KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny "H" DENGAN POST OP CA MAMMAE DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH :

RINA SARI

E1614401033

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. "H" DENGAN POST OP CA MAMMAE DI RUANGAN ST. BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : RINA SARI
NIM : E1614401033

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kep)

NIDN : 0925027603

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN : 0913098201

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. "H" DENGAN POST OP CA MAMMAE DI RUANGAN ST. BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin / 15 Juni 2020
Pukul : 08.00 – 08.40
Tempat : Ruangan A

Tim Penguji:

1. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes (…….)

2. Mery Solon, Ns.,M.Kes (…….)

3. Elmiana B. Linggi, Ns.,M.Kes (…….)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Rina Sari
Tempat/Tanggal Lahir	:Ujung Pandang, 07 July 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Gunung Merapi Lr.179

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Marthen / Winarti
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta / IRT
Alamat	: Jl. Gunung Merapi Lr.179

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Katolik Beringin Makassar	: Tahun 2004 - 2010
SMP Frater Thamrin Makassar	: Tahun 2010 - 2013
SMAN Kartika XX-I Makassar	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “H” DENGAN POST OP *CA MAMMAE* DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”.

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

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si,.Ns,.M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E. R. S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kemahasiswaan STIK Stella Maris
3. Matilda M Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan di STIK STELLA MARIS MAKASSAR.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
5. Sr. Lusia SJMJ selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

6. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang Bernadeth 2 Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Keluarga Ny. "H" dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Kedua Orang Tua penulis dan Saudara/i, yang telah memberikan motivasi, bantuan dan doa selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar dan menyelesaikan Pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman- teman sangkatan 2017 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII Keperawatan III yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.
12. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, 10 Maret 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 2
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Patofisiologi 9
4. Tipe Ca Mammae 10
5. Klasifikasi 11
6. Etiologi 12
7. Manifestasi Klinis 13
8. Faktor Resiko 14
9. Penatalaksanaan 15
B. Konsep Dasar Keperawatan 17
1. Pengkajian 17
2. Diagnose Keperawatan 21
3. Perencanaan Keperawatan 22
4. Discharge Planning..... 24
5. Patoflowdiagram 26

BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengkajian 28
B. Analisa Data 48
C. Diagnosa Keperawatan 50
D. Perencanaan Keperawatan 50
E. Pelaksanaan Keperawatan 54
F. Evaluasi 62
G. Daftar Obat 64

BAB IV PEMBAHASAN KASUS 66
A. Pengkajian 66
B. Diagnosa Keperawatan 67
C. Perencanaan Keperawatan 67
D. Pelaksanaan Keperawatan 68
E. Evaluasi Keperawatan 68

BAB V PENUTUP 69
A. Kesimpulan 69
B. Saran 70

DAFTAR PUSTAKA 72

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ca mammae merupakan penyakit onkologi yang pada umumnya tejadi pada perempuan, mulai dari usia 25-65 tahun keatas. Dengan berbagai faktor resiko, yang berhubungan dengan genetik, hormon dan pola hidup yang tidak sehat. Menurut data dari *International Agency For* Research *on Cancer* (IARC) pada pertengahan tahun 2017 tercatat kasus Ca mamme 1.670.000 kasus dan kematian akibat ca 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 kanker payudara menempati urutan kedua kanker paling banyak pada perempuan. Sekitar 30% dari kanker yang ada di indonesia adalah kanker payudara. Secara nasional prevalensi penyakit kanker pada penduduk smua umur di Indonesia tahun 2013, sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347,792 orang (Depkes, 2013)

Pasien kanker payudara biasanya mengalami nyeri, Nyeri dari penyakit kanker payudara dapat berupa nyeri akut kronik. Keluhan nyeri kronik merupakan keluhan yang paling menakutkan bagi penderita kanker payudara. Penatalaksanaa nyeri di rumah sakit biasanya diberikan terapi farmakologis yaitu obat analgesik jenis NSAID (*Non steroid Anti Inflamasi Drugs)* (Astuti, 2016) Kecemasan yang terjadi pada pasien kanker yang mengalami kemoterapi bisa mengakibatkan pasien menghentikan kemotrapinya untuk mengurangi kecemasan daoat mengajarkan teknik relaksasi, memberi dukungan dan motivasi, serta mendorong pasien untuk melakukan aktivitas fisik (Pratiwi, 2017).

Menurut data dari MRO Rs. Stella Maris Makassar 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 sia 25-44 tahun sebanyak 87 jiwa (33,2%), pasien dengan usia 45-64 tahun sebanyak 157 jiwa (60%), dan usia 65 tahun keatas sebanyak 1 (100%) jiwa pasien laki laki dan 16 (6,1%) pasien perempuan, dan dari 263 jiwa pasien yang meninggal sebanyak 14 jiwa (5,3%), dari tahun 2015 kematian pasien dengan Ca Mammae mengalami peningkatan sebanyak 7 orang, Tahun 2017 pasien yang di rawat 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 43 jiwa (8,6%), dari 499 jiwa ada 16 (3,2%) pasien yang meninggal dunia. Dapat di simpulkan bahwa dari tahun 2015-2017 yaitu sebanyak 499 jiwa. Menurut Desanti et al. 2010, penemuan kanker payudara sedini mungkin dan pengobatan secara benar saat ukuran masih kecl sebelum bermetastase akan menambah harapan hidup bagi penderita kanker payudara.

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

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan umum

Penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien kanker payudara

2. Tujuan khusus
   a. Mampu melaksanakan pengkajian terhadap klien dengan kanker payudara
   b. Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan kanker payudara
   c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan kanker payudara
   d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan kanker payudara
   e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan kanker payudara
   f. Mendokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

C. Manfaat Penulisan

Dalam menulis karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermafaat bagi :

1. Instansi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memberikan pelayanan pada pasien kanker payudara

2. Pendidikan

   Sebagian acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

3. Pasien/ keluarga

   Dapat memperoleh pengalaman dan pengetahuan untuk dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara merawat pasien dengan kanker payudara

4. Bagi Penulis

a. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Diploma DIII Keperawatan.
b. Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan yang didapat selama pendidikan, terutama memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus, yaitu:

1. Study Kepustakaan

   Dalam hal ini mempelajari literature yang berkaitan dan relevan dengan isi karya tulis ilmiah ini, baik dari buku maupun jurnal.

2. Study kasus

   Study kasus ini menggunakan pendekatan proses yang komprehensif, meliputi pengkajian data, merumuskan penetapan diagnose keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan yang dilakukan. Teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data dalam pengkajian penulis melakukan:

   - Wawancara

     Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga pasien serta berbagai pihak lainnya yang terkait dengan perawatan pasien.

   - Observasi

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

   - Pemeriksaan fisik

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

- Diskusi

  Dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya: pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter serta rekan-rekan mahasiswa.

- Dokumentasi

  Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistem Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB, BAB I Pendahuluan, diuraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teoritis, diuraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostic, penatalaksanaan medik, komplikasi dan pencegahan. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. BAB III pengamatan kasus, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi serta daftar obat pasien. BAB IV Pembahasan kasus, membahas antara kesenjangan teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. BAB V simpulan dan saran, yang merupsakan akhir karya tulis yang terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

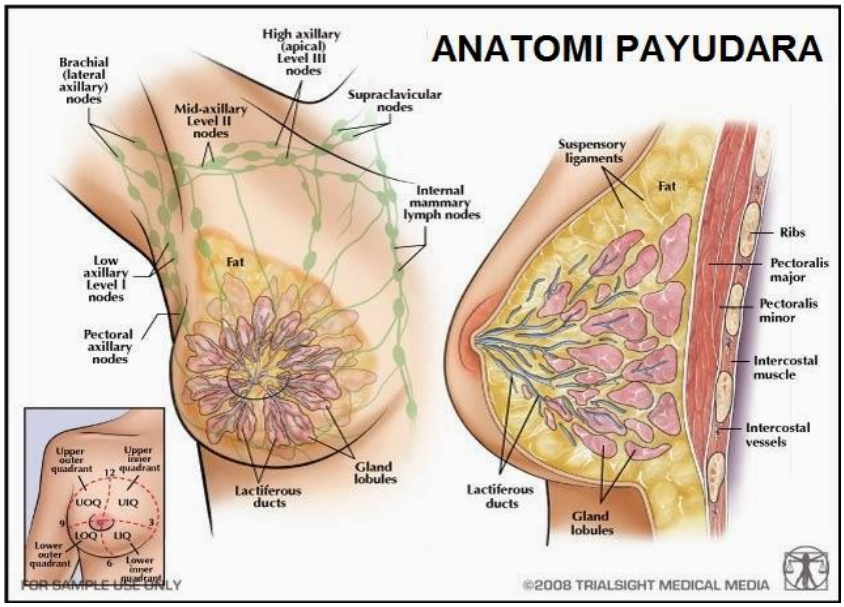
   Kanker payudara merupakan salah satu tipe kanker yang menjadi perhatian bagi seorang wanita. Kondisi kanker payudara merupakan salah satu pemicu yang menyebabkan stress yang dapat mempengaruhi status fungsional. Perubahan status fungsional pada pasien kanker dapat terjadi akibat berbagai, perubahan status kesehatan pasien kemotrapi baik secar fisik maupun secara psikologis. Berbagai dampak dan komplikasi kemoterapi menjadi pertimbangan penting terhadap perubahan status fungsional pasien kemoterapi. Perubahan diantaranya kecemasan, depresi, keletihan serta perubahan kondisi secara fisik yang tidak dapat diprediksi sebelumnya seperti demam, sesak napas, mual, muntah dan tidak nafsu makan (Schopfer, Regan, Heidenreich, & Whooley, 2016)

   Carsinoma mammae atau kanker payudara merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Nurarif,2015).

   Dari beberapa defenisi di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa, Kanker payudara adalah pertumbuhan sel di jaringan payudara yang tidak normal. Sel tersebut mengalami mutasi, tumbuh lebih cepat dan tidak terkendali serta dapat tumbuh lebih lanjut menyebar ke bagian tubuh lainnya.

