KARYA TULIS ILMIA

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "M" DENGAN *POST OP MASTECTOMY* DI RUANGAN PERAWATAN BERNADETH III RS STELLA MARIS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Pada STIK Stellamaris Makassar

DINA VITRIANTI ATBAR

E1714401013

ELVIANA UTO LEDOR

E1714401014

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIA

Karya Tulis Ilmiah judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "M" DENGAN *POST OP MASTECTOMY* DI RUANGAN KEPERAWATAN ST. BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Dianjurkan Oleh:

DINA VITRIANI ATBAR
E1714401013
ELVIANA UTO LEDOR
E1714401014

Disetujui Oleh:
Pembimbing

(Elmiana B. Linggi,Ns.,M.Kes)

NIDN.0925027603

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E. R.S,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)

NIDN. 0913098201

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "M" DENGAN *POST OP MASTECTOMY* DI RUANGAN KEPERAWATAN ST. BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan dipertanggungjawabkan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 11.00 – 11.40 dan 11.40 – 12.20 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Penguji I	**Penguji II**
(Fransiska Anita E. R. S,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)	**(Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes)**
NIDN. 0913098201	**NIDN. 0918087701**

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi.

Nama	: Dina Vitrianti Atbar
Tempat/Tanggal Lahir	: Biak, 18 Januari 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln. Lamadukelleng No. 08.

B. Identitas Orang Tua.

Ayah/Ibu	: Johanis Hardjowasito Atbar
Agama	: Khatolik/Kristen Protestan
Pekerjakan	: TNI-AD/IRT
Alamat	: Asrama Kodim 1708 Biak-Papua

C. Pendidikan Yang Telah Ditempuh.

TK Kartika Korem 1408	: Tahun 2003 – 2005
SD In. Ridge 2 Biak Papua	: Tahun 2005 – 2011
SMP Negeri 2 Biak Papua	: Tahun 2011 – 2014
SMA Negeri 1 Biak Papua	: Tahun 2014 – 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 – 2020

RIWAYAT HIDUP

A. Identitas pribadi

Nama Lengkap	: Elviana Uto Ledor
Tempat/Tanggal Lahir	: Malaysia,09 May 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Rajawali 1

B. Identitas Orang Tua.

Ayah/Ibu	: Antonius No Ledor
Agama	: Khatolik
Pekerjakan	: Petani/IRT
Alamat	: Flores Timur(NTT)

C. Pendidikan Yang Telah Ditempuh.

TK Santa Theresia	: Tahun 2002 – 2004
SD In. Pamakayo	: Tahun 2004 – 2011
SMP Negeri 1 Solor Barat	: Tahun 2011 – 2014
SMA Negeri 1 Larantuka	: Tahun 2014 – 2017
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2017 – 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang senantiasa melimpahkan berkat, penyertaan dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."M" DENGAN *POST OP MASTECTOMY* DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADET III MAKASSAR".

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi pada program Diploma III (DIII) keperawatan dan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan dan penyusunan KTI, penulis banyak mendapat bantuan baik berupa moril, maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Siprianus Abdu S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar. Terimakasih telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di Kampus STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E. R. S, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku wakil ketua Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M Paseno,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku wakil ketua Bidang Administrasi dan Keuangan di STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku wakil ketua Bidang Kemahasiswaan dan dengan penuh kesabaran, pengertian dalam membimbing dan membantu dalam penulisan laporan Karya Tulis Ilmia.

5. Mery Solon S.Kep.,Ns.,M.kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
6. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, SJMJ.,M.Kesselaku Direktur di RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik di RS Stella Maris Makassar.
7. Bapak dan Ibu dosen pengajar beserta staf yang telah mendidik dan membekali penulis dalam pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang dengan sabar dan bijaksana, selama penulis mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris.
8. Teristimewa kepada kedua orang tuaku tercinta ayah Atbar dan ibu Maria yang telah membesarkan, mendidik, senantiasa memberikan kasih sayang dan dukungan baik secara moril dan material yang tidak ternilai harganya serta doa restu kepada penulis dengan penuh rasa tanggung jawab sebagai orang tua, sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan selama penulis duduk di bangku studi di STIK Stella Maris Makassar.
9. Terimakasih untuk kakakku dan kekasihku, Dino Kristianto Atbar dan Yehuda Septianus Pakiding yang telah memberikan dukungan, semangat, dan doa untuk menyelesaikan studi dalam penyusunan KTI.
10. Terimakasih untuk teman-teman H-squad yaitu, Felicia Ines Tangdirena, Merlin Tandi Padang, Ani Kondolele, Whiweka Putri, Maria Jesika Larope, Yohanis Berlin Amapatibeni, Kak Marsel Elson dan Kak Michael, serta Elviana Uto Ledor selaku patner saya dalam penulisan Karya Tulis Ilmia. Yang telah memberikan dukungan berupa doa, semangat, doa, dan canda tawa selama menjadi Mahasiswa Stik Stella Maris Makassar.
11. Teristimewa kepada kedua orang tuaku tercinta ayah Antonius dan ibu Maria Leo Krowin yang telah membesarkan dengan kasih sayang,mendidik dan senantiasa memberikan dukungan baik

secara moril dan material yang tidak ternilai harganya serta doa restu kepada penulis dengan penuh rasa tanggung jawab sebagai orang tua, sehingga penulis dapat menyelesaikan Pendidikan selama penulis berada dibangku studi di STIK Stella Maris Makassar.

12. Terimakasih untuk kakak Alowisius Ledor dan adik Maria Bunga Ledor serta keluargaku yang selalu memberikan dukungan, semangat, dan doa untuk menyelesaikan studi dalam penyusunan KTI.
13. Terimakasih untuk teman terdekat saya yaitu, Celina Wahyu dara dan Delpiana Weni Samara yang telah memberikan dukungan, doa, semangat dan canda tawa selama menjadi Mahasiswa Stik Stella Maris Makassar.
14. Ny. “M” beserta suami, selaku penerima Asuhan Keperawatan, terimakasih atas kesediaanya dan kerjasamanya selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
15. Seluruh rekan-rekan mahasiswa DIII keperawatan angkatan 2017 STIK Stella Maris yang telah bersama-sama berjuang selama masa perkuliahan dan kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan KTI.

Akhirnya sebagai manusia biasa penulis menyadari bahwa apa yang telah tertuang dalam KTI ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan ikhlas dan rendah hati penulis bersedia menerima kritikkan dan saran yang membangun dari pembaca untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmia ini.

Makassar,Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL .....

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **i**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **ii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iii**

KATA PENGANTAR ..... **v**

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

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisa 4
E. Sistematika Penulisan 4

BAB II TINJAUN TEORITIS **6**

A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 6
3. Etiologi 8
4. Patofisiologi 10
5. Manifestasi Klinik 11
6. Tahapan *Ca mammae* 12
7. Stadium *Ca mammae* 13
8. Pemeriksaan Penunjang 15
9. Pencegahan *Ca mammae* 16
10. Prognosis 17

11. Penatalaksanaan *Ca mammae* 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 19
1. Pengkajian 19
2. Diagnosa Keperawatan 22
3. Intervensi Keperawatan 22
4. Discharge Planning 24
C. Patoflowdiagram 24

BAB III PENGAMATAN KASUS 28
A. Pengkajian 28
B. Analisa Data 29
C. Diagnosa Keperawatan 47
D. Rencana Keperawatan 50
E. Implementasi 50
F. Evaluasi 55
G. Daftar Obat 69

BAB IV PEMBAHASAN KASUS 82
A. Pengkajian 82
B. Diagnosa keperawatan 83
C. Intervensi Keperawatan 84
D. Implementasi Keperawatan 84
E. Evaluasi 85

BAB V SIMPULAN DAN SARAN 86
A. Simpulan 86
B. Saran 88

DAFTAR PUSTAKA 90

LEMBARAN KONSUL 91

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan abnormal sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Untuk perkembangannya, sel-sel kanker ini dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh, oleh karena itu, mereka dapat menjadi penyebab kematian(GN Sutapa,IM Yuliara, NN Ratini, 2018).

Kanker payudara merupakan suatu jenis tumor ganas yang berkembang pada sel-sel payudara. Kanker ini dapat tumbuh jika terjadi pertumbuhan yang abnormal dari sel-sel payudara. Pertumbuhan abnormal diduga disebabkan oleh mutasi gen yang diturunkan secara genetik.(Redacsi halodoc, 2019).

Menurut data dari *Intelejen Agency For Research on Cancer (IARC),* pada pertengahan tahun 2017 tercatat kasus *Ca mammae* 1.670.000 kasus dan kematian akibat kanker tersebut adalah 521.000 kematian. WHO, (2017) menyebutkan kematian akibat *Ca mammae* di dunia presentasenya adalah 21,4% atau sekitar 19.730 orang. Hampir 50% kasus *Ca mammae* dan sekitarnya 60% kematian terkait *Ca mammae* terjadi di negara-negara yang belum maju.

Di indonesia, prevalensi penyakit *Ca mammae* juga cukup tinggi.Menurut data WHO menunjukkan kasus kanker yang paling terjadi di Indonesia adalah kanker payudara, yakni 58.256 kasus atau 16%,7.

Menurut data Kemenkes menyatakan, angka kanker payudara di Indonesia mencapai 42,1 orang per 100 ribu penduduk. Rata-rata kematian akibat kanker ini mencapai 17 orang per 100 ribu penduduk.
Menurut data Riskesdas 2013, prevalensi *Ca mammae* di indonesia adalah 1,4 per 100 penduduk atau sekitar 347.000 orang. Sedangkan jika melihat data BPJS Kesehatan, terdapat peningkatan jumlah kasus *Ca*

mammae yang ditangani dan pembiayaannya mulai periode 2014/2015 (Kemenkes, 2013).

Menurut data dari MRO Rs. Stella Maris Makassar tahun 2016 pasien yang dirawat dengan *Ca mammae* sebanyak 263 jiwa, dari 263 jiwa 1 jiwa pasien laki-laki dan 262 pasien perempuan. Pembagian menurut usia,

pasien dengan usia 15-24 tahun sebanyak 2 jiwa (0,7%), pasien dengan usia 25-44 tahun sebanyak 87 jiwa (33,2%), pasien dengan usia 45-64 tahun sebanyak 157 jiwa (60%), dan usia 65 tahun ke atas sebanyak 16 jiwa (6,1%). Pasien laki-laki 1 (100%), dan pasien perempuan dari 263 jiwa pasien yang meninggal sebanyak 14 jiwa (5,3%), dari tahun 2016 kematian pasien dengan *Ca mammae* mengalami peningkatan sebanyak 7 orang. Pada tahun 2017 pasien yang dirawat dengan kasus *Ca mammae* mengalami peningkatan, dengan jumlah keseluruhan sebanyak 499 jiwa. Pembagian menurut usia pasien ditemukan, usia 25-44 tahun sebanyak 137 jiwa (27,4%), pasien dengan usia 45-64 tahun sebanyak 319 jiwa (64%), pasien dengan usia 65 tahun ke atas sebanyak 43 jiwa (8,6%), dari 499 jiwa ada 16 (3,2%) pasien yang meninggal dunia. Dapat disimpulkan bahwa dari tahun 2016-2017 pasien yang meninggal mengalami peningkatan, dan jumlah pasien yang dirawat dengan *Ca mammae* paling banyak pada tahun 2017 yaitu sebanyak 499 jiwa.

Pemerintah memiliki sejumlah kebijakan dan program pengendalian *Ca mammae* di indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan deteksi dini, penemuan dan tindak lanjut dini *Ca mammae*; meningkatkan kualitas hidup penderitan *Ca mammae*; dan menurunkan angka kematian akibat *Ca mammae.* Untuk mencapai tujuan tersebut, dilaksanakan program pengendalian *Ca mammae* yang meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat akan *Ca mammae,* pengadaan kegiatan pemberdayaan masyarakat berupa Posbindu PTM, dan salah satu tindakan kuratif yang bisa dilakukan pada penderita *Ca mammae* yaitu melalui terapi-terapi seperti : kemoterapi, terapi radiasi, terapi hormon, sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup pasien *Ca mammae*, menjaga pola hidup sehat, dan teratur menjalani proses pengobatan yang diberikan. Dan uraian tersebut maka penullis tertarik mengambil masalah *Ca mammae* sebagai Asuhan

Keperawatan yang dilakukan di ruang perawatan Bernadeth III RS Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan.

1. Tujuan umum.

   Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memperoleh pelaksanaan proses asuhan keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Ca mammae*.

2. Tujuan khusus.
   a. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Ca mammae*.
   b. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Ca mammae*
   c. Memperoleh pengalaman nyata dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien *Ca mammae*
   d. Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan implementasi keperawatan dengan *Ca mammae*
   e. Memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Ca mammae*.

C. Manfaat Penulisan.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Instansi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Ca mammae*.

2. Institusi/akademik.

   Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Ca mammae.*

3. Penulisan/mahasiswa-i

   Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis/mahasiswa dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan.

D. Metode Penulisan.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini metode yang digunakan adalah studi kepustakaan, studi kasus, dan pengamatan kasus yang berupa wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Wawancara

   Mengadakan wawancara secara langsung dengan pasien, keluarga pasien, serta berbagai pihak lainnya.

2. Observasi.

   Mengadakan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang akan dilakukan.

3. Pemeriksaan fisik.

   Melakukan pemeriksaan fisik pada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

4. Dokumentasi.

   Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil tes diagnostik.

E. Sistematika Penulisan.

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain BAB I PENDAHULUAN, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II TINJAUAN TEORITIS. Menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu konsep dasar medik, yang meliputi pengertian,anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, stadium*Ca mammae*, prognosis *Ca mammae*, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan

meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan pulang. BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, merupakan laporan hasil karya tulis ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik. BAB V PENUTUP, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar medis.

1. Defisien

Kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan abnormal sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Untuk perkembangannya, sel-sel kanker ini dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh, oleh karena itu, mereka dapat menjadi penyebab kematian(GN Sutapo, IM Yuliara, NN Ratini, 2018)

Kanker payudara merupakan penyakit akibat mutasi gen yang dipicu oleh multifaktor seperti, faktor diet, faktor lingkungan, dan faktor keturunan yang dikenal sebagai faktor resiko. Maka dari itu kanker payudara ini dapat berkembang lebih cepat apabila salah satu dari anggota keluarga pernah mengalami penyakit ini. Dan penyakit ini juga paling banyak menyerang kaum wanita(Andra dan Yessie, 2014).

