



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CA MAMMAE DI RUANGAN ST BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

DEBIANA LENDE (NS2114901032)

DESY R. N. MEHINGKO (NS2114901037)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CA MAMMAE DI RUANGAN ST BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

DEBIANA LENDE (NS2114901032)

DESY R. N. MEHINGKO (NS2114901037)

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

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Debiana Lende (NS2114901032)

2. Desy R N Mehingko (NS2114901037)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juli 2022

Yang menyatakan,



Debiana Lende



Desy R N Mehingko

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

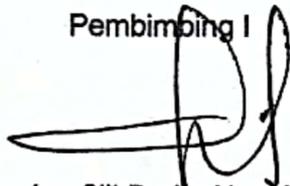
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Ca Mammæ* di Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Debiana Lende (NS2114901032)
2. Desy R N Mehingko (NS2114901037)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



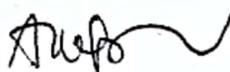
(Nikomedus Sili Beda, Ns., M.Kep)
NIDN : 0927038903

Pembimbing II



(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)
NIDN : 0925027603

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)
NIDN : 0913098201

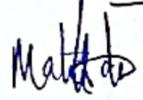
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Debiana Lende (NS2114901032)
2. Desy R N M (NS2114901037)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Ca Mammæ* di Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Nikodemus Sili Beda, Ns., M. Kep ()
Pembimbing 2 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M. Kes ()
Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns., M. Kes ()
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M. Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 14 Juli 2022

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Srihanus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes)
NIDN : 0928027101



HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Debiana Lende (NS2114901032)

: Desy R N Mehingko (NS2114901037)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2022

Yang menyatakan,



Debiana Lende



Desy R N Mehingko

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien dengan *Ca Mammae* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir 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 menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno.,Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar dan selaku dosen penguji I.
4. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dari Profesi Ners.
5. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M. Kes selaku Direktur RS Stella Maris Makassar dan Alfirada, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Direktur

Keperawatan RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik klinik di RS Stella Maris.

6. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, emosi, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini hingga selesai.
7. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa Orang Tua dari Debiana Lende (Yohanis U Lele dan Peda Daido), Orang Tua dari Desy Rista Natalia Mehingko (Julistan N Mehingko dan Alm. Rosmita Warara) serta kakak-kakak, keluarga, saudara/i, sahabat di kos, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Ny "M" dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
10. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2021 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran. Kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat.

Makassar, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	5
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	5
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	7
3. Etiologi.....	9
4. Patofisiologi.....	10
5. Tanda dan Gejala.....	12
6. Stadium Kanker.....	13
7. Pemeriksaan Penunjang.....	13
8. Penatalaksanaan Medis.....	15
9. Komplikasi.....	16
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	16
1. Pengkajian.....	17
2. Diagnosis Keperawatan.....	18
3. Intervensi Keperawatan.....	19
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>).....	26
5. Pathway.....	29
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	29
B. Pengkajian.....	30
C. Analisis Masalah.....	47
D. Diagnosis Keperawatan.....	50

E. Perencanaan Keperawatan.....	51
F. Implementasi Keperawatan.....	57
G. Evaluasi Keperawatan.....	68
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	78
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	84
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Laboratorium Darah	45
Tabel 3.2 Analisis Masalah	47
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan	50
Tabel 3.4 Perencanaan Keperawatan.....	51
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	57
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara.....	8
----------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat merupakan suatu konsep dimana perkembangan dan kondisi secara fisik dan emosional telah mencapai sebuah titik yang maksimal. Hal ini menciptakan sebuah kehidupan yang sejahtera bagi individu dalam menjalani aktivitasnya sehari-hari. Kesehatan secara fisik dapat dijangkau dengan melakukan promosi kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Tentunya keempat poin ini sangat relevan dengan kondisi yang dihadapi oleh dunia saat ini yang dimana terjadi peningkatan penyakit, khusus penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular di Indonesia yang masih menjadi masalah kesehatan karena semakin meningkatnya angka morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitasnya (angka kematian) ialah penyakit kanker payudara (Putra, 2017).

Ca Mammae merupakan suatu ancaman terganans yang banyak menyerang wanita karena proses terjadinya *ca mammae* mengalami peningkatan, bermula dari benjolan kecil hingga kemudian tumbuh tidak terkendali. *Ca mammae* merupakan keganasan yang berasal dari kelenjer, saluran kelenjer dan jaringan penunjang tidak termasuk kulit payudara. Sel kanker payudara dapat tumbuh menjadi tumor sebesar 1 cm dalam waktu 8-12 tahun, sel tersebut diam di payudara dan tiba-tiba aktif menjadi tumor ganas atau kanker (Mulyani & Nuryani, 2018).

Menurut data WHO (2019), setiap 30 detik di suatu tempat di dunia kanker payudara terdiagnosis. Kanker payudara adalah tumor ganas yang paling umum pada populasi wanita. Diketahui juga bahwa menurut perkiraan, seorang wanita di dunia meninggal karena kanker payudara setia 53 menit. Kanker payudara yang terdeteksi di awal, mengurangi kemungkinan kematian sebesar 25%. Di Spanyol, sekitar 25.000 kasus baru kanker payudara didiagnosis setiap tahun, yakni satu dari delapan

wanita akan menderita kanker payudara sepanjang hidupnya. Irawan (2018) menyatakan bahwa para penderita kanker payudara kebanyakan datang ke rumah sakit untuk oleh kurangnya pengetahuan dan tidak melakukan deteksi dengan SADARI (periksa payudara sendiri) sehingga kasus ini terus mengalami peningkatan.

Data di Indonesia diperkirakan terdapat 100 penderita baru per 100.000 penduduk setiap tahunnya. Ini berarti dari jumlah 237 juta penduduk, ada sekitar 237.000 penderita kanker baru setiap tahunnya. Sejalan dengan itu, data empiris juga menunjukkan bahwa prevalensi kanker meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi tumor/kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk. Adapun Data Riset Kesehatan Dasar per 31 Januari 2019 menyebutkan bahwa kanker payudara yang berkembang di Indonesia mencapai 42,1 per 100.000 perempuan dimana rata-rata kematian mencapai 17 per 100.000 penduduk. Prevalensi dan estimasi di Jawa Barat penderita kanker payudara sebesar 0,3 % dengan estimasi jumlah 6.701 perempuan (Kemenkes, 2019).

Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan (2019) menyatakan bahwa kasus kanker payudara di kota Makassar pada tahun 2012 berjumlah 671 kasus, yang diantaranya terdapat 337 kasus baru, 319 kasus lama, dan 15 kasus kematian. Pada tahun 2014, kasus kanker payudara di Makassar mengalami kenaikan yaitu sebanyak 1.181 kasus, yang mana terdapat 339 kasus baru, 830 kasus lama, dan 12 kasus kematian. Adapun kelompok umur yang menderita kanker payudara di Makassar selama tahun 2014, yaitu kelompok umur 18-24 tahun sebanyak 46 kasus, umur 25-34 tahun berjumlah 122 kasus, umur 35-44 tahun sebanyak 244 kasus, umur 45-54 tahun sebanyak 280 kasus, umur 55-64 tahun berjumlah 215 kasus, umur 65-74 tahun berjumlah 153 kasus dan umur >75 tahun berjumlah 119 kasus.

Penyakit kanker payudara juga dapat berdampak pada aspek psikologis pasien yang mana dipengaruhi oleh perubahan citra tubuh,

konsep diri, dan hubungan sosial. Dampak psikososial yang dialami penderita kanker payudara yaitu distres yang akan memengaruhi kualitas hidup pasien. Pemicu stres pada penderita kanker payudara berasal dari terganggunya fungsi tubuh, keputusasaan, ketidakberdayaan, dan perubahan perubahan citra diri (Utami, 2017).

Adapun sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara yang menjalani terapi kanker dengan upaya promotif dan preventif meliputi perawatan persiapan fisik yang terdiri dari pemeriksaan status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, personal hygiene, pembersihan luka serta kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat pre medikasi. Selain itu di persiapan mental pasien dapat dilakukan dengan memberikan informasi, gambaran, penjelasan tentang tindakan perubahan persiapan operasi, informasi terkait kondisi tubuh setelah dilakukan tindakan operasi seperti pada kasus *ca mammae* akan kehilangan payudaranya sehingga akan berdampak pada citra tubuhnya dan memberikan kesempatan bertanya tentang prosedur operasi. Kedua perawatan tersebut penting agar tidak menyebabkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca bedah seperti infeksi pasca operasi, dehesiensi, demam, penyembuhan luka yang lama dan kondisi mental pasien yang tidak siap atau labil dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan yang akan berpengaruh terhadap kondisi fisiknya (Marlisa & Aulia, 2018).

Dengan perubahan kualitas hidup yang terjadi pada pasien, asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan model keperawatan Virginia henderson. Model keperawatan ini berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang bertujuan mengembalikan kemandirian, kemampuan dan pengetahuan terhadap kondisi yang dialami (Desmawati, 2019).

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk menyusun karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien dengan *Ca Mammae* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksana pengkajian keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae*.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae*.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae*.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae*.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan medikal bedah pada pasien dengan *ca mammae*.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi RS

Merupakan sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya bagi perawat yang ada di rumah sakit dalam upaya meningkatkan suatu pelayanan keperawatan khususnya pada pasien dengan *ca mammae* melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan selama pendidikan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Ca Mammae*.

3. Bagi institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi/ bacaan serta acuan untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam memahami kasus *ca mammae* lebih baik.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini tentang asuhan keperawatan pada pasien *Ca Mammae* penulis menggunakan metode :

1. Studi Kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru di internet dengan berbagai situs, materi dan literatur-literatur di perpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya Ilmiah Akhir ini.

2. Studi Kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komperensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan dan evaluasi keperawatan.

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

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

e. Dokumentasi

Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan 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, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi.

Bab III tinjauan kasus ini, meliputi pengamatan kasus pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, (*evidence based*) implementasi keperawatan dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Ca mammae (carcinoma mammae) adalah suatu tumor yang bersifat ganas yang tumbuh di jaringan payudara seseorang. Kanker dapat mulai tumbuh dalam kelenjar payudara, bisa juga di saluran payudara, jaringan lemak maupun jaringan yang mengikat pada payudara (Medicastore, 2017).

Kanker payudara merupakan penyakit yang sering disebabkan karena terjadinya pembelahan pada sel-sel dalam tubuh secara tidak teratur sehingga mengakibatkan pertumbuhan sel tidak mampu untuk dikendalikan dan sel akan bisa tumbuh menjadi sebuah benjolan tumor atau sebuah kanker (Bruner & Suddarth, 2017).

Carsinoma mammae 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, H. A., & Kusuma, 2018).

Berdasarkan definisi dari beberapa ahli di atas maka dapat disimpulkan bahwa *ca mammae* atau yang lebih dikenal dengan sebutan kanker payudara merupakan suatu tumor yang bersifat ganas yang tumbuh di kelenjar payudara seseorang akibat pertumbuhan sel yang tidak dapat dikontrol sehingga menjadi sebuah benjolan dan menginfiltrasi limfe dan pembuluh darah.

2. Anatomi dan Fisiologi

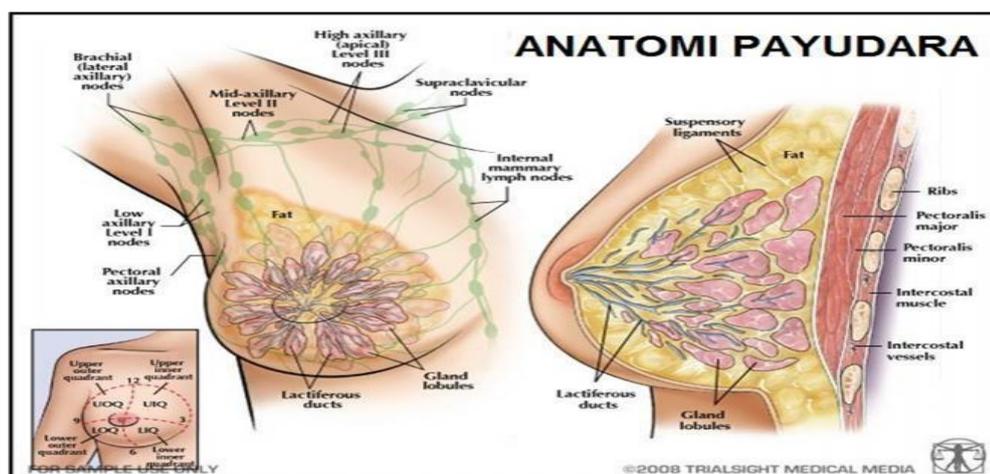
a. Anatomi

Payudara adalah suatu kelenjar yang terdiri atas jaringan lemak, kelenjar fibrosa, dan jaringan ikat. Jaringan ikat memisahkan payudara dari otot-otot dinding dada, otot pektoralis dan otot serratus anterior. Payudara terletak di fascia superficialis yang meliputi dinding anterior dada dan meluas dari pinggir lateral sternum sampai linea

axillaris media, dan pinggir lateral atas payudara meluas sampai sekitar pinggir bawah musculus pectoralis major dan masuk ke axilla. Pada wanita dewasa muda payudara terletak di atas costa II–IV.

