. Kolaborasi dengan setiap terapi fisik untuk program latihan. S: - Pasien mengatakan bahwa ia belum bisa menerima dirinya seperti sekarang ini - Pasien mengatakan sangat cemas dan gelisah dengan keadaannya yang sekarang O: - Keadaan umum sedang - Tampak pasien malu lagi dengan keadaannya saat ini - Tamapak pasien belum bisa menerima motifasi yang diberikan - Tampak ekspresi wajah pasien terlihat sedih - Tampak pasien sesekali menatap perawat A: - Gangguan citra tubuh belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi peningkataan harga diri	

Minggu, 15Maret2020	I	S: - Pasien mengatakan nyeri post op pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan lokasihnya pada payudara bagian kiri - Pasien mengatakan bahwa nyeri yang ia rasakan sudah berkurang, nyeri dengan skala 3 dengan durasi ±5menit O: - Keadaan umum sedang - Tampak pasien sesekali meringis kesakitan A: - Nyeri akut teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Delpiana
	II	S: - Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kirinya - Pasien mengatakan sudah melakukan aktivitas sendri - Pasien mengatakan sudah bisa mendorong tangan perawat menggunakan tangan kirinya - O: - Keadaan umum sedang - Tampak luka pasien sudah kering - Tampak pasien sudah melakukan aktivitasnya sendiri seperti : 1. makan : 0 2. mandi :0 3. pakaian : 0 4. kerapian :0 5. buang air besar :0 6. buang air kecil :0 7. mobilitas ditempat tidur :0 - Tampak pasien sudah bisa menggerakkan tangan kirinya	

	III	- Tampak kekuatan otot tangan kirinya sudah bisa menahan dorongan tangan dari perawat A: - Hambatan mobilitas ditempat tidur sudah teratasi P: - Stop intervensi hambatan mobilitas ditempat tidur S: - Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya - Pasien mengatakan sudah bisa menerima keadaan dirinya yang sekarang O: - Keadaan umum sedang - Tampak pasien semangat menghadapi penyakitnya - Tampak pasien sesekali menatap perawat A: - Gangguan citra tubuh teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi peningkatan harga diri	

H. Daftar obat

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/8jam /IV
   d. Waktu pemberian : pagi 08:00, sore 16:00, malam 24:00, pagi 08:00
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Ketorolac adalah obat dengan fungsi mengatasi nyeri sedang sampai nyeri berat untuk sementara. Biasanya obat ini digunakan sebelum atau setelah prosedur medis atau setelah operasi.
   f. Indikasi : ketorolac diindikasihkan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai dengan berat setelah prosedur bedah. Durasi total ketorolac tidak boleh lebih dari lima hari.
   g. Kontrak indikasi : ulkus peptikum, gangguan ginjal atau hati derajat berat, bronkospasmes, alergi rhinitis dan urtikaria karena asetosal, resiko perdarahan yang tinggi.
   h. Efek samping
      Nyeri dada, lemas, sesak, masalah penglihatan, atau keseimbangan, demam, sakit kepala, kaku leher,menggigil, telinga berdenging

2) Ranitidine 2mg/12jam/ IV

   a. Klasifikasi /golongan obat : Anti Histamine H2

   b. Dosis umum : 2ml /ampul

   c. Waktu pemberian : jam pagi 08:00, malam 20:00, pagi 08:00

   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2ml /12jam/IV

   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ranitidine adalah obat yang digunkan untuk menangani gejala atau penyakit yang berkitan dengan produksi asam berlebih dalam lambung.

f. Kontrak indikasi : penderita dengan penurunan fungsi ginjal dan penurunan fungsi hati .
g. Efek samping : sakit kepala pusing, mual, muntah, dan mata nyeri