Jadi, kanker adalah penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan abnormal sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker dan sel-sel kanker ini dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh. Kanker payudara merupakan penyakit mutasi gen yang dipicu oleh multifaktor salah satunya, yaitu faktor gen atau resiko. Penyakit ini juga salah satu yang ditakuti oleh kaum wanita, karena penyakit ini lebih banyak menyerang wanita yang memiliki faktor resiko(gen).

2. Anatomi dan fisiologi *mammae*.

a. Anatomi.

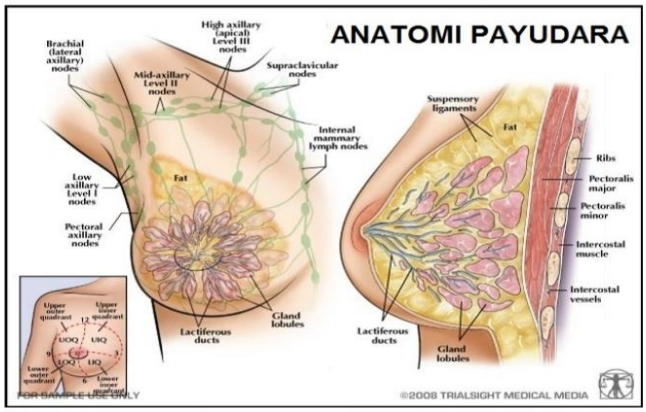
Kata payudara berasal dari bahasa Sansekerta payau yang artinya air dan dara yang artinya perempuan. Dalam bahasa Latin, payudara disebut *glandhula mammae*. Salah satu fungsi payudara adalah untuk menyusui. (Suryaningsi & Sukaca, 2011).

Kelenjar *mammae* adalah perlengkapan pada organ reproduksi perempuan yang mengeluarkan air susu. *Mammae* terletak di dalam fasia superfisialis di daerah pektoral antara sternum dan aksila dan melebar dari kira-kira rusuk kedua atau ketiga sampai rusuk keenam atau rusuk ketujuh. Berat dan ukuran *mammae* berbeda, pada massa pubertas membesar, dan bertambah besar selama hamil dan sesudah melahirkan, dan menjadi atrofik pada usia lanjut.

Bentuk *mammae* cembung ke depan dengan puting di tengahnya, yang terdiri atas kulit dan jaringan erektil dan berwarna tua. Puting ini dilingkari daerah yang berwarna coklat yang disebut areola. Dekat dasar puting terdapat kelenjar sebaseus, yaitu *kelenjer Montgomery*, yang mengeluarkan zat lemak supaya puting tetap lemas.

Puting berlubang-lubang 15-20 buah, yang merupakan saluran dari kelenjar susu. *Mammea* terdiri atas bahan kelenjar susu atau jaringan aleolar, tersusun atas lobus-lobus yang saling terpisah oleh jaringan ikat dan jaringan lemak. Setiap lobulus terdiri atas sekelompok aleolus yang bermuara ke dalam duktus laktiferus (saluran air susu) yang bergabung dengan duktus-duktus lainnya untuk membentuk saluran yang lebih besar dan berakhir dalam saluran sekretorik. Ketika saluran-saluran ini mendekat puting, membesar untuk membentuk wadah penampung air susu, yang disebut sinus laktiferus, kemudian saluran itu menyempit lagi dan menembus puting dan bermuara di atas permukaanya.

Sejumlah besar lemak ada di dalam jaringan pada permukaan *mammae*, dan juga di antara lobulus. Saluran limfe mulai sebagai pleksus halus dalam ruangan interlobuler jaringan kelenjar, bergabung dan membentuk saluran lebih besar, yang berjalan ke arah kelompok pektoral kelenjar aksiler, yaitu kelenjar *mammae* bagian dalam dan kelenjar supraklaikuler. Persediaan darah diambil dari cabang arteria aksilaris, interkostalis, dan mama interna, dan pelayanan persarafan dari saraf-saraf kutan dada. (Pearce, 2014).



Sumber: Anandria Saputra, 2008

b. Fisiologi

Organ *mammae* merupakan bagian dari organ reproduksi yang fungsi utamanya menyekresi susu untuk nutrisi bayi yang dimulai pada minggu keenam belas. Sesudah bayi lahir, dari *mammae* akan keluar sekresi yang berupa cairan yang berwarna kekuningan yang disebut kolostrum yang kaya akan protein, dan dikeluarkan selama 2-3 hari pertama, kemudian air susu mengalir lebih lancar dan menjadi air susu sempurna. Sebuah hormon dari lobus anterior kelenjar hipofisis, yaitu proklatin penting dalam merangsang pembentukan air susu (Pearce, 2014).

3. Etiologi.

Penyebab *Ca Mammae* masih belum diketahui secara jelas penyebabnya secara pasti, faktor genetik dan faktor hormonal mengambil peran penting dalam proses penyakit *Ca mammae*. Namun ada beberapa faktor resiko yang diyakini sebagai pemicu perkembangan sel *Ca mammae* dalam tubuh penderitanya(Andra & Yessie 2015).

a. Usia saat menstruasi.

Usia pada saat remaja yang lebih cepat menstruasi pertama mengakibatkan proses pembentukan estrogen progesteron lebih cepat sehingga mudah lelah karena terus melakukan pembentukan, akibatnya proses poliferasi sel meningkatkan akan mengakibatkan resiko terjadinya *Ca mammae*.

b. Genetika.

Sekitar 5-10 % *Ca mammae* dianggap terkait erat dengan perubahan gen (mutasi gen) warisan terkait erat dengan perubahan gen (yang disebut mutasi) warisan dengan perubahan gen tertentu diwarisi dari orang tua. Perubahan gen yang paling umum adalah gen BRCA 1 dan BRCA 2. Wanita dengan perubahan gen ini mempunyai peluang hingga 80% terkena *Ca mammae* sepanjang kehidupannya perubahan gen yang lain juga meningkatkan resiko kanker payudara.

Mutasi gen warisan yang paling umum adalah BRCA 1 dan BRCA 2. Pada sel normal, gen-gen ini digunakan untuk membantu menjaga sel-sel tersebut dari pertumbuhan yang tidak normal. Jika terwarisi salinan gen mutasi dari orang tua, maka akan beresiko lebih besar terkena *Ca mammae*. Karena gen ini akan mengalami mutasi dan tidak merespon terhadap kerusakan DNA mengakibatkan Reparasi DNA dan mekanisme rekombinasi homologi tidak tejadi.

c. Faktor hormon.

Selama perkembangan glandula *mammae* dipengaruhi oleh hormon estrogen dan hormone mammogenlaktogen untuk laktasi, *Ca mammae* adalah suatu bentuk keganasan pada *mammae* yang dapat terjadi pada sistem duktal, sistem lobular, dan jaringan stromal *mammae* itu sendiri, serta dapat menyebar secara inlfiltratif, melalui aliran limfe maupun aliran darah.

Estrogen memberikan efek meningkatkan proliferasi sel dan pertumbuhan yang berperan penting dalam perkembangan *mammae* normal. Namun estrogen juga berperan penting dalam menginduksi *Ca mammae*. Oleh karena itu, sejak lama estrogen sudah dikaitkan dengan lemak tubuh dan proses induksi tumor *mammae.* Peningkatan hormon estrogen dalam tubuh dan tidak digunakan secara menyeluruh sistem reproduksi seperti pada wanita hamil, maka akan mereseptor kelenjar *mammae* untuk menangkap hormon estrogen secara berlebihan mengakibatkan pembelahan sel pada *mammae* tidak terkendali.

d. Asap rokok.

Kandungan dalam rokok yaitu nikotin akan berpoloferasi meningkatkan hormone estrogen dan progesteron sehingga akan berpoliferasi pada ductus ephitelium mengakibatkan apoptosis sehingga tidak mampu mendeteksi kerusakan DNA dan sel abnormal terus berpoliferasi sehingga mengakibatkan *Ca mammae*.

e. Penggunaan kontrasepsi.

Kandungan dalam obat kontrasepsi yaitu esterogen dan progesteron akan berpoliferasi pada ductus ephitelium mengakibatkan apoptosis sehingga tidak mampu mendeteksi kerusakan DNA dan sel abnormal terus berpoliferasi sehingga mengakibatkan *Ca mammae*.

f. Penggunaan Bra.

Penggunaan Bra yang terlalu ketat atau setempat dan juga tidak berbahan yang menyerap keringat mengakibatkan tekanan pada *mammae*, sehingga drainase getah bening dan sirkulasi darah tertahan mengakibatkan terjadinya hiperplasia yang merupakan resiko terjadinya *Ca mammae*.

4. Patofisiologi (Andra & yessie, 2015).

Bukti yang terus bermunculan bahwa adanya perubahan genetika dan hormone yang menyebabkan *Ca mammae*, namun belum diketahui secara pasti apa yang menyebabkan terjadinya *Ca mammae*. Meskipun belum diketahui secara spesifik namun dapat diidentifikasi melalui beberapa faktor resiko, beberapa faktor resiko ini berperan dalam menentukan beberapa pencegahan.

Ca mammae adalah penyakit yang terjadi, jika terjadi kerusakan genetik pada DNA dari sel epitel *mammae*. Ada banyak jenis dari *Ca mammae*. Perubahan genetik ditemukan pada sel epitel, menjalar ke duktus atau jaringan lobular. Tingkat dari pertumbuhan kanker tergantung pada efek dari esterogen dan progesteron. *Ca* dapat berupa invasif (infiltrasi) maupun noninvasif (in situ).

Ca mammae invasif atau infiltrasi dapat berkembang ke dinding duktus dan jaringan sekitar, sejauh ini cancer yang banyak terjadi adalah invasif duktus carsinoma. Duktus carsinoma berasal dari duktus lactiferous dan bentuknya seperti tentakel yang menyerang struktur *mammae* di sekitarnya. Tumor biasanya unilateral, tidak bisa digambarkan, padat, non mobile, dan nontender.

Pola pertumbuhan invasif dapat menghasilkan tumor irregular yang bisa teraba saat palpasi. Pada saat tumor berkembang, terjadi fibrosa disekitarnya dan memendekkan *Cooper's* ligamen. Saat *cooper's* ligamen memendek, mengakibatkan terjadinya *peau d'orange* (kulit berwarna orange) perubahan kulit dan edema berhubungan dengan *Ca mamae*. Jika menyerang duktus limpatik, tumor dapat berkembang di nodus limpa axila. Tumor bisa merusak lapisan kulit, menyebabkan ulserasi.

Ca mammae akan membuat pertumbuhan sel yang abnormal sehingga sel akan menekan jaringan sekitarnya, sel saraf akan terjepit dan menimbulkan masalah nyeri, selain dari itu pertumbuhan sel yang abnormal akan menekan kulit dan kulit akan menjadi kencang kemerahan sehingga terjadi luka pada kulit.

Kenapa sampai dilakukan tindakan *mastectomy* pertama *mastectomy* itu sendiri terbagi menjadi dua bagian, bagian yang pertama, yaitu Pembiusan disini terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang prosedur dan akan menimbulkan kecemasan, mual dan muntah akibat mibilitas usus yang tidak bekerja dengan baik, dan ada juga penekanan pada system tempregulasi tubuh dimana terjadi pada lingkungan seperti ruang OK yang dingin, sehingga mengakibatkan hipotermi. Bagian yang kedua, yaitu Pembedahan dimana terjadi pemutusan jaringan yang dapat membuat luka terbuka sehingga menjadi jalan masuk untuk mikroorganisme dan dapat menyebabkan resiko infeksi serta adanya nyeri. Pada pembedahan ini dilakukan juga pengangkatan seluruh payudara pasien sebelah kanan sehingga menyebabkan gangguan citra

tubuh. Sehingga dokter menganjurkan pasien untuk melakukan prosedur pembedahan *Mastectomy.*

5. Manifestasi klinis.
    1. Manifestasi Klinis *Ca mammae.*
    a. Adanya benjolan pada payudara dengan atau tanpa rasa sakit.
    b. Bentuk puting susu berubah, (*retraksi nipple* atau rasa nyeri yang terus menerus, dan *nipple discharge* atau puting susu yang mengelurkan cairan atau darah)
    c. Adanya perubahan pada kulit mamma diantaranya berkerut seperti kulit jeruk, melekuk ke dalam dan borok.
    d. Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau dikulit *mammae*
    e. Ada luka putting *mammae* yang sulit sembuh
    f. Adanya pembengkakan pada payudara yang terasa panas dan memerah.
    g. Benjolan yang keras dan tidak bergerak yang awalnya tidak terasa sakit
    h. Ada benjolan di axila

        Jika terjadi mestastase maka gejala yang muncul adalah nyeri bahu, pinggang dan punggung bawah
    i. BB menurun.
    2. Manifestasi Klinis Post Mastectomy.
        a. Adanya bekas operasi pada dada pasien.
        b. Memiliki tumor payudara dengan ukuran yang besar.
        c. Pembengkakan pada area operasi.
        d. Gerak lengan dan bahu jadi lebih terbatas.
        e. Nyeri saraf (neuropati) di dinding dada, ketiak, dan/atau lengan yang tak kunjung hilang seiring berjalannya waktu.
        f. Pendarahan dan infeksi pada area yang dioperasi
6. Tahapan *Ca mammae*

Tahapan klinis yang paling banyak digunakan untuk mengetahui tahapan *Ca mammae* adalah sistem TNM, yang mengevaluasi ukuran

tumor, nodus limfe yang terkena bukti adanya mestastasi yang jauh. System TNM oleh *commiteon caner staging and resuid reformatiting* pertahapan ini didasarkan pada fisiologi memberikan prognosis yang akurat :

a. Tumor zize
   - TX : tidak ada tumor
   - TO : tak dapat ditunjukan adanya tumor primer
   - T1 : tumor dengan diameter < 2cm
   - T2 : tumor dengan diameter 2-5 cm
   - T3 : tumor dengan >5 cm
   - T4 : tumor tanpa memandang ukurannya telah menunjukan perluasan secara langsung ke dinding thorax atau kulit

b. Regional limpho nodus (N)
   - NX : kelenjar ketiak tak teraba
   - NO : tidak ada mestastase kelenjar ketiak homolateral
   - N1 : mestastase ke kelenjar ketiak homolateral tapi masih bisa digerakkan
   - N2 : metastase ke kelenjar ketiak homolateral mengakibatkan terjadinya fiksasi satu sama lain ataupun jaringan sekitarnya.
   - N3 : mestastase ke kelenjar homolateral supklavikuler atau intrakuler dan terjadi edema paru.

c. Mestastase (jauh)
   - M0 : tidak ada mestastase
   - M1 : mestastase jauh termasuk ke perluasan kulit di luar mammae

7. Stadium *Ca mamame*

   a. Stadium 0.