Secara umum payudara dibagi atas korpus, areola dan puting. Korpus adalah bagian yang membesar. Di dalamnya terdapat alveolus (penghasil ASI), lobulus, dan lobus. Areola merupakan bagian yang kecokelatan atau kehitaman di sekitar puting. Tuberkel–tuberkel Montgomery adalah kelenjar sebacea pada permukaan areola. Puting (papilla mammaria) merupakan bagian yang menonjol dan berpigmen di puncak payudara dan tempat keluarnya ASI.

Puting mempunyai perforasi pada ujungnya dengan beberapa lubang kecil, yaitu apertura duktus laktiferosa. Suplai arteri ke payudara berasal dari arteri mammaria internal, yang merupakan cabang arteri subklavia. Kontribusi tambahan berasal dari cabang arteri aksilari toraks. Darah dialirkan dari payudara melalui vena dalam dan vena supervisial yang menuju vena kava superior sedangkan aliran limfatik dari bagian sentral kelenjar mammae, kulit, puting, dan aerola adalah melalui sisi lateral menuju aksila. Dengan demikian, limfe dari payudara mengalir melalui nodus limfe aksilar.



Anatomi payudara (Nurarif, H. A., & Kusuma, 2018).

b. Fisiologi

Kelenjar payudara mencapai potensi penuh pada perempuan saat menarche ; pada bayi, anak-anak, dan laki-laki, kelenjar ini hanya berbentuk rudimenter. Fungsi utama payudara wanita adalah menyekresi susu untuk nutrisi bayi. Fungsi ini diperantarai oleh hormon estrogen dan progesteron.

Payudara wanita mengalami tiga tahap perubahan perkembangan yang dipengaruhi oleh hormon. Perubahan pertama terjadi sejak masa pubertas, dimana estrogen dan progesteron menyebabkan berkembangnya duktus dan timbulnya *asinus*. Selain itu yang menyebabkan pembesaran payudara terutama karena bertambahnya jaringan kelenjar dan deposit lemak.

Perubahan kedua sesuai dengan siklus menstruasi, yaitu selama menstruasi terjadi pembesaran vaskular, dan pembesaran kelenjar sehingga menyebabkan payudara mengalami pembesaran maksimal, tegang, dan nyeri saat menstruasi. Perubahan ketiga terjadi pada masa hamil dan menyusui. Payudara akan membesar akibat proliferasi dari epitel duktus lobul dan duktus alveolus, sehingga tumbuh duktus baru.

Selama kehamilan tua dan setelah melahirkan, payudara menyekresikan kolostrum karena adanya sekresi hormon prolaktin dimana alveolus menghasilkan ASI, dan disalurkan ke sinus kemudian melalui duktus ke puting susu. Setelah menyapih, kelenjar lambat laun beregresi dengan hilangnya jaringan kelenjar. Pada saat menopause, jaringan lemak beregresi lebih lambat bila dibandingkan dengan jaringan kelenjar, namun akhirnya akan menghilang meninggalkan payudara yang kecil dan menggantung

3. Etiologi

Penyebab kanker payudara sangat beragam, tetapi ada sejumlah faktor risiko yang dihubungkan dengan perkembangan penyakit ini yaitu asap rokok, konsumsi alkohol, umur pada saat menstruasi

pertama, umur saat melahirkan pertama, lemak pada makanan, dan sejarah keluarga tentang ada tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit ini.

Terdapat banyak factor yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara.

- a. Usia : Pada wanita yang berusia 60 tahun keatas memiliki resiko tinggi terjadinya kanker payudara.
- b. Faktor genetik dan hormonal: Kadar hormonal yang berlebihan akan menumbuhkan sel-sel genetic yang rusak yang akan menyebabkan kanker payudara.
- c. *Menarce*, menopause, dan kehamilan pertama: Seseorang yang mengalami menarce pada umur kurang dari 12 tahun, 13 menopause yang lambat, dan kehamilan pertama pada usia yang tua akan beresiko besar terjadinya kanker payudara.
- d. Penyinaran : Ketika masa kanak-kanak sering terkena paparan sinar pada dadanya, dapat menimbulkan resiko terjadinya kanker payudara.

4. Patofisiologi

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

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

sebutan transformasi, terdiri atas fase inisiasi dan fase promosi (Wijaya, Andra S, 2018) :

a. Fase Inisiasi

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

b. Fase Promosi

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

Proses jangka panjang terjadinya kanker payudara menurut Wijaya, Andra S (2018) yaitu :

a. Fase induksi : lamanya 15-30 tahun

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

b. Fase insitu: lamanya 1-5 tahun

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

c. Fase invasi

Sel-sel yang ganas berkembang biak dan menginfiltrasi membrane sel ke jaringan sekitarnya ke pembuluh darah serta limfe. Waktu

antara fase ke 3 dan ke 4 berlangsung antara beberapa minggu sampai beberapa tahun.

d. Fase diseminasi 1-5 tahun

Penyebaran tumor ke tempat lain makin bertambah seiring membesarnya tumor.

5. Tanda dan gejala

Tanda Kanker payudara kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips, adanya keluaran dari puting susu, puting eritema, mengeras, asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase (Nurarif, H. A., & Kusuma, 2018). Adapun tanda dan gejala kanker payudara :

- a. Ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit.
- b. Bentuk puting berubah (retraksi nipple atau terasa sakit terus-menerus) atau puting mengeluarkan cairan/darah (nipple discharge).
- c. Ada perubahan pada kulit payudara di antaranya berkerut seperti kulit jeruk (peaud'orange), melekok ke dalam (dimpling) dan borok (ulcus)
- d. Adanya benjolan-benjolan kecil di dalam atau kulit payudara (nodul satelit)
- e. Ada luka puting di payudara yang sulit sembuh (paget disease).
- f. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak.
- g. Terasa sakit/ nyeri (bisa juga ini bukan sakit karena kanker).
- h. Benjolan yang keras itu tidak bergerak (terfiksasi) dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit.
- i. Apabila benjolan itu kanker, awalnya biasanya hanya pada satu payudara
- j. Adanya benjolan di aksila dengan atau tanpa massa di payudara.

6. Stadium Kanker

Stadium kanker menurut (Laksono. S, 2018) penting untuk panduan pengobatan, *follow up* dan menentukan prognosis, antara lain:

- a. Stadium 0 : kanker insitu dimana sel kanker berada pada tempatnya didalam jaringan payudara normal.
- b. Stadium I : tumor dengan garis tengah kurang 2 cm dan belum menyebar ke luar payudara.
- c. Stadium II A: tumor dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- d. Stadium II B: tumor dengan garis tengah lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah 2- 5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- e. Stadium III A: tumor dengan garis tengah kurang dari 5 cm dan sudah menyebar kekelenjar getah bening ketiak disertai perlengketan satu sama lain atau perlengketan ke struktur lainnya atau tumor dengan garis tengah lebih dari dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- f. Stadium IIIB : Tumor telah menyusup keluar payudara yaitu kedalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening didalam dinding dada dan tulang dada.
- g. Stadium IV: tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada misalnya ke hati, tulang atau paru-paru.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan Menurut (Risnah, 2020)

- a. Laboratorium meliputi
 - 1) Morfologi sel darah
 - 2) Laju endap darah

- 3) Tes faal hati
- 4) Tes *tumor marker* (*carsino Embrionyk Antigen/CEA*) dalam serum atau plasma
- 5) Pemeriksaan sitologik
Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriiasi

b. Mammagrafi

Pengujian *mammae* dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memperlihatkan struktur internal *mammae* untuk mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa *menopause* kurang bermanfaat karena gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak

c. Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mndeteksi luka-luka pada daerah padat pada *mammae* ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

d. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal; dari *mammae* atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

e. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara pembuluh-pembuluh darah dan jaringan yang padat. Menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

f. Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa

definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

g. CT. Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain

h. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sendi mental dan sentrifugis darah

8. Penatalaksanaan medis

a. Pembedahan

1. Mastektomi radikal yang dimodifikasi

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

2. Mastektomi total

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

3. Lumpektomi/tumor

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

4. *Wide excision* / mastektomi parsial.

Exsisi tumor dengan 12 tepi dari jaringan payudara normal, Pengangkatan dan payudara dengan kulit yang ada dan lapisan otot pectoralis mayor.

b. Radioterapi

Biasanya merupakan kombinasi dari terapi lainnya tapi tidak jarang pula merupakan terapi tunggal. Adapun efek samping: kerusakan

kulit di sekitarnya, kelelahan, nyeri karena inflamasi pada nervus atau otot pectoralis, radang tenggorokan.

c. Kemoterapi

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

d. Manipulasi hormonal.

Biasanya dengan obat golongan tamoxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat juga dengan dilakukan *bilateral oophorectomy*. Dapat juga digabung dengan terapi endokrin lainnya.

9. Komplikasi

Menurut (Wijaya, Andra S, 2018) komplikasi *Ca Mammae* adalah sebagai berikut :

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam meberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting

untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2019).

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien menganggap benjolan di payudara adalah benjolan biasa sehingga tidak langsung memeriksakan ke fasilitas kesehatan, jika sudah membesar klien baru curiga dan memeriksakannya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Klien biasanya mengalami anoreksia atau tidak nafsu makan, muntah dan terjadi penurunan BB drastis, kebiasaan diet yang buruk jika klien obesitas, sering konsumsi makanan yang mengandung bahan pengawet seperti MSG.

c. Pola Eliminasi

Perubahan pola eliminasi juga menjadi masalah klien nyeri saat BAK dan BAB bercampur darah (melena), konstipasi atau sembelit dan distensi abdomen.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Apabila klien anoreksia, kondisi melemah dan merasakan nyeri itu sangat mengganggu aktivitas.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Menurut penelitian Linawa et al. (2017) menyimpulkan bahwa hubungan antara depresi dan nyeri pada klien kanker payudara sangat mempengaruhi gangguan pola tidur serta istirahat yang kurang.

f. Pola Persepsi Kognitif

Klien yang terdiagnosis kanker payudara kebanyakn kaget, takut, syok, karena masih harus bekerja dan memenuhi kebutuhan keluarga. Ada juga yang merasa takut karena efek samping dari serangkaian pengobatan seperti luka kanker yang semakin meluas,

bekas operasi, dan akibat kemoterapi yang menyebabkan rambutnya rontok. (Enesnasia, 2018).

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien seringkali memikirkan aspek fisik jika kehilangan payudaranya, karena payudara merupakan identitas perempuan yang seutuhnya. Kehilangan payudara salah satu akan mengubah *body image* perempuan. Selain itu mempengaruhi dampak psikologis mendalam misalnya stress, ansietas, depresi dan lain-lain setelah operasi (Dewi, et al.,2004 dalam Sri Guntari & Suariyani, 2017).

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Terkadang klien mengalami kemunduran dan ketidak percaya diri saat berinteraksi dengan orang lain. Dan cenderung pilih-pilih lawan akan diajak berkomunikasi.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

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

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

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

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

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

2. Diagnosa keperawatan

Dalam buku standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus PPNI tahun 2018 mengatakan bahwa diagnosis keperawatan yang sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan pada kasus *ca mammae* adalah sebagai berikut :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis

- d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan
- e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- g. Resiko infeksi di tandai dengan faktor risiko prosedur invasif
- h. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelembaban

3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

Dalam buku standar Luaran dan Intervensi Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus Pusat PPNI tahun 2018 menyatakan bahwa luaran dan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kasus *ca mammae* adalah sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan jalan napas membaik dengan kriteria hasil

Hasil yang diharapkan:

1. Dispnea cukup menurun
2. Frekuensi napas cukup membaik

Intervensi

Manajemen jalan napas

- 1) Monitor pola napas

R/: untuk mengetahui keadaan umum pasien

- 2) Posisikan semi-fowler atau fowler

R/: Memberikan posisi fowler 90 derajat Celsius untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen pada diafragma membuat oksigen dalam paru meningkat.

- 3) Berikan oksigen, jika perlu

R/: Meringankan kerja paru untuk meningkatkan oksigen

- 4) Kolaborasi dengan dokter dengan hal pemberian obat

R/ : kolaborasi ventolin dapat menghambat mengurangi sesak

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Hasil yang diharapkan :

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, akan memperlihatkan pengendalian dan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :

1. Mengenali kapan nyeri terjadi
2. Menggambarkan factor penyebab
3. Menggunakan tindakan pencegahan nyeri
4. Melaporkan nyeri terkontrol
5. Ekspresi nyeri pada wajah berkurang

Intervensi :

Manajemen nyeri

- 1) Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya.

R/ : Membantu diagnosa dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya.

- 2) Gali bersama faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.

R/ : Dengan mengetahui faktor tersebut kita dapat menganjurkan kepada pasien agar tidak melakukan aktivitas yang memperberat nyeri sebaliknya melakukan hal yang dapat menurunkan nyerinya.

- 3) Ajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya teknik relaksasi)

R/ : Teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri

- 4) Bantu pasien untuk lebih berfokus pada aktivitas bukan pada nyeri dan rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan seperti melalui interaksi dengan keluarga, pengunjung dan lain-lain.

R/: Dengan mengalihkan perhatian saat nyeri datang bisa meringankan rasa nyeri karena pasien tidak berfokus pada nyeri yang dirasakan.

- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam hal pemberian obat analgetik.

R/ : Obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan.