3) Anbacim (Cefuroxime)

a. Klasifikasi / golongan obat : Obat antibiotic cephalosporin

b. Dosis umum : 1gram/12jam

c. Waktu pemberian : jam pagi 08:00, malam 20:00, pagi 08:00

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Anbacim adalah obat yang digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas bawah, infeksi saluran kemih dan kelamin, kulit ddan jaringan lunak, dan lain-lain

e. Indikasi : digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas bawah, infekssi saluran kemih, infeksi jaringan lunak, Dll

f. Kontaindikasi : jangan digunakan oleh Hipersensitif

g .Efek samping : Mual,muntah, diare atau sakit perut ,sesak napas, gagal ginjal akut dan lain-lain.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang ditemukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny “E” dengan kasus Ca mammae yang di laksanakan selama tiga hari di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari tanggal 13 maret 2020 - 15 maret 2020. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi**.**

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan data dasar keperawatan.

Pada tahap awal semua data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan, di kumpulkan untuk membantu merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai. Penulis memperoleh data dari beberapa sumber dari pasien, catatan medis, serta hasil pengamatan langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny”E” 55 tahun pada saat masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 21 februari 2020, di dapatkan data pasien mengatakan sudah ± 6 bulan lebih ia merasakan adanya benjolan pada payudaranya, namun ia tidak segera memeriksanya ke dokter. Pasien mengatakan ia merasakan benjolannya semakin berkembang dan memutuskan untuk pemeriksaan ke dokter. Setelah di periksa dokter, menyarankan untuk segera melakukan operasi karena benjolan tersebut sudah ganas dan bernanah, tetapi pasien menolak untuk operasi karena pasien takut jika setelah operasi pasien malu dengan keadaannya nanti. Pasien mengatakan sudah ± 2 bulan pasien di kemo sebanyak 12x di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, payudaranya tiba-tiba nyeri dan tidak tertahankan sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah sampai di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi *Wide eksis* untuk mengangkat payudaranya.

Saat pengkajian penulis mendapatkan hasil, nyeri pada bekas operasi, nyeri yang dirasakan hilang timbul, seperti tertusuk-tusuk, pada payudara sebelah kiri, nyeri yang di

rasakan berada pada skala 6 ± 10 menit. Tampak pasien meringis kesakitan. terdapat bekas luka operasi pada payudara sebelah kiri. Setelah dilakukan tindakan operasi tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kiri sudah dilakukan tindakan operasi *Wide eksis*. Pola makan pasien teratur yaitu 3 kali dalam sehari sebelum sakit dan setelah sakit dan pasien tidak mengalami penurunan berat badan secara signifikan. Sejak sakit pasien sangat cemas dan takut dengan keadaannya sekarang. Pasien tidak berdaya lagi dan malu dengan dirinya yang sekarang. Pasien khwatir jika penyakit yang dideritanya terjadi juga pada anak perempuannya. Pasien sangat cemas jika payudaranya sebelah kiri menular ke payudara sebelah kanan, setelah operasi pasien tidak mampu beraktivitas seperti biasanya da lebih banyak berbaring karena merasa lemas, nyeri pada bekas operasi, sehingga sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak beberapa kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Menurut penelitian Breast Care Indonesia,(2017) faktor resiko penyebab kanker payudara ialah jenis kelamin, usia, riwayat keluarga, genetic siklus menstruasi, dan riwayat kanker sebelumnya. Menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang terjadi pada Ny.E dimana usianya 55 tahun, dan sejalan dengan teori tersebut dimana Ny.E memiliki riwayat keluarga dimana ibunya juga meninggal 9 tahun yang lalu akibat kanker payudara yang diderita.

Ciri-ciri dari kanker payudara yaitu adanya rasa sakit pada payudara,benjolan semakin membesar, kulit payudara meneriput seperti kulit jeruk, dan kadang keluar cairan atau nanah dari putting susu. Menurut penelitian teori ini sangat mendukung kasus yang terjadi pada Ny.E dimana Ny.E mengalami keluhan yang sama dengan penelitian yang dikatakan oleh Romito *et al,* (2012).