      Pada stadium ini *Ca* tidak atau belum menyebar keluar dari pembuluh atau saluran payudara dan kelenjar-kelenjar (lobula)

susu pada mammae. Stadium inilah yang disebut dengan karsinoma ductal in atau kanker yang tidak invasive

b. Stadium I (stadium dini)

Pada stadim ini, tumor masih sangat kecil dan tidak menyebar serta tidak ada titik pada pembuluh getah bening. Besarnya tumor tidak lebih dari 2-2,25 cm, tidak terdapat penyebaran pada kelenjar getah bening ketiak. Pada stadium I ini kemungkinan penyembuhan secara sempurna adalah 70%.

c. Stadium II a

Pada stadium ini pasien mengalami hal-hal sebagai berikut :

- Diameter tumor lebih kecil atau sama dengan 2 cm dan telah ditemukan pada titik-titik pada saluran getah bening diketiak
- Diameter tumor lebih besar dari 2 cm tapi tidak lebih dari 5 cm. Belum menyebar ke titik-titik di pembuluh getah bening ketiak.
- Tidak ada tanda-tanda tumor pada payudara, tapi ditemukan pada titik-titik di pembuluh getah bening ketiak.

d. Stadium II b

Pada stadium ini, penderita *Ca mammae* berapa pada kondisi sebagai berikut:

- Diameter tumor lebih dari 2 cm tapi tidak lebih dari 5 cm.
- Telah menyebar pada titik di pembuluh getah bening ketiak.
- Diameter tumor lebih lebar dari 5 cm, tapi belum menyebar ke titik-titik yang jauh.

e. Stadium III a

Pada stadium ini penderita *Ca mammae* berada dalam kondisi sebagai berikut :

- Diameter tumor lebih kecil dari 5 cm dan telah menyebar ke titik-titik pada pembuluh getah bening ketiak.
- Diameter tumor lebih besar dari 5 cm dan telah menyebar ke titik-titik pada pembuluh getah bening ketiak.

f. Stadium III b

Pada stadium ini tumor telah menyebar ke dinding dada atau menyebabkan pembengkakkan, dan bisa juga terdapat luka bernanah di *mammae* atau didiagnosa sebagai *inflammatory breast cancer.*

g. Stadium III c

Pada stadium ini, kondisinya hampir sama dengan stadium III b, tetapi Ca telah menyebar ke titik-titik pada pembuluh getah bening dengan kata lain, kanker telah menyebar lebih dari 10 titik di seluruh getah bening di bawah tulang selangka.

h. Stadium IV

Pada tahap ini, kondisi pasien tentu sudah mencapai tahap parah yang sangat kecil kemungkinannya untuk sembuh sangat kecil, pada stadium ini ukuran tumor sudah tidak bisa lagi di tentukan dan telah bermetastasis ke jaringan lainnya seperti paru-paru, liver, tulang rusuk, atau pun organ lainnya.

8. Pemeriksaan Penunjang.

a. Mammografi

Mammografi merupakan proses pemeriksaan *mammae* manusia menggunakan sinar X- dosis rendah(umunya berkisar 0,7 mSv). Metode mammografi, sinar X yang dipancarkan sangat kecil, dan biasanya mencakup dua pandangan terhadap setiap *mammae*. Mammografi merupakan suatu tes yang aman yang bertujuan untuk melihat adanya masalah pada *mammae* wanita, mammografi dilakukan dengan dua cara yaitu skirining dan diagnosis, skirining digunakan pada wanita asimptomatik dan diagnosis digunakan pada wanita simptomik. Tes ini dilakukan dengan menggunakan mesin khusus dengan sinar X yang akan dihubungkan langsung ke komputer sehingga kita bisa melihat dengan gambar perubahan payudara normal dan yang mengalami masalah.

b. Biopsi

Biopsi adalah suatu tes yang untuk mengambil sejumlah kecil jaringan dari benjolan dan daerah sekitar dari benjolan. Jaringan tersebut akan diperiksa di laboratorium. Biopsi digunakan untuk menyampaikan informasi hispatologi, setelah dilakukan pemeriksaan seperti mammografi atau pun USG akan digunakan biopsi untuk menjadi cara untuk menyampaikan bahwa benar atau tidak adanya *Ca mammae* pada seseorang. Jenis-jenis biopsi, seperti*biopsi fine needle asipiration(FNA), core(large), needle biopsi,* dan biopsi pembedahan.

c. USG.

Lesi hypoethoic dengan *margin irregular* dan *showding* disertai disertai ventrikel kemungkinan *lesis malignan*, lesi terkadang menunjukan adanya infiltrasi ke jaringan lemak di sekitarnya. *Lesi solid benigna* dengan batas tegas lobulated yang terlihat sebagai *hypoehoic homogeny* dan orientasi horizontal diduga adalah(fibroadema), USG tidak disarankan untuk digunakan untuk skirining USG kegunaanya lebih kepada untuk menentukan sejauh mana metastase yang terjadi dalam tubuh penderita.

d. MRI.

MRI direkomendasikan bersamaan dengan pemeriksaan mammografi tahunan. MRI digunakan pada wanita yang sudah dengan jelas dideteksi *Ca mammae* untuk lebih baik dalam menentukan ukuran sebenarnya dari cancer tersebut dan mencari beberapa cancer lain dalam *mammae.*

e. Pemeriksaan Lab : Pemeriksaan darah lengkap.

9. Pencegahan *Ca mammae*(Pamungkas Zaviera, 2015)

a) Pencegahan Primer.

Merupakan pencegahan awal untuk Memproteksi diri dari penyakit *Ca mammae*, adapun yang perlu diperhatikan alam pencegahan adalah:

- Promosi dan edukasi pola hidup sehat.

- Menghindari faktor resiko,(riwayat kesehatan keluarga, tidak punya anak, tidak menyusui anak, riwayat tumor jinak, obesitas, kebiasaan, perokok aktif dan pasif, pemakai alat kontrasepsi hormonal selama > 5 tahun.

b) Pencegahan Sekunder.

Pencegahan yang dilakukan setelah muncul faktor resiko pada individu mengenai *Ca mammae* namun harus ditangani agar tidak menjadi semakin parah. Yang perlu diperhatikan adalah:

- Pemeriksaan SEDARI: merupakan pemeriksaan secara individu untuk mendeteksi adanya benjolan dalam *mammae*.
- Pemeriksaan *klinis mammae* (biopsy pada payudara).
- USG: untuk mengetahui batas-batas tumor dan jenis tumor.
- Mammografi: untuk menemukan adanya kelainan sebelum adanya gejala tumor dan adanya keganasan.

c) Pencegahan Tersier.

Pencegahan yang dilakukan setelah individu positif terkena *Ca mammae* untuk mencegah terjadinya kecatatan dan individu bisa memiliki harapan hidup, adapun yang diperhatikan pada pencegahan tersier adalah:

- Perawatan kuratif dan Paliatif.

10. Prognosis.

Menyebutkan bahwa prognosis kesembuhan *Ca mammae* berdasarkan stadiumnya dibagi menjadi 5, yaitu:

- Stadium I : 90% - 80%
- Stadium II : 70% - 50%
- Stadium III : 20% - 11%
- Stadium IV : 0%
- Stadium *Ca* in situ : 96%

11. Penatalaksanaan *Ca mammae* (Mulyani, Nina, Nuryani 2013)

Mastectomy adalah suatu tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara yang terdiri dari seluruh stroma dan parenkhim payudara, aroela dan puting susu serta kulit diatas tumornya disertai diseksi kelenjar getah bening aksila ipsilateral level I,II/III tanpa mengangkat muskulas pekrolaris major dan minor (Sinclair, 2009). Menurut Surya (2009), mastectomy adalah pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat payudara.

Komplikasi yang dapat ditimbulkan setelah prosedur mastektomi meliputi; pendarahan, infeksi, rasa nyeri, pembengkakan kelenjar getah bening pada tangan, nyeri dan kaku pada bahu, sensasi mati rasa atau kebas, terutama pada lengan, karena pengangkatan kelenjar getah bening dan penumpukan darah pada lokasi operasi (hematoma).

Ada dua macam terapi yang bisa dilakukan pada penderita *Ca mammae* adalah terapi kuratif (pemedahan) dan paliatif (non pembedahan) yang dilakukan secara mastektomi parsial, mastektomi total, mastektomi radikal, tergantung dari luas, besar dan penyebarannya kanker.

a. Terapi kuratif.
   - Mastektomi preventif

     Hal ini biasanya di lakukan pada wanita yang mempunyai resiko terkena *Ca mammae* yang tinggi akibat faktor genetika atau resiko keturunan. Mastektomi preventif bisa disebut *prophylactic mastectomy* dengan mengangkat seluruh mammae dan puting.
   - *Radikan mastectomy*

     Merupakan operasi pengangkatan sebagian dari *mammae* dan operasi ini selalu diikuti dengan pemberian radioterapi, mastektomi ini biasanya diberikan kepada pasien yang menderita tumor < 2 cm dan letaknya di pingggir *mammae.*

- *Modified radical mastectomy*

  Merupakan pengangkatan seluruh *mammae,* jaringan *mammae* di tulang dada, tulang selangkang dan tulang iga serta benjolan disekitar ketiak. Tujuannya adalah untuk meningkatkan harapan hidup dan pembedahan biasanya diikuti dengan terapi tambahan seperti radiasi, hormone, dan kemoterapi.

b. Terapi paliatif.

- Terapi radiasi ini dilakukan dengan sinar –X dengan intensitas tinggi untuk membunuh sel kanker yang tidak terangkat saat operasi.

  Bertujuan untuk menyembuhkan atau mengecilkan kanker yang sensitif pada radiasi dan untuk kasus lain dapat digunakan untuk mengecilkan tumor sebelum sebelum operasi atau sesudah operasi tujuannya untuk menjaga agar kanker tidak kambuh lagi. Terapi radiasi ini juga bertujuan untuk mengobati gejala-gejala untuk kanker stadium lanjutan.Radiasi dalam pengobatan kanker disebut *ionizing radition*, karena ketika elektron-elektron keluar dari atom dan akan menembus jaringan maka akan berbentuk ion-ion aliran listrik melalui tambahan atau ketika kehilangan di dalam sel dari jaringan.

- Terapi hormonal.

  Tujuan nya adalah: menghilangkan atau mengurangi estrogen dalam sel tumor. Hal ini dapat diperoleh dengan *Blockadereseptor* dengan *selective modulator* (SERM), supresi sintesis estrogen pada wanita post menopouse dengan aromatase inhibitor, misalnya anasrozole, letrozele, exemetane atau dengan analoge LHRH (*luitenizing hormone-releasing hormone)* pada wanita premenopouse, ablasi ovarium dengan oophorectomy atau radiasi eksterna pada premenopouse.

- Kemoterapi

Proses pemberian obat-obatan anti kanker, dapat menghancurkan sel kanker. Obat ini dapat diminum dan intervenous(diinfus). Obat ini bekerja dengan menghambat atau mengganggu sintesa DNA dalam siklus sel. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik. Obat sitostatika dibawah melalui aliran darah atau diberikan langsung ke dalam tumor, jarang menembus *bool-brain barrier* sehingga obat ini sulit mencapai sistem saraf pusat. Ada 3 jenis setting kemoterapi yakni adjuvant, neoadjuvant, dan primer.

Kemoterapi adjuvant diberikan setelah selesai operasi pembedahan untuk jenis kanker payudara yang belum menyebar dengan tujuan untuk mengurangi resiko timbulnya kembali kanker payudara. Neoadjuvant merupakan kemoterapi yang diberikan sebelum operasi. Manfaat nya adalah untuk mengecilkan kanker yang berukuran besar sehingga mereka cukup kecil untuk operasi pengangkatan (lumpektomi). Kemoterapi primer diberikan pada kanker payudara stadium lanjut digunakan untuk mengatasi kanker menyebar kedaerah lain, obat-obatan yang biasa digunakan untuk kanker payudara yaitu golongan obat sitostatika.

B. Konsep dasar keperawatan.

1. Pengkajian.

Pengkajian merupakan tahap pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien secara sistematis. Data yang dikaji pada pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui riwayat kesehatan, pengkajian fisik, pemeriksan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik, serta riview catatan sebelumnya. Langkah-langkah pengkajian adalah pengumpulan data, dan pengangkatan diagnosa. Yang perlu di perhatikan saat pengkajian pada pasien kanker payudara ada :

a. Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, pekerjaan, status pernikahan, jumlah anak, dll).
b. Pengkajian pola-pola kesehatan.
   - Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan:
     1. Pre post (*Ca mammae)*:

     Hal-hal yang perlu dikaji pada pola ini adalah keyakinan pasien tentang kesehatan, bagaimana cara pasien mempertahankan kesehatannya. Riwayat kesehatan dalam keluarga, riwayat kesehatan masa lalu

     2. Post Op (Mastectomy):

     Serta keluhan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan mastectomy
   - Pola nutrisi dan metabolik:
     1. Pre post (*Ca mammae):*

     Hal-hal yang diperlukan dalam pola ini adalah adanya perubahan pola makan pasien, adanya kesulitan menelan atau tidak, adanya mual dan muntah.

     2. Post op (Mastectomy):

     Hal-hal yang diperlukan dalam pola ini adanya perubahan pada nafsu makan pasien, dan pasien kehilangan nafsu makan.
   - Pola eliminasi.
     1. Pre post (*Ca mammae):*

     Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah perubahan pola berkemih dan pola BAB.

     2. Post op (*Mastectom*y):

     Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah perubahan pola berkemih dan pola BAB, dikaji apakah pasien menggunakan kateter atau tidak.
   - Pola aktivitas dan latihan.
     1. Pre op (*Ca mammae):*

Hal-hal yang perlu dikaji pada pola ini adalah merasa kesulitan bergerak, merasa sesak saat bergerak, kaji adanya edema dan kelemahan tonus otot.

2. Post op (*Mastectomy)*:

Hal-hal yang perlu dikaji pada pola ini adalah apakah pasien merasa kesulitan saat beraktifitas, apakah pasien merasa nyeri saat beraktifitas, kaji adanya udem pada luka operasi.