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

Hasil yang diharapkan

1. Nafsu makan membaik
2. Tampak pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan
3. Berat badan membaik
4. Indeks masa tubuh dengan ideal berat badan kembali normal

Intervensi

- 1) Identifikasi status nutrisi

R/: Dapat mengetahui status pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang cepat kepada pasien.

- 2) Monitor asupan makanan

R/ : Untuk mengetahui kandungan nutrisi pasien

- 3) Monitor berat badan

R/: Untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien

- 4) Lakukan oral hygiene sebelum makan. Jika perlu

R/: Mulut yang bersih dapat yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan

- 5) Ajarkan diet yang dipogramkan

R/: Meningkatkan rasa keterlibatan, memberi informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

- 6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

R/: Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tepat.

- d. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan fungsi tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil:

Hasil yang diharapkan :

1. verbalisasi kecacatan bagian tubuh
2. verbalisasi kehilangan bagian tubuh
3. menyembunyikan sebagian tubuh

Intervensi :

Promosi citra tubuh

- 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan.

R/: Mengetahui tingkat citra tubuh berdasarkan perkembangan

- 2) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial.

R/: Mengetahui adanya perubahan citra tubuh yang berakibat pasien menjadi malu dan menarik diri

- 3) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri.

R/: Mengetahui Seberapa sering pasien mengkritik gangguan citra tubuhnya

- 4) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya

R/: Agar secara psikologis pasien mengetahui akibat yang akan terjadi

- 5) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh

R/: Agar Pasien siap dengan keadaannya

- 6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.

R/: Agar pasien dan keluarga mampu menerima perubahan cira tubuh.

7) Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh.

R/: Membantu pasien lebih percaya diri dengan penampilannya

8) Anjurkan menggunakan alat bantu mis : wig, kosmetik

R/: Pasien merasa nyaman dan tidak menaruh diri

9) Latih peningkatan penampilan diri

R/: Memaksimalkan kemampuan adaptasi diri pasien

e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun

hasil yang diharapkan :

1. Keluhan pusing
2. Anoreksia
3. Perilaku gelisah
4. Perilaku tegang

Intervensi

Reduksi ansietas

1) Identifikasi saat tingkat ansietas mengalami perubahan (mis. Waktu, kondisi dan *stressor*).

R/: Mengetahui tingkat ansietas yang dapat berubah pada kondisi, waktu dan *stressor* yang berbeda.

2) Monitor tanda-tanda ansietas.

R/: Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas.

3) Dengarkan dengan penuh perhatian

R/: Membantu pasien untuk mencegah terjadinya ansietas.

4) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

R/: Perasaan pasien akan berfikir positif jika diberikan motivasi.

5) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.

R/: Pasien merasa diperhatikan dan nyaman

6) Latih teknik relaksasi Kolaborasi

R/: Mengurangi tingkat kecemasan dan membuat rileks

7) pemberian terapi antiansietas

R/: Mengurangi perasaan cemas pada pasien.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil

Hasil yang diharapkan:

1. Saturasi oksigen
2. Keluhan lelah
3. Dispnea saat beraktivitas
4. Warna kulit

Intervensi

Manajemen energi

- 1) Identifikasi adanya gangguan fungsi tubuh yang dapat mengakibatkan kelelahan

R/: Mengkaji bagian tubuh yang bermasalah yang mengakibatkan kelelahan.

- 2) Monitor pola dan jam tidur

R/: Tidur sangat dibutuhkan untuk meningkatkan energi

- 3) Sediakan lingkungan yang nyaman serta rendah stimulus (mis. Kunjungan, cahaya dan suara)

R/: Memberikan rasa nyaman dan ketenangan dalam beristirahat.

- 4) Lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif

R/: Mencegah kekakuan pada otot dan pengecilan otot

- 5) Anjurkan tirah baring

R/: Meminimalkan pergerakan dan membantu

- 6) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan belum berkurang

R/: Mengajarkan pasien untuk melaporkan kondisinya

- 7) Kolaborasi dengan nutrisisionis tentang strategi meningkatkan

asupan makanan

R/: Membantu meningkatkan energi melalui nutrisi yang tepat

g. Risiko infeksi dengan faktor risiko prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

Hasil yang diharapkan:

1. Kebersihan tangan
2. Kebersihan badan
3. Demam
4. Kemerahan
5. Nyeri
6. Bengkak

Intervensi

Pencegahan Infeksi

1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi local

R/: Memberikan informasi tentang adanya tanda dan gejala infeksi untuk diberikan intervensi

2) Batasi jumlah pengunjung.

R/: Meminimalisir penyebaran infeksi kepada pasien

3) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak di pasien serta lingkungan

R/: Mencegah terjadinya infeksi

4) Pertahankan teknik aseptik di pasien berisiko infeksi

R/: Mencegah masuknya mikroorganisme dan terjadinya infeksi

5) Jelaskan tanda serta gejala infeksi

R/: Memberikan informasi kepada pasien tentang resiko infeksi.

6) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar

R/: Mencegah terjadinya Infeksi dan menjaga kebersihan

h. Gangguan integritas kulit jaringan berhubungan dengan kelembaban

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

Hasil yang diharapkan :

1. Kerusakan jaringan
2. Elastisitas
3. Hidrasi
4. Kemerahan
5. Kerusakan lapisan kulit

Intervensi

Perawatan Integritas Kulit

- 1) Identifikasi penyebab pada gangguan integritas kulit (mis. Perubahan status nutrisi dan sirkulasi, suhu lingkungan ekstrim, serta penurunan mobilitas dan kelembaban.
R/: Mengetahui penyebab dari gangguan integritas kulit.
- 2) Ubah posisi setiap 2 jam jika sedang tirah baring.
R/: Menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan
- 3) Gunakan produk yang berbahan ringan atau alami serta hipoalergik pada kulit
R/: Membantu penyembuhan di kulit
- 4) Anjurkan memakai pelembab (mis. Serum atau lotion).
R/: Agar kulit selalu dalam keadaan lembab
- 5) Anjurkan untuk minum air yang cukup
R/: Turgor pada kulit tidak kering.
- 6) Anjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi
R/: Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat.

4. Perencanaan pulang (*discharge planning*)

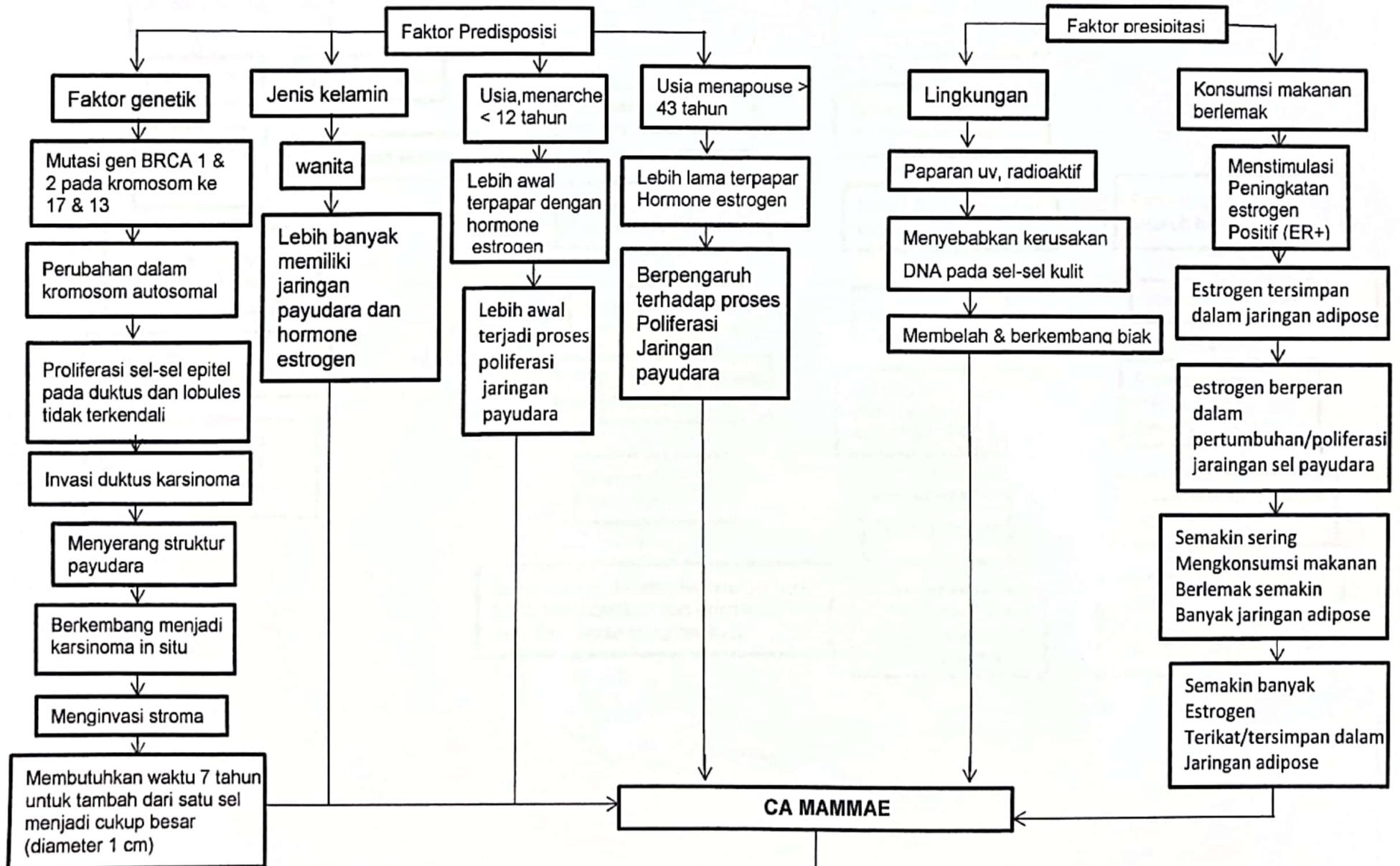
Setelah pasien pulang, tindakan keperawatan belum tentu keputusan, oleh sebab itu perawat perlu memberikan tindakan mengenai tindakan apa yang seharusnya dilakukan pasien saat pulang yaitu :

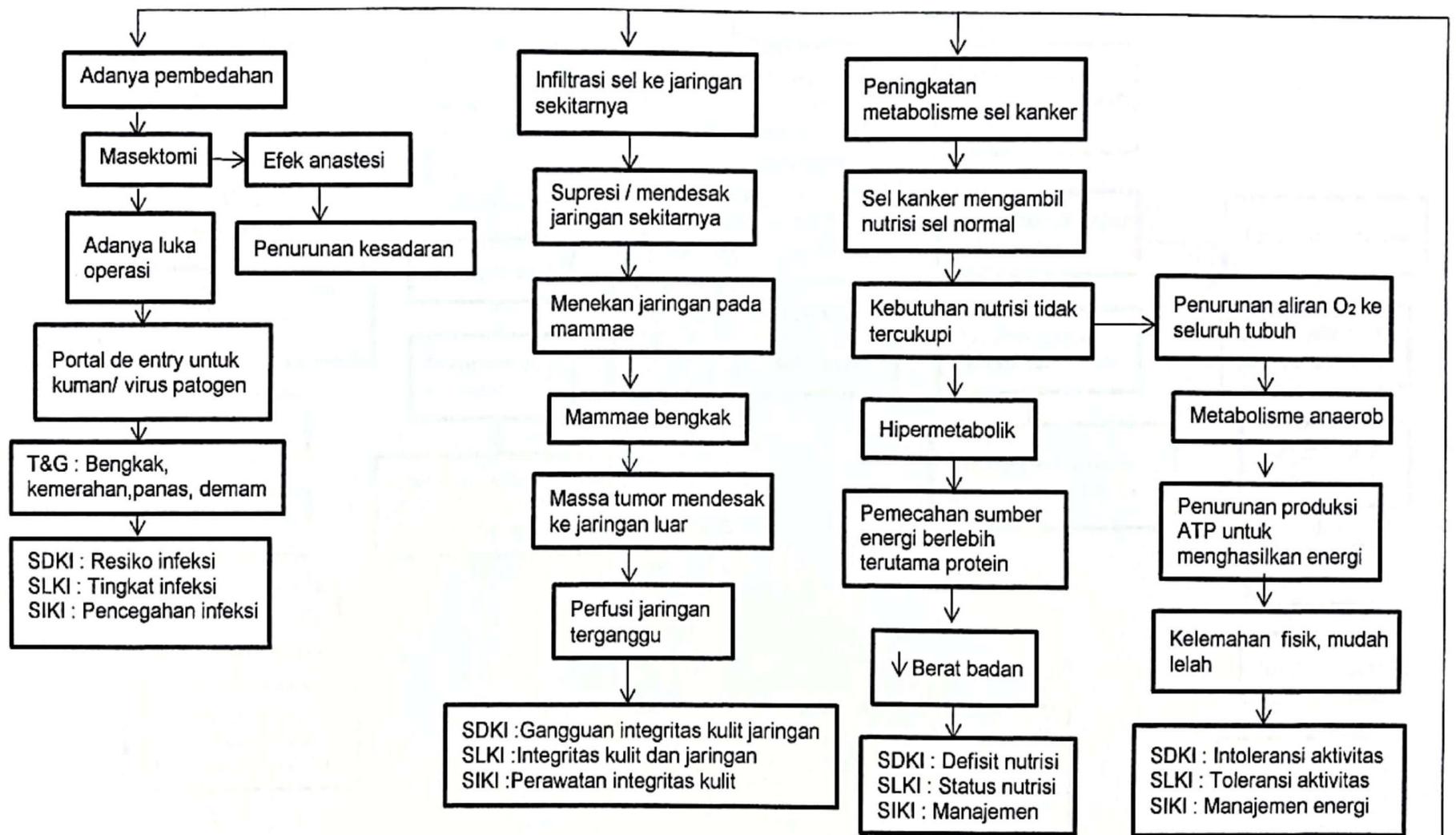
- a. Terapi non bedah: penyinaran, kemoterapi, terapi hormone dan endokrin