Berdasarkan penelitian Bala- subramaniam *ed al,*(2017) 1) Faktor genetik atau keturunan Kanker payudara sering dikatakan penyakit turun temurun, ada dua gen yang dapat mewarisi kanker payudara maupun ovarium yaitu gen BRCA1 (Brest Care Susceptibility Gene 1) dan BRCA2 (Brest Care Susceptibility Gene ,yang terlibat dari perbaikan DNA (Deoxyribo Nucleic Acid). Kedua gen ini hanya mencapai 5% dari kanker payudara, jika pasien memiliki riwayat kelurga kanker payudara uji gen BRCA dapat dilakukan. Jika memiliki

salah satu atau kedua gen BRCA1 dan BRCA2 risiko terkena kanker payudara akan meningkat, BRCA1 berisiko lebih tinggi kemungkinan 60%-85% berisko kanker payudara sedangkan BRCA2 berisiko 40% - 60% berisiko kanker payudara. Menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang terjadi pada Ny.E dimana Ny.E sangat khwatir jika penyakit yang dideritanya itu tertular kepada anak perempuannya .

Dari data yang ditemukan berdasarkan pengamatan kasus tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ada di Rumah Sakit karena semua tanda dan gejala yang di alami oleh pasien terdapat tinjauan teoritis. Pada tinjauan kasus ini hasil laboratorum pemeriksaan penunjang hasil laboratorium pada tanggal 05 maret 2020, WBC 6.80, RBC 4.24, HGB 14.2, HCT 41.6, MCV H 98.1, MCH H 33.5, MCHC 34.1, PLT 179, RDW 12.5, PDW 12.2, MPV 10.0, P-LCR 24.1, DIFF, LYMPH 28.3, MXD 9.2, NEUT 62.5, LYMPH# 1.90, MXD# 0.6, NEUT# 4.30. Hal tersebut, menunjukan adanya peningkatan nilai MCV dan MCH yang mengindikasikan terjadinya kelainan pada sel darah merah. Pemeriksaan foto thorax pada tanggal 09 maret 2020, (Kesan : suspek nodul lapangan tengah paru kiri.) Hal tersebut menunjukkan bahwa pada payudara sebelah kiri adanya benjolan yang semakin membesar dan melebar. Pada tinjauan kasus obat yang diberikan yaitu anbacim, ketorolac dan ranitidine,untuk mencegah adanya infeksi sekunder.

Berdasarkan data dari pengamatan kasus di atas, menujukan bawah tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi di Rumah Sakit. Berdasarkan pengkajian 11 pola Gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu: pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola akivitas dan latihan, dan pola persepsi dan konsep diri.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pengkajian di atas penulis mengangkat diagnosa keperawatan pada Ny “E” yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Penulis mengangkat diagonsa keperawatan ini sebagai diagnose prioritas karena adanya data-data hasil pengkajian yaitu Pasien mengatakan nyeri post op pada payudara bagian kiri, pasien mengatakan nyerinya seperti teriris-iris, pasien mengatakan lokasihnya pada payudara bagian kiri, pasien

mengatakan skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 10 menit.