- Pola tidur dan istirahat

  1. Pre op (*Ca mammae):*

  Hal-hal yang perlu dikaji pada pola ini adalah susah untuk memulai istirahat, gelisah dan pola istirahat yang tidak sesuai anjuran kesehatan.

  2. Post op (*Mastectomy)*:

  Hal-hal yang dikaji pada pola ini adalah apakah pasien merasa gelisah saat istirahat, saat tidur apakah pasien merasa kecemasan.

- Pola presepsi kognitif.

  1. Pre op (*Ca mammae):*

  Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah adanya gangguan pada alat indera, adanya nyeri dan adanya gangguan pada pernapasan.

  2. Post op (*Mastectomy)*:

  Hal-hal yang dapat dikaji pada pola ini adalah adanya gangguan pada alat indera, adanya nyeri pada alat indera setelah dilakukan tindakan *mastectomy.*

- Pola persepsi dan konsep diri.

  1. Pre op (*Ca mammae):*

  Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah adanya gangguan konsep diri pasien (ideal diri, gambaran diri, harga diri, citra tubuh, dan peran diri), pasien mengalami perasaan putus asa,

adanya perasaan marah dan ketidakberdayaan atas kondisi yang dirasakan.

2. Post op (*Mastectomy):*

Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah adanya gangguan konsep diri pasien (gambaran diri, harga diri, citra tubuh, dan peran diri), pasien mengalami perasaan putus asa, adanya perasaan marah dan ketidakberdayaan atas kondisi yang dirasakan.

- Pola peran dan hubungan dengan sesama.

1. Pre op (*Ca mammae):*

Hal-hal yang perlu di kaji di pola ini adalah kemampuan komunikasi pasien setelah sakit bersama keluarga dan orang yang ada di sekitarnya.

2. Post op (*Mastectomy)*:

Hal-hal yang perlu di kaji di pola ini adalah kemampuan komunikasi pasien setelah sakit bersama keluarga dan orang yang ada di sekitarnya.

- Pola mekanisme toleransi stres dan koping.

1. Pre op (*Ca mammae):*

Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah adanya perasaan cemas pada pasien, cara pasien untuk mengatasi perasaan cemas, adanya perasaan ketidakberdayaan, dan emosi yang tidak stabil.

2. Post op (*Mastectomy)*:

Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah adanya perasaan cemas pada pasien, cara pasien untuk mengatasi perasaan cemas, adanya perasaan ketidakberdayaan, dan emosi yang tidak stabil.

- Pola reproduksi.

1. Pre op (*Ca mammae)*:

Hal-hal yang perlu dikaji dari pola ini adalah umur pertama usia menarche dan usia pasien saat menopouse, jumlah anak yang dimiliki dan adanya gangguan dengan alat reproduksi.

2. Post op (*Mastectomy)*:

Hal-hal yang perlu dikaji dari pola ini adalah umur pertama usia menarche dan usia pasien saat menopouse, jumlah anak yang dimiliki dan adanya gangguan dengan alat reproduksi.

- Pola nilai dan keyakinan.

1. Pre op (*Ca mammae):*

Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah perasaan berserah dan seberapa besar keyakinan pasien untuk sembuh.

2. Post op (*Mastectomy)*:

Hal-hal yang perlu dikaji di pola ini adalah perasaan berserah dan seberapa besar keyakinan pasien untuk sembuh.

c. Pemeriksaan klinis.

Mencari benjolan karena organ payudara dipengaruhi oleh faktor hormon antara lain estrogen dan progesterone, maka pemeriksaan ini dilakukan saat pengaruh hormonal ini seminim mungkin, setelah mentruasi ± 1 minggu dari hari akhir menstruasi. Klien duduk dengan tangan jatuh ke samping dan pemeriksa bediri di depan klien dalam posisi yang sama tinggi.

d. Inspeksi

- Simetris (antara payudara kiri dan kanan)
- Kelainan papila. Letak dan bentuk adakah puting susu masuk kedalam, kelainan pada kulit sekitar payudara tanda radang, luka, *peaue d'orange dimpling,* ulserasi, dll.

e. Palpasi

- Pasien berbaring dan usahakan agar payudara tersebar rata atas lapangan dada, jika perlu punggung diganjal bantal kecil.
- Konsistensi, banyak, lokasi, infiltrasi, besar, batas dan operabilitas.

- Pembesaran kelenjar getah bening (kelenjar axila)
- Adanya metastase nodus (regional) atau organ jauh.
- Stadium kanker.

f. Pemeriksaan penunjang.

- Pemeriksaan radiologist (Mammografi/USG mamma, X-foto, thoraks, USG abdomen, bone scan, CT-scan).
- Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap, urin, gula darah puasa 2 jpp, Exxym alkali sposphate, LDH, CEA, MCA, AFP, hormon reseptor ER, PR, Aktivitas estrogen/ vaginal smear).
- Pemeriksaan sitologis (FNA dari tumor, cairan kista dan efusi pleura, sekret putting susu, ditemukannya cairan abnormal seperti darah atau nanah.

2. Diagnosa Keperawatan (Herad Heater 2016)

Adapun diagnosa keperawatan yang sering dialami oleh para penderita *Ca mammae* :

1) Diagnosa sebelum dilakukan tindakan operasi
   a) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan tentang penyakit
   b) Ansietas berhubungan dengan stressor
   c) Resiko infeksi berhubungan dengan gangguan integritas kulit
   d) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri
   e) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
2) Diangnosa sesudah dilakukan tindakan operasi
   a) Nyeri akut b.d *Ca mammae*
   b) Kerusakan integritas jaringan b.d prosedur bedah
   c) Ganggguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (penyakit)
   d) Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dan perubahan besar (misalnya status kesehatan)

e) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan cairan.

3. Intervensi Keperawatan.

1. Intervensi sebelum tindakan-tindakan operasi

a. Defisiensi pengetahuan b.d kurang sumber pengetahuan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan defenisi pengetahuan dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Perjalanan penyakit biasanya dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4.
- Sumber informasi terpercaya terkait penyakit dipertahankan pada skalaa 2, ditingkatkan pada skala 4.
- Efek terapi obat dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4.

Intervensi keperawatan:

- Jelaskan mengenai proses penyakit, sesuai kebutuhan
- Berikan infosmasi yang tersedia, sesuai kebutuhan
- Edukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus dilaporkan kepada tenaga medis.
- Identifikasi kemungkinan penyebab, sesuai kebutuhan.

b. Ansietas b.d stressor

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4
- Kesulitan berkonsentrasi dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan pada skala 4
- Gangguan tidur dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan pada skala 4

- Peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan pada skala 4.

Intervensi keperawatan:

- Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman
- Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat.
- Dengarkan klien pada saat klien berbicara
- Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan.
- Instruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi

c. Resiko infeksi b.d gangguan integritas kulit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dapat teratasi:

Kriteria hasil:

- Kemerahan dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Demam dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Nyeri dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Depresi sel darah putih dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4

Intervensi keperawatan:

- Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran luka, dan bau.
- Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat
- Dorong cairan yang sesuai (cairan infus)
- Ajarkan pasien dan anggota keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.
- Dokumentasikan lokasi luka, ukuran dan tampilan.

d. Intoleransi aktivitas b.d nyeri

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang.

Kriteria hasil:

- Kekuatan tubuh bagian atas dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Warna kulit dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4
- Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan pada skala 4

Intervensi keperawatan:

- Anjurkan tidur siang bila diperlukan
- Lakukan ROM aktif/pasif untuk menghilangkan ketegangan otot
- Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi) saat melakukan perawatan diri secara mandir).
- Tingkatkan tirah baring (meningkatkan jumlah waktu istirahat).

e. Nyeri akut b.d agens cedera fisik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Melaporkan nyeri yang dialami
- Mengikuti program pengobatan
- Klien mampu mengenal kapan nyeri terjadi
- Ekspresi meringis pada wajah

Intervensi keperawatan:

- Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif
- Berikan informasi mengenai nyeri seperti; penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
- Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
- Mendemonstrasikan terapi relaksasi
- Kolaborasi pemberian terapi farmakologi dengan dokter dan tenaga kesehatan.

2. Intervensi sesudah tindakan-tindakan operasi.

a. Nyeri akut b.d *Ca mammae*

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Klien mampu mengenal kapan nyeri terjadi
- Menggunakan atau mendemonstrasikan teknik relaksasi
- Mengikuti program pengobatan
- Melaporkan nyeri yang dialaminya

Intervensi keperawatan:

- Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif
- Berikan informasi mengenai nyeri seperti; penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
- Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
- Mendemonstrasikan terapi relaksasi
- Kolaborasi pemberian terapi farmakologi dengan dokter dan tenaga kesehatan.

b. Kerusakan integritas jaringan b.d prosedur bedah.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Sensasi pasa kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4
- Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4
- Integritas jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4
- Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4.

Intervensi keperawatan:

- Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau
- Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat
- Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase.

c. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (penyakit).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien dapat berkurang.

Kriteria hasil:

- Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala di 4 tingkatkan keskala 2
- Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2
- Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2

Intervensi keperawatan:

- Bantu pasien untuk menemukan penerimaan diri

- Bantu pasien untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain
- Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri
- Monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu dengan tepat
- Dukung pasien untuk menerima tantangan baru.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian dan perubahan besar (misalnya status kesehatan)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Anisietas yang dirasakan berkurang.

Kriteria hasil:

- Mengurangi penyebab kecemasan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2
- Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2
- Mempertahankan tidur adekuat dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2.

Intervensi keperawatan:

- Dorong keluarga untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan.
- Dengar klien pada saat pasien ingin berbicara.
- Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi kecemasan secara cepat.
- Kontrol stimulus untuk kebutuhan pasien secara tepat.

e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan cairan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi pasien dapat teratasi.

Kriteria hasil:

- Asupan Gizi dapat dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan pada skala 5

- Asupan makanan dapat dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 5
- Resiko berat badan / tinggi badan dapat dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan pada skala 5.
- Asupan protein dapat dipertahankan pada skala 3 dan ditingkatkan pada skala 5.

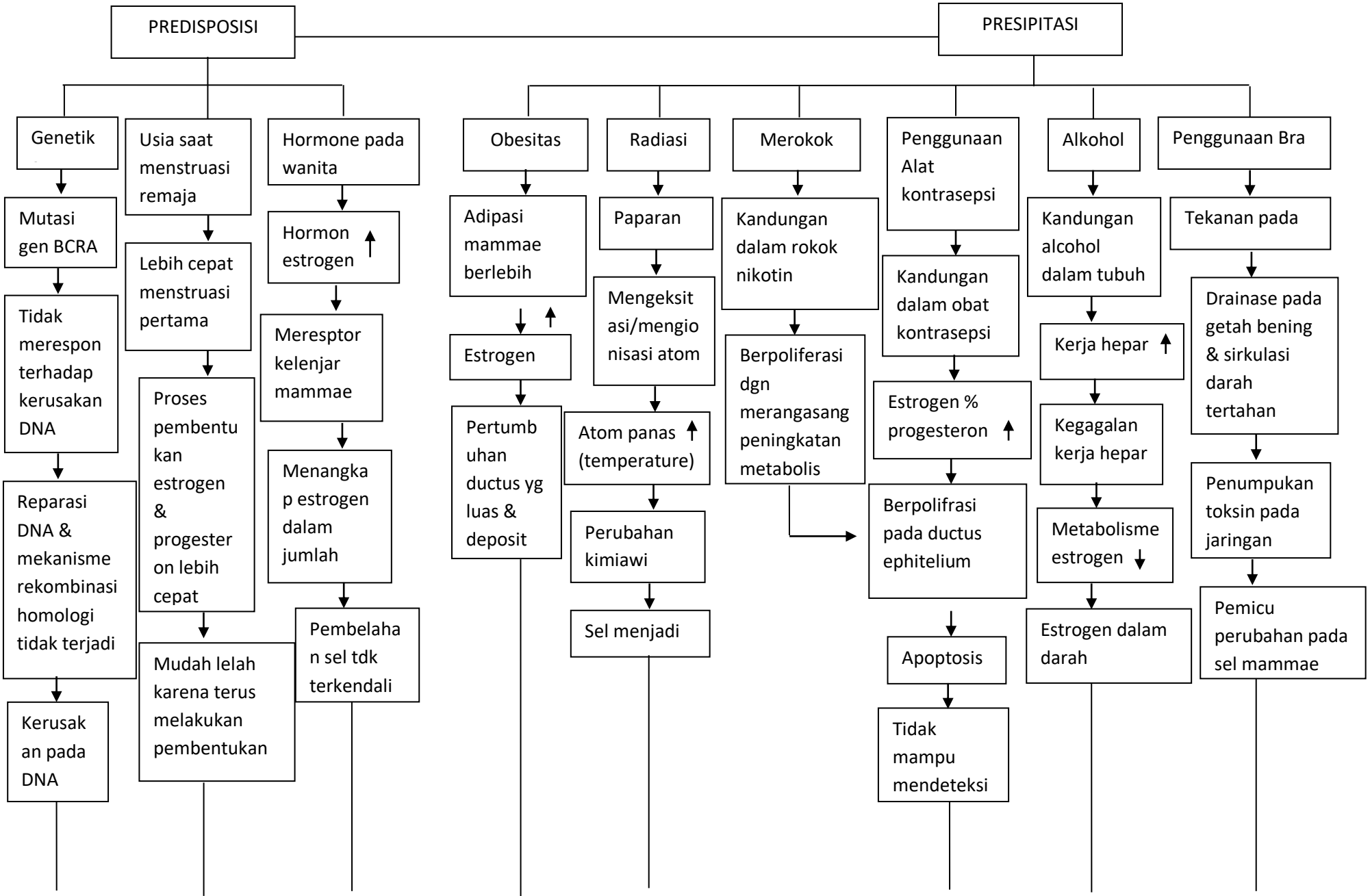
Intervensi keperawatan:

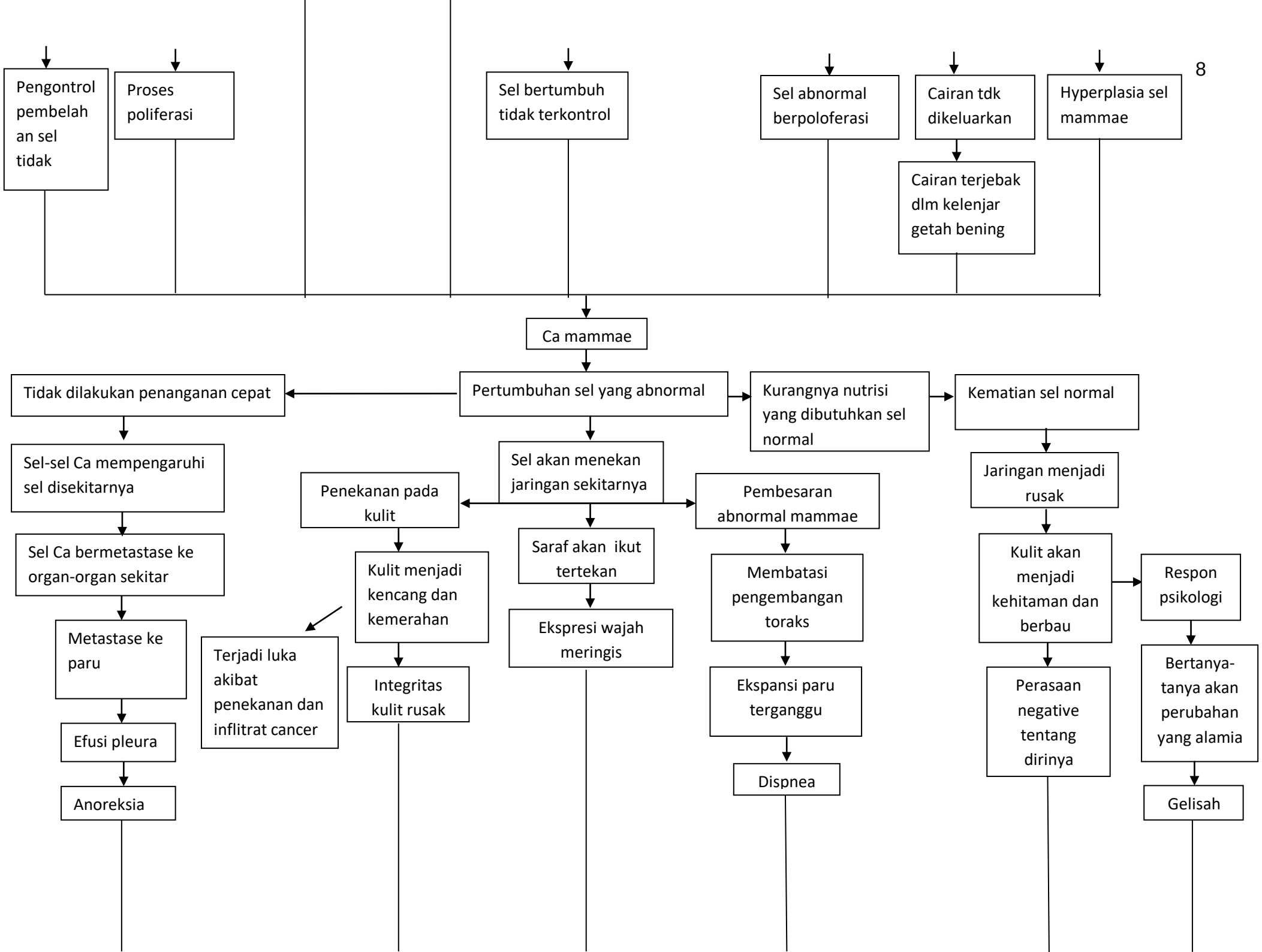
- Tawarankan makanan ringan yang padat gizi
- Anjurkan pasien untuk terkait pada kebutuhan makanan tertentu berdasarkan usia dan perkembangan
- Monitor terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.
- Berikan arahan bila diperlukan.

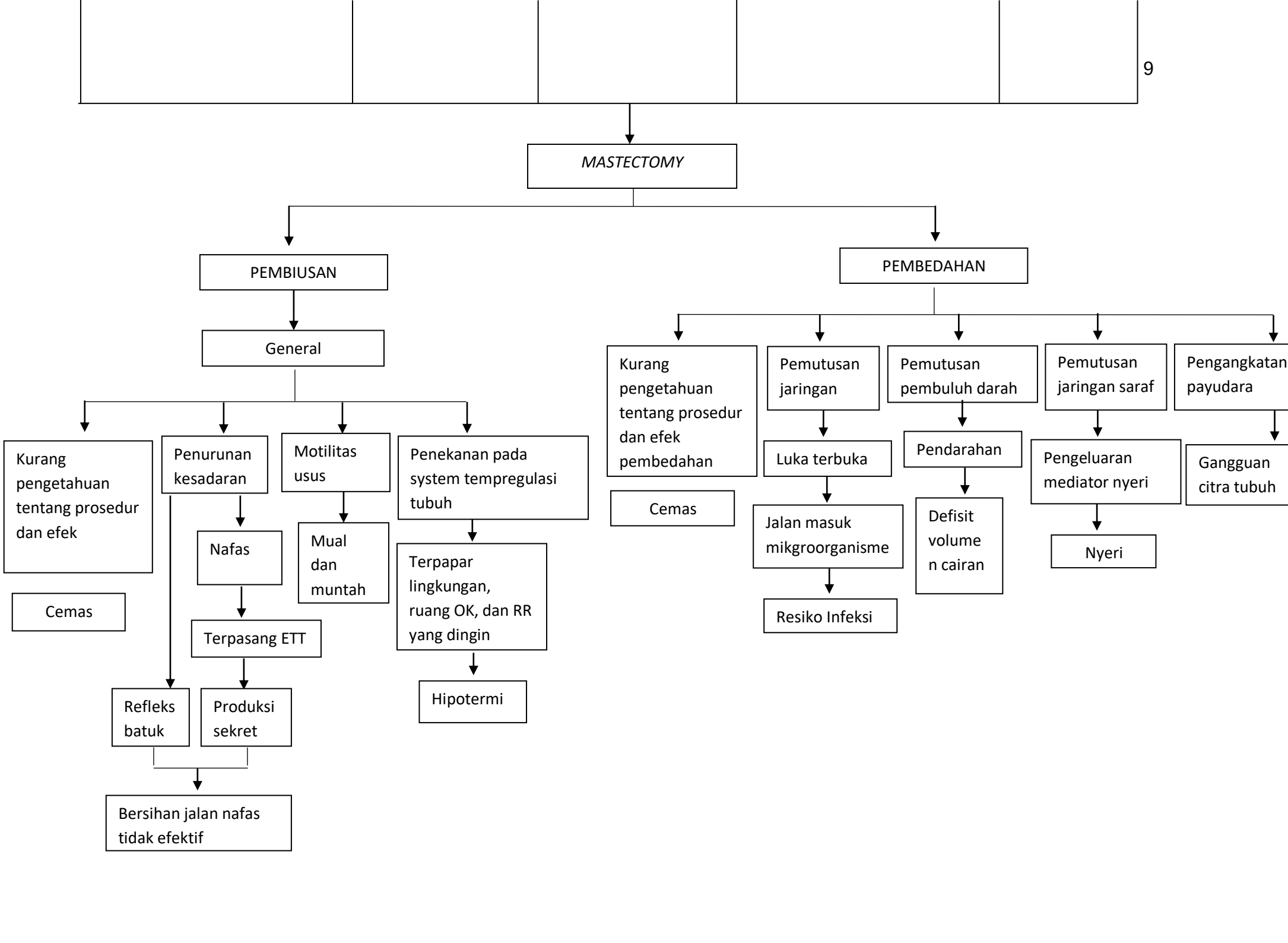
4. Perencanaan pulang (Mulyani, Nina & Nuryani 2013)
   a. Menganjurkan pasien melakukan control kesehatan secara berkala.
   b. Menganjurkan pasien menerapkan pola hidup sehat untuk proses penyembuhan penyakit.
   c. Menganjurkan pasien untuk tetap semangat dalam menjalani hidupnya.
   d. Menganjurkan kepada pasien untuk mengikuti setiap program pengobatan yang diberikan oleh pihak medis.

C. Patoflodiagram *Mastectomy*.

ETIOLOGI *CA MAMAE*




Pengontrol pembelah an sel tidak
Proses poliferasi
Sel bertumbuh tidak terkontrol
Sel abnormal berpoloferasi
Cairan tdk dikeluarkan
Hyperplasia sel mammae
Cairan terjebak dlm kelenjar getah bening
Ca mammae
Tidak dilakukan penanganan cepat
Pertumbuhan sel yang abnormal
Kurangnya nutrisi yang dibutuhkan sel normal
Kematian sel normal
Sel-sel Ca mempengaruhi sel disekitarnya
Sel akan menekan jaringan sekitarnya
Penekanan pada kulit
Pembesaran abnormal mammae
Jaringan menjadi rusak
Sel Ca bermetastase ke organ-organ sekitar
Saraf akan ikut tertekan
Kulit menjadi kencang dan kemerahan
Membatasi pengembangan toraks
Kulit akan menjadi kehitaman dan berbau
Respon psikologi
Metastase ke paru
Terjadi luka akibat penekanan dan inflitrat cancer
Integritas kulit rusak
Ekspresi wajah meringis
Ekspansi paru terganggu
Perasaan negative tentang dirinya
Bertanya-tanya akan perubahan yang alamia
Efusi pleura
Dispnea
Anoreksia
Gelisah


MASTECTOMY
PEMBIUSAN
General
Kurang pengetahuan tentang prosedur dan efek
Cemas
Penurunan kesadaran
Nafas
Terpasang ETT
Refleks batuk
Produksi sekret
Bersihan jalan nafas tidak efektif
Motilitas usus
Mual dan muntah
Penekanan pada system tempregulasi tubuh
Terpapar lingkungan, ruang OK, dan RR yang dingin
Hipotermi
PEMBEDAHAN
Kurang pengetahuan tentang prosedur dan efek pembedahan
Cemas
Pemutusan jaringan
Luka terbuka
Jalan masuk mikgroorganisme
Resiko Infeksi
Pemutusan pembuluh darah
Pendarahan
Defisit volume n cairan
Pemutusan jaringan saraf
Pengeluaran mediator nyeri
Nyeri
Pengangkatan payudara
Gangguan citra tubuh

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien dengan inisial Ny. “M” umur 48 tahun masuk RS stella maris pada tanggal 19 februari 2020 dengan keluhan nyeri pada payudara sebelah kanan. pasien merasa nyeri seperti teriris-iris degan skala 4 dan

nyeri yang dirasakan terus menerus. Pada tanggal 20 februari 2020 dokter melakukan tindakan operasi untuk payudaranya. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris tembus kebelakang dengan skala 7 dan nyeri yang dirasakan terus menerus. Tampak pasien meringis kesakitan akibat nyeri yang di rasakan. Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada, pasien mengatakan payudara sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban,tampak payudara pasien sebelah kanan sudah dilakukan tindakan operasi. Keadaan umum tampak kesadaran pasien compos mentis, tampak pasien terbaring lemas ditempat tidur, tampak infus terpasang pada tangan sebelah kiri dengan cairan RL 500ml, tampak drain terpasang dengan cairan 50cc, tampak kateter terpasang. Adapun hasil observasi yang didapat pada saat pengkajian adalah TD : 120/80mmHg, N : 82x/menit, S : 36,7^{O}c, P : 20x/menit. Berdasarkan data diatas, maka penulis mengangkat diagnose keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh. Dari ketiga diagnose keperawatan diatas penulis mengangkat rencara keperawatan: manajemen nyer, perawatan luka, dan peningkatan harga diri. Ketiga rencana keperawatan tersebut dapat diimplementasikan dan hasil evaluasinya semua dapat teratasi sesuai dengan hasil yang diharapkan.

B. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Dina Vitrianti Atbar
	Nim: E1714401013
	Elviana Uto Ledor
	Nim: E1714401014

Unit :Bernadeth III Autoanamnese : Pasien
Kamar: 366[2] Alloanamnese :Suami Pasien
Tgl masuk RS : 19 februari 2020
Tgl pengkajian : 20 februari 2020

I. Identitas

a. Pasien

Nama initial	:Ny"M"
Umur	:48 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 1 Orang
Agama/suku	: Kristiani/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Ibu RT
Alamat rumah	: Jl. Borong

b. Penanggung jawab

Nama	: Tn "J"
Umur	: 61 Tahun

Alamat : Jl. Borong

Hubungan dengan pasien: Suami pasien

II. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : *Ca Mammae dextra*

Saat pengkajian : *Post op Ca Mammae dextra.*

III. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur, terpasang kateter dengan jumlah urine 150 cc, terpasang infus pada tangan sebelah kiri dengan cairan RL 500 cc, dan terpasang draine dengan cairan 50 cc.

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 :Tidak coma.

2) Tekanan darah : 120/80mmHg

MAP : 93,3mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu :36,4° C : di Oral [-] Axilla [√] Rectal [-]

4) Pernapasan : 20x/menit

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

Jenis : Dada [√] Perut [-]

Nadi : 84x/menit

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

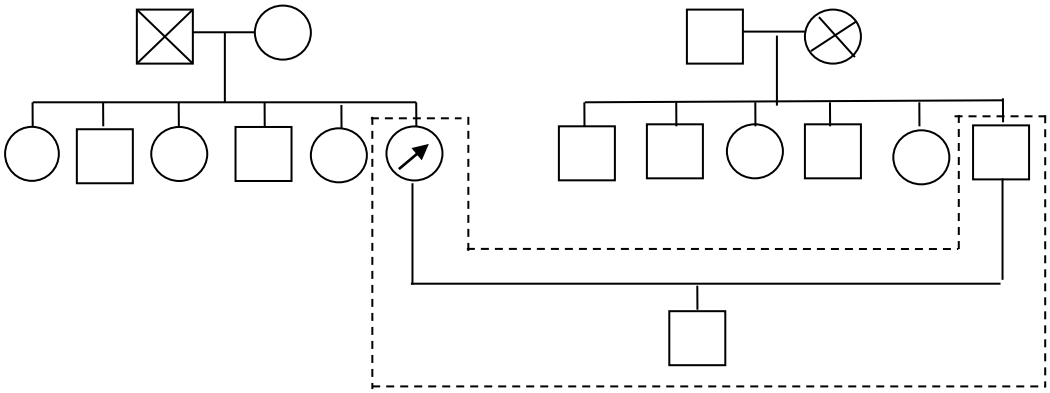
Kuat [√] nah [-]

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm
2) Tinggi badan : 157 cm
3) Berat badan : 58 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 23.57 kg

Kesimpulan : berat badan ideal.

d. Genogram.