- b. Lakukan pemeliharaan kulit/diri dengan benar (menggunakan sabun ringan dengan penggosokan minimal, hindari sabun berparfum atau berdeodoran, gunakan lotion hidrofilik untuk kekeringan, gunakan sabun aveno jika terjadi pruritus, dan hindari pakaian yang ketat, kutang dengan kawat penyangga, dan suhu yang berlebihan atau cahaya ultraviolet.
- c. Hindari mencuci rambut setiap hari dan gunakan sampo ringan untuk menghindari kerontokan
- d. Biarkan rambut mengering secara dengan handuk dan hindari mengikat rambut dengan erat.
- e. Konsultasikan dengan dokter untuk pemakaian terapi hormonal
- f. Makan makanan yang bergizi sehingga dapat meningkatkan kekebalan tubuh
- g. Istirahat cukup dan olahraga secara teratur
- h. Jika menginginkan kehamilan konsultasikan dengan dokter karena kebanyakan diminta menunggu selama 2 tahun
- i. Sadari .Tata cara sadari (periksa payudara sendiri)
 - 1) Berdirilah di depan cermin dan perhatikan apakah ada kelainan pada payudara, Biasanya kedua payudara tidak sama, putingnya juga tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikan apakah terdapat keriputj lekukan, atau puting susu tertarik ke dalam. Bila terdapat kelainan itu atau keluar cairan atau darah dari puting susu, segeralah pergi ke dokter.
 - 2) Letakkan kedua lengan di atas kepala dan perhatikan kembali kedua payudara. Kemudian bungkukkan badan hingga payudara tergantung ke bawah, & periksa lagi.
 - 3) Berbaringlah di tempat tidur dan letakkan tangan kiri di belakang kepala, dan sebuah bantal di bawah bahu kiri. Rabalah payudara kiri dengan telapak jari- jari kanan. Periksalah apakah ada benjolan pada payudara. Kemudian periksa juga apakah ada benjolan atau pembengkakan pada ketiak kiri.

- 4) Periksa dan raba lah puting susu dan sekitarnya. Pada urnumnya ketenjar susu bila diraba dengan telapak jari-jari tangan akan terasa kenyal dan mudah digerakkan. Bila ada tumor, maka akan terasa keras dan tidak dapat digerakkan (tidak dapat dipindahkan dari tempatnya). Bila terasa ada sebuah benjoian sebesar 1 cm atau lebih, Segeralah pergi ke dokter. Makin dini penanganan, semakin besar kemungkinan untuk sembuh secara sempurna. Rekomendasi *American Cancer Society* untuk deteksi dini kanker (Rahajoe, 2012).

Pathway Ca Mammae





BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien bernama Ny. "M" berusia 47 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 13 Juni 2022, dengan keluhan sesak napas sejak 4 hari yang lalu, serta nyeri pada dada tembus belakang terutama pada payudara sejak 1 minggu yang lalu.

Pada saat pengkajian, 14 Juni 2022 di ruang rawat, ditemukan pasien sadar penuh, GCS 15, keadan umum lemah, sesak napas, nyeri pada dada tembus belakang, terpasang O₂ Nasal Canul 6 liter/menit. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan diagnostik menunjukkan bahwa pasien mengalami penyakit Ca Mamae sinistra + Metastase + Dyspnea. Adapun hasil observasi pada saat pengkajian didapatkan tanda-tanda vital yaitu : Tekanan Darah: 128/80mmHg, Nadi: 104x/menit, Suhu: 36,2⁰C, Pernapasan: 26x/menit, Spo2 : 93%.

Pada saat di rawat pasien mendapat terapi: inj. Ranitidine 1 ampul/IV/8 jam, inj. Ketorolac 1 ampul/IV/8 jam, inj. Ondansentron 1 ampul/IV/12 jam, Dexametason 2x1 tablet/oral, Ventolin nebulas 2.5mg/8jam, dan IVFD Ringer Laktat 500 cc, 20 tetes/menit. Adapun hasil pemeriksaan thorax, Kesan: Efusi minimal pleura bilateral, Multiple lesi titik os scapula dan clavicula bilateral, CVT11-L1 disertai destruksi CVT12 ec suspek tumor metastasis, Scoliosis thoraulumbal dextraconvex, dan pemeriksaan laboratorium darah rutin yaitu: RBC: $1.85 \cdot 10^6$ /uL, HGB: 9.7 g/dL, HCT: 17.2 %, MCHC: 30.8 g/dL, RDW-SD: 67.7 fL, RDW-CV: 20.0 %, PDW 7.6 fL, P-ICR 12.5 %.

Berdasarkan data di atas penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan

hambatan upaya napas (mis, nyeri saat bernapas,kelemahan otot pernapasan), nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (mis, stress, keengganan untuk makan).

B. Pengkajian

Unit : Bernadeth II Autoanamnese:√

Kamar : 516 Alloanamnese: √

Tanggal masuk RS : Senin,13 Juni 2022

Tanggal pengkajian : Selasa,14 Juni 2022

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial : Ny. M
 Umur : 47 tahun
 Status perkawinan : Menikah
 Jenis kelamin : Perempuan
 Jumlah anak : 5 orang
 Agama/ suku : Kristen Protestan/ Toraja
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Atas)
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : Tanjung alang

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn.J
 Umur : 54 tahun
 Alamat : Tanjung alang
 Hubungan dengan pasien : Suami

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : *Ca mammae sinistra* + Metastase + Dyspnea

Saat pengkajian : *Ca Mammae sinistra* + Metastase + Dyspnea

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

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

Alasan: Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, pasien tampak sadar penuh, pasien terpasang cairan infus RL 500 cc 20tpm dengan 02 nasal kanul 6 liter/menit

b. Tanda - Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Composmentis

c. Tekanan darah : 128/80 mmHg

MAP : 96mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

1) Suhu : 36,2°C Oral Axilla Rectal

2) Pernapasan: 26x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea

Kusmaul Cheynes-stokes

Jenis : Dada Perut

d. Nadi : 104x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi

Kuat Lemah

e. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : -

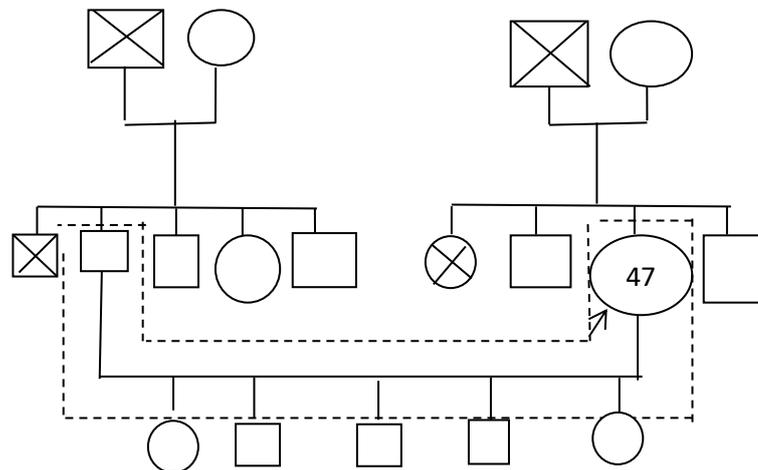
2) Tinggi badan : 140 cm

3) Berat badan : 28 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 16,5 kg/m²

Kesimpulan : Berat Badan dibawah normal

f. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

☒/☓ : Meninggal

↗ : Pasien

— : Garis perkawinan

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jika pasien dan keluarga sakit seperti sakit kepala ia membeli obat di apotik. Pasien juga mengatakan mengkonsumsi obat herbal (rebusan daun-daunan), pasien menyukai makan-makanan yang berdaging, coto dan ikan bakar, makanan yang dihidangkan suaminya dirumah juga yakni selalu lauk pauk yang digoreng seperti ikan goreng atau tahu/tempe goreng. Pasien juga memiliki

riwayat post op *ca mammae sinistra* sejak 5 tahun yang lalu, namun pasien jarang memeriksa kesehatan berobat ke RS.

2) Riwayat penyakit saat ini:

- a) Keluhan utama : sesak napas
- b) Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan sesak napas sejak 4 hari yang lalu, disertai dengan sakit pada daerah dada terutama pada payudara sebelah kanan sejak 1 minggu yang lalu, terdapat benjolan kecil yang tumbuh di area bekas operasi pasien pada dada kirinya, mual (+).

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan ia memiliki riwayat penyakit post op *Ca mammae sinistra* sejak 5 tahun yang lalu.

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan ayah dari pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi

5) Pemeriksaan fisik :

- a) Kebersihan rambut: Tampak berminyak, dan tipis
- b) Kulit kepala : Tampak tidak ada ketombe atau lesi
- c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
- d) Higiene rongga mulut : Tidak dikaji
- e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan memiliki nafsu makan yang baik dengan jumlah yang teratur 3x1 sehari dengan porsi tiap 1 kali makan dengan menu yang biasa dimasak sendiri yakni nasi putih, sayur tumis, ikan atau tempe/tahu yang digoreng. Pasien juga mengatakan lebih banyak minum air putih kurang lebih 7-8 gelas per hari (gelas ukuran 200 cc), pasien juga mengatakan sebelum sakit berat badannya 45kg.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit dan dirawat dirumah sakit. Pasien disediakan makanan 3x sehari dengan menu nasi putih, ikan kuah, sayur tumis dan buah semangka sebagai snack, sejak sakit juga pasien dianjurkan diet rendah kolestrol dan lemak. Pasien juga mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien sedikit menurun karena pasien merasa mual, nyeri pada bagian payudara disertai sesak napas, sejak sakit pasien juga mengatakan kurang minum air putih dalam sehari hanya sekitar \pm 4-5 gelas per hari (gelas ukuran 200 cc), pasien mengatakan berat badannya sejak sakit sangat turun drastis dari 45 kg menjadi 28kg.

3) Observasi :

Tampak pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makannya. Tampak pasien mengkonsumsi air putih sebanyak 250 ml aqua gelas.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Keadaan rambut

Rambut tampak berwarna hitam bercampur uban

b) Hidrasi kulit

Tugor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalam < 3 detik.

c) Palpebra/conjungtiva

Palpebra tidak edema dan konjungtiva tidak edema

d) Sclera

Tidak tampak ikterik

e) Hidung

Septum hidung tampak lurus, tampak tidak ada lesi, tidak tampak sekret, fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan aroma minyak kayu putih.

- f) Rongga mulut
Rongga mulut tampak bersih gusi : Tidak tampak peradangan
- g) Gigi
Gigi pasien tampak lengkap, 1 gigi geraham belakang tampak berlubang, pasien tidak menggunakan gigi palsu.
- h) Kemampuan mengunyah
Pasien tampak dapat mengunyah, dan mampu mengunyah makanan keras.
- i) Lidah
Lidah pasien tampak bersih, tidak tampak peradangan.
- j) Pharing
Tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening
Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening.
- l) Kelenjar parotis
Tidak teraba adanya pembesaran.
- m) Abdomen :
- Inspeksi
Tidak ada pembengkakan
 - Auskultasi
Bising usus 20x/menit
 - Palpasi
Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa atau benjolan dan tidak ada pembesaran hepar/lien.
 - Perkusi : Terdengar thympani
- n) Kulit :
- Edema : Positif Negatif
 - Ikterik : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang : tidak ada tanda peradangan
 - Lesi : tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan BAK ± 6x sehari, berwarna kuning jernih dengan jumlah ± 250cc setiap kali BAK dan tidak ada nyeri saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit dan BAK berwarna kuning pekat, dengan jumlah 450cc dan berbau khas urin

3) Observasi :

Tampak pasien tidak pernah BAB, tampak urin berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 20x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

▪ Peradangan: Tidak dikaji

▪ Hemoroid : Tidak dikaji

▪ Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengerjakan pekerjaan rumah, pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan saat waktu senggang diisi dengan menonton TV dan berkumpul dengan keluarga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa sesak dan nyeri pada dada saat melakukan aktivitas sehingga seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi:

Tampak aktivitas harian pasien dilakukan ditempat tidur dibantu oleh keluarga dan perawat, tidak tampak adanya anggota gerak yang cacat.

a) Aktivitas harian:

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 1
- Mobilisasi di tempat tidur: 2

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

b) Postur tubuh : normal / tegak

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

4) Pemeriksaan fisik.

a) Tekanan darah

Berbaring : - mmHg

Duduk : 128/80mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan: Hipotensi ortostatik: Positif Negatif

b) HR: 98x/menit

c) Kulit:

Keringat dingin : tidak ada

Basah : tidak ada

d) JVP: 5-2 cm H₂O

Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak bekas post op di *ca mamma sinistra*

Retraksi intercostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

- Palpasi: Teraba

Vocal premitus : getaran paru-paru kiri dan kanan sama.