2. Anatomi Fisiologi Payudara

Payudara normalnya mengandung jaringan kelenjar, duktus, jaringan otot, peyokong lemak, pembuluh darah, saraf dan pembuluh limfe. Pada bagian lateral atas kelenjar payudara, jaringan kelenjar ini keluar bulatannya kearah axilla, disebut penonjolan spence atau ekor payudara. Setiap payudara terdiri atas 12-20 lobulus kelenjar yang masing masing mempunyai saluran ke papila mammae, yang disebut duktus laciterous. Diantara kelenjar susu dan fasia pectoralis, juga diantara kulit dan kelenjar tersebut mungkin terdapat jaringan lemak diantara lobulus tersebut ada jaringan ikat yang disebut ligamnetum cooper yang memberikan rangkat untuk payudara. Pendarahan payudara terutama berasal dari cabang a.perforantes anterior dan a.mammaria interna, a.toraklis lateralis yang bercabang dari a.aksilaris dan beberapa a.interkostalis. Persyarafan kulit payudara diurus oleh cabang pleksus servikalis dan n.interkostalis. Jaringan kelenjar payudara sendiri diurus saraf simpatik. Ada beberapa saraf lagi yang perlu diinat sehubungan dengan penyulit paralis dan mati rasa pasca bedah.Penyaluran limfe dari payudara kurang lebih 75% ke aksila, sebagian lagi ke kelenjar parastemal, terutama dari bagian yang sentral dan medial dan adapula penyaluran yang kekelenjar interpectoralis. Pada axila terdapat rata-rata 50 buah kelenjar getah bening yang berada disepanjang arteri dan vena brakialis. Jalur limfe lainnya berasal dari daerah sentral dan medial yang selain menuju ke kelenjar sepanjang pembuluh mammaria interna juga menuju ke axial kontralateral, ke m.rectus abdominis lewat ligamentum falsiparum ke hati, pleura dan payudara kontralateral.



Gbr 2:1 Anatomi Payudara (Medical Media,2008)

Fisiologi payudara

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

3. Patofisiologi Ca mammae

   Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi.

   a. Fase inisiasi

      Pada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetic sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam genetic sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi (penyinaran) atau sinar matahari tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen kelainan genetic dalam sel atau bahan lainnya yang disebut promoter, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen bahkan gangguan fisik menahun pun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan.

   b. Fase promosi

      Pada tahap promosi suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi, karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel yang peka dan suatu karsinogen).

   c. Kanker payudara non-invasive

      Kanker terjadi pada kantong (tube) susu (penghubung antara alveolus, kelenjar yang memproduksi susu, dan puting payudara). Jenis kanker payudara belum menyebar ke bagian luar jaringan kantong susu.

   d. Kanker payudara invasive

Sel kanker merusak seluruh kelenjar susu serta menyerang lemak dan jaringan di sekitarnya. Pada tahap ini kanker telah menyebar keluar dari kantong susu dan menyerang jaringan disekitarya, bahkan menyebabkan metastase seperti ke jaringan kelenjar limfe.

4. Tipe Ca mammae
    - Tipe Ca mammae berdasarkan gambaran histopatologi : karsinoma duktal menginfiltrasi, adalah tipe histopatologi yang paling umur, merupakan 75% dari semua jenis kanker payudara. Kanker ini sangat jelas karena keras saat palpasi. Kanker jenis ini biasanya bermetastasis ke nodus axilla. Prognosisnya lebih buruk di sebanding dengan tipe kanker lainnya.
    - Karsinoma lobular menginfiltasi, jarang terjadi, biasanya terjadi pada suatu area penebalan yang tidak baik pada mammae bila di sebanding dengan tipe duktal menginfiltasi. Tipe ini umumnya multisentris, dengan demikian dapat terjadi penebalan beberapa area pada salah satu atau kedua mammae. Karsinoma duktal menginfiltrasi dan lobular menginfiltasi mempunyai keterlibatan nodus aksilar yang serupa, meskipun tempat metastasisnya berbeda. Karsinoma duktal biasanya menyebar ke tulang, paru, hepar dan otak, sementara lobular biasanya bermetastasis ke permukaan meningeal atau tempat-tempat yang tidak lazim lainnya.
    - Karsinoma modular, (6 %) tumbuh dalam kapsul, dapat menjadi besar tetapi meluas dengan lambat, sehingga progosis seringkali lebih baik.

- Karsinoma musinus, (3 %) penghasil lender, juga tumbuh dengan lambat.
- Karsinoma duktal-tubular, (2 %) jarang terjadi, karena metastasis aksilaris secara histologi tidak lazim maka prognosisnya sangat baik.
- Karsinoma inflamantori, tipe karsinoma mammae yang jarang (1-2&) dan menimbulkan gejala-gejala yang berbeda dari karsinoma mammae yang lain. Tumor ini nyeri tekan dan sangat nyeri, mammae secara abnormal keras dan membesar. Kulit diatas tumor merah dan agak hitam. Sering terjadi edema dan retraksi papilla mammae. Gejala ini dengan cepat berkembang memburuk dan biasanya mendorong pasien mencari bantuan medis dibanding pasien lain dengan masalah kecil pada mammae. Preparat kemotherapi berperan penting dalam pengendalian kemajuan penyakit ini disamping radiasi dan pembedahan.

5. Penyebaran Klasifikasi TNM

   TNM pada Ca mammae= T2, N0,M1

   T (Tumor size), ukuran tumor :

   T 0 : Tidak ditemukan tumor primer

   T 1 : Ukuran tumor berdiameter 2cm atau kurang

   T 2 : Ukuran tumor berdiameter 2-5cm

   T 3 : Ukuran tumor berdiameter lebih dari 5cm

   T 4 : Ukuran tumor berapa saja tapi sudah ada penyebaran ke kulit atau dinding dada atau pada keduanya, dapat berupa borok, edema atau bengkak, kulit payudara

kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit di luar tumor utama

N (Node), kelenjar getah bening ragional :

N 0 : Tidak terdapat metastasis bagian axilla

N 1 : Ada metastasis dibagian axilla yang masih dapat digerakkan

N 2 : Ada metastasis dibagian axilla yang sulit untuk digerakkkan

N 3 : Ada metastasis dibagian atas tulang selangka (supraclavicula) atau pada mammae interna didekat tulang sternum.

M (Metastasis), penyebaran jauh:

M x : Metastasis jauh belum dapat dinilai

M 0 : Tidak terdapat metastasis jauh

M 1 : Terdapat metastasis jauh

Keterangan :

Lakukan pada kulit, retraksi papilla atau perubahan lain pada kulit kecuali yang terdapat pada T4 bisa terdapat pada T1, T2 atau T3 tanpa mengubah klasifikasi.

Dinding thorax adalah iga, otot interkostal, dan m.seratus anterior tanpa otot pektoralis.

6. Etiologi

   Sebab-sebab keganasan pada mammae masih belum diketahui secara pasti (Price & Wilson, 1995: 1142), namun ada beberapa teori yang menjelaskan tentang penyebab terjadinya Ca mammae, yaitu:

   a. Mekanisme hormonal

      Steroid endogen (estradiol & progesterone) apabila mengalami perubahan dalam lingkungan seluler

dapat mempengaruhi faktor pertumbuhan bagi Ca mammae (Smeltzer & Bare,2002: 1589).

b. Virus

Invasi virus yang diduga ada pada air susu ibu menyebabkan adanya massa abnormal pada sel yang sedang mengalami proliferasi.

c. Genetik

- Ca mammae yang bersifat herediter dapat terjadi karena adanya “linkage genetic” autosomaldominan (Reeder, Martin,1997).
- Penelitian tentang biomokuler kanker merupakan delesi kromosom 17 mempunyai peranan penting untuk terjadinya transformasi malignan (Reeder, Maetin, 1997).
- Mutasi gen BRCA 1 dan BRCA 2 biasanya ditemukan pada klien dengan riwayat keluarga kanker mammae dan ovarium (Robbin & Kumar, 1995) serta gen supresor tumoe p 53 (Murray, 2002).

d. Defisensi imun

Defesiensi imun terutam limfosit T menyebabkan penurunan produksi intereron yang berfungsi untuk menghambat aktivitas antitumor.

7. Manifestasi klinis

Tanda dini

- Ukuran payudara berbeda antara kiri dan kanan.
- Bentuk payudara kanan dan kiri tidak simetris.
- Terjadi perubahan tekstur pada kulit payudara seperti kulit jeruk.
- Retraksi atau inversi puting.
- Edema.

- Tukak lambung ditandai dengan muntah muntah.
- Kelenjar supraklavikula dapat diraba.
- Metastasis tulang, paru, hati, otak, pleura/tempat lain.

8. Faktor Resiko Ca mammae, terdiri dari : (Murray, 2002)

a. Wanita
b. Usia (resiko Ca mammae meningkat pada wanita yang berusia >50 tahun).
c. Mutasi gen BRCA 1 dan BRCA 2; mutasi pada gen tumor p 53.
d. Riwata pribadi Ca mammae/kelainan mammae pada mammar sebelahnya.
e. Riwayat keluarga, ibu atau saudara perempuan kandung (+) kanker.
f. Ras (wanita kulit putih lebih beresiko dari wanita hitam).
g. Riwayat penyinaran/roentgen pada daerah dada pada waktu anak-anak atau remaja sebagai terapi untuk karsinoma yang lain perubahan fibrokistik tanpa perubahan proliferative.
h. Nullipara (wanita yang tidak pernah mengalami kehamilan).
i. Hamil pertama sesudah usia 30 tahun.
j. Menarche dini (usia < 12 tahun).
k. Menopause pada usia lanjut (30 tahun sesudah menarche)
l. Penggunaan terapi hormone pengganti jika progesteron diresepkan. Gaya hidup, diet tinggi lemak dan protein, lemak serat. Asupan kalori yang berlebihan terutama yang berasal dari lemak binatang atau kebiasan makan makanan yang kurang serat meninggikan resiko terhadap berbagai keganasan seperti Ca mammae dan Ca colon, namun hal tersebut belum terbukti (Syamsu hidayat,R & Wim de jong, 1997:165)

Studi terbaru menunjukkan hubungan yang lemak atau tidak menyeluruh antara diet tinggi lemak dan ca mammae (Smeltzer & Bare,2002:1590), Smeltzer menambahkan kontrasepsi oral, alkohol, pengangkatan ovarium pada usia lebih dari 40 tahun sebagai faktor resiko ca mammae

9. Kanker Menurut Lokasi

a. Cancer : Kanker yang menyerang jaringan kulit.
b. Sarcoma :Kanker yang menyerang jaringan otot yang lunak.
c. Glaucoma :Menyerang syaraf limfatik atau saluran peredaran limfak/limfosit.
d. Gilacoma :Kanker yang sudah menyerang sel-sel pada jaringan otak termasuk saraf pada mata.