2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena adanya data hasil pengkajian, pasien mengatakan setelah operasi pasien tidak bisa melakukan aktifitas karena pasien takut pada bekas operasinya terbuka, pasien mengatakan saat ini badannya terasa lemas dan dia hanya terbaring di tempat tidur, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi sehingga sebagian aktifitasnya di bantu oleh keluraga dan perawat, pasien mengatakan belum bisa mengangkat tangan kirinya dan belum bisa menahan dorongan tangan dari perawat .
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (penyakit). Penulis mengangat diagnosa keperawatan ini karena adanya data-data hasil pengkajian yaitu, Pasien mengatakan sangat cemas dengan keadaanya yang sekarang, pasien mengatakan dirinya tidak berdaya lagi dan malu dengan keadaannya yang sekarang, pasien mengatakan khawatir jika penyakit yang dideritanya tertular pada anak perempuannya, pasien mengatakan sangat cemas jika payudara sebelah kirinya tertular ke sebelah kanannya, tidak lagi mengurus suaminya dan anak-anaknya,pasien mengatakan sejak sakit dia cenderung menutupi diri dan tidak bersemangat menjalani aktivitas, pasien mengatakan dia hanya berkomunikasi dengan suami dan - orang yang datang menjenguknya serta teman dalam kamar. Adapun beberapa diagnosa pada tinjauan teori yang penulisi tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti :
    1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena saat pengkajian pola nutrisi dan metabolic pasien masih dalam batas normal, dimana pasien masih menghabiskan 1 porsi makananya setiap kali makan. Pasien juga tidak mengalami penurunan berat badan dimana IMT (Indeks Massa Tubuh) masih ideal.
    2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan ansietas. Penulis tidak mengankat diagnose tersebut karena saat pengkajian pasien tidak mengalami sesak nafas dan pola nafas pasien masih dalam batas normal seperti pernapasan 20x/menit,irama teratur, dan penulis tidak

mengankat diagnose tersebut karena sebelum operasi pasien merasa cemas (takut operasi dan tidak bisa sembuh) tetapi setelah post op penulis lebih berfokus pada diagnose gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh karena pasien saat ini khwatir dengan keadaanya yang sekarang.

3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi dan prosedur bedah. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini Karena pada saat pengkajian penulis belum melakukan perawatan luka karena bekas luka pada operasi masih baru

C. Perencanaan keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada pasien, maka penulis menyusun intervensi yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.

   Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: Observasi TTV secara berkalah, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi,karakteristik,onset atau durasi, frekuensi, kualitas intensitas atau beratnya nyeri dan faktor penetus. Anjurkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti biofeed back, TENS, relaksasi nafas dalam, terapi music, untuk penurunan rasa nyeri. Mempertahankan imobilitas bagian yang sakit dengan tirah baring seperti semi power. Kolaborasi drngan tim medis (dokter) dalam pemberian obat analgesic.

2. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar. Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: Observasi tanda-tanda vital. Lakukan pengkajian mobilitas pasien secara teratur. Ubah posisi pasien setiap 3 jam. Kaji kekuatan otot dan mobilitas sendi. Anjurkan kepada keluarga pasien untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan pasien. Kolaborasi dengan setiap terapi fisik untuk program latihan.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisik tubuh (penyakit). Penulis membuat beberapa intervensi yaitu: Kaji dan dokumentasikan respon verbal dan non verbal terhadap diri pasien. Identifikasi pasien dengan mekanisme koping. Dukung pasien untuk

mengenal dan mendiskusikan perasaanya. Bantu pasien unntuk menyadari bahwa setiap orang adalah unik. Bantu pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi perasaan yang bisa dirasakan mengenai dirinya. Bantu pasien untuk mengidentifikasi prioritas hidup.

D. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan/ intervensi yang telah di tentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi. Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang telah ditetapkan.

1. Pada masalah keperawatan pertama mengenai nyeri akut ,semua intervensi yang di susun dapat diimplementasikan selama ± 3 hari
2. Pada masalah keperawatan yang kedua, hambatan mobilitas di tempat tidur, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasi semua selama ± 3 hari
3. Pada masalah keperawatan ketiga mengenai gangguan citra tubuh, semua intervensi yang disusun dapat diimplementasi semua selama ± 3 hari.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat yang diberikan tercapai. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang di berikan pada pasien selama tiga hari yaitu pada tanggal 13-15 maret 2020.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Dari hasil evaluasi yang diberikan terhadap masalah nyeri akut teratasi sebagian , dimana pasien mengatakan nyeri post op pada payudara bagian kiri, pasien mengatakan nyerinya seperti teriris-iris, pasien mengatakan lokasihnya pada payudara bagian kiri, pasien mengatakan bahwa nyeri yang ia rasa kan sudah berkurang, nyeri dengan skala 3 (nyeri ringan), tampak pasien sesekali meringis dan, nyeri akut sudah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi manajemen nyeri

2. Hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan masalah hambatan mobilitas sudah teratasi , dimana pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kirinya, pasien mengatakan sudah melakukan aktivitas sendiri seperti makan,dan ke kamar mandi tampa di temani oleh suami, KU sedang, tampak luka pasien sudah kering, tampak pasien sudah melakukan aktivitasnya sendiri (mandiri), pasien mengatakan sudah bisa mengankat tangan kirinya dan sudah bisa menahan dorongan tangan yang diberikan perawat, hambatan mobilitas ditempat tidur sudah teratasi, stop intervensi hambatan mobilitas ditempat tidur.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisik tidak bugar. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan di berikan selama 3 hari, masalah gangguan citra tubuh sudah teratasi sebagian pada hari ke-3 , dimana pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya, dan menerima keadaan dirinya yang sekarang. Lanjutkan intervensi gangguan citra tubuh.

BAB V

PENUTUP

Setelah membahas teori dan menerapkan asusahan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Ny. “E” dengan *Ca Mammae Sinistra* di ruang perawatan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi perkembangan dan peningkatan pelayanan pasien khususnya pada pasien *Ca Mammae*

A. Kesimpulan

Dari hasil pembahasan diatas maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. *Ca Mammae* (kanker payudara) adalah suatu penyakit keganasan yang menyerang payudara dan merusak jaringan pada payudara.
2. Adapun tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang mucul yaitu dengan mengunakan proses keperawatan melalui pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
3. Dari data pengkajian yang dilakukan pada Ny”E” penulis merumuskan 3 dianosa keperawatan yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan fisik tidar bugar, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisik (penyakit).
4. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan intervensi telah dilakukan sesuai dengan intervensi yang diterapkan.
5. Implementasi dilakukan selama tiga hari dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan bekerja sama dengan pasien , keluarga serta tim kesehatan lainnya sehingga mendapatkan hasil maksimal.
6. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari tiga diagnosa tersebut masih belum teratasi yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, Hambatan mobilitas ditempat tidur

berhubungan dengan fisik tidak bugar, Ganggun citra tubuh berhubungan dengan perubahan fisik tidak bugar (penyakit.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian–uraian di atas maka penulis menganjurkan beberapan saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesional dan meningkatkan derajat keseha tan di masyarakat antara lain:

1. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien mampu mengubah pola hidupnya menjadi pola hidup yang sehat dengan mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, serta memperhatikan keberhasilan makanan tersebut, istirahat yang cukup,menciptakan lingkungan yang bersih dan juga kebersihan diri, lingkungan sehingga mencegah terjadinya demam thypoid.
2. Institusi rumah sakit

   Tetap melakuakn pendidikan kesehatan serta penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar meningkatkan status kesehatan pasien.
3. Institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/I yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang professional bagi masyarakat.
4. Mahasiswa/ mahasiswi
   a. Hendaknya mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu tetap menerapkan teori-teori yang di dapat sesuai dengan prosedur yang berlaku.
   b. Hendaknya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien, selalu memberikan penjelasan pada pasien maupun keluargau ntuk menjaga, memperhatikan, dan mencegah faktor-faktor penyebab Ca mammae

DAFTAR PUSTAKA

Estetika, suci, Sari., Wirsma, Arif., dan Harahap, Deddi, Saputra., (2018). "Pengaruh Faktor Resiko Terhadap Ekspresi Reseptor Eksterogen Pada Penderita Kanker Payaudara Di Kota Padang".**Jurnal Kesehatan Andalas**; 7(4).http://jurnal.fk.unand.ac.id [diakses 4 April 2020]

Ida leida maria, andi asliana sainal, mappeaty nyorong.,(2017). "Resiko gaya hidup terhadap kejadian kanker payudara pada wanita". **Jurnal MKMI;** Vol.13 No.2, Juni 2017 [diakses 04 April 2020]