Keterangan

: Laki-Laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

--------- : Tinggal serumah

IV. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola persepsi dan Pemeliharaan kesehatan.

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Pasien mengatakan sebelum sakit, pernah mengalami flu dan demam, pasien mengatakan jika sakit hanya mengkonsumsi obat yang dijual di tokoh-tokoh (paracetamol, asam mefenamat). Pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan instan dan siap saji.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama :

Nyeri Post Operasi.

b. Riwayat keluhan utama :

Pada tanggal 19 februari 2020 pasien masuk ke rumah sakit dengan keluhan nyeri pada payudara kanan seperti teriris-iris dengan skala 4 dan nyeri yang dirasakan terus menerus.Pada tanggal 20 februari 2020 dokter melakukan tindakan operasi untuk payudaranya. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris tembus kebelakang dengan skala 7 dan nyeri yang dirasakan terus menerus. Tampak pasien meringis kesakitan akibat nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada dada, pasien mengatakan payudara sudah dilakukan tindakan operasi, tampak luka operasi tertutup verban, tampak payudara pasien sebelah kanan sudah sudah dilakukan tindakan operasi. Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia merasa malu karena ia sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya. Pasien mengatakan bahwa ia merasa minder karena payudaranya tinggal satu.

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami.

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang pernah dialaminya.

d. Riwayat kesehatan keluarga.

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit pada keluarganya.

3) 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 3 kali makan dalam sehari (pagi, siang, malam). Makanan terdiri dari: nasi, sayur, ikan. Pasien mengatakan dapat menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan. Pasien mengatakan makanan kesukaannya ialah: makanan yang instant dan siap saji seperti: Bubur ayam, mie goreng hokian. Napsu makan baik dan ada penambahan berat badan dari 58Kg-74Kg.

Pasien mengatakan minumnya 5-7 gelas(1250cc-1500cc)/ hari. Pasien mengatakan suka minum minuman yang diblender seperti: jus papaya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan semenjak sakit napsu makannya masih sama seperti sebelum sakit. Pasien mengatakan semenjak dirumah sakit makanan yang dimakan adalah makanan yang dibawa oleh keluarga dari rumahnya dikarenakan makanan yang dirumah sakit kurang disukainya

(kurang ada rasanya). Pasien mengatakan makanya 3 kali dalam sehari(pagi,siang,malam). Pasien mengatakan kalau dia

tidak makan makanan dari Rumah sakit tapi dibawah oleh keluarganya dari rumah. Pasien mengatakan minumnya sebanyak 1250-1750cc dalam sehari.

3) Obsevasi

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang dibawahkan oleh keluarganya dan minumnya 250cc air.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak hitam 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 ditengah dan tidak ada polip.
f) Rongga mulut : Tampak bersih
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh dan tidak ada
i) caries gigi palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras :Pasien mampu mengunyah dengan keras
k) Lidah : Bersih dan tidak adaperadangan
l) Pharing : Tidak ada pembesaran
m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   - Inspeksi : Simetris dan tidak ada bayangan vena
   - Auskultasi : Peristaltik usus 10 x/mnt
   - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
   - Perkusi : Timpani
p) Kulit:

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

q) Lesi : Tampak tidak ada pada kulit.

C. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB dan BAK lancar dan tidak mengalami masalah, warna feses berwarna kuning kecoklatan, konsitensinya lunak, pasien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dan tiap pagi. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pola BAK, pasien mengatakan tiap hari BAK ± 6-7 kali, ± 1200 cc dan mengatakan kencingnya jernih dan berbau khas kencing.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB dan BAK masih normal, pasien mengatakan tidak ada masalah pada BAB, BAB 1-2 kali dalam sehari, warna fesesnya kuning kecoklatan , konsitensi lunak. Pasien mengatakan BAK 6-7 kali ± 1200 cc dan mengatakan kencingnya jernih dan berbau khas kencing.

3) Observasi

Tampak pasien mengunakan kateter dengan jumlah urine 150cc, tidak ada nyeri ketok ginjal, teraba kandung kemih kosong.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 10 x/mnt

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

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

d) Mulut uretra : Tidak di kaji karena pasien meno

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 sebelum sakit dia selalu mengurus kebutuhan keluarganya. Pasien mengatakan selalu melakukan aktifitas di rumah seperti membersihkan rumah, mencuci pakaian, dan memasak. Pasien mengatakan jika dalam waktu senggang dia hanya mengisi kegiatan dengan menonton dan bercerita dengan tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa lagi bekerja mengurus pekerjaannya seperti membersihkan rumah, mencuci pakaian, dan memasak. Pasien mengatakan badannya merasa lemas dan sulit beraktivitas, ia hanya dibantu oleh suaminya dan ia hanya berbaring di tempat tidur.

3) Obsevasi

Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur.

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

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

2) Postur tubuh : Tidak dikaji

3) Gaya jalan : Tidak di kaji karena pasien tidak bisa berdiri

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 tidak mampu duduk.

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

Batasatas 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	4	4
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 tidurnya sangat nyenyak dan tidak sulit memulai tidur. Pasien mengatakan sering tidur siang sekitar 2 jam dari jam 13.00-15.00 di saat selesai makan siang dan pada malam hari tidur pukul 21.00 sebelum tidur pasien terkadang nonton tv terlebih dahulu dan pada saat tidur pasien suka menggunakan kipas angin dan ketika tidur lampu kamar dipadamkan. Pasien mengatakan tidur pada malam hari ± 6-8 jam dari jam 21.00-05.00.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa tidurnya terganggu karena adanya nyeri yang dia rasakan. Pasien mengatakan tidur siangnya ± 1 jam saja dari jam 13:00-14:00 dan tidur malamnya ± 6 jam dari jam 22:00-04:00

3) Obsevasi

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 sejak sakit tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta tidak ada masalah pada hidung dan mulut namun pasien mengatakan terdapat luka pada payudara bagian kanan, dengan luka yang cukup besar pada

bagian luka tersebut tampak bekas jahitan dengan diameter 15cm, hasil dari biopsi jika banyak bergerak terasa nyeri bahkan nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk dengan skala 7 dan nyeri yang dirasakan terus menerus jika banyak bergerak.

3) Observasi

Tampak luka yang besar pada payudara, tampak bekas jahitan biopsy pada luka pasien dengan diameter 15cm, tampak luka mulai memerah, ekspresi pasien tampak meringis.

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 dan kanan bisa digerakkan.

G. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan merasa dirinya sangat berharga dan berguna bagi keluarganya, pasien mengatakan sebagai istri harus melaksanakan semua pekerjaan IRT sebagaimana mestinya, tidak pernah menyerah dengan apa yang dihadapi, pasien mengatakan selalu berusaha membawa dirinya ke hal-

hal yang membuat senang jika dalam masalah seperti cerita kepada teman dan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mmengatakan merasa merepotkan suaminya, tidak lagi mengurus suami dan anaknya. Pasien mengatakan tidak bisa lagi bekerja dan hanya terbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan sering berpikir apakah lukanya akan sembuh karena takut melihat luka yang terdapat pada payudaranya. Pasien mengatakan malu terhadap kondisinya yang tidak sama seperti dulu lagi dan tidak seperti perempuan pada umumnya.

3) Observasi:

Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur

Kontak mata : Ada

Rentang perhatian : Penuh

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

Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik.

Kelainan bawaan yang nyata :Tidak ada

Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji

Kulit : Tampak bersih

H. Pola peran dan hubungan dengansesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami dan anaknya sangat harmonis dan penuh kasih sayang, meskipun terkadang ada beberapa masalah. Pasien mengatakan selain hubungannya dengan suami baik hubungan dengan para tetangga juga baik, bisa menyempatkan diri untuk bercerita dengan tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami dan anaknya tetap harmonis namun tidak bisa lagi berbuat apa-apa untuk mengurus suami dan anaknya. Pasien mengatakan khawatir dan takut jika anaknya malu akan keadaan ibunya. Pasien mengatakan malu kepada tetangganya karena penyakit yang dialami, pasien mengatakan tidak lagi bercerita dengan tetangganya karena kondisi sedang sakit.

3) Observasi

Hubungan dengan keluarga tampak akrab.

I. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan haid pada kelas 6 SD. Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam siklus menstruasinya. Pasien mengatakan terakhir menstruasinya pada saat berumur 47 tahun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan pada umur 47 tahun terakhir mengalami menstruasi dan pasien mengatakan memiliki 1 orang anak laki-laki.

3) Observasi

Tampak pasien menjelaskan tentang siklus haid dan penyakit yang dialami.

4) Pemeriksaan fisik

Pada daerah genital pasien menolak untuk dikajiPada daerah payudara tampak luka pada payudara pasien.

J. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres.

1) Keadaan sebelum sakit.

Pasien mengatakan tidak suka marah-marah, jika ada masalah tidak terlalu difikirkan. Pasien mengatakan ketika ada masalah selalu menghadapinya dengan tenang dan selalu cerita kepada orang terdekat seperti suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan lebih cepat marah karena stres memikirkan kondisinya. Pasien mengatakan sejak sakit cemas memikirkan keadaannya apakah akan sembuh atau tidak. Pasien mengatakan sejak sakit cenderung menutup diri dan tidak bersemangat dengan kondisinya saat ini.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah

K. Pola sistem dan nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan mereka menganut agama Kristen Protestan. Tiap hari minggu dan hari-hari raya mereka selalu pergi ke gereja. Keluarga pasien juga mengatakan pasien adalah seorang umat Kristen yang aktif dalam kegiatan keagamaan.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga 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.

V. Uji Saraf Kranial

1. N I : Pasien mampu mencium bau dari minyak kayu putih
2. N II :pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm
3. N III,IV,VI : Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat dengan menggerakan bola mata kesegala arah.
4. N V : Sensorik :Pasien dapat merasakan sentuhan tissue.

Motorik : Pasien mampu mengunyah makanan.

5. N VII : Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis dari gula pasir.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis,mengerutkan dahi,tersenyum danmeringis.

6. N VIII : Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien berdrest
   Acusticus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.
7. N IX : Uvula berada di tengah
8. N X :Pasien mampu menelan
9. N XI :Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri.
10. N XII :Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah

VI. Pemeriksaan penunjang.

1. Hasil pemeriksaan poto thorax

   Pemeriksaan poto thorax PAPulmo: coracan bronkovaskuler paru normal, tak tampak infiltrat Hilus tidak menebal. Cor besar ke kiri, apekske arah diafragma, mediastinum tidak melebar. Trachea tidak shift.Sinus kiri letak tinggiSinus kanan dan diafragma normal.Costa intak, soft tissue baik.Kesan: Cardiomegaly (LVH)Susp. Efusi pleura kiri minimal

2. Hasil pemeriksaan patologi

   Mikroskopik : Kelesuhan sediaan jaringan menunjukan jaringan sebagian berlapis kulit dibawah kulit ditemukan adanya sarang sel tumor yang berdiri dari sel-sel bulat ukuran cukup besar, inti sel hiperkromatik, atipia, dengan nucleoli yang prominen, aktifitas mitosis dapat ditemukan. Sel tumor tidak nampak membentuk struktur kelenjar maupun struktur tertentu.Tumor tumbuh invasif pada stroma.

3. Hasil Laboratorium

Test	**Result**	**Unit**	**Reference ranges**
HEMATOLOGY			
COMPLETE BLOOD			

COUNT			
WBC	**H 14.40**	**10^3/uL**	**4.8 – 10.2**
RBC	**L 3.45**	**10^6/uL**	**4.0 – 5.5**
HGB	**L 10.5**	**g/dl**	**12.2 – 16.2**
HCT	**L 29.2**	**%**	**37.7 – 47.9**
MCHC	**H 36.0**	**g/dl**	**31.8 – 35.4**
PLT	**H 427**	**10^3/uL**	**130.0 – 400.0**
RDW	**H 15.1**	**Fl**	**11.5 – 14.5**
MXD#	**H 1.4**	**10^9/L**	**0 – 1.2**
NEUT#	**H 10.40**	**10^3/uL**	**1.50 – 7.00**

4. Hasil Laboratorium

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
FAAL HEMOSTASIS			
Waktu pendarahan / BT			
BT / Waktu pendarahan	2	1-6	menit
Waktu pembekuan / CT			
CT / Waktu pembekuan	11	9-15	menit.

C. Analisis Data

Nama/umur : Ny. “M”/48 Tahun

Ruang/kamar : Bernadeth III/366[2]

NO	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data subjektif: - Mengkaji PQRST **P**: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan akibat luka pada bekas operasi *Ca mammaemastectomy radikal.*	Agens cedera fisik	Nyeri Akut

	Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. **R**: Nyeri dirasakan pada luka bekas operasi di bagian dada sebelah kanan. **S**: Pada skala 7. **T**: Nyeri dirasakan terus menerus. - Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kanan ± 1 tahun yang lalu dan semakin memburuk setelah ± 5 bulan yang lalu - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap namun meningkat pada saat melakukan aktivitas Data Objektif: – Tampak pasien meringis - Tampak terdapat balutan luka bekas operasi *Ca mammae dextra*. - TTV: TD: 120/80 mmHg S: 36,2°c N: 80X/menit P: 20 x/menit		
2.	Data subjektif: - Pasien mengatakan payudara bagian kanan sudah dilakukan tindakan	Prosedur bedah	Kerusakan integritas jaringan.

	operasi *mastectomy modified radical* - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara bagian kanan dengan diameter 15cm. Data objektif: - Tampak luka yang besar pada mammae pasien - Tampak jahitan hasil biopsi pada luka pasien - Tampak sekeliling luka pasien memerah.		
3.	Data subjektif: - Pasien mengatakan semenjak sakit merasa merepotkan suaminya, tidak lagi mengurus suami dan anaknya. - Pasien mengatakan tidak lagi sama seperti wanita pada umumnya. - Pasien mengatakan sering berpikir apakah lukanya akan sembuh karena terdapat luka yang besar pada payudara kanan. - Pasien mengatakan semenjak sakit lebih cenderung mentup diri dan tidak lagi bersemangat menjalani aktifitasnya	Perubahan fungsi tubuh (penyakit)	Gangguan citra tubuh

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
	Data objektif: - Tampak pasien sesekali menatap perawat - Tampak luka besar pada payudara kanan pasien - Tampak pasien gelisah.		