10. Penatalaksanaan

Pengobatan lokal Ca Mammae terdiri dari :

11. Bedah kuratif

Bedah kuratif didasarkan pada stadium klinis Ca mammae, karakteristik histologik tumor, pertimbangan lain seperti umur dan status kesehatan bedah kuratif ini terdiri dari :

a. Bedah radikal (Halsted)
b. Bedah radikal yang diubah (Patey)
c. Bedah konservatif meliputi eksisi luas, diseksi aksila dan penyinaran mammae

12. Bedah paliatif.
13. Radioterapi.

Radioterapi pada ca mammae biasanya digunakan pada terapi kuratif dengan mempertahankan

mammae dan sebagai terapi tambahan atau terapi paliatif.

14. Kemoterapi

Merupakan terapi sistemik yang digunakan bila ada penyebaran secara sistemik. Kemoterapi diberikan pada klien yang padanya ditemukan metastasis disebuah atau beberapa kelenjar pada pemeriksaan histology pasca bedah mastektomi. Tujuannya adalah untuk menghancurkan.

15. Terapi hormonal

Indikasi pemberian terapi hormonal adalah bila penyakit telah sistemik berubah metastasis jauh. Terapi hormonal biasanya diberikan sebelum kemoteraphi, karena efek sampingnya kurang, tetapi tidak semua ca mammae peka terhadap terapi hormonal. Terapi estrogen bloker diresepkan apabila pada tumor tersebut reseptor estrogennya positif, artinya pertumbuhan tumor/ karsinoma distimulasi oleh estrogen. Contoh estrogen bloker adalah Tamoxifen (Nolvadex), Raloxifene (Evista).

16. Imunoterapi

Transtuzumab (Herceptin), terapi antibody monoclonal pertama yang direkomendasikan untuk karsinoma mammae. Beberapa tumor menghasilkan protein HER-2 secara berlebihan. Transtuzumab menghambat efek protein merangsang pertumbuhan sel kanker.

B. Asuhan Keperawatan Dasar Pada Klien Ca Mammae

Asuhan keperawatan adalah proses atau kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar pasien dan membantu pasien untuk mendapatkan kesehatan yang optimal. Proses keperawatan mencakup tahap-tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi (Martin dan Griffin,2014).

1. Pengkajian
   a. Identitas pasien

      Identitas pasien mencakup nama pasien, tanggal lahir/usia, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, jam masuk rumah sakit, nomor rekam medik dan diagnosa medis.

   b. Keluhan utama

      Keluhan utama terbagi menjadi dua yaitu keluhan utama saat masuk rumah sakit dan keluhan saat pengkajian. Keluhan utama pada pasien dengan kanker payudara dapat nerupa adanya massa tumor di payudara, rasa sakit di payudara, keluar cairan pada puting, kemerahan pada payudara, payudara terasa restraksi.

   c. Riwayat penyakit

      - Riwayat penyakit sekarang

        Riwayat penyakit yang dialami pasien dari penjelasan sebelum terjadinya keluhan utaman sampai terjadi keluhan utama dan hingga pada saat pengkajian. Riwayat kanker payudara dari tanda gejala munjul, penetapan biopsi, keluhan yang paling dirasakan hingga penanganan yang sudah diberikan untuk menangani keluhan tersebut.

      - Riwayat penyakit terdahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah riwayat penyakit yang pernah di derita oleh pasien dan berhubungan dengan penyakit yang sekarang ini.

- Riwayat penyakit keluarga

  Riwayat penyakit kelurga adalah berisi tentang semua anggota kelurga pasien yang memiliki penyakit kronis, menular, menurun dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, HIV, hepatits B, penyakit kelamin, dan apakah kelurga ada yang memiliki riwayat kanker payudara.

- Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

  Prilaku yang mempengaruhi kesehatan berisi tentang aktivitas atau prilaku sebelum pasien sakit yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, seperti peminum alkohol atau tidak, merokok atau tidak, ketergantungan obat-obatan atau tidak, dan bagaimana dengan aktivitas berolahraga.

d. Data psikososial

   Data pisikososial diperlukan untuk mengetahui koping yang dimiliki pasien, persepsi pasien tentang penyakitnya dan untuk mengetahaui apakah terjadi gangguan konsep diri pada pasien.

e. Personal hygine

   Data personal hygine diperlukan untuk mengetahui frekuensi mandi, kramas, menyikat gigi, memotong kuku dan ganti pakaian dalam sehari.

f. Pengkajian spiritual

   Pengkajian spiritual dapat ditanyakan bagaimana kebiasaan beribadah selama sebelum sakit dan sesudah sakit ini.

Biasanya pada pasien yang mengalami penyakit kronis akan lebih mendekatkan diri kepada tuhan guna untuk mencari ketenangan hidupnya.

g. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara melihat kondisi pasien maupun lingkungan sekitar pasien atau respon pasien dengan penyakit kanker, biasanya terdapat nyeri sehingga respon pasien terlihat meringis menahan nyeri.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan metode head to toe yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, auskutasi dan perkusi: Pemeriksaan fisik meliputi: Keadaan umum berupa keadaan kesadaran pasien, apakah pasien dalam keadaan sadar, apatis, somnolen, sopor atau koma.

- Pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendapatkan data objektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu, respirasi, dan jumlah denyut nadi. Pada pemeriksaan pertama di mulai dari kepala sampai leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warn arambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konungtiva dan sklera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, lapang pandang penglihatan, keadaan lubang hidung, kesimetrisan septum nasal, ukuran telinga kanan dan kiri, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah,

keadaan platum dan orofaring, posisi trakea, apakah ada tiroid, kelenjar limfe, apakah ada penonjolan vena jugularis, dan cek denyut nadi karotis.

- Pada payudara meliputi inspeksi (biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan,papila mamae tertarik kedalam, hiperpigmentasi aerola maame, ada atau tidak pengeluaran cairan pada puting susu, ada atau tidak oedem, dan ansimetris payudara serta apakah terlihat adanya ulkus pada bagian payudara). Jika terdapat ulkus pada payudara lakukan pengkajian luka meliputi jenis luka, panjang luka, lebar luka, kedalaman luka, warna luka. Palpasi hasil (biasanya teraba ada massa pada payudara, ada atau tidak pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).
- Pada pemeriksaan dada atau torak meliputi ispeksi (bentuk payudara simetris atau tidak, apakah terlihat mempergunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas), plapasi (penilaian vokal premitus), perkusi (melakukan perkusi di semua lapang paru), auskultasi (penilaian suara nafas, suara uacapan suara).
- Pada pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi melihat bagaimana bentuk dada, mengamati pulsasi dan ictus cordis, dan palpasi menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jangtung, auskultasi mendengarkan bunyi jantung, bunyi jantung tambahan ada atau tidak. Cantumkan juga apakah pasien menggunakan alat bantu pernapasan.
- Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (melihat bentuk abdomen, ada atau tidak benjolan, ada atau tidak bayangan pembuluh darah), auskultasi (bising usus

dengan hasil yang normal 5-35x/menit), palpasi (teraba ada atau tidak massa, ada atau tidak pembesaran limfe dan line serta ada atau tidak nyeri tekan) dan perkusi (penilaian suara abdomen suara normalnya berupa timpani dan jika abdomen terlihat membesar lakukan pemeriksaan shifting dullnes).

- Pemeriksaan genetalia dan perkemihan meliputi pemeriksaan bagian-bagian genetalia apakah ada kelainan atau tidak, kebersihan genetalia, kemempuan berkemih, intake dan output cairan serta menghitung belance cairan.
- Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan otot, kelainan pada tulang belakang, dan kelainan pada ekstremitas.
- Pemeriksaan integumen meliputi kebersihan kulit, warna kulit, kelembaban, turgor kulit, apakah ada lesi dan apakah ada penyekit kulit serta berapa hasil penilaian resiko dekubitus
- Sistem persyafan meliputi pemeriksaan glasgow coma scale and score (GCS) cantum kan hasil pemeriksaan hasil eye, verbal, dan best motor, pemeriksaan ingatan memory, cara berkomunikasi, kognitif, orientasi (tempt,waktu,orang), saraf sensori (nyeri tusuk, suhu, san senetuhan), pemeriksaan syaraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan ferleks fisiologis.

2. Diagnosa keperawatan

   Diagnosa keperawatan adalah klinis tentang respons aktual dan potensial individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul (Nanda) :

- Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinidng dada, hambatan upaya nafas (misalny nyeri saat bernafas). Kategori: fisiologi, subkategori: respirasi.
- Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi. kategori:pisikologi, subkategori: nyeri dan kenyamanan.
- Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien ke jaringan. Kategori: fisiologi, subkategori: Nutrisi dan cairan.
- Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan massa kanker). Kategori: lingkungan, subkategori: keamanan dan proteksi.
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Kategori: fisiologi, subkategori: aktivitas dan istirahat.
- Gangguan cinta tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh. Kategori: psikologi, subkategori: integritas ego.
- Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian. Kategori: psikologi, subkategori: integritas ego.
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Kategori: fisiologi, subkategori: aktivitas dan istirahat.
- Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Kategori: perilaku, subkategori: penyuluhan dan pembelajaran.
- Resiko infeksi berhubugan dengan faktor resiko tindakan invasif. Kategori: lingkungan, subkategori: keamanan dan proteksi.

3. Perencanaan keperawatan
    - Diagnosa Keperawatan : nyeri akut
      Kriteria Hasil :

- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- Tanda vital dalam rentang normal.

- Diagnose keperawatan :Kurang pengetahuan
  Kriteria Hasil :
  - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
  - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
  - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

- Diagnosa Keperawatan : Gangguan citra tubuh
  Kriteria Hasil :
  - Klien tidak malu dengan keadaan dirinya.
  - Klien dapat menerima efek pembedahan.

Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah berbagai perawatan yang berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien (NANDA, 2015).