Krepitasi : tidak ada

- Perkusi: Terdengar

Sonor Redup Pekak

Lokasi: kedua lapang paru.

- Auskultasi: Terdengar

Suara napas : Vesikuler

Suara ucapan : Terdengar normal

Suara tambahan :Tampak tidak ada terdengar suara tambahan

g) Jantung

- Inspeksi: Ictus cordis: tidak tampak.

- Palpasi: Ictus cordis: Teraba pada ICS 5 midclavicularis sinistra.

- Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2 Linea Sternalis Sinistra

Batas bawah jantung : antara ICS 5 midclavicularis dextra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea midclavicularis dextra

Batas kiri jantung : ICS 4 linea axila anterior sinistra

- Auskultasi:

Bunyi jantung II A: tunggal

Bunyi jantung II P: tunggal

Bunyi jantung I T : tunggal

Bunyi jantung I M : tunggal

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit: Aorta : tidak terdengar

A. Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif \checkmark Negatif

- Rentang gerak :

Kaku sendi : tampak tidak terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : tampak tidak terdapat nyeri pada sendi

Fraktur : tampak tidak terdapat fraktur

Parese : tampak tidak terdapat parese

Paralisis : tampak tidak terdapat paralisis

- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi: bisep, trisep, patella positif
 - Refleks patologi: tampak refleks patologi negatif
- Babinski, Kiri: Positif Negatif
- Kanan: Positif Negatif
- Clubing jari-jari : tidak ada
 - Varises tungkai : tidak ada
- i) Columna vertebralis : tidak dikaji
- Inpeksi : tidak ada kelainan
 - Palpasi : tidak ada nyeri, tidak terdapat adanya lesi
 - Kaku kuduk : tidak terdapat kaku kuduk
- e. Pola tidur dan istirahat
- 1) Keadaan sebelum sakit:
- Pasien mengatakan jam tidur malam mulai dari jam 10 malam sampai jam 6 pagi, pasien merasa segar ketika bangun pagi dan siap untuk melakukan aktivitas. Sebelum tidur, pasien biasanya menonton TV. Pasien lebih nyaman tidur dalam suasana terang.
- 2) Keadaan sejak sakit:
- Pasien mengatakan semenjak sakit pasien menjadi sulit tidur karena sering merasa sesak, nyeri didaerah dada tembus ke belakang dan kualitas tidur pasien menurun. Pasien merasa kurang segar setelah bangun.
- 3) Observasi:
- Tampak kualitas tidur pasien menurun, tampak pasien mengeluh sesak napas dan nyeri.
- 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 tidak memakai alat bantu pendegaran, pasien mengatakan penglihatan bagus, dan daya ingat pasien baik.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada yang berubah pada tubuhnya.

3) Observasi:

Tidak tampak tidak ada penggunaan alat bantu mendengar, tampak tidak menggunakan kaca mata, tampak mampu berbicara dengan baik, dan tampak pasien daya ingat baik.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

- Kornea : tampak jernih.
- Pupil : tampak isokor
- Lensa mata : tampak jernih.
- Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kenyal mata kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : tampak simetris kanan dan kiri, serta tidak tampak adanya luka atau lesi.
- Kanalis : tampak bersih, tampak tidak ada serumen.
- Membran timpani : tampak terlihat cahaya pelitzer

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengurus rumah dan anaknya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan merasa gelisah karena tidak bisa bekerja dan pasien merasa cemas dengan kondisinya. Pasien mengatakan ia merasa kurang percaya diri dengan penyakitnya.

3) Observasi:

Tampak pasien merasa gelisah, cemas, dan malu-malu saat berbicara.

- a) Kontak mata : Perhatian penuh.
- b) Rentang perhatian : Baik.
- c) Suara dan cara bicara : Terderngar pelan.
- d) Postur tubuh : Postur tubuh pasien tidak seimbang ketika duduk.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama.

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan suami dan anak. Pasien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangga sekitar dan keluarga yang lain.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul bersama keluarga di Rumah dan jarang bertemu dengan keluarga lainnya

3) Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh suaminya sambil nonton TV di Rumah Sakit.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan adalah seorang wanita sekaligus istri dan ibu dari 5 orang anaknya. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat post op *ca mammae* sejak 5 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak ada perilaku menyimpang dari seksualitas. Pasien juga mengatakan muncul benjolan kecil di area operasi dan dada terasa nyeri bahkan sesak napas.

3) Observasi:

Tampak pasien tidak ada perilaku menyimpang bahkan pasien berperilaku layaknya seorang wanita.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan mampu menyelesaikan masalah dalam kehidupannya, pasien mengatakan bila ada masalah selalu didiskusikan solusinya dengan keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya menonton TV. Pasien juga mengatakan terkadang merasa terganggu dengan sesak napas dan nyeri payudara yang dirasakan

3) Observasi: Tampak pasien sering menonton TV.

k. Pola sistem nilai kepercayaan.

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama protestan dan rutin ke gereja setiap hari minggu dan rutin mengikuti ibadah kumpulan yang diadakan setiap hari senin dan jumat

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat ke gereja dikarenakan kondisinya.

3) Observasi:

Tampak alkitab di samping tempat tidur pasien

5. Uji Saraf Kranial

a. N I *Olfactorius*

Pasien mampu menghidu bau minyak kayu putih.

b. N II *Opticus*

Pasien dapat membaca pada jarak $\pm 30\text{cm}$ dengan ukuran font 12.

c. N III, IV, VI *Oculomotorius, Trochlearis, Abducens*

Bola mata pasien mampu bergerak ke segala arah dan refleks pupil isokor.

d. N V *Trigeminus*

Sensorik: pasien mampu menunjukkan goresan tissue pada wajahnya.

Motorik: pasien mampu menggigit.

e. N VII *Fascialis*

Sensorik

Pasien dapat membedakan rasa manis, asin, dan pahit.

Motorik

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

f. N VIII *Vestibulo-acusticus*

Vestibularis

Pasien dapat berdiri tapi tidak dapat bertahan lama karena lemah dan sesak.

Akustikus

Pasien dapat mendengar gesekan jari pada telinga kanan dan kiri.

g. N IX *Glossopharyngeus*

Tampak letak ovula berada ditengah.

h. N X *Vagus*

Pasien mampu menelan makanan yang dimakannya.

i. N XI *Accessorius*

Pasien mampu mengangkat kedua bahu dan menggerakkan kepalanya.

j. N XII *Hypoglossus*

Pasien mampu menjulurkan lidah lurus ke depan dan mampu mendorong pipi menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan thorax

Kesan :

- Efusi minimal pleura bilateral
- Multiple lesi titik os scapula dan clavícula bilateral, CVT11-L1 disertai destruksi CVT12 ec suspek tumor metastasis
- Scoliosis thoraulumbal dextraconvex

b. Pemeriksaan diagnostic

Laboratorium : Tanggal 15 Juni 2022

Darah lengkap

Parameter	Hasil	Satuan	Hasil nomal
WBC	7.98	$10^3/uL$	4.80 -10.20
RBC	4.05	$10^6/uL$	4.00-5.50
HGB	5.3	g/dL	12.2-16.2
HCT	17.2	%	37.7-47.9
MCV	93.0	fL	80.0-97.0
MCH	28.6	Pg	26.0-31.0
MCHC	30.8	g/dL	31.8-35.4
PLT	391	$10^3/uL$	150-450
RDW-SD	67.7	fL	37.0-54.0
RDW-CV	20.0	%	11.5-14.5
PDW	7.6	fL	9.0-13.0
MPV	8.5	fL	7.2-11.1
P-LCR	12.5	%	15.0-25.0
PCT	0.33	%	0.17-0.35
NEUT#	4.89	$10^3/uL$	1.50-7.00
LYMPH#	2.29	$10^3/uL$	1.00-3.70
MONO#	0.47	$10^3/uL$	0.00-0.70

EO#	0.29	10 ³ /uL	0.00-0.40
BASO#	0.04	10 ³ /uL	0.00-0.10
IG#	0.03	10 ³ /uL	0.00-7.00
NEUT%	61.3	%	37.0-80.0
LYMPH%	28.7	%	10.0-50.0
MONO%	5.9	%	0.0-14.0
EO%	3.6	%	0.0-1.0
BASO%	0.5	%	0.0-1.0
IG%	0.4	%	0.0-72.0

7. Terapi

1. Ranitidine 50mg / 8 jam /bolus intra vena
2. Ketorolac 10 mg / 8 jam /bolus intra vena
3. Ondasentron 4mg /12 jam/ bolus intra vena
4. Dexamethason 2x1 tablet /oral 0,5 mg
5. Ventolin nebules 2.5 mg / 8 jam
6. Nasal kanula 6 liter/menit
7. Cairan RL 500cc 20 tetes / menit

C. Identifikasi Masalah

Nama/ Umur : Ny. "M"/ 47 tahun

Ruangan/ kamar : St Bernadeth II/ 516

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napas sesak sejak 4 hari yang lalu - Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur karena sesak <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terpasang O2 nasal canul 5L /menit - Tampak Spo2 : 93% - Pernafasan : 26 x/menit - Kesan: <ul style="list-style-type: none"> • Efusi minimal pleura bilateral • Multiple lesi titik os scapula dan clavicula bilateral, CV T11-L1 disertai destruksi CV T12 ec suspek tumor metastasis • Scoliosis thoracolumbal dextroconvex - Tampak pasien posisi fowler 	<p>Hambatan upaya napas (Mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>

2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada area dada - Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan sejak 1 minggu yang lalu <p>P: nyeri pada payudara kanan</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk tusuk</p> <p>R: nyeri terasa di area dada sampai tembus belakang</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri hilang timbul dirasaka 3-4 menit</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Tampak pasien gelisah - Nadi : 104x/menit - Pasien tampak meringis - Terdapat benjolan kecil di area dada sebelah kiri 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nafsu makan sedikit menurun karena pasien merasa mual,nyeri dan sesak - Pasien mengatakan sebelum sakit berat badannya 45 kg dan turun 28kg 	Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)	Defisit nutrisi

	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makanannya serta tampak $\frac{1}{4}$ botol aqua besar yang ia minum- Tampak pasien kurus- Tampak Berat badan pasien : 28 kg- IMT : $16,5 \text{ kg/m}^2$		
--	---	--	--

D. Diagnosis Keperawatan

Nama/ Umur : Ny."M"/47 Tahun

Ruang/ Kamar : St Bernadeth II/516

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis

E. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Ny."M"/47 Tahun

Ruang/Kamar: St Bernadeth II/ 516

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (D. 0005)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea cukup menurun 2. Frekuensi napas cukup membaik	<p>Manajemen jalan napas (1.01011)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas R/ untuk mengetahui keadaan umum pasien - Posisikan semi-fowler atau fowler R/ memberikan posisi semi fowler 45^oc untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen pada diafragma membuat osigen dalam paru meningkat. - Berikan oksigen,jika perlu R/ meningkatkan kerja paru untuk meningkatkan oksigen <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontra indikasi R/ memenuhi kebutuhan cairan klien

			<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran,mukolitik,jika perlu- Kolaborasi pemberian obat ventolin nebules 2.5 mg/8jam R/ melatasi otot-otot yang melapisi bronkus di paru-paru- Dexamethason 2x1 tablet / oral R/ menangani peradangan yang terjadi dibagian paru-paru
--	--	--	--

2.	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	<p>Manajememn nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ membantu diagnosa dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya - Identifikasi skala nyeri R/ mengidentifikasi tingkat nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal R/ mengidentifikasi nyeri dari ekspresi atau gestur tubuh <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri R/ teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur R/ mengurangi resiko gangguan tidur pada klien akibat nyeri
----	---	---	--

			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri R/ mengetahui awal dari munculnya nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri R/ mengurangi nyeri yang dirasakan - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri R/ teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu R/ obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan - Kolaborasi pemberian obat ketorolac 10 mg/8 jam/IV Menangani respon nyeri yang dirasakan oleh klien
--	--	--	---

3.	Defisit nutrisi b/d faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan) (D.0019)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan (meningkat) 2. Berat badan cukup membaik 3. Indeks massa Tubuh (IMT) cukup membaik 4. Nafsu makan cukup membaik 	<p>Manajemen nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi R/ dapat mengetahui status pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang cepat kepada pasien - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan R/ menghindari reaksi alergi yang dapat terjadi - Monitor asupan makanan R/ untuk mengetahui kandungan nutris pasien - Monitor berat badan R/ untuk mengetahui perkembangan berat badan pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan. Jika perlu R/ mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan diet yang dipogramkan R/meningkatkan rasa keterlibatan, memberi informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
----	--	---	--

			<p>pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu R/ mengurangi produksi asam lambung- Kolaborasi pemberian obat ranitidine 50 mg/8jam/IV dan ondansentron 4 mg/12 jam/IV R/ menangani mual atau muntah yang dirasakan- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu R/ sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tepat
--	--	--	---