D. Diagonosa Keperawatan

Nama/umur : Ny. “M”/48 Tahun

Ruang/kamar: Bernadeth III/366[2]

NO.	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2.	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah
3.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (penyakit)

E. Intervensi Keperawatan

Nama/umur : Ny. “M”/48 Tahun

Ruang/kamar: Bernadeth III/366[2]

1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Data subjektif: - Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka yang terdapat pada bagian dada - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap namun meningkat pada saat melakukan aktivitas - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan nyerinya terus-menerus - Pasien mengatakan nyeri tembus hingga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukan) di tingkatkan pada skala 2 (jarang menunjukan). Dengan kriteria hasil: – Mengenal kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2 – Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesic dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2 – Menggunakan analgesik yang pada skala 4 direkomendasikan dipertahankan ditingkatkan keskala 2 – Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2.	Manajemen nyeri – Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif – Berikan informasi mengenai nyeri seperti; penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur – Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri – Mendemonstrasikan terapi relaksasi – Kolaborasi pemberian terapi farmakologi dengan dokter dan tenaga kesehatan.

	kedaerah belakang dengan skala nyeri 7. Data objektif: - Tampak pasien meringis. - Tampak luka yang besar pada bagian dada sebelah kanan pasien. - TTV: TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit P : 20 x/menit S : 36,2 °C.		
2.	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Prosedur bedah Data subjektif: - Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara bagian kanan - Pasien mengatakan payudara pada	Setelah dilakukan tidakan keperawatan selama 3x24 jam kerusakan integritas jaringan dapat berkurang, dipertahankan pada skala 2(banyak terganggu) ditingkatkan keskala 4(sedikit terganggu). Dengan kriteria hasil: a. Integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa. – Sensasi pada kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4	Perawatan luka Aktivitas-aktivitas: – Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. – Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat – Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan

	bagian kanan sudah dilakukan tindakan operasi yang disebut *modified radica mastectomy.* Data objektif: - Tampak luka yang besar pada mammae pasien - Tampak ada jahitan pada luka bekas operasi pasien - Tampak sekeliling luka pasien memerah	– Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4 – Integritas jaringan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4 – Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 4	drainase.
3.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien	Peningkatan harga diri f. Bantu pasien untuk menemukan

	fungsi tubuh Data subjektif: - Pasien mengatakan semenjak sakit merasa merepotkan suaminya, tidak lagi mengurus suami dan anaknya - Pasien mengatakan sering berpikir apakah lukanya akan sembuh karena terdapat luka yang besar pada payudara kanan - Pasien mengatakan tidak lagi sama seperti wanita pada umumnya Data objektif: - Tampak pasien sesekali	dapat berkurang dipertahankan pada skala 4(sering positif), ditingkatkan pada skala 2 (jarang positif). Dengan kriteria hasil: a. Citra tubuh. – Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2 – Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2 – Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan keskala 2	penerimaan diri g. Bantu pasien untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain h. Monitor frekuensi verbalisasi negative terhadap diri i. Monitor tingkat harga diri dari waktu kewaktu dengan tepat j. Dukung pasien untuk menerima tantangan baru.

	menatap perawat - Tampak luka besar pada payudara kanan pasien - Tampak pasien gelisah		

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. “M”/48 Tahun

Ruang/kamar: Bernadeth III/366[2]

Hari/Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Paraf
Jumat 20 Feb 2020	I	07.00	Memberikan obat kepada pasien Hasil: - Anbacin 1 gram/ 12 jam/ iv	
	I	08.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: **P**: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan akibat luka bekas operasi *Ca mammae*. **Q**: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan nyerinya terus-menerus **R**: Nyeri dirasakan pada luka bekas operasi di bagian dada sebelah kanan. **S**: Pada skala 7. **T**: Nyeri dirasakan terus menerus.	

	I	08.30	Memberikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri Hasil: – Pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan aktivitas di tempat tidur seperti ingin duduk, makan, minum, dll. Memilih dan mengajarkan terapi nonfarmakologi dengan cara Teknik relaksasi nafas dalam Hasil: - Tampak pasien mengerti dengan teknik relaksasi yang diajarkan perawat	
	I	09.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: - TD: 110/80 mmHg - N: 82x/menit - S: 36.6^{O}c - P: 20X/menit.	
	I	10.00	Menganjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Hasil: - Pasien mengatakan tanda dan gejala infeksi seperti demam, rasa sakit, luka	

	II <

	I	11.30	Hasil: - P: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, - Q: nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris - R: nyeri daerah payudara - S: skala 7 - T: nyeri yang dirasakan terus menerus Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase. Hasil: - Pasien mengatakan terdapat luka pada dadanya akibat operasi - Tampak luka pada dada pasien terbalut luka Membantu pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan cara memberikan motivasi Hasil: - Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu anggota tubuhnya sudah tidak ada. – Tampak pasien tunduk saat berbicara. Mempertahankan teknik balutan steril pada saat melakukan perawatan luka Hasil: - Tampak saat mengganti verban perawat menggunakan hanscun steril dan kasa	
	I	12.00		

			steril.	
	I	14.00	Mengganti balutan / verban pada luka operasi pasien Hasil: - Pasien mengatakan ia merasa nyaman karena verbannya sudah tidak basa lagi. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: - TD: 120/80 mmHg - N: 74x/menit - S: 36^{O}C - P: 19x/menit Kolaborasi pemberian obat Hasil:	
	II	14.20	- Anbacin 1 g / 12 jam / iv Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Santagesik 1 g / 12 jam / iv Mengajarkan prinsip manajemen nyeri Hasil:	

	III	14.50	- Pasien mengatakan bahwa ia mengerti tentang prinsip manajemen nyeri yaitu posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang Kolaborasi pemberian obat Hasil: - As. Tranexumant 1 amp / 8 jam / iv. Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri Hasil: - Pasien mengatakan ia susah untuk tidur. Mengobservasi tanda-tanda vital	
	II	15.10	Hasil: - TD : 120/70mmHg, - N : 82x/meni - S : 36,7^{O}C - P : 20x/menit Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv	
	II	15.40	Mengobservasi tanda-tanda vital	

	I	16.00	Hasil: - TD : 110/70mmHg, - N : 82x/menit - S : 36,4^{O}C - P : 20x/meniT Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Santagesik 1 amp / 12 jam / iv	
Sabtu, 21 Feb 2020	I	07.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - As.Tranexumant 1 amp / 8 jam / iv	
	I	08.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil: - Anbacin 1 gr / 12 jam / iv	
	II	09.00	Memonitor karakteristik luka termasuk warna luka termasuk warna dan bau Hasil : - Tampak luka pasien belum kering dan berwarna cokelat kehitaman, tidak tercium adanya bau.	

	I	10.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 120/80mmHg - N : 82x/menit - S : 36,8^{O}C - P : 20x/menit Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv Mendukung pasien agar ia menerima keadaannya saat ini dengan cara memberikan motivasi Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima dirinya	
	I	11.00	Mendorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya Hasil : - Pasien mengatakan nyerinya yang ia rasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala 3 dan nyeri yang dirasakan seperti teriri-iris - Pasien mengeluh saat nyerinya timbul	
	III	12.00		

	I	13.00	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau Hasil : - Pasien mengatakan lukanya masih basah - Tampak luka pasien masih basah Mendukung pasien agar ia bisa menerima tantangan baru dengan cara memberi dukungan kepada pasien agar ia bisa menerima kadaannya Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima tantangan yang sedang ia alami saat ini - Tampak pasien sudah tidak malu dengan keadaannya saat ini Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri Hasil ; - Pasien mengatakan ia sudah bisa tidur	
	II	13.20	Mengganti balutan / verban pada luka operasi pasien Hasil :	

	III	13.50	- Pasien mengatakan ia merasa ia merasa nyaman karena verbannya sudah tidak basah lagi Mengobsevasi tanda-tanda vital Hasil ; - TD : 110/70mmH - N : 74x/menit - S : 36,5^{o}C - P : 20x/menit Mengevaluasi pemahaman pasien mengenai informasi yang telah diberikan berhubung dengan ketidaknyaman akibat prosedur Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia mengerti dengan informasi yang diberikan oleh perawat mengenai posisi agar terhindar dari ketidaknyamanan akibat prosedur Kolaborasi pemberian obat Hasil ; - Anbacin 1 gr / 12 jam / iv - Santagesik 1 gr / 12 jam / iv Mendukung pasien agar ia bisa kuat dalam menghadapi penyakit yang sedang diderita dengan cara memotivasi pasien agar tetap semangat menghadapi penyakitnya	
	I	14.00		

	II	15.40	Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/70mmHg - N : 80x/menit - S : 36, 9^{o}C - P : 20x/menit Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv	
	I	16.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Anbacin 1 gr / 8 jam / iv Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 120/70mmHg - N : 72x/menit - S : 36,2^{o}C - P : 20x/menit	

	II	17.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Santagesik 1 gr / 12 jam / iv	
Minggu, 23 Feb 2020	I	08.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : - P: Pasien mengatakan bahwa nyeri pada luka operasi, - Q: nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris - R: pada bagian payudara - S: dengan skala 3 - T: hilang timbul sekitar 1-2 menit	
	III	09.00	Membantu pasien untuk bisa mengidentifikasi respon positif dari orang lain Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima apapun yang orang lain katakana tentang dirinya Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/80mmHg - N : 82x/menit - S : 36,4^{O}C - P : 20x/menit	

	I	10.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv - Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Anbacin 1 gr / 8 jam / iv	
	I	10.30	Membantu pasien untuk bisa mengidentifikasi respon positif dari orang lain Hasil : - Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima apapun yang orang lain katakana tentang dirinya	
	I	12.00	Membantu pasien untuk menemukan penerimaan diri dengan cara meyakinkan pasien bahwa walaupun saat ini ia sedang menderita suatu penyakit namun harus tetap bersyukur disbanding dengan orang lain yang penyakitnya lebih parah namun ia masih tetap menerima dirinya apa adanya Hasil :	
	III	13.00	- Pasien mengatakan bahwa ia sudah menerima dirinya dengan keadaan sekarang ini	

	III	15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 120/80mmHg - N : 78x/menit - S : 36,5^{o}C - P : 20x/menit Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Santagesik 1 gr / 12 jam / iv - Anbacin 1 gr / 8 jam / iv Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau Hasil : - Pasien mengatakan terdapat luka pada dada sebelah kanannya - Tampak luka pasien sudah kering Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 110/70mmHg - N : 82x/menit - S : 36,2^{O}C - P : 20x/menit Kolaborasi pemberian obat	

	I	16.00	Hasil : - Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : - TD : 120/80mmHg - N : 80x/menit - S : 36,5^{O}C - P : 20x/menit	
	I	18.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : - Santagesik 1 gr / 12 jam / iv.	

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny"M"/48 Tahun

Ruang/kamar: Bernadeth III/366[2]

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi	Perawat
Jumat, 21 Feb 2020	I	S: – P: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi – Q: pasien mengatakan seperti teriris-iris – R: pada bekas operasi payudara sebelah kanan – S: Skala 7 – T: Dirasakan terus menerus O: – Tampak wajah pasien meringis kesakitan – Tampak terpasang drainase dengan 50cc – Tampak pasien terbaring ditempat tidur.	Elviana

		A: – Manajemen nyeri dapat dipertahankan namun belum dapat di tingkatkan. – Status kenyamanan dapat dipertahankan. P: Lanjutkan Intervensi: – Pemberian analgesik – Manajemen nyeri.	
	II	S: – Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara sebelah kanan diakibatkan oleh operasi yang dijalankan pasien. O: – Tampak luka pada dada pasien terbalut oleh verban steril. A: – Integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa dapat dipertahankan pada skala 2, namun belum dapat ditingkatkan ke skala 4. – Manajemen infeksi dapat dipertahankan, namun belum dapat ditingkatkan. P: Lanjutkan iIntervensi: – Perawatan Luka – Perlindungan infeksi	Elviana
	III	S: – Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu anggota tubuhnya sudah tidak ada. – Pasien mengatakan semenjak sakit dan melakukan tindakan operasi pengangkatan payudara sebelah kanannya pasien lebih cenderung menutup diri dan tidak lagi bersemangat menjalani aktivitasnya. O: – Tampak pasien gelisah – Tampak pasien menunduk saat diajak bicara oleh perawat dan sesekali menatap wajah perawat. A: – Gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan pada skala 2 (konsisten positif). P: lanjutkan Intervensi: – Peningkatan harga diri – Monitor tingkat harga diri – Penyesuaikan terhadapat citra tubuh.	Elviana

Sabtu,22 Februari 2020	I	S: – P: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi – Q: pasien mengatakan seperti teriris-iris – R: pada bekas operasi payudara sebelah kanan – S: Skala 5 – T: Dirasakan terus menerus. O: – Tampak wajah pasien sesekali meringis kesakitan – Tampak pasien menjirit kesakitan pada saat nyeri dirasakan. A: – Manajemen nyeri dapat dipertahankan namun belum dapat di tingkatkan. – Status kenyamanan dapat dipertahankan. P: lanjutkan intervensi: – Pemberian analgesik – Manajemen nyeri	Dina
	II	S: – Pasien mengatakan lukanyamasih basa. O: – Tampat luka bekas operasi pasien berwarna merah mudah. – Tampak luka pasien masih basa. A: – Integritas jaringan: kulit dan membrane mukosa dapat dipertahankan dan belum dapat ditingkatkan – Manajemen infeksi dapat dipertahankan, namun belum dapat ditingkatkan. P: Lanjutkan Intervensi: – Perawatan Luka – Perlindungan Infeksi	Dina
	III	S: – Pasien mengatakan mulai bisa menerima dirinya seperti sekarang ini. O: – Tampak pasien sudah tidak malu ataupun merasa canggung dengan keadaannya saat ini. – Tampak pasien mulai membiasakan diri dengan berbincang bersama keluarga yang datang menjenguk. A: – Gangguan citra tubuh pasien dapat dipertahankan	Dina

		P: lanjutkan Intervensi: – Peningkatan harga diri – Monitor tingkat harga diri – Penyesuaikan terhadapat citra tubuh.	
Minggu, 23 Februari 2020	I	S: – P: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operas berkurang – Q: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang – R: pada bekas operasi payudara sebelah kanan – S: Skala 3 – T: Dirasakan hilang timbul dengan durasi waktu 5 menit. O: – Tampak wajah pasien tidak meringis kesakitan – Tampak pasien tidak menyeluh kesakitan. A: – Manajemen nyeri dapat dipertahankan – Status kenyamanan dapat dipertahankan P: Intervensi dihentikan	Elviana
	II	S: – Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara sebelah kanan. – Pasien mengatakan luka terbalut dengan verban steril. O: – Tampak luka pasien masih basa – Tampak luka pasien berwarna merah mudah A: – Integritas jaringan: kulit & membran mukosa dapat dipertahankan dan ditingkatkan – Manajemen infeksi dapat dipertahankan dan ditingkatkan P: Lanjutkan Intervensi: – Perawatan Luka – Perlindungan Infeksi.	Elviana
	III	S: – Pasien mengatakan bahwa pasien kuat untuk menghadapi penyakitnya. – Pasien mengatakan mendapat dukungan penuh dari suami dan anaknya O: – Tampak pasien tersenyum dan bersemangat untuk memulai kehidupan barunya dengan selalu bersyukur.	Elviana

		A: – Gangguan citra tubuh dapat dipertahankan P: – Intervensi dihentikan.	