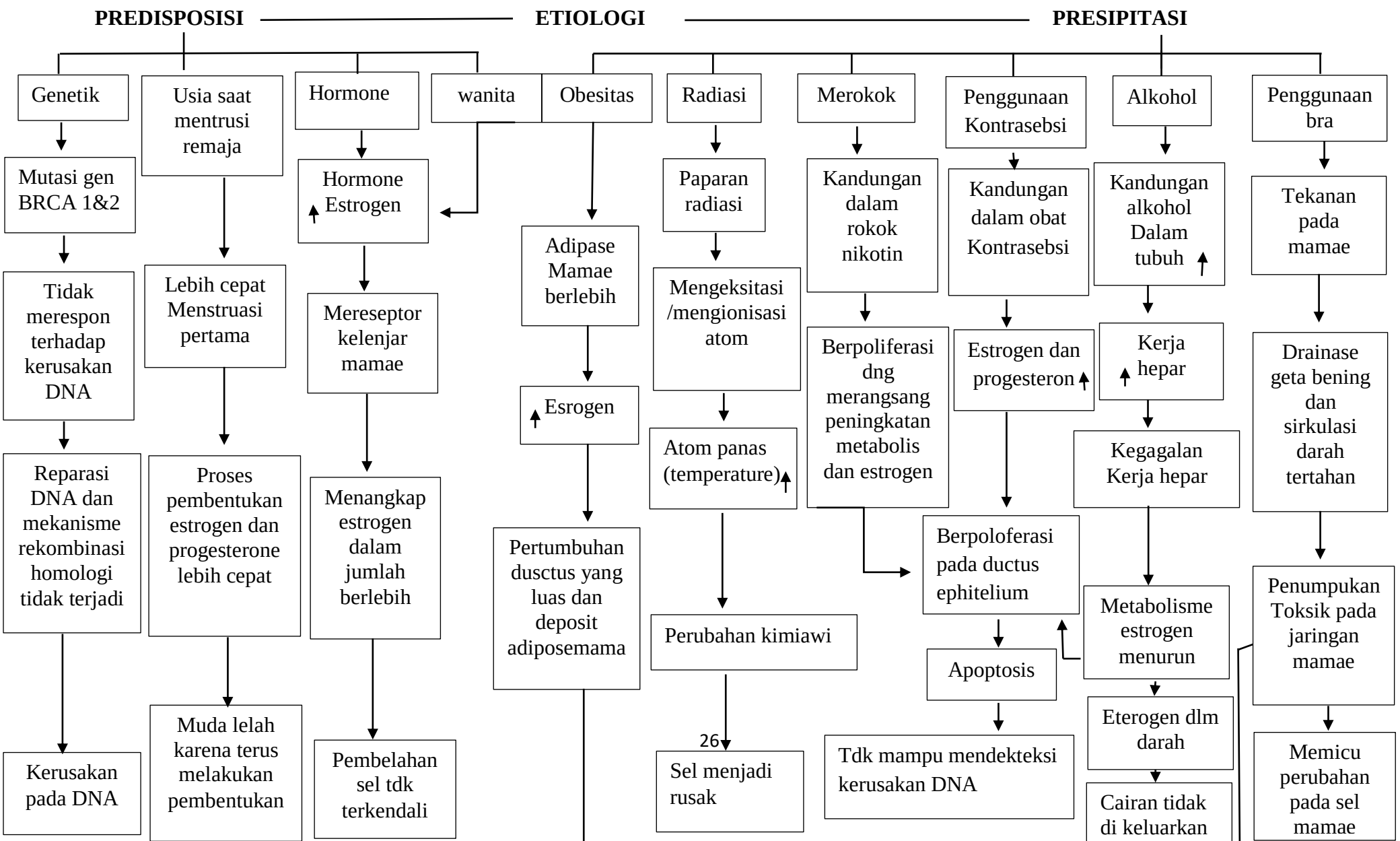
Membuat prioritas masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan sebelumnya karena tidak semua diagnosa keperawatan diselesaikan secara bersama. Menentukaan tujuan, tujuan ada dua yaitu tujuan jangka panjang untuk mengatasi masalah secara umum dan tujuan jangka pendek untuk mengatasi etiologi guna mencapai tujuan jangka panjang. Rumusan tujuan mencakup SMART yaitu specific (rumusan tujuan harus jelas), measurabel (dapat diukur), achievable (dapat dicapai bersma pasien), realistic (dapat dicapai dan nyata), dan timing (harus ada target waktu).

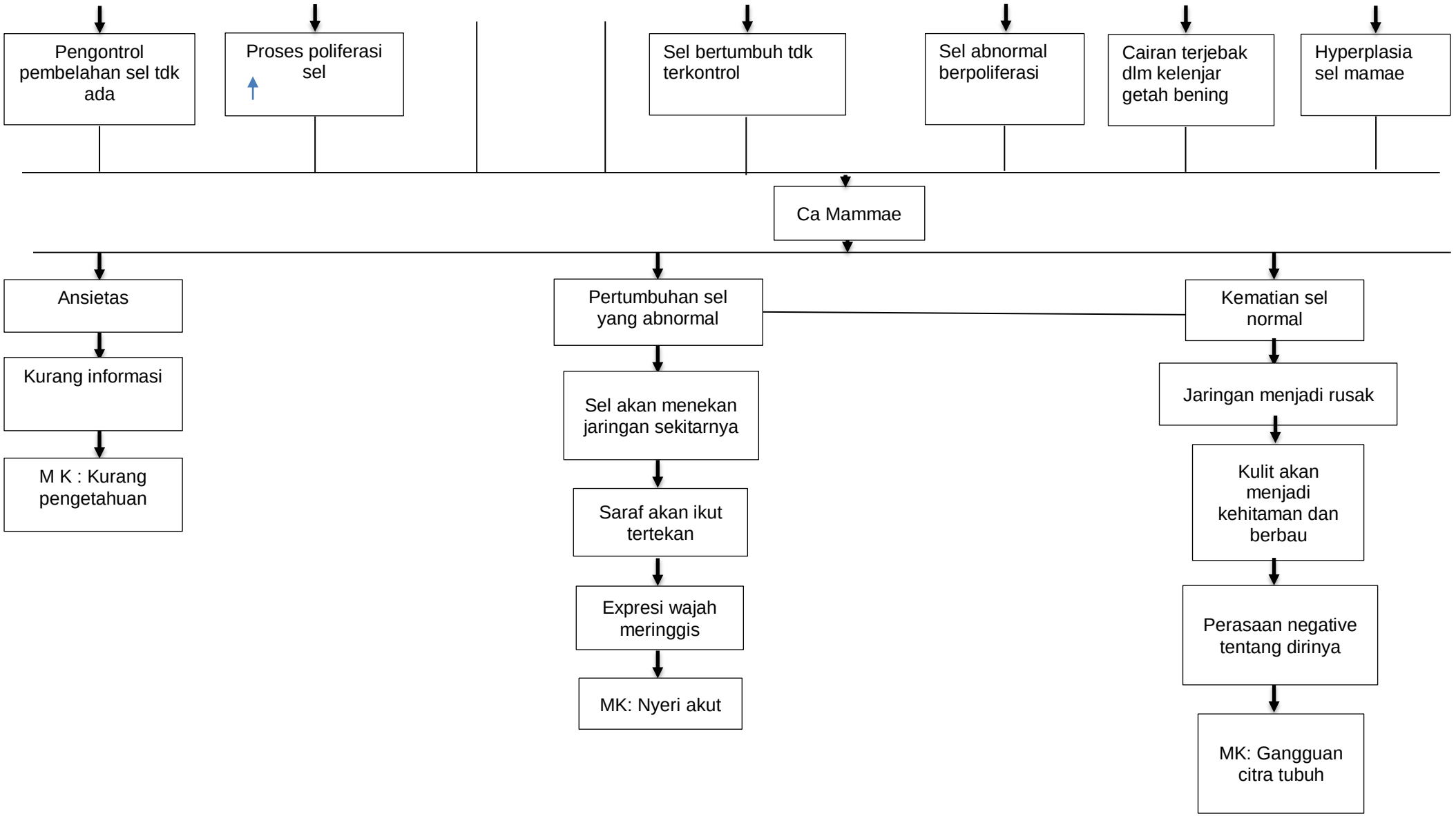
4. Dischargeplanning
    - Terapi non bedah : penyinaran, kemoterapi, terapi hormone dan endokrin.
    - Lakukan pemeliharaan kulit/diri dengan benar (menggunakan sabun ringan dengan penggosokan minimal, hindari sabun berparfum atau berdeodoran gunakan lotion hidrofilik untuk keringanan gunakan sabun aveno jika terjadi pruritus dan hindari pakaian yang ketat, kutang dan kawat penyangga, dan suhu yang berlebihan atau cahaya ultraviolet.
    - Hindari mencuci rambut setiap hari dan gunakan shampoo ringan untuk menghindari kerontokan.
    - Biarkan rambut mengering secara alami dan jangan mengikat rambut.
    - Konsultasikan dengan dokter untuk pemakaian terapi hormonal.
    - Istirahat cukup dan berolahraga secara teratur.
    - Makanan bergizi sehingga dapat meningkatkan kekebalan tubuh.
    - Jika menginginkan kehamilan konsultasikan dengan dokter karena kebayakan diminta menunggu selama 2 tahun.

Tata cara sadari

- Berdirilah didepan cermin dan perhatiakan apakah ada kelainan pada payudara. Biasanya kedua payudara tidak sama, putingnya juga tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikn apakah terdapat keriput, lekukan, atau puting susu tertarik kedalam. Bila terdapat kelainan itu atau keluar cairan atau darah dari putting susu, segeralah periksa ke dokter.
- Letakkan kedua lengan diatas kepala dan perhatikan kembali kedua payudara. Kemudian bungkukkan badan hingga payudara tergantung ke bawah, & perika lagi.
- Berbaringlah ditempat tidur dan letakkan tangan kiridibelakanag kepal, dan sebuah bantal dibawah bahu kiri. Rabalah payudara kiri dengan telapak jari-jari kanan. Periksalah apakah ada benjolan pada payudara. Kemudian periksa juga apakah ada benjolan atau pembengkakan pada ketiak kiri.
- Periksalah dan rabalah putting susu dan sekitarnya. Pada umumnya kelenjar susu bila diraba dengan telapak jari-ari tangan akan terasa kenyal dan mudah digerakkan (ridak dapat dipindahkan dari tempatnya). Bila terasa ada sebuah benjolan sebesar 1cm atau lebih, segeralah pergi ke dokter. Makin dini penanganan, semakin besar kemungkinan untuk sembuh secara sempurna.

5. **Patofolodiagram Ca mammae**




Pengontrol pembelahan sel tdk ada
Proses poliferasi sel
Sel bertumbuh tdk terkontrol
Sel abnormal berpoliferasi
Cairan terjebak dlm kelenjar getah bening
Hyperplasia sel mamae
Ca Mammae
Ansietas
Kurang informasi
M K : Kurang pengetahuan
Pertumbuhan sel yang abnormal
Sel akan menekan jaringan sekitarnya
Saraf akan ikut tertekan
Expresi wajah meringgis
MK: Nyeri akut
Kematian sel normal
Jaringan menjadi rusak
Kulit akan menjadi kehitaman dan berbau
Perasaan negative tentang dirinya
MK: Gangguan citra tubuh

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan nama Ny.”H” berumur 51 tahun dengan berat badan 50 Kg, masuk rumah sakit pada tanggal 03 Maret 2020 dengan penyakit kanker payudara. Pasien masuk dengan keluhan nyeri payudara sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat cuek dan bermasa bodoh dengan kesehatannya. Pada tanggal 3 maret 2020 keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris.

Pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, dengan kesadaran compos mentis,GCS 15, terpasang infus RL 500CC, terpasang kateter. Tanda-tanda vital didapatkan TD: 100/60 mmHg, Suhu: 36,3ºC, pernafasan: 20X/menit, nadi: 87X/menit. Dari hasil pemeriksaan foto thorax PA ditemukan perselubungan inhomogen ada paracadial kiri adalah bayangan mammae, nodul pada paracardial krii adalah nipple mammae sinistra, hilus tidak menebal.

Dari data yang didapatkan, penulis mengangkat 3 diagnosa, yaitu: nyeri akut b/d agens cedera fisik, kurang pengetahuan penyakit b/d kurang sumber pengetahuan, gangguan citra tubu b/d perubahan fungsi tubuh (pembedahan).

KAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :Rina Sari (E1614401033

Unit : BERNADETH 2 Autoanamnese ☐

Kamar : 518 Alloanamnese ☑

Tanggal masuk RS : 03 Maret 2020

Tanggal pengkajian : 05 Maret 2020

I. Identifikasi

A. Pasien

Nama	: Ny. “H”
Umur	: 51 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 3 orang
Agama/suku	: Islam
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: Tamat SD
Alamat rumah	: Jalan Bontojalling Dusun Taeng

B. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. Rukiah
Umur	: 57 tahun
Alamat	: Jalan Bontojalling Dusun Taeng
Hubungan dengan pasien	: Saudara Kandung

II. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Ca Mammae sinistra

Saat pengkajian : Post Op Ca Mammae Sinistra

III. Keadaan Umum

A. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan:

Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, GCS 15, pasien terpasang infus RL 500cc pada lengan sebelah kanan dengan factor tetes 18 tetes/menit, dan terpasang kateter.

B. Tanda-tanda Vital

1. Kesadaran (kualitatif): Compos Mentis

   Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

   a) Respon motorik : 6

   b) Respon verbal : 5

   c) Respon membuka mata : 4

   Jumlah : 15

   Kesimpulan : Tidak Koma

2. Tekanan darah : 100/60 mmHg

   MAP : 73 mmHg

   Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3. Suhu : 36,3 [ ] Oral [√] Axilla Re[ ]l

4. Pernafasan : 20x/menit

   Irama : [ ] Teratur [ ] Bradipnea [√]

   Takipnea [ ] Kusmaull

   Jenis : [√] Dada [ ] Perut

5. Nadi : 87x/menit

[√]

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi
Takikardi

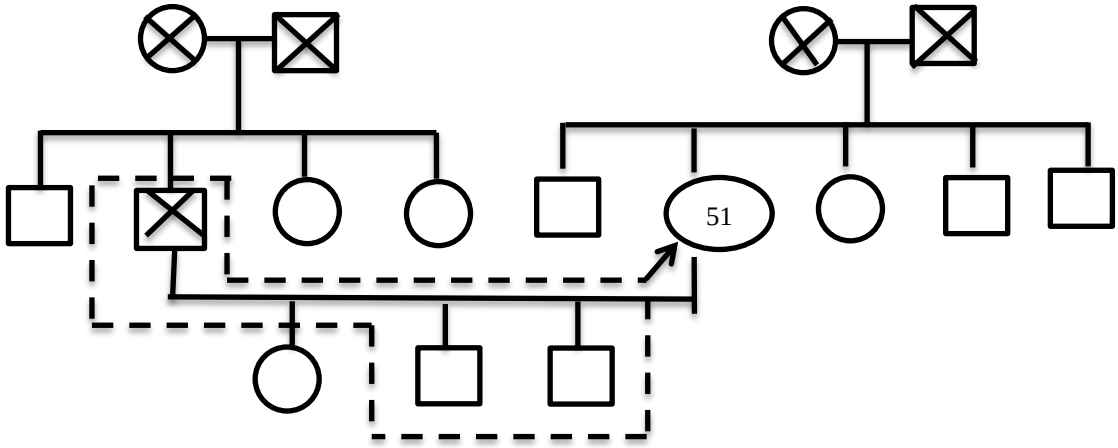
☐ Lemah ☑ Kuat

C. Pengukuran

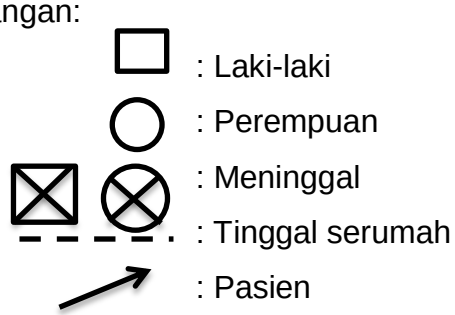
1. Lingkar lengan atas : 26 cm
2. Tinggi badan : 150 cm
3. Berat badan : 50 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20

Kesimpulan : Berat badan normal

D. Genogram



Keterangan:



: Laki-laki
: Perempuan
: Meninggal
: Tinggal serumah
: Pasien

IV. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

   Keluarga pasien mengatakan pasien sangat cuek dan bermasa bodoh dengan kesehatannya. Pasien adalah orang yang sangat sibuk sehingga ia kurang memperhatikan kesehatannya. Pasien suka minum kopi, Pasien juga suka makan daging-dagingan dan jajanan di luar. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi vitamin ataupun obat-obatan untuk menjaga kesehatannya. Pasien juga sangat jarang berolahraga. Keluarga juga mengatakan jika pasien sakit hanya beristirahat di rumah atau membeli obat di warung pasien mengatakan tidak mengetahui kalau kanker payudara, pasien mulai merasakan sakit pada saat mengendong anak kecil berumur 3 tahun karena anak kecil tersebut tidak sengaja menyentuh payudara pasien sehingga pasien merasakan kesakitan pada payudara bagian kiri. Semenjak kejadian itu pasien hanya minum ramuan dan jamu namun tidak ada perubahan yang dia alami sehingga pasien dan keluarga memutuskan untuk ke RS Stella Mari pada tanggal 3 maret 2020, sesampainya di IGD stella maris pasien di periksa dan dokter mengatakan kalau pasien terkena kanker payudara dan di anjurkan rawat inap untuk melakukan operasi.

2. Riwayat penyakit

   a) Keluhan utama

      Nyeri

   b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pada saat dirumah pasien merasa nyeri bagian pada payudara sebelah kiri, jadi pasien meminum ramuan herbal tapi nyerinya tak kunjung hilang sehingga pasien memutuskan untuk ke UGD Stella Maris, dan mendapatkan perawatan dari dokter untuk kemoterapi, pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien menjalankan kemoterapi dalam 1 minggu 3x, pasien mengatakan menurut dokter pasien harus rawat inap di rumah sakit untuk melakukan tindakan operasi untuk mengangkat kanker payudara. Pada tanggal 5 maret 2020 dokter memutuskan untuk melakukan tindakan operasi pada pasien Ny H. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi payudara bagian kiri, tampak wajah pasien meringis kesakitan pada skala nyeri 7 yang dirasakan hilang timbul dengan durasi ± 3-6 menit, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat pasien melakukan aktivitas, tampak terpasang kateter, tampak terpasang infus ditangan sebelah kanan.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit yang pernah dialami.

4. Riwayat kesehatan keluarga

   Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

5. Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut :Tampak bersih, tidak ada lesi
b) Kulit kepala :Tampak bersih
c) Kebersihan kulit :Tampak bersih
d) Hygiene rongga mulut :Tampak bersih
e) Kebersihan genetalia :Tampak bersih
f) Kebersihan anus :Tampak bersih

B. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah pada pola makan. Pasien mengatakn makan 3x sehari dengan porsi selalu dihabiskan. Pasien suka makan daging dan membeli makanan di luar seperti gorengan dan cemilan lainnya. Pasien mengatakan hanya minum teh saat pagi hari sebelum melakukan aktivitas dirumah. Pasien mengatakan minum air putih ± 5-7 gelas perhari (±1.400 cc) ditambah teh 2-3 gelas perhari (±600 cc)

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan 3x dan air putih ± 200 cc perhari.

3. Observasi

   - Tampak pasien makan dengan menghabiskan makanan yang disediakan.
   - Tampak pasien menghabiskan bubur dan air putih 50 cc

4. Pemeriksaan fisik

   - Keadaan rambut : -

- Hidrasi kulit : Kembali dalam waktu <3 detik
- Palpebra/conjungtiva:Tidak tampak udem/tidak tampak anemis
- Sclera :Tidak tampak ikterik
- Hidung :Tampak septum berada di tengah.
- Rongga mulut :Tampak sedikit kotor
- Gusi :Tidak ada peradangan
- Gigi :Tampak tidak utuh
- Gigi palsu :Tidak ada
- Kemampuan mengunyah keras:
- Lidah :Tampak kotor
- Pharing :Tidak ada peradangan
- Kelenjar getah bening:Tidak ada pembesaran
- Kelenjar parotis :Tidak ada pembesaran
- Abdomen

  Inspeksi :Tampak simetris

  Auskultasi :Terdengar bising usus 12x/menit

  Palpasi :Tidak teraba benjolan

  Perkusi : Terdengar
- Kulit

  Edema : Positif ☐ Negatif ☑

  Ikterik : Positif ☐ Negatif ☑

  Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan
- Lesi : Tidak tampak adanya lesi

C. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak mempunyai masalah dalam BAK dan BAB. Pasien mengatakan BAK ± 4-5 x sehari dengan warna kuning, dengan bau khas (amoniak) serta BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan BAK melalui selang kateter dengan urine berwarna kuning jernih, serta BAB menggunakan popok.

3. Observasi
   - Tampak pasien menggunakan popok
   - Terpasang kateter dengan jumlah urine ±1.500cc perhari

4. Pemeriksaan fisik:
   a) Peristaltik usus : 12 x/menit
   b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong
   c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif
   d) Mulut uretra : Tampak bersih
   e) Anus
      Peradangan :Tidak ada peradangan
      Hemoroid :Tidak ada
      Fistula : Tidak ada

D. Pola Aktivitas Dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan bekerja sebagai seorang Ibu Rumah Tangga. Pasien mengatakan sebelum sakit mampu

melakukan segala aktivitasnya dengan baik dan mandiri. Pasien sangat jarang berolahraga. Jika ada waktu senggang pasien hanya tinggal di rumah menonton tv atau membersihkan pekarangan rumah.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sudah tidak mampu melakukan aktivitasnya dengan mandiri karena nyeri yang dirasakan, Pasien mengatakan selama sakit pasien hanya berbaring di tempat tidur karena mengalami nyeri pada payudara sebelah kiri.