F. Implementasi Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. "M" / 47 Tahun

Unit/ Kamar : St Bernadeth II / 516

Tanggal	Dp	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama Perawat
Rabu,15 Juni 2022	I	07.30	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pasien sesak napas	Debi
	I	07:35	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil: Memberikan posisi semi fowler	Debi
		07:40	Monitor saturasi oksigen Hasil : 93%	Debi
	I	07:45	memberikan oksigen, Hasil: Tampak diberikan O2 nasal kanula 6 liter/menit	Debi
	I	08:30	Memberikan cairan infus Hasil : Tampak diberikan cairan RL 500cc 20tetes/menit	Debi
	I,II, III	09:45	Melakukan observasi TTV Hasil : TD :151/70 mmhg N : 120x/menit S : 36°C (axila) P : 26x/menit SPO2: 98%	Debi
	III	11: 10	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Untuk mengetahui status nutrisi pasien	Debi
	III	11: 25	Monitor berat badan Hasil : Pasien mengatakan berat badan menurun kurang lebih 1 bulan terakhir 28 kg	Debi
		11:50	Melakukan oral hygiene sebelum makan. Hasil : Pasien tampak menjaga kebersihan mulutnya sendiri	

	I,II, III	12:00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Ranitidine 50mg/IV - Ketorolac 10mg/IV - Ondansetron 4 mg/IV - Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg	Debi
	II	12:30	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang pada skala 6 dengan nyeri yang seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 3-4 menit dan nyeri bertambah saat pasien sesak napas	Debi
	II	12:50	Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil : Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang	Debi
	I,II, III	13:00	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Hasil : Pasien tampak lemah dan beristirahat di tempat tidur rumah sakit dengan posisi semi fowler	Debi
	III	13:45	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Debi
		14:00	Mengidentifikasi alergi dan toleransi makanan Hasil: Pasien mengatakan menghabiskan	Debi

			¼ porsi makanan	
	I	14:30	Memonitor pola napas Hasil : Pasien tampak sesak	Desy
	I	14:35	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien dengan posisi semi fowler	Desy
	I	14:40	Monitor saturasi oksigen Hasil : 94%	Desy
	I	14:45	Memberikan oksigen Hasil : Tampak diberikan O ₂ nasal kanul 5liter/menit	Desy
	I	15:30	Memberikan cairan infus Hasil : Tampak diberikan cairan RL 500cc 20tetes/menit	Desy
	I,II, III	16:45	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 78x/menit S : 36°C (axila) P : 26x/menit SPO ₂ : 98% dengan nasal kanul	Desy
	III	17:10	Mengidentifikasi status status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan kurang	Desy
	III	17:25	Monitor berat badan Hasil : Tampak berat badan 28kg	Desy
	I,II, III	18:00	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : -Ranitidine 50mg/IV -Ketorolac 10 mg/IV -Ondansetron 4 mg/IV -Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg	Desy
	II	18:30	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,	Desy

			intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien megatakan nyeri pada dada tembus ke belakang pada skala 6 dengan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 3-4 menit dan nyeri bertambah saat pasien sesak napas.	
	II	18:50	Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam Hasil : Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang.	Desy
	I,II, III	19:00	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup Hasil :Tampak pasien berusaha untuk beristirahat di tempat tidur rumah sakit dengan posisi semi fowler	Desy
	III	19:45	Mengidentifikasi makan yang disukai Hasil :Pasien mengatakan tidak ada makanan yang ia sukai saat sakit	Desy
	I	19:50	Pemberian terapi nebulizer Hasil : Ventolin nebules 2.5mg	Desy
Kamis, 16 Juni 2022	I	08:00	Memonitor pola napas Hasil : Tampak pasien sesak napas	Debi
	I	08:05	Monitor saturasi oksigen Hasil : SPO ₂ 94%	Debi
	I	08:15	Memberikan oksigen Hasil : Tampak diberikan O ₂ nasal kanul 6 liter/menit	Debi
	I	08:45	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Memberikan posisi semi fowler	Debi
	I,II, III	09:45	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 141/80 mmHg	Debi

			<p>N : 110x/menit S : 36,3⁰C (axila) P : 27x/menit SPO₂ : 98%</p>	
	III	11:15	<p>Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun sejak sakit.</p>	Debi
	III	11:35	<p>Monitor berat badan Hasil : Pasien mengatakan berat badan menurun kurang lebih 1 bulan terakhir 28kg</p>	Debi
	III	11:40	<p>Melakukan oral hygiene sebelum makan Hasil :Pasien mampu menjaga kebersihan mulutnya</p>	Debi
	I,II, III	12:00	<p>Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : -Ranitidine 50mg/IV -Ketorolac 10 mg/IV -Ondansetron 4 mg/IV -Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg</p>	Debi
	II	12:45	<p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil :Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang pada skala 5 dengan nyeri yang seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 2-3 menit dan nyeri bertambah saat pasien menarik napas.</p>	Debi
	II	12:50	<p>Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam</p>	Debi

			Hasil : Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang.	
	I,II, III	13:10	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup. Hasil : Pasien tampak lemah dan beristirahat di tempat tidur rumah sakit	Debi
	III	13:30	Monitor status nutrisi Hasil : Untuk mengetahui status kesehatan	Debi
	III	13:45	Mengajarkan kepada pasien penggunaan teknik relaksasi nonfarmakologis (relaksasi napas dalam) Hasil :Pasien setelah napas dalam nyerinya sedikit berkurang	Debi
	III	14:00	Mengidentifikasi alergi dan toleransi makanan Hasil :Pasien mengatakan 3-4 sendok makan	Desy
	I	15:00	Memonitor pola nafas Hasil : Tampak pasien masih sesak	Desy
	I	15:15	Monitor saturasi oksigen Hasil : 93%	Desy
	I	15:20	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien dalam posisi semi fowler	Desy
	I	15:45	Memberikan oksigen Hasil : Tampak diberikan O ₂ nasal kanul 5 liter/menit	Desy
	I,II, III	16:45	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 120/84 mmHg N : 100x/menit S : 36°C (axila) P : 26x/menit	Desy

			SPO ₂ : 98% dengan nasal kanul	
	III	17:15	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan nafsu masih kurang	Desy
	III	17:35	Monitor berat badan Hasil : Tampak berat badan pasien masih 28kg	Desy
	I,II, III	17:50	Melakukan tindakan pemberian obat sesuai dengan anjuran dokter Hasil : - Ranitidine 50mg/IV -Ketorolac 10 mg/IV -Ondansetron 4 mg/IV -Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg	Desy
	II	18:00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah dada tembus belakang pada skala 5 dengan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan nyeri bertambah saat pasien menarik napas	Desy
	II	18:50	Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam Hasil : Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri terasa sedikit berkurang.	Desy
	I,II, III	19:10	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup Hasil : Pasien tampak beristirahat ditempat tidur	Desy
	III	19:45	Mengajarkan kepada pasien penggunaan	Desy

			teknik relaksasi napas dalam Hasil :Pasien mengatakan setelah melakukan teknik napas dalam nyerinya sedikit berkurang	
	III	20:00	Mengidentifikasi makan yang disukai Hasil :Pasien mengatakan tidak ada makanan yang disukai saat ia sakit.	Desy
Jumat , 17 Juni 2022	I,II, III	07:40	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 130x/menit S : 36°C (axila) P : 30x/menit SPO ₂ : 85%	Debi
	I	08:00	Monitor saturasi oksigen Hasil : 85%	Debi
	I	08:15	Memberikan oksigen Hasil :Tampak diberikan O ₂ NRM 15 liter/menit	Debi
	I	08:25	Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Tampak memberikan posisi semi fowler	Debi
	I	08:35	Monitor pola napas Hasil : Tampak pasien sesak napas	Debi
	II	09:30	Melakukan kolaborasi pemberian terapi nebulizer Hasil : Ventolin 2,5 mg	Debi
	III	11:20	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan makan sedikit tapi sering, namun ada rasa mual	Debi
	III	11:20	Monitor berat badan Hasil : Berat badan pasien masih 28 kg	Debi
	III	11:45	Melakukan oral hygiene sebelum makan	Debi

			Hasil : Pasien mampu menjaga kebersihan mulutnya.	
	I,II, III	12:00	Melakukan tindakan pemberian obat Sesuai anjuran dokter Hasil : -Ranitidine 50 mg/IV -Ketorolac 10 mg/IV -Ondansetron 4 mg/IV -Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg	Debi
	II	12:30	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil :Pasien mengatakan nyeri dada tembus belakang pada skala 4 dengan nyeri yang seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 2 menit dan nyeri bertambah saat pasien sesak napas	Debi
	II	12:50	Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam Hasil : Pasien tampak sedikit rileks dan nyeri sedikit berkurang.	Debi
	I,II, III	13:15	Menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup Hasil :Pasien tampak lemah dan beristirahat di tempat tidur	Debi
	III	13:50	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Untuk mengetahui status nutrisi	Debi
	III	14:00	Identifikasi alergi dan toleransi makanan Hasil : Pasien mengatakan menghabiskan 4-5 sendok makan	Debi
	I	14:40	Melakukan observasi TTV	Desy

			<p>Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 99x/menit S : 36°C (axila) P : 28x/menit SPO₂ : 85%</p>	
	I	15:00	<p>Monitor saturasi oksigen Hasil : 85%</p>	Desy
	I	15:15	<p>Memberikan oksigen Hasil :Tampak diberikan O₂ NRM 15 liter/menit</p>	Desy
	I	15:25	<p>Memposisikan semi-fowler atau fowler Hasil : Pasien dengan posisi semi fowler</p>	Desy
	I	15:35	<p>Memonitor pola napas Hasil : Tampak pasien sesak napas</p>	Desy
	III	16:45	<p>Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan makan sedikit tapi sering, namun masih merasa mual</p>	Desy
	III	17:20	<p>Monitor berat badan pasien Hasil : Tampak berat badan pasien masih 28kg</p>	Desy
	I,II, III	17:30	<p>Melakukan tindakan pemberian obat Hasil : -Ranitidine 50mg/IV -Ketorolac 10mg/IV -Ondansentron 4 mg/IV -Dexamethason 2x1 tab 0,5mg</p>	Desy
	II	18:00	<p>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri. Hasil : Pasien mengatakan nyeri dada tembus ke belakang pada skala 6 dengan nyeri yang seperti</p>	Desy

			tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dirasakan 3-4 menit dan nyeri bertambah saat pasien terik napas.	
	II	18:30	Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam Hasil : Tampak pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam seperti yang dianjurkan perawat.	Desy
	III	18:45	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang	Desy
	III	18:50	Pemberian terapi nebulizer Hasil : Ventolin nebules 2.5 mg	Desy
	III	18:55	Monitor observasi TTV Hasil : TD : 125/79 mmHg N : 80x/menit S : 36,2 ⁰ C (axila) P : 26x/menit SPO ₂ : 98%	Desy
	I,II, III	19:00	Mengidentifikasi pasien untuk istirahat yang cukup Hasil : Pasien tampak lemah dan beristirahat di tempat tidur dengan fowler	Desy
	III	19:30	Mengidentifikasi makan yang di sukai Hasil : Pasien mengatakan masih tidak ada makanan yang ia sukai di rumah sakit	

G. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur :Ny. "M" / 47 Tahun

Unit / Kamar : St Bernadeth II /516

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
Rabu, 15 Juni 2022	Dp I : Pola napas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan S: Pasien mengatakan sesak napas O: keluhan utama : sesak napas Observasi TTV TD :151/70 mmhg N : 120x/menit S : 36°C (axila) P : 26x/menit - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang O2 nasal kanula 6 liter/ menit - Tampak spO2 93% A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Debi
	Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis S: P : nyeri pada payudara kanan tembus ke belakang Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dada tembus belakang S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul dengan durasi 3-4 menit O: Tampak wajah meringis Tampak pasien mengeluh nyeri Skala nyeri 6 A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Debi
	Dp III Defisit nutris b/d faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan	Debi

	<p>S: - Pasien mengatakan nafsu makan menurun sejak sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan juga merasa mual,nyeri dan sesak napas - Pasien mengatakan sejak sakit berat badannya turun <p>O: - Tampak pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makanannya dan minum air putih 250cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien kurus - Tampak Berat badan pasien : 28 kg <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>Dp I : Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S : Pasien mengatakan ia merasa sesak</p> <p>O : Keluhan utama : sesak napas</p> <p>Observasi TTV</p> <p>TD : 130/80mmHg</p> <p>N : 78x/menit</p> <p>S : 36°C (axila)</p> <p>P : 26x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak SpO₂ 94% - Terpasang O₂ nasal kanul 5 liter/menit <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Desy
	<p>Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan meras anyeri pada area dada</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri pada benjolan kecil di dada kiri <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R :Nyeri terasa di area dada sampai tembus belakang</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O : - Tampak pasien meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengeluh nyeri 	Desy

	<p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
	<p>Dp III : Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S : -Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan - Pasien mengatakan hanya makan 4 sendok makan</p> <p>O : - IMT 16,5 kg (berat badan kurang) - Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makanannya - Tidak ada peningkatan BB - Tampak pasien lemah</p> <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Desy
Kamis, 16 Juni 2022	<p>Dp I : Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S : Pasien mengatakan sesak napas</p> <p>O : Tampak pasien sesak napas</p> <p>Observasi TTV :</p> <p>TD : 141/80 mmHg</p> <p>N : 110x/menit</p> <p>S : 36,3°C</p> <p>P : 27x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang O₂ nasal kanul 6 liter/menit - Tampak SPO₂ 93% <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Debi
	<p>Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis</p> <p>S : P : Nyeri pada payudara kiri tembus ke belakang</p> <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dada tembus ke belakang</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit</p> <p>O : - Tampak wajah meringis - Tampak pasien mengeluh nyeri</p>	Debi