H. Daftar Obat

1. Anbacin 1 gr / 12 jam / iv
   a. Klasifikasi / golongan obat : obat antibiotic cephalosporin
   b. Dosis obat : 1 gr / 12 jam / iv
   c. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Anbacin adalah obat yang digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas bawah, infeksi saluran kemih dan kelamin, kulit dan jaringan lunak.
   d. Efek samping : Mual, muntah, diare atau sakit perut, sesak napas, gagal ginjal akut.
2. Ranitidine 1 amp / 12 jam / iv
   a. Klasifikasi / golongan obat : anti histamine H 2
   b. Dosis obat : 1 amp / 12 jam / iv
   c. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ranitidine adalah obat yang digunakan untuk menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam berlebih dalam kandung.
   d. Kontrak indikasi : penderita dengan penurunan fungsi ginjal dan penurunan fungsi hati
   e. Efek samping : sakit kepala, pusing, mual, muntah, dan mata nyeri.
3. Santagesik 1 gr / 12 jam / iv
   a. Klasifikasi / golongan obat : Anti inflamasi non steroid (OAINS)
   b. Dosis obat : 1 gr / 12 jam / iv
   c. Mekanisme kerja dan fungsi obat : santagesik adalah
   d. Kontrak indikasi : tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi pada kandungan obat santagesik
   e. Efek samping : reaksi alergi, sesak nafas, ruam, hipotensi.
4. As. Tranexumant 1 amp / 8 jam / iv

a. Klasifikasi / golongan obat : Antifibrinolitik
b. Dosis kerja : 1 amp / 8 jam / iv
c. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Asam Tranexsamat adalah obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghentikan pendarahan.
d. Kontrak indikasi : Hipersensitif, mengalami cedera kepala, masalah pembuluh darah, pengumpalan darah.
e. Efek samping : Sakit kepala, nyeri perut, mual dan muntah, lemas, diare, pusing, mengalami kejang.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas mengenai kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang diperoleh pelaksaan Asuhan keperawatan pada Ny. "M" dengan *post op ca mammae* di ruang perawatan Bernadeth III RS Stella Maris selama tiga hari dari 21-23 februari 2020 dengan menggunakan pendekatan proses perawatan yang terdiri dari : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pasien Ny. "M" umur 48 tahun, jenis kelamin perempuan masuk di RS. Stella Maris Makassar pada tanggal 19 february 2020 dengan keluhan utama nyeri.Pada tanggal 20 februari 2020 dokter melakukan tindakan operasi pada payudara pasien. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris tembus kebelakang dengan skala 7 dan nyeri yang dirasakan terus menerus.Tampak pasien meringis kesakitan.Nyeri terjadi karena jaringan atau saraf pada daerah dada mengalami cedera akibat tindakan operasi yang dilakukan (mastektomi). Tanda-tanda vital TD : 120/80mmHg, N : 82x/menit, S : 36,7^{o}c, P : 20x/menit. Kerusakan integritas jaringan terjadi akibat tindakan pembedahan sehingga menyebabkan jaringan-jaringan yang mengalami cedera. Pasien mengalami masalah gangguan citra tubuh karena payudara sebelah kanan telah dioperasi sehingga pasien merasa bahwa dia sudah putus asa karena sudah tidak lagi seperti perempuan pada umumnya dimana payudara pada perempuan merupakan suatu organ penunjang penampilan pada wanita dimana ketika organ tersebut sudah tidak ada maka perempuan tersebut merasa bahwa dirinya sudah tidak lagi menjadi perempuan seutuhnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam melakukan asuhan kepeawata

Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu :

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

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

   Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena adanya data-data hasil pengkajian yaitu pasien mengatakan nyeri, post op pada payudara bagian kanan. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti teriris-iris, dengan skala 7 dan pasien mengatakan nyerinya terus-menerus.
2. Kerusakan integritas jaringan berhungan dengan prosedur bedah

   Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena adanya data-data pengkajian yaitu pasien mengatakan payudara pada bagian kanan sudah dilakukan tindakan operasi. Tampak terdapat bekas operasi pada payudara bagian kanan, tampak kemerahan pada luka bekas operasi, tampak jahitan luka bekas operasi.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuhApabila dibandingkan dengan teori terhadap perumusan diagnose ini terjadi kesenjangan yaitu dimana secara teoritis terdapat 5 diagnosa keperawatan sedangkan pada Ny. “M” terdapat 3 diagnosa keperawatan yang bisa diangkat. Menurut penulis hal ini bisa diakibatkan karena diagnose keperawatan pada tinjauan teoritis dirumuskan secara umum pada pasien dengan *ca mammae* sedangkan diagnose keperawatan yang diangkat pada kasus ditujukan pada satu pasien yang sasarannya untuk mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien tersebut. Terdapat 2 diagnosa keperawatan yang tidak diangkat pada kasus yaitu : Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, dan perubahan besar (misalnya status kesehatan). Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis tidak menemukan adanya tanda-tanda kecemasan pada pasien. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami gangguan pada pola nutrisi.

C. Perencanaan Keperawatan.

Berdasarkan diagnose yang diatas maka intervensi keperawatan yang dibuat adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Penulis membuat intervensi sesuai dengan teoritis yaitu: Kaji nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan terhadap nyeri (menangis,meringis), berikan informasi mengenai penyebab nyeri, berapa lama nyeri berlangsung, ajarkan pasien teknik relaksasi (Tarik nafas dalam kemudian hembuskan lewat mulut) bila nyeri timbul, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat anlgesik.
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan dengan prosedur bedah. Penulis membuat intervensi sesuai dengan tujuan teoritis yaitu: mengukur luas luka yang sesuai, membandingkan dan

mencatat setiap perubahan luka, memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh. Penulis membuat intervensi sesuai dengan tujuan teoritis: membantu untuk menemukan penerimaan diri, membantu untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain, memonitor frekuensi verbalisasi negative terhadap diri.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut meliputi tindakan pengkajian, observasi, tindakan mandiri perawat, penyuluhan dan penatalaksanaan oleh dokterDari tiga diagnosa yang diangkat oleh penulis, semuanya dapat diimplementasikan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut dan disesuaikan dengan kemampuan, situasi, kondisi, sarana yang da di ruang perawat, dan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, teman dinas, perawat ruangan, dan dokter.

E. Evaluasi

Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan masalah kasus *Ca Mammae dextra*. Adapun evaluasi penulis adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah nyeri akut sudah teratasi karena nyeri berada pada skala 3 (nyeri baik).
2. Kerusakan integritas jarigan berhubungan dengan prosedur bedah. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukakan, penulis menyimpulkan masalah kerusakan integritas jaringan belum teratasi karena luka pada payudara pasien masih basah dan berwarna merah muda.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh. Dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, penulis menyimpulkan masalah gangguan citra tubuh sudah teratasi karena pasien sudah bisa menerima dirinya apa adanya dan sudah tidak malu dengan kondisinya dimana payudaranya sebelah kanan sudah tidak ada karena sudah dilakukan tindakan operasi (mastektomi).

BAB V
PENUTUP

Setelah membahas teori dan menerapkan Asuhan Keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Ny. “M” dengan *Post Op Ca Mammae Dextra* diruang Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi perkembangan dan peningkatan pelayanan pasien khususnya pada Kanker Payudara.

A. Kesimpulan

Dari hasil dari hasil pembahasan diatas maka dapat ditarik kesimpulanya sebagai berikut :

1. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. “M” pada tanggal 19 Februari 2020, yaitu pasien yang masuk ke rumah sakit dengan keluhan nyeri pada payudara sebelah kanan seperti teriris-iris dengan skala 4 dan nyeri yang dirasakan terus menerus. Dan pada tanggal 20 februari di lakukan operasi payudara dengan metode *modified radical mastectomy*. Pada saat pengkajian, penulis mendapatkan data-data sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris dengan skala 7, nyeri dirasakan terus meneruspada bekas operasi, keadaan pasien lemah, tampak wajah pasien pucat, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien cemas, hasil observasi TTV : TD: 120/80 mmHg, N: 84 x/menit, S: 36,4 °C, P: 20x/menit, tampak ada balutan luka pada daerah dada pasien, pasien mengatakan terdapat luka yang besar di bagian dada sebelah kanan dengan diameter 15cm akibat operasi penganngkatan payudara sebelah kanan.
2. Diagnosa

   Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan masalah keperawatan yang timbul, yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera fisik.

   Data pendukung yang bisa diambil, yaitu pasien megatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada bekas operasi kanker payudara dengan skala 7, pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan aktivitas di tempat tidur, tampak raut wajah pasien meringis kesakitan.

b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah.

   Data pendukung yang bisa diambil, yaitu tampak balutan luka pada dada pasien, pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara dibagian sebelah kanan pasien sebesar bunga kol dan pasien mengikuti prosedur pembedahan (*Modified radical mastectomy)* untuk pengangkatan payudara di bagian sebelah kanan pasien.

c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh(penyakit).

   Data pendukung yang bisa diambl, yaitu pasien mengatakan tidak lagi sama seperti wanita pada umumnya, pasien mengatakan semenjak sakit lebih cenderung menutupi diri dan tidak lagi merasa bersemangat menjalankan aktivitasnya.

3. Intervensi.

   Intervensi yang dilakukan kepada pasien berdasarkan dengan prioritas masalah yang ditemukan. Perencanaan keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan teori karena teori yang diangkat sesuai dengan keadaan, kebutuhan dan keluhan. (ditambahkan diagnosa dan intervensi)

4. Implementasi.

   Implementasi yang dilakukan kepada pasien berdasarkan kebutuhan pasien, tidak semua tindakan dapat diimplementasikan karena bukan prioritas atau kebutuhan dari pasien, maka dari itu penulis hanya melakukan implementasi sesuai kebutuhan pasien.

5. Evaluasi.

   Kesimpulan yang penulis dapatkan pada saat pengkajian, merumuskan diagnosa, membuatkan rencana sesuai dengan kebutuhan pasien, dan melakukan tindakan yang telah direncakan untuk memenuhi kebutuhan pasien, seperti: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti teiris-iris dengan skala 7, nyeri dirasakan terus menerus, nyeri bertambah saat pasien melakukan aktivitas, tampak pasien pucat, tampak wajah pasien meringis kesakitan, tampak terdapat balutan pada dada pasien akibat bekas operasi yang dijalankan pasien, tampak terpasang drain 50 cc, tampak terpasang cairan infus RL 500cc di tangan sebelah kiri pasien, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan hanya melakukan aktivitas di tempat tidur, tampak suami pasien selalu berada disamping pasien dan setia menemani pasien.

B. Saran.

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Carcinoma mammae (Ca mammae)*, penulis ingin menyampaikan beberapa saran guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, antara lain :

1. Bagi rumah sakit.

   Perawat lebih menguasai konsep *Carcinoma mammae* sehingga dapat memberi asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien. Sangat penting bagi perawat untuk bisa mendeteksi dini tanda dan gejala *ca mammae*.

2. Bagi institusi pendidikan.

   Penulis mengaharapkan agar institusi meningkatkan mutu pendidikan dalam menghadapi perkembangan dunia keperawatan sehingga menghasilkan lulusan mahasiswa/i yang berkualitas dalam menerapkan asuhan keperawatan diruah sakit dan ruang lingkup masyarakat khususnya pada pasien *Carcinoma mammae*.

3. Bagi pasien dan keluarga.

   Sebagai bukti tertulis yang menyatakan bahwa pasien mendapatkan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawatan untuk mengatasi masalah yang di hadapi sehubungan dengan penyakit yang dialami.

4. Bagi mahasiswa/i.

   Dapat mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang telah didapatkan selama pendidikan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *Ca mammae* dengan tindakan pada proses keperawatan.

5. Bagi penulis memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan *Ca mammae* dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar

Daftar Pustaka.

https://www.halodoc.com/kesehatan/kanker-payudara

https://www.scholar.google.co.id/scholar

MRO Rumah Sakit Stella Maris, (2008). *Statistik Penyakit Ca Mammae.*Makassar:RS.Stella Maris. Tidak untuk dipublikasikan.

Wilkinson,J.M.(2000).*Diagnosa Keperawatan.*Editor Monica Ester dan Eny Meiliya.Edisi 7.Jakarta:EGC

https://www.halodoc.com

Price, A. Sylvia dan Lorrainne M. Wilson. (2006). *Patofisiologi.* Edisi 6. Jakarta:EGC.

GN Sutapa, IM Yuliara, NN Ratini-*journalofhealthsciences,*2018-scienceschola r.us

LEMBAR KONSULTASI KTI

PRODI DIII KEPERAWATAN TAHUN AKADEMIK 2020

Nama : Dina Vitrianti Atbar dan Elviana Uto Ledo

Nim : E1714401013 dan E1714401014

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. “M” dengan Ca Mammae di RS Stella Maris.

Pembimbing :Ny. Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes.

No	Tanggal	Materi Konsul	Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswaa
1.	20 Maret 2020	Bab I	Penambahan Prevalensi kanker dan Dampak yang ditimbulkan		
2.	15 April 2020	Bab III	Memperbaiki analisa data, intervensi, dan kata-kata di dalam pengkajian harus di samakan dengan analisa data dan intervensi data		

3.	22 April 2020	Bab II	Masih harus diperbaiki		
4.	29 April 2020	Bab IV dan V	Bagian implementasi bab iv dan kesimpulan dari bab v		
5	11 Mei 2020	Bab I dan Bab II	Perbaikan paragraf pertama bab 1 dan bab 2		
6	16 Mei 2020	Bab V	Perbaikan bab V bagian evaluasi		