   Observasi

   - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur
   - Tampak pasien tidak mampu menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri

   a) Aktivitas harian

      Makan : 0
      Mandi : 0
      Pakaian : 2
      Kerapihan : 2
      Buang air besar : 2
      Buang air kecil : 3
      Mobilisasi di tempat tidur : 0

   0= Mandiri
   1= Bantuan alat
   2= Bantuan orang
   3= Bantuan alat dan orang
   4= Bantuan penuh

   b) Postur tubuh :Tidak dikaji,
   c) Gaya jalan :Tidak dikaji,
   d) Anggota gerak yang cacat :Tidak ada
   e) Fiksasi :Tidak ada
   f) Tracheostomy :Tidak ada

3. Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 100/60 mmHg

Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ Positif ☐ Negatif

b) HR : x/menit

c) Kulit

Keringat dingin :Tidak ada

Basah :Tidak ada

d) JVP :5 – 2 cmH2O

Kesimpulan :Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi perifer kuku :Kembali dalam waktu 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

Inspeksi

Bentuk thoraks :Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi intercostal :Tidak ada

Sianosis :Tidak ada

Stridor :Tidak ada

Palpasi:

Vocal premitus :Tidak dikaji,

Krepitasi :Tidak ada

Perkusi:

☑ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

Auskultasi:

Suara nafas : suara nafas cepat dan dalam

Suara ucapan : intensitas dan kualitas suara simetris

Suara tambahan :tidak ada suara tambahan

g) Jantung

Inspeksi

Ictus cordis :Tampak *di ICS V midclavikularis sinistra*

Palpasi

Ictus cordis :Teraba di *ICS V midclavikularis sinistra*

Perkusi

Batas atas jantung :*ICS II linea sternalis sinistra*

Batas bawah jantung :*ICS V midclavicularis sinistra*

Batas kanan jantung :*ICS II linea sternalis dekstra*

Batas kiri jantung s:*ICS V linea midclavicularis sinistra*

Auskultasi

Bunyi jantung II A :Terdengar tunggal, regular *ICS II linea sternalis dekstra*

Bunyi jantung II P :Terdengar tunggal, regular *ICS II linea strenalis sinistra*

Bunyi jantung I T :Terdengar tunggal, regular *ICS IV linea sternalis sinistra*

Bunyi jantung I M :Terdengar tunggal, *linea midclavikularis sinistra*

Bunyi jantung III irama Gallop :Tidak ada

Murmur :Tidak terdengar

Bruit : Aorta

A. Renalis :Tidak terdengar

A. Femoralis :Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai



Atrofi otot : ☐ Positif Negatif

Rentang gerak :Terbatas pada tangan dan kaki kiri

Kaku sendi :Tidak ada

Nyeri sendi :Tidak ada

Fraktur :Tidak ada

Parese :Tidak ada

Paralisis :Tidak ada

Uji kekuatan otot

Tangan kanan	Tangan kiri
5	4
5	5
Kaki kanan	Kaki kiri

Keterangan:

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 3: mampu melawan tegak tapi, tidak gmampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu melawan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Reflex fisiologis : Tidak dikaji

Reflex patologis

Babinski : Kiri : Positif ☑ Negatif ☐

Kanan: Positif [ ] Negatif [√]

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises Tungkai : Tidak ada

i) Columnna vertebralis :

Inspeksi : Lordosis [-] Kiposis [-] Skoliosis [-]

Palpasi :Tidak ada

Kaku kuduk: Tidak ada

E. Pola Tidur Dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya tidur dari pukul 23.00-06.00 WIT. Pasien tidur siang ± 1-2 jam, namun pasien jarang tidur siang. Pasien mengatakan sebelum tidur pasien biasanya menonton TV.

2. Keadaan saat sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit pasien kurang beristirahat karena nyeri yang dialami. Pada malam hari pasien hanya tidur dengan waktu 4-5 jam perhari.

3. Observasi

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

Pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab penyakit yang dialaminya sehingga pasien tidak memperhatikan resiko yang akan dialami jika penyakitnya tidak ditangani dengan tepat waktu.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien tampak bertanya tanya tentang penyakitnya dan bingung saat perawat menanyakan tentang penyakitnya.

3. Observasi
   - Tampak wajah pasien murung dan tidak memberikan jawaban yang panjang saat diberikan pertayaan.
   - Tampak wajah pasien binggung.

4. Pemeriksaan fisik
   a) Penglihatan

      Kornea : Tampak jernih
      Pupil : Isokor
      Lensa mata : Tampak jernih
      Tekanan intra okuler (TIO) : Kekenyalan bola mata kiri dan kanan sama

   b) Pendengaran

      Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
      Kanalis : Tampak ada serumen
      Membrane timpani : Tampak Utuh

   c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai: Tangan dan kaki kanan masih berespon

G. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sebelum sakit pasien melakukan aktivitasnya seperti biasanya tanpa ada gangguan dengan tubuhnya, pasien juga merasa bangga dengan tubuh yang dia miliki pada saat sebelum dia sakit.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaannya karena hanya mempunyai satu payudara bagian kanan, pasien mengatakan dia merasa kecewa karena tidak menjadi wanita yang sempurna tapi pasien yakin biar bagaimanapun keadaannya saat ini merupakan jalan yang terbaik bagi dirinya.

3. Observasi

   - Tampak pasien tidak melihat lawan bicara
   - Tampak pasien lebih banyak murung dan berdiam diri.

   a) Kontak mata : Tidak melihat lawan bicara saat diajak berbicara
   b) Rentang perhatian : Orientasi Kurang
   c) Suara dan cara bicara : Jelas
   d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4. Pemeriksaan Fisik

   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
   b) Bentuk/ postur tubuh : Tidak dikaji

c) Kulit : Tidak ada Lesi, finger print kembali < 3 detik

H. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sudah menikah dan suaminya sudah meninggal ±2 tahun yang lalu dan memiliki 3 orang anak, pasien mengatakan akrab dengan siapa saja dan komunikasi dengan sesama keluarga maupun tetangga sangat baik.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan jika mereka sangat khawatir dengan kondisi pasien sekarang ini. Pasien berharap cepat sembuh dan pulang kerumah.

3. Observasi

   - Tampak keluarga pasien mengunjungi pasien

I. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak punya masalah dengan seksualitasnya, Pasien juga mengatakan mempunyai 2 orang anak laki-laki dan 1 orang anak perempuan. Pasien juga mengatakan suami sudah meninggal sekitar 4 tahun yang lalu.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan hanya terbaring lemah di tempat tidur.

3. Observasi:
    - Tampak pasien hanya berbaring ditempat tidur

J. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress
1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak banyak bicara jika dirumah, pasien hanya fokus dengan apa yang ia kerjakan.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan belum sepenuhnya bisa menerima keadaan yang sekarang dialaminya, pasien merasa cemas dengan keadaan saat ini pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur dan kurang melakukan aktivitas seperti biasanya.

3. Observasi :
    - Tampak pasien hanya berbaring lemah ditempat tidur.
    - Tampak pasien lebih banyak diam di tempat tidur.

K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan beragama Islam, pasien sangat rajin melakukan sholat di rumah maupun di mesjid.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan semenjak sakit kurang melakukan kegiatan keagamaan karena pasien membatasi diri dengan keadaan yang dialaminya sekarang.

3. Observasi

- Tampak pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur.
- Tampak keluarga mendoakan pasien pada saat jam besuk.

V. Uji Saraf Kranial

A. N I : pasien mengatakan mampu mencium bau minyak kayu putih yang diberikan dan bau kapas alcohol yang diberikan perawat.

B. N II : pasien tampak membaca tulisan yang berada pada papan nama perawat dan membacanya dengan benar.

C. N III, IV, VI : pasien mampu menggerakan matanya ke segala arah, refleks

D. N V :

Sensorik : Pasien tampak merasakan gesekan tissue pada wajah

Motorik : pasien mampu mengunyah dengan keras

E. N VII

Sensorik : pasien mampu merasakan rasa manis gula yang diberikan

Motorik : pasien mampu tersenyum, mengerutkan dahi dan mengankat alis

F. N VIII

Vestibularis : tidak dikaji, pasien tidak mampu melakukan tes yang diberikan karena sesak

Akustikus : pasien mampu mendegarkan bunyi gesekan jari perawat

G. N IX : pasien mampu menelan

H. N X : tampak uvula terletak ditengah

I. N XI : pasien mampu menggerakan kepala serta mengangkat bahu kirinya

J. N XII : pasien tampak mampu menjulurkan lidah mendorong pipi kiri dan pipi kanan

VI. Terapi

Dexatekson/1gr/12 jam

Ketorolac/1ampul/8jam

Ranitidin/1ampul/12jam

Anbasin

VII. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil pemerksaan photo thorax

   Puimo : Corokan bronkovaskuler paru normal,tak tampak infitrat, perselubungan inhomogen ada paracadial kiri adalah bayangan mammae, nodul pada paracardial kiri adalah nipple mammae sinistra, hilus tidak menebal. Cor tidak besar, mediastinum tidak melebar, trachea tidak shift. Sinus dan diafragma normal. Costa intak, soft tissue baik.

Kesan: Tampak kelainan radiologis.

BTK, Salam sejawat

Dr. Wayan Suntana, Sp,RAD

LABORATORIUM RS. STELLA MARIS

JL. Somba Opu No. 273 Makassar Kode Pos : 90111

Telepon +62 411 854341

Penanggung jawab : - dr. Ruland D. N. Pakasi, Sp.PK (K)

- dr. Sulina Y. Wibawa, Sp.PK

NAMA : NY. HALIDAH	DOKTER : dr . John Sammy L.A. Pieter, Sp, B (K)
UMUR : 51Y DOB : 17-07-1969	R. PERAWATAN: BERNADETH II B / 518
JENIS KELAMIN: FEMALE	Date Received : 05-03-2020 06:31
NO. R. MEDIS :540721	Date Reported : 05-03-2020 07:47
NOMOR LAB : 904457	Date Printed : 05-03-2020 07:47

L

TEST	RESULT	UNIT	REFERENCE RANGES
HEMATOLOGY			
COMPLETE BLOOD COUNT			
WBC	H 13.50	10^3/Ul	4.8 – 10.2
RBC	L 3.47	10^6Ul	4.0 – 5,5
HGB	L 10.2	g/dl	12.2 – 16.2
HCT	L 29.6	%	37.7 – 47.9
MCV	85.3	fL	80.0 – 97.0
MCH	29.4	pg	26.0 – 31.0
MCHC	34.5	g/dl	31.8 – 35.4
PLT	400	100^3/Ul	130.0 – 400.00
RDW	H 18.0	fL	11.5 – 14.5
PDW	10.0	fL	9.0 – 13.0
MPV	8.4	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	L 13.8	%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	L 8.7	%	10.0 – 50.0
MXD	9.0	%	1.0 – 20.0
NEUT	H 82.3	%	37.0 – 80.0
LYMPH#	1.20	10^3uL	1.00 – 3.70
MXD#	1.2	10^9/L	0 – 1.2
NEUT#	H 11.10	10^3uL	1.50 – 7.00/

KESAN / SARAN : .