	<p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>Dp III : Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan juga masih merasa mual, nyeri dan sesak napas - Pasien mengatakan sejak sakit berat badannya turun <p>O : - Tampak pasien hanya menghabiskan 3-5 sendok makanannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak minum air putih 250 cc - Tampak pasien kurus - Tampak berat badan pasien : 28 kg <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Debi
	<p>Dp I : Pola nafas idak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S : Pasien mengatakan masih merasakan sesak napas</p> <p>Observasi TTV :</p> <p>TD : 120/84 mmHg</p> <p>N : 100x/menit</p> <p>S : 36°C (axila)</p> <p>P : 26x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang O₂ nasal kanul 6 liter/menit - Tampak SPO₂ 98% - Tampak pasien gelisah <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Desy
	<p>Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan nyeri pada dada tembus belakang sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri pada benjolan kecil di sebelah kiri 	Desy

	<p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri terasa di area dada tembus belakang</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah melakukan teknik nafas dalam namun tidak mengurangi rasa nyeri <p>O : - Tampak pasien meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengeluh nyeri <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>Dp III : Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan ia menghabiskan ¼ porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan juga masih sering merasa mual <p>O : - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemah <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Desy
Jumat, 17 Juni 2022	<p>Dp I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S : Pasien mengatakan sesak napas</p> <p>O : Tampak pasien sesak napas</p> <p>Observasi TTV :</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 130x/menit</p> <p>S : 36°C (axila)</p> <p>P : 30x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang O₂ NRM 15 liter/menit - Tampak SPO₂ 85% <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Debi
	<p>Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis</p> <p>S : P : Nyeri pada payudara kanan tembus ke belakang</p>	Debi

	<p>sudah agak berkurang</p> <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dada tembus ke belakang</p> <p>S : Skala nyeri 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul dengan durasi 2 menit</p> <p>O : -Tampak pasien meringis - Tampak pasien mengeluh nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>Dp III : Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun - Pasien mengatakan juga merasa mual , nyeri dan sesak napas</p> <p>O : - Tampak pasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makan - Tampak pasien kurus - Tampak berat badan pasien 28kg</p> <p>A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Debi
	<p>Dp I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>S : Pasien mengatakan masih merasa sesak</p> <p>O : Tampak pasien sesak napas</p> <p>Observasi TTV</p> <p>TD : 125/79 mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>S : 36,2^oC (axila)</p> <p>P : 26x/menit</p> <p>SPO₂ : 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien posisi semi fowler - Tampak pasien terpasang O₂ NRM <p>A : Masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Stop intervensi</p>	Desy

	<p>Dp II : Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan nyeri pada bagian dada sudah berkurang</p> <p>- P : Nyeri pada benjolan kecil di sebelah kiri</p> <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dada sudah berkurang</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan sudah berkurang</p> <p>O : - Tampak pasien tidak meringis</p> <p>- Tampak pasien menarik napas dalam jika merasa nyeri</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Stop intervensi</p>	Desy
	<p>Dp III : Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S : - Pasien mengatakan ia sudah menghabiskan ¼ porsi</p> <p>- Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual</p> <p>O : - Tampak pasien makan dengan porsi sedikit</p> <p>- Tampak pasien kurus</p> <p>- Tampak berat badan pasien masih 28 kg</p> <p>A : Masalah defisit nutrisi tertasi sebagian</p> <p>P : Stop intervensi</p>	Desy

H. Terapi Pengobatan

1. Nama obat : Ranitidine

- a. Klasifikasi/ golongan obat : Antagonis reseptor histamine H2
- b. Dosis umum : 50 mg/ hari
- c. Dosis untuk pasien : 50 mg / 12 jam
- d. Cara pemberian : Injeksi
- e. Mekanisme kerja obat : cara kerjanya dengan menurunkan kandungan asam yang dihasilkan leh perut. Obat ini dapat digunakan untuk menurunkan asam lambung berlebihan.
- f. Alasan pemberian obat : Menurunkan asam lambung pada kondisi banal maupun tertimulasi makanan, insulin, asam amino, histamine maupun pentagastrin.
- g. Kontra Indikasi : Penderita penurunan fungsi hati.
- h. Efek samping : Sakit kepala, pusing, mual dan mata nyeri.

2. Nama obat : Ketorolac

- a. Klasifikasi/golongan obat : nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)
- b. Dosis umum : 10 mg/ml/12 jam
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg/ml/8jam
- d. Cara pemberian obat : IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sistem prostaglandin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang bekerja parifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiat.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami nyeri bagian dada
- g. Kontra indikasi
 1. Hipersensitif terhadap ketorolac tromethamine dan pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya.

2. Pasien dengan atau mempunyai riwayat ulkus peptikum akut, perdarahan saluran cerna atau perforasi.
 3. Pasien yang diduga menderita perdarahan serebrovaskuler, diatesis hemoragik
 4. Pasien yang sedang mengalami proses persalinan
 5. Ibu menyusui
 6. Mendapatkan obat AINS lainnya dan probenecid
- h. Efek samping obat : ulkus, perdarahan saluran cerna dan perforasi, hemoragis pasca bedah, gagal ginjal akut, reaksi anafilaktoid, dan gagal hati.
3. Nama obat : Ondansetron
- a. Klasifikasi obat/golongan obat : Antiemetik antagonis reseptor serotonin
 - b. Dosis umum : 8 mg
 - c. Dosis untuk pasien : 4 mg/12jam
 - d. Cara pemberian : IV
 - e. Mekanisme kerja obat : Memblokir efek serotonin (5HT₃). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
 - f. Alasan pemberian obat : obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
 - g. Kontraindikasi : pasien yang mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini dan kombinasi dengan apomorphin karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran. Dan pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat.
 - h. Efek samping : sakit kepala, pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil, mengantuk.
4. Nama obat : Dexamethason
- a. Klasifikasi / golongan obat : kortikosteroid

- b. Dosis umum : pada dewasa berkisar 0,5-0,9mg/hari, untuk anak-anak 0,02-0,03mg/kg
 - c. Dosis untuk pasien : 2x1 tablet
 - d. Cara pemberian : oral
 - e. Mekanisme kerja obat : menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memiliki efek immunosupresan atau penekan sistem kekebalan tubuh.
 - f. Alasan pemberian obat : obat ini sering digunakan untuk mengobati berbagai kondisi peradangan seperti alergi dan masalah kulit.
 - g. Kontraindikasi : pada kasus hipersensitivitas, infeksi akut yang tidak diobati, dan adanya infeksi jamur.
 - h. Efek samping : sakit perut, sakit kepala, pusing, nafsu makan meningkat, sulit tidur, perubahan siklus menstruasi ,muncul jerawat
5. Nama obat : Ventolin nebules
- a. Klasifikasi / golongan obat : bronkodilator (agonis selektif beta-2 adrenergik)
 - b. Dosis umum : Dewasa dan anak > 14 tahun : 10-2-ml, Anak 6-14 tahun : 10 ml, diberikan 2-3 kali/hari
 - c. Dosis untuk pasien : 2.5mg/8jam
 - d. Cara pemberian : nebulizer
 - e. Mekanisme kerja obat : obat ini bekerja dengan cara bronkodilatasi, karena otot bronkus (saluran pernapasan mengalami pengenduran saraf.
 - f. Alasan pemberian obat : obat yang digunakan untuk mengobati penyakit pada saluran pernapasan seperti asma dan penyakit paru obstruktif (PPOK).
 - g. Kontraindikasi : hipersensitif, alergi terhadap zat aktif
 - h. Efek samping : tremor halus terutama pada tangan, takikardia ringan, palpitasi, sakit kepala gangguan gastrointestinal, gangguan tidur.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Ny. M berusia 47 tahun dengan diagnosa medis *Ca Mamae* di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 x 24 jam dari tanggal 14-17 Juni 2022. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yakni pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 14 Juni 2022 diperoleh data keluhan utama pasien yakni sesak napas sejak 4 hari yang lalu, disertai nyeri pada daerah kiri tembus ke belakang, dan nafsu makan menurun selama sakit. Saat pengkajian pasien mengatakan masih sesak napas, nyeri pada daerah dada tembus ke belakang nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk selama 3-4 menit dengan skala nyeri 6 yaitu skala nyeri sedang dan akan bertambah sakit saat pasien bergerak dan menarik napas, tampak pasien meringis, tampak pasien gelisah, tampak pasien sesak napas, tampak terpasang nasal kanula 6liter/menit, tampak pasien lemah posisi semi fowler, tampak berat badan 28kg. Hasil pemeriksaan Tanda-tanda vital didapatkan hasil: TD : 128/80mmHg, Nadi :104x/menit, Pernapasan: 26x/menit, Suhu: 36,2⁰C, spO₂: 93%

dan hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) :16,5 Kg. Kesimpulan: berat badan dibawah normal.

Pada kasus, faktor yang dapat menyebabkan Ny. "M" usia 47 tahun yaitu meliputi umur dan riwayat post op sejak 5 tahun yang lalu. Resiko terjadinya kanker payudara akan meningkat bertambahnya umur, pola hidup yang tidak sehat, sehingga peluang untuk terjadinya kerusakan genetik (mutasi) juga semakin meningkat.

Adanya pertambahan usia dapat menyebabkan terjadinya proses degeneratif yang membuat fungsi organ-organ tubuh dalam tubuh manusia menurun kerjanya sehingga sel kanker dapat mudah menginvasi organ dalam tubuh terutama pada payudara karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. Sel kanker yang menginvasi di payudara dapat membuat sel payudara tumbuh tidak terkendali dimana sel ini membelah diri lebih cepat ketimbang sel normal. Akibatnya, sel jadi menumpuk dan membentuk gumpalan tumor seperti benjolan (Afifah, 2021).

Adapun, pasien memiliki riwayat penyakit kanker payudara sebelumnya yang kurang lebih 5 tahun yang lalu dan sudah melakukan operasi pengangkatan payudara, namun hal ini tidak menutupi kemungkinan terjadinya kemunculan kanker payudara, sebab sel kanker masih dapat bersembunyi di bagian payudara lain atau bahkan ke bagian tubuh lainnya, yang kemudian sel kanker ini akan dorman atau tidur dan tidak aktif selama beberapa waktu setelah pengobatan tanpa menimbulkan gejala apapun, lalu karena beberapa alasan sel kanker tersebut kemudian aktif kembali dan berkembang sehingga menimbulkan kekambunhan (Halodoc, 2019).

Tanda dan gejala pada teori tidak semua didapatkan pada pasien seperti bentuk puting berubah, atau puting mengeluarkan cairan atau darah, adanya benjolan diaksila. Salah satu tanda dan gejala Ny. M yaitu terdapat benjolan kecil dipayudara sebelah kiri, nyeri tulang bagian belakang, berat badan turun, dan terdapat metastase.

Tidak ditemukannya beberapa tanda dan gejala tersebut karena pada penyakit *Ca mammae* tergantung dari sel kanker menyerang pada bagian mana di bagian payudara tersebut sebab kanker payudara dapat terbentuk di kelenjar yang menghasilkan susu (lobulus), saluran yang membawa air susu dari kelenjar ke puting payudara (duktus), jaringan lemak, atau jaringan ikat dalam payudara. Penyebaran (metastasis) kanker payudara bisa terjadi melalui beberapa cara yakni melalui aliran darah, kelenjar getah bening ataupun secara langsung.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat tiga diagnosis keperawatan yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengeluh sesak napas, tampak pasien sesak napas, tampak pasien di beri posisi semi fowler, tampak pasien terpasang 02 nasal kanula 6liter/menit, pernapasan 28x/menit, spO₂ 98% dengan oksigen.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien mengeluh nyeri, tampak wajah pasien meringis, tampak pasien gelisa, tampak terdapat benjolan kecil di area dada sebelah kiri, tampak skala nyeri 6
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis. Penulis mengangkat diagnosis ini karena pasien sebelum sakit berat badan 45kg dan turun 28kg, nafsu makan menurun, tampak pasien kurus, tampak berat badan 28kg, tampak IMT: 16,5 kg/m² Adapun diagnosis keperawatan teoritis yang tidak diangkat pada kasus yaitu :

- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas kulit. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada pengkajian tidak didapatkan adanya kerusakan kulit atau jaringan pada payudara pasien, bahkan pasien sudah lima tahun yang lalu melakukan operasi pengangkatan kanker payudara.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis tidak mengangkat diagnosis karena intervensi dari diagnosis ini sudah tercakup pada bagian diagnosa pola napas tidak efektif, CRT pasien masih kembali dalam 3 detik, serta pasien hanya mengeluh lelah ketika bergerak karena sesaknya.
- f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pasien tidak merasa khawatir ataupun takut dengan kondisi penyakit yang di deritanya saat ini sebab pasien mengatakan bahwa kurang lebih lima tahun yang lalu pernah di rawat dirumah sakit karena penyakit yang sama dan pasien sudah mengetahui resiko yang dapat terjadi sewaktu-waktu pada dirinya.
- g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan fungsi tubuh. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pasien masih merasa percaya diri dan menerima keadaan sekarang, apalagi lima tahun yang lalu pasien sudah menjalani operasi pengangkatan salah satu payudaranya.
- h. Resiko infeksi ditandai dengan faktor resiko efek prosedur invasif. Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pasien tidak melakukan operasi pengangkatan payudara bahkan luka pada operasi sebelumnya tidak tampak adanya tanda-tanda infeksi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan diagnosis dan kebutuhan pasien yang meliputi hal yang diharapkan, intervensi dan rasional tindakan. Intervensi yang penulis angkat pada kasus ini, disesuaikan dengan kebutuhan pasien yaitu dengan memfokuskan pada tindakan mandiri, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas . intervensi yang disusun oleh penulis adalah monitor pola nafas, memberikan posisi semi fowler, memberikan oksigen, menganjurkan asupan cairan 200ml/hari jika tidak kontraindikasi, kolaborasi pemberian obat ventolin dan dexamethason.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah mengidentifikasi kualitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologis, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis, kolaborasi pemberian ketorolak.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, memonitor asupan makanan, memonitor BB, melakukan oral hygiene sebelum makan, mengajarkan diet yang di programkan, kolaborasi pemberian ranitidine dan ondansentron, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan dilaksanakan pada Ny. "M" berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pelaksanaa, semua dapat terlaksana karena penulis bekerja sama denagan pasien, keluarga pasien, teman shift dinas, perawat ruangan, dan dokter dan juga didukung oleh sarana ada di rumah sakit sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik.