Putu Diahpradnya Oko Partini, I Wayana Niryana, Putu Anda Tusta Adiputra., (2018). "Karakteristisk Kanker Payudara Usia Muda Di Subbagian Bedah Ongkologi Rumah Sakit Umum Sanglah Tahun 2014-2016" **Intisari Sains Medis** 2018,Volume 9 Number 1-76-79 http://isansmedis.id/ [diakses 4 April 2020]

Komite Nasional penanggulangan Kanker. Pedoman nasional pelayanan kedokteran kanker payudara. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (di unduh 3 April 2020). http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf

Siwi Setya Utami, Mustikasari., (2017). "Aspel psikososial pada penderita kaker payudara". **Jurnal Keperawatan Indonesia;** volume. 20 No.2, Juli 2017 [diakses 5 April 2020]

Sue E. Huether & Kathryn L. McCance "**Buku Ajar Patofisiologi;** edisi Indonesia keenam, oleh Djoko Wahono Soeatmadji, Retty Ratnawati & Hidayat Sujuti Volume 2 [5 April 2020]

Gloria M. Bulecheck, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner.,(2016)"**Nursing Interventions Classification (NIC)**" Edisi Keenam [diakses 6 April 2020]

Moorhead Sue, Johnson Marion, Meridean L. Maas, Swanson Elizabeth., (2016) "**Nursing Outcomes Classification (NOC)"** Edisi kelima [diakses 6 April 2020]

T. Headher Herdman, "**NANDA-I Diagnosa Keperawatan : definisi dan klasifikasi 2018-2020**" ISBN 978-979-044-852-0 [diakses 6 April 2020]

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Delpiana Weni Samara

Nim : E1714401011

Dianingsih Rupilele

Nim : E1714401012

Judul : Post Op Ca Mammae Sinistra

Pembimbing : Felisma Ganut, S.Kep.,Ns

No	Hari/ tanggal	Materi konsul	Saran perbaikan	Paraf dosen pembimbing	Paraf mahasiswa
1.	28 Maret 2020	BAB III Pengkajian	Perbaiki lagi 11 pola Gordon		
2.	3 April 2020	BAB III	Perbaiki analisa data,diagnose, intervensi		
3.	6 April 2020	BAB III	Lengkapi riwayat keluhan utama sebelum sakit dan setelah sakit		
4.	8 April 2020	BAB III	Pengkajian ACC		
5.	15 April 2020	BAB III	Lanjutkan implementasi dan evaluasi		
6.	18 April 2020	BAB III	Perbaiki implementasi dan evaluasi		
7.	22 April 2020	BAB III dan BAB I	Perbaiki bab III dan lanjutkan ke BAB I		
8.	24 April 2020	BAB I	latar belakang tambahkan pengertian tentang kesehatan yang menyebabkan		

			terjadinya penyakit Ca mammae		
9.	30 april 2020	BAB I	Bab I ACC, lanjutkan BAB II		
10.	9 Mei 2020	BAB II	Perbaiki anatomi, fisiologi dan etiologi		
11.	11 Mei 2020	BAB II	Perbaiki bab II tentang teoritis dan pengetikan		
12.	13 Mei 2020	Bab II	Perbaiki bagian manifistasi klinik (tambahan pengertiannya)		
13.	14 Mei 2020	BAB II	Bab II ACC		
14.	15 Mei 2020	BAB IV	perbaiki BAB IV		
15.	16 Mei 2020	BAB IV	perbaiki BAB IV tambahkan (teori pendukung pada kasus)		
16.	18 Mei 2020	BAB IV	Perbaiki pengetikan		
17.	19 Mei 2020	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV	Perbaiki pengetikan dan susunan kata		
18.	20 Mei 2020	BAB IV dan BAB V	BAB IV ACC lanjutkan BAB V		
19.	21 Mei 2020	BAB V	BAB V ACC lanjutkan Daftar pustaka dan buat penomoran dari depan		
20.	23 Mei 2020	Daftar Pustaka	Perbaiki penulisan nama dan pengetikan		