B. ANALISA DATA

Nama/umur : Ny “H”/ 51 Tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II / 518

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: 17. Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi mamae bagian kiri 18. Pasien mengatakan skala nyeri 7 19. Pasien mengatakan Nyeri yang dirasakan hilang timbul 3-6 menit 20. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris 21. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat melakukan aktivitas. DO: - Tampak pasien meringis kesakitan. - Tampak wajah pasien pucat	Nyeri akut	Agens cedera fisik
2.	DS: - Pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab penyakit yang dialaminya. - Pasien tampak bertanya-tanya tentang penyakitnya. DO: - Tampak wajah pasien murung. - Tampak pasien binggung	Kurang pengetahuan penyakit	Kurang sumber pengetahuan
3..	DS: - Pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaannya karena hanya	Gangguan citra tubuh	Perubahan fungsi tubuh (pembedahan)

	mempunyai satu payudara bagian kanan. - Pasien mengatakan merasa kecewa karna tidak menjadi wanita yang sempurna. DO: - Tampak pasien tidak melihat lawan bicara - Tampak pasien lebih banyak murung dan berdiam diri.		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny “H”/51 tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II / 518

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri akut b/d agens cedera fisik
2.	Ansietas
3.	Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (pembedahan)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. “H”/ 55 tahun

Ruangan/kamar : BERNADETH II

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC)
05-03-2020	Nyeri akut b/d agens cedera fisik DS: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi payudara bagian kiri dengan skala nyeri 7 - Pasien mengarNyeri yang dirasakan takan hilang timbul 3-4 menit - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat melakukan aktivitas. DO: - Tampak pasien meringis kesakitan. - Tampak wajah pasien pucat	Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri yang dialami pasin dapat berkurang. Dengan kriteria hasil : Kontrol nyeri 1. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4. 2. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4. 3. Menggunakan analgesik yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 2	Manajemen Nyeri 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri. 2. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. 3. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri 4. Berikan informasi mengenai nyeri dan penyebab nyeri. 5. Kolaborasi dengan keluarga dan tenaga kesehatan untuk memilih dan mengimplementasikan penurun nyeri. 6. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri bertambah berat 7. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan

		dipertahankan ke skala 4.	peresepan analgesic 8. Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik
05-03-2020	Kurang pengetahuan penyakit b/d Kurang sumber pengetahuan DS : - Pasien mengatakan tidak tarfrhu apa penyebab penyakit yang dialaminya. - Pasien tampak bertanya-tanya tentang penyakitnya. DO: - Tampak wajah pasien murung. - Tampak pasien binggung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kurang pengetahuan penyakit pasien dapat mengetahui Dengan kriteria hasil: Pengetahuan gaya hidup sehat 1. Memberikan edukasi dipertahankan pada skala 2 ke skala 4 2. Strategi mencegah infeksi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4.	Pendidikan kesehatan : 1. Memberikan edukasi menggunakan leflet tentang bahaya merokok. 2. Melibatkan keluarga dalam memberikan edukasi. 3. Mengevaluasi tentang edukasi yang telah diberikan.
05-03-2020	Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (pembedahan) DS: - Pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaannya karena hanya mempunyai satu	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan citra tubuh yang dirasakan pasien dapat berkurang dipertahankan pada skala 5(konsisten positif) ditingkatkan keskala 2(jarang positif) Dengan	Peningkatan harga diri 1. Bantu pasien untuk menemukan penerimaan diri. 2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi respon postif dari orang lain. Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri.

	payudara bagian kanan. - Pasien mengatakan merasa kecewa karna tidak menjadi wanita yang sempurna. DO: - Tampak pasien tidak melihat lawan bicara - Tampak pasien lebih banyak murung dan berdiam diri.	kriteria hasil : Citra tubuh : 1. Gambaran internal diri dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 2. 2. Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 2. 3. Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan keskala 2. 4. Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan dipertahankan pada skala 5 ditingkatkan ke skala 2. 5. Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat pembedahan dipertahakan pada skala 5 ditingkatkan	3. Monitor tingkat harga diri dari waktu kewaktu, dengan tepat. 4. Dukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan. 5. Monitor tingkat harga diri dari waktu ke waktu, dengan tepat.

		pada skala 2.	

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. “H”

Ruangan/kamar : Bernadeth II / 518

TANGGAL	DP	WAKTU	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
Kamis, 5 Maret 2020	I	14:00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif H : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri berada pada skala 7 nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris tembus kebelakang, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan ± 5-10 menit.	Rina
	I	14:30	Memberikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri H: Pasien mengatakan ia mengerti dengan informasi yang diberikan oleh perawat.	Rina
	I	15:00	Memilih dan mengajarkan terapi nonfarmakologi dengan cara teknik relaksasi nafas dalam H: Tampak pasien mengerti dengan teknik relaksasi yang diajarkan perawat.	Kak Alfa

	I	16:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: - Ketorolac 1amp/IV - Ranitidine 2 ml / IV	Kak Alfa
	I	16:30	Memonitor tanda – tanda vital TD : 110/60 mmHg, N:80*/menit S : 36,2 ºc, P : 18*/menit	Rina
	I	17:00	Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri yang dilakukan oleh perawat H: Pasien mengatakan bahwa ia puas dengan tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyerinya.	Kak Wahyu
	II	17:30	Membuat kontrak dengan pasien dan keluarga untuk pendidikan kesehatan tentang kanker payudara H: Pasien mengatakan bersedia meluangkan waktunya	Rina
	I	18:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: anbacin 1Gr/IV	Kak maria
	III	18:30	Membantu pasien untuk menemukan penerimaan diri dengan cara meyakinkan pasien bahwa walaupun saat ini ia sedang menderita suatu penyakit namun harus tetap bersyukur dibanding dengan orang lain yang	Rina

			penyakitnya lebih para namun ia masih tetap menerima dirinya apa adanya. H: pasien mengatakan bahwa ia sudah menerima dirinya dengan keadaan sekarang ini.	
	I	20:00	Mengevaluasi prinsip manajemen nyeri yang telah diajarkan kepada pasien dengan cara menanyakan kepada pasien H: Pasien mengatakan ia mengerti dengan prinsip manajemen nyeri yang diajarkan oleh perawat seperti teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri.	
	I	21:00	Memonitor tanda – tanda vital TD : 110/60 mmHg, N:80*/menit S : 36,5 ºc, P : 18*/menit	Berlin
	I	24:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: - Ketorolac 1amp/IV - Ranitidine 2 ml / IV	Kak wahyu
	I	05:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 110/60mmHg, N: 85*/menit S:36ºC, P: 18*/menit	Ani
	I	06:00	Memberikan individu analgesik H : Anbacim 1gr/IV Memberikan individu penurun nyeri	Kak iren

	I	08:00	dengan peresepan alagesik H: Ketorolac 1amp/IV	
	III	08:30	Memonitor tingkat harga diri pasien H: Tampak pasien menunduk saat berbicara	
	I	10:00	Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 110/60mmHg, N: 85*/menit S:36ºC, P: 18*/menit	Susan
	I	11:00	Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri H: pasien mengatakan puas dengan tidakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyerinya	Rina
	I	12:00	Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri H: pasien mengatakan bahwa ia akan mencoba untuk istirahat	Rina
	I,II,III	13:00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif H: -Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri berada pada skala 5, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan hilang timbul dirasakan ±3-5 menit - Tampak pasien meringis	Rina

			Melakukan pendidikan kesehatan tentang kanker payudara H: Pasien mengatakan mulai mengerti apa yang dijelaskan tentang bahaya kanker payudara - Tampak pasien mengerti apa yang dijelaskan Membantu pasien agar ia bisa menerima dirinya dengan cara memberikan motivasi H: - pasien mengatakan bahwa ia merasa putus as karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada - Tampak pasien tunduk saat berbicara	
Jumat, 6 maret 2020	I	14:00	Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri H: Pasien mengatakan ia sudah bisa tidur	Rina
	II	14:40	Mengevaluasi pemahaman pasien mengenai informasi yang telah diberikan tentang pendidikan kesehatan kanker payudara H; Pasien mengatakan bahwa ia mengerti dengan informasi yang telah diberikan. Memonitor tanda-tanda vital	Rina

	I	16:00	TD: 110/70 mmHg, N: 75*/menit S: 36,2ºC, P: 18*/menit	Delfiana
	I	16:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: - Ketorolac 1amp/IV - Ranitidine 1amp/ IV	
	III	17:30	Mendukung pasien agar ia bisa menerima keadaannya saat ini dengan cara memberikan motivasi H: Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima dirinya.	
	I	18:00	Memberikan individu dengan analgesik H: - Anbacim 1gr/IV	
	II	20:00	Membuat kontrak waktu dengan pasien dan keluarga untuk pendidikan kesehatan pencegahan infeksi H: Pasien mengatakan bersedia meluangkan waktunya	Rina
	I	21:00	Memonitor tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 75*/menit S: 36,2ºC, P: 18*/menit	Merlin
	I	24:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: - Ketorolac 1amp/IV	Merlin

Sabtu, 7 maret 2020	I	05:00	Memonitor tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 75*/menit S: 36,2ºC, P: 18*/menit	Maria
	I	06:00	Memberikan individu analgesik H: - Anbacin 1gr/IV	
	I	08:00	Memberikan individu penurun nyeri dengan analgesik H: - Ketorolac 1amp/IV - Ranitidin 1amp/IV	
	I	09:00	Memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri yang dilakukan oleh perawat H: pasien mengatakan ia merasa puas dengan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi nyerinya.	
	I	10:00	Memonitor tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 75*/menit S: 36,2ºC, P: 18*/menit	
	I,II,III	13:00	Mendorong pasien untuk mendiskusikan pengalaman nyerinya H: pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan berada pada skala 3, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan seperti diiris-iris dirasakan ±2-3 menit	

			- Tampak pasien mengeluh saat nyerinya timbul Memonitor pemahaman pasien dan keluarga tentang pendidikan kesehatan Pencegahan infeksi H: pasien mengatakan mulai mengerti dengan apa yang diajarkan Membantu pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan H: Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya - Tampak pasien semangat menghadapi penyakitnya	
	I	14:00	Mendukung pasien istirahat untuk membantu penurunan nyeri H: pasien mengatakan ia sudah bisa tidur	
	III	15:00	Mendukung pasien agar ia bisa kuat dalam menghadapi penyakitnya yang sedang diderita agar tetap semangat menghadapi penyakitnya H: Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya	
	I	16:00	Memonitor tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 75*/menit S: 36ºC, P: 18*/menit	

	I	16:00	Memberikan individu penurunan nyeri dengan peresepan analgesik H: - Ketorolac 1 mg/IV - Ranitidine 2 mg/IV	
	I	20:00	Mengevaluasi prinsip manajemen nyeri yang telah diajarkan kepada pasien dengan cara menanyakan kepada pasien. H: Pasien mengataka ia mengerti dengan prinsip manajemen nyeri yang diajarkan oleh perawat seperti teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri.	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. “H”/ 51tahun

Ruangan/kamar : Bernadeth II / 518

HARI TANGGAL	DP	EVALUASI SOAP	PERAWAT
Kamis, 5 maret 2020	I	S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri berada pada skala 7,nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan hilang timbul ±3-6 menit O: Tampak pasien meringis kesakitan A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Rina
	II	S: Pasien mengatakan mulai mengerti apa yang dijelaskan tentang bahaya kanker payudara O: Tampak pasien memperhatikan saat dijelaskan A: Masalah kurang pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi kurang pengetahuan	

	III	S: Pasien mengatakan bahwa ia merasa putus asa karena salah satu dari anggota tubuhnya sudah tidak ada O: Tampak pasien tunduk saat berbicara A: Ganggua citra tubuh belum teratasi P: Lanjutkan intervensi peningkatan harga diri	
Jumat, 6 maret 2020	I	S: Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, nyeri berada pada skala 5, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan hilang timbul dirasakan ±3-5 menit O: Tampak pasien meringis A: Nyeri teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri	Rina
	II	S: Pasien mengatakan mulai memahami tentang penyakit yang di deritanya. O: Tampak pasien memperhatikan A: Masalah kurang pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi kurang pengetahuan	
	III	S: Pasien mengatakan bahwa ia bisa menerima dirinya O: Tampak pasien tunduk saat berbicara A: Gangguan citra tubuh teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi peningkatan harga diri	
Sabtu, 7 maret 2020	I	S: pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan berada pada skala 3, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan seperti diiris-iris dirasakan ±2-3 menit O: Tampak pasien mengeluh saat nyerinya timbul	Rina

		A: Nyeri belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1,2,3	
	II	S: pasien mengatakan mulai mengerti dengan apa yang diajarkan O: Tampak pasien mengerti A: Masalah kurang pengetahuan belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1,2,3	
	III	S: Pasien mengatakan bahwa ia kuat untuk menghadapi penyakitnya O: Tampak pasien semangat menghadapi penyakitnya A: Gangguan citra tubuh teratasi P: Stop intervensi peningkatan harga diri	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama obat :Anbacim
   a) Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik / obat keras.
   b) Dosis umum : 15 mg
   c) Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 1gr
   d) Cara pemberian obat : IV
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja menghentikan pertumbuhan bakteri yang menyebabkan infeksi, tidak efektif untuk infeksi karena virus dan jamur,
   f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   g) Efek samping obat :
      - Gangguan gastrointestinal (masalah lambung)
      - Perubahan hematologi (perubahan darah)
      - Rasa sakit pada tempat injeksi (intra muscular)

2. Nama obat : Ranitidin
    a) Klasifikasi/ golongan obat : Histamin H2
    b) Dosis umum : 150 mg
    c) Dosisi untuk pasien yang bersangkutan : 1ampul
    d) Cara pemberian obat : IV
    e) Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menurunkan sekresi asam lambung berlebih.
    f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : mengurangi jumlah asam lambung, dan meredakan nyeri.
    g) Efek samping obat : Nyeri perut, tidak nafsu makan, urine tampak keruh.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada pembahasan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny.H dengan masalah *Ca Mammae* di ruangan Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang dengan sistematis untuk mengumpulkan data dari beberapa sumber yaitu pasien, keluarga dan hasil pengamatan langsung pada pasien.Data yang di peroleh Pasien dengan nama Ny.”H” berumur 51 tahun dengan berat badan 50 Kg, masuk rumah sakit pada tanggal 03 Maret 2020 dengan penyakit kanker payudara. Pasien masuk dengan keluhan nyeri payudara sebelah kiri. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat cuek dan bermasa bodoh dengan kesehatannya. Pada tanggal 3 maret 2020 keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris. Saat pengkajian penulis juga menemukan beberapa tanda dan gejala pada pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, dengan kesadaran compos mentis,GCS 15, terpasang infus RL 500CC, terpasang kateter. Tanda-tanda vital didapatkan TD: 100/60 mmHg, Suhu: 36,3ºC, pernafasan: 20X/menit, nadi: 87X/menit. Untuk pemeriksaan penunjang pasien dilakukan pemeriksaan Foto Thorax PA ditemukan perselubungan inhomogen ada paracadial kiri adalah bayangan mammae, nodul pada paracardial krii adalah nipple mammae sinistra, hilus tidak menebal.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, penulis mengangkat 3 diangosa keperawatan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, penulis mengangkat diagnosa ini didukung oleh data pasien tampak nyeri bekas operasi.
2. Kurang pengetahuan penyakit berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan, penulis mengangkat diagnosa ini pasien adalah kurang paparan sumber informasi.
3. Gangguan citra tubu berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (pembedahan), penulis mengangkat diagnosa Ini karena ketidak mampuan pasien dalam menerima keadaannya, tanda dan gejala yang muncul berupa mengucapan kecacatan, mengungkapan perasaan negatif dari perubahan tubuhnya.

C. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
    a. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri.
    b. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
    c. Berikan informasi mengenai nyeri dan penyebab nyeri.
    d. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgesic

2. Kurang pengetahuan penyakit berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan.
    a. Kembangkan materi pendidkan tertulis yang tersedia dan sesuai dengan audiens (yang menjadi) sasaran.

b. Libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam perencanaan dan rencana implementasi gaya hidup atau modifikasi perilaku kesehatan.

3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (pembedahan)
    a. Monitor pernyataan pasien mengenai harga diri.
    b. Monitor tingkat harga diri dari waktu kewaktu, dengan tepat.
    c. Dukung pasien untuk bisa mengidentifikasi kekuatan.

D. Implementasi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan selama 3 hari yang telah disusun oleh penulis ini telah dilakukan oleh penulis dan dibantu juga perawat rumah sakit. Pada implementasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agens ceder fisik, pada hari pertama tindakan yang dilakukan oleh penulis adalah Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri. Implementasi pada hari kedua dan ketiga masih sesuai dengan implementasi hari pertama. Implementasi kurang pengetahuan penyakit berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan, pada hari pertama penulis memberikan pendidikan kesehatan tentang kanker payudara. Implementasi hari kedua dan ketiga penulis memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan infeksi.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas teori dan menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Ny. “H”dengan *Ca Mammae Sinistra* diruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dari itu penulis menyimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi perkembangan dan peningkatan pelayanan pasien khususnya pada *Ca Mammae.*

A. Kesimpulan

Dari hasil pembahasan diatas maka dapat ditarik kesimpulannya sebagai berikut :

1. Dari tanda dan gejala yang muncul pada pasien Ny. H penulis merumuskan 3 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, kedua kurang pengetahuan penyakit berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan , dan yang ketiga Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (pembedahan).

2. Pada pelaksaan asuhan keperawatan intervensi telah dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah diterapkan.

3. Pada tahap evaluasi setalah 3 hari perawatan, semua masalah belum teratasi dengan baik.

B. Saran

Mengacu pada manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini maka penulis menyampaikan saran sebagai pertimbangan dalam meningkatkan kualitasi asuhan keperawatan dan kemajuan

untuk Rumah Sakit, Perawat, Mahasiswa, Pasie/Keluarga dan Pendidikan.

1. Perawat

   Peran perawat sangat dibutuhkan dalam proses pemulihan penderita *Ca Mammae (Kanker Payudara)* sehingga diharapkan perawat selaku memantau KU pasien,mengobservasi TTV pasien.

2. Rumah sakit

   Instansi rumah sakit dapat menjadikan hasil studi ini sebagai dasar pertimbangan untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sehingga meningkatkan pelayanan kepada pasien sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan dan dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

3. Institusi

   Bagi institusi pendidikan hendaknya laporan tugas akhir (KTI) ini dapat dimanfaatkan dalam pembelajaran. Khususnya pada tahap evaluasi keperawatan maternitas yang mempelajari kesehatan repoduksi dengan *cancer mammae*, sehingga dapat membantu dalam mengaplikasikannya di praktik keperawatan klinik.

4. Mahasiswa

   Bag penulis, hendaknya laporan tugas akhir (KTI) ini dapat dijadikan sebagai media untuk menerapkan teori-teori keperawatan mengenai *cancer mammae* yang telah didapatkan untuk diberikan pada pasien dengan *cancer mammae* di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

Astuti, P., dkk. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Hand Massage Terhadap Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya. Journal Ilmiah Kesehatan Volume 9 nomor 2, (221-226)

Pratiwi, S., R., dkk. (2017). Gambaran Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Pasien Kanker Payudara dalam Menjalani Kemotrapi. Journal Pendidikan Keperawata Indonesia Volume 1 Nomor 1, (167-174)

MRO RS Stella Maris (2015-2017). Statistik penyakit kanker payudara RS Stella Maris Makassar. Tidak Dipublikasikan

Nanda (2015-2017). Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi. Edisi 10: Herdman H.T & Kamitsuru. S, Jakarta: EGG

Schopfer, D. W., Regan, M.,Heidenreich, P. A., & Whooley, M.A.(2016). Depressive Symptoms, Cardiac Disease Severity, and Functional Status in Patients With Coronary Artery Disease (from the heart and soul study). American Journal of Cardiology, 118(9), 1287-1292.

Nursing Outcomes Classification (NOC), 5th Indonesian edition, by Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson © Copyright 2016 Elsevier Singapore Pte Ltd.

Nursing Interventions Classification (NIC), 6th Indonesian edition, by Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne Dochterman and Cheryl Wagner, © Copyright 2016 Elsevier Singapore Pte Ltd.