- a. Pada diagnosa keperawatan pertama pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan tetapi pada hari ketiga kaji pola napas dan beri oksigen , dan posisi semi fowler karena pasien masih sesak napas.
- b. Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Hari pertama dan kedua, ketiga semua intervensi dilakukan tanpa kendala
- c. Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu defiisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis. Hari pertama dan kedua, ketiga semua intervensi masih dilakuakan tanpa ada kendala

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 15-17 Juni 2022 pada pasien Ny "M" merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a. Diagnosis I: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas .

Diagnosis keperawatan ini belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih mengeluh sesak, pasien masih menggunakan nasal kanula 6liter/menit, pernapasan 28x/menit, dengan spO₂ 94%. Maka perencanaan dari diagnosis keperawatan ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

- b. Diagnosis II: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada dada tembus kebelakang mulai berkurang, tampak pasien tidak meringis dan skala nyeri 3.
- c. Diagnosis III: Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan makan) dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nafsu makan masih menurun, berat badan 28kg, maka perencanaan dari diagnosis keperawatan ini masih dilanjutkan oleh perawat ruangan.

B. Pembahasan Penerapan EBN (pada tindakan keperawatan)

1. Judul EBN : Posisi Semi Fowler
2. Diagnosis Keperawatan
 - a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Luaran yang Diharapkan
 - a. Dispnea cukup menurun
 - b. Frekuensi pernapasan cukup menurun
4. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN
 - a. Pengertian Tindakan

Posisi *semi fowler* adalah posisi dimana kepala dan tubuh dinaikan dengan derajat kemiringan 45° , dimana intervensi yang dapat diberikan yaitu dengan metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi resiko *stasis sekresi pulmonar* dan mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada, yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari *abdomen* pada diafragma dan membuat oksigen didalam paru-paru

meningkat sehingga memperingan kesukaran nafas (Yuli Ani, Ahmad Muzaki, 2020).

b. Tujuan/Rasional EBN dan pada kasus askep

Tujuan untuk memaksimalkan peningkatan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi sesak napas dikarenakan dapat membantu otot pernapasan mengembang maksimal.

c. Picot EBN

a) Judul jurnal

Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Dengan *Carcinoma Mammae* Di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta (Jati, Diana & Koeswandari, 2021).

1) *Population*/Pembahasan

Carcinoma mammae merupakan kasus terbanyak pertama dari 15 kasus *carcinoma* yang ada di ruangan tersebut, yaitu 60 kasus (27,14%) dengan masalah keperawatan utama ketidakefektifan pola nafas. Karakteristik partisipan Ny.M berjenis kelamin perempuan, berusia 45 tahun.

2) *Intervention*/Intervensi

Peneliti melakukan perencanaan tindakan yang disusun untuk mengatasi ketidakefektifan pola nafas yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu monitor tanda-tanda vital, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, informasikan pada keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas, monitor pola nafas.

3) *Comparison*/Perbandingan

Dalam jurnal ini tidak ada jurnal pembanding antara jurnal satu dengan jurnal yang lain hanya ada satu jurnal saja, peneliti hanya menggunakan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi dokumentasi.

4) *Outcome/Hasil*

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa pada pasien carcinoma mammae Ny.M mengalami ketidakefektifan pola nafas pada pasien Ny.M memiliki tanda-tanda sebagai berikut, Ny.M mengatakan sesak nafas, tanda-tanda vital Ny.M meningkat, yaitu TD: 118/99mmHg, S: 36,2°C, RR: 24x/menit, N: 126x/menit. Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter per menit. Tanda-tanda vital dalam batas normal. Adapun pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis yaitu monitor TTV, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi (*semi fowler*), informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas, sesak nafas pada Ny.M berkurang, pada awal pengkajian tanggal 08 April 2019 pasien selalu menggunakan selang oksigen, namun setelah tanggal 10 April 2019 sesak nafas pasien berkurang.

5) *Time/Waktu*

Penelitian ini dilakukan pada bulan februari 2020-juni 2020.

b) Judul jurnal

Perbandingan Efek Semi Fowler dan Samping Posisi Berbaring pada Fungsi Paru dan Oksigen (Patel & Shah, 2021).

1) *Population/Pembahasan*

Tiga puluh orang yang terbaring di tempat tidur dengan hemodinamik stabil diikutsertakan dalam penelitian ini. Dari ketiga kelompok tersebut dibuat tiga kelompok dimana kelompok pertama diberikan posisi semi fowler,

kelompok kedua diberikan posisi tengkurap kiri dan kelompok ketiga diberikan posisi tengkurap. Pasien harus mempertahankan posisi ini selama 30 menit.

2) *Intervention / Intervensi*

Kebutuhan penelitian ini adalah untuk memberikan wawasan tentang efek jangka pendek dari posisi pada fungsi paru dan memberikan dasar untuk rehabilitasi pasien terbaring di tempat tidur. Jadi tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh posisi semi fowler dan posisi berbaring miring pada fungsi paru dan saturasi oksigen pada pasien terbaring di tempat tidur dengan hemodinamik stabil.

3) *Comparison / Perbandingan*

Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan posisi semi fowler dengan posisi berbaring miring pada pasien yang terbaring di tempat tidur untuk mengukur fungsi paru dan saturasi oksigen.

4) *Outcome / Hasil*

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dalam kelompok. Ketika masing-masing posisi berbaring sisi ini dibandingkan dengan posisi semi fowler, posisi semi fowler ternyata lebih efektif dalam meningkatkan fungsi paru dan saturasi oksigen.

5) *Time/Waktu*

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 5 Mei 2021

c) Judul jurnal

Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidaefektifan Pola Nafas Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) (Yuli Ani, Ahmad Muzaki, 2020).

1) *Population/Pembahasan*

Data prevalensi didapat saat penelitian di RSUD Wates pada tahun 2018 mencapai 0,32% atau seratus tujuh puluh sembilan orang, dan pada tahun 2019 hingga bulan Juni data yang masuk menurun yaitu hanya 0,12% atau 44 orang. Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien yang mengalami gagal jantung kongestif dengan kriteria mengalami sesak nafas dan kesadaran composmentis.

2) *Intervention/Intervensi*

Desain penelitian ini adalah *deskriptif*, dalam bentuk studi kasus. Penelitian diarahkan untuk mendeskripsikan penerapan posisi semi fowler terhadap ketidakefektifan pola nafas pada pasien *Congestive Heart Failure*(CHF) di ruangan ICCU selama 3 hari.

3) *Comparison/Perbandingan*

Dalam jurnal ini uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan dan dengan validasi tinggi. Triangulasi dalam penelitian ini menggunakan triangulasi observasi, yaitu hasil pengukuran respiratory rate *post test* dan triangulasi waktu, yaitu dilakukan dengan mengukur respiratory rate setelah diberikan posisi semi fowler.

4) *Outcome/Hasil*

Penerapan posisi semi fowler (posisi duduk 45⁰) selama 3x24 jam sesuai dengan SOP membantu mengurangi sesak nafas dan membantu

mengoptimalkan RR pada klien sehingga masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi.

5) *Time/Waktu*

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 24 Juni 2019 - 30 Juni 2019

d) Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisis 3 jurnal mengenai pemberian posisi semi fowler didapatkan bahwa pemberian posisi semi fowler pada pasien *ca mammae* yang mengalami gangguan pola napas dapat memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan frekuensi pernafasan karena posisi semi fowler dapat membantu otot pernafasan mengembang secara maksimal. Penulis mendapatkan juga bahwa sebelum pemberian posisi diberikan pasien tampak sesak napas dan frekuensi pernafasan pasien 30x/menit, namun setelah pemberian posisi semi fowler diberikan tampak sesak pasien sedikit berkurang dan frekuensi pernafasan pasien turun menjadi 26x/menit. Penulis menarik kesimpulan bahwa pemberian posisi semi fowler efektif pada pasien *ca mammae* yang mengalami sesak napas untuk meningkatkan ekspansi paru pasien dan menurunkan frekuensi pernafasan sehingga pemberian posisi semi fowler dapat diimplementasikan sebagai *evidence based nursing* di dalam praktik keperawatan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny. "M" dengan *Carsinoma Mammae Sinistra* di ruang Bernadeth II RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari hasil yang didapatkan pada Ny. "M" yaitu pasien mengatakan ia memiliki riwayat penyakit post op *Ca Mammae* sinistra sejak 5 tahun yang lalu, obseravasi TTV keadaan umum pasien tampak lemah, tampak sesak, kesadaran composmentis (GCS M6VaphasiaE4), TD: 128/80 mmHg, N: 104x/menit, S: 36,2°C, P: 26x/menit, Spo2: 93%.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan *Carsinoma Mammae* sinistra yang ditemukan pada Ny. "M" yaitu : Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Defist nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis .

3. Intervensi keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis : meliputi tindakan keperawatan, tindakan observasi, tindakan kolaborasi dan penyuluhan. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan dan sarana yang ada di Rumah Sakit.

4. Implementasi

Setelah perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi bisa terlaksana dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi baru sebagian diagnosa teratasi, karena perawatan pasien *Ca mammae* membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat setempat.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ny. "M" dengan *Carsinoma Mammae Sinistra* dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik oleh bantuan rekan dan perawat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi pasien atau keluarga

Disarankan kepada keluarga untuk memberi support dan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya dan kepada pasien untuk selalu memeriksakan diri ketempat-tempat pelayanan kesehatan dan menghindari faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan kekambuhan.

2. Bagi instansi rumah sakit

Pihak RS diharapkan selalu diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS.

3. Bagi perawat

- a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.
- b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan mnerasa tidak terabaikan.

4. Bagi institusi Pendidikan

Bagi institusi dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan, dengan meberikan materi yang *up to date* pada mahasiswa tentang penyakit *carsinoma mammae*, karena penyakit ini sering ditemukan dalam masyarakat dan dirumah sakit, sehingga mahasiswa lebih mengembangkan cara penangannya dalam masyarakat maupun dirumah sakit.

5. Bagi mahasiswa (i)

Bagi mahasiswa (i) untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien Ca mammae sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu meningkatkab kesehatan pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bruner & Suddarth. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, (2nd ed.) EGC: Jakarta.
- Budiono. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Bumi Medika.
- Desmawati. (2019). *Teori Model Konseptual Keperawatan*. Jakarta : Nuha medika.
- Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan. (2019). *Laporan Kasus Penyakit Tidak Menular Tahun 2014*. Makassar: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Bidang Pemberantasan Penyakit Tidak Menular; 2019. Diakses dari <https://pusdatin.kemendes.go.id>.
- Irawan. (2018). Faktor-faktor pelaksanaan SEDARI. *Jurnal Keperawatan BSI*, 6(1). <https://doi.org/10.31311/V6I1.3690>.
- Jati, Diana & Koeswandari, 2021. (2021). *Studi Dokumentasi: Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Dengan Carcinoma Mammae di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 12–19.
- Kemendes. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Payudara (PNPK Payudara)*. Jakarta: Komite Penanggulangan Kanker Nasional.
- Laksono. S. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.E dengan Karsinoma Mammae di RSUD Kota Yogyakarta*. (Poltekkes Yogyakarta). <https://eprints.poltekkesjogja.ac.id/eprints/2147>.
- Marlisa, & Aulia, N. (2018). Gambaran tingkat kecemasan pada pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi di ruang kemoterapi RSUP H. Adam Malik Medan. *Jurnal Politeknik Kesehatan Medan*, 1–(9),102-109.
- Medicastore. (2017). *Kamus Kedokteran* . Jakarta : Djambadan.
- Mulyani & Nuryani. (2018). *Kanker Payudara dan PMS pada Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, H. A., & Kusuma, H. (2018). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medik NANDA & NIC-NOC (1sted.)*.

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 1

Nama Mahasiswa : Debiana Lende (NS2114901032)

Desy Mehingko (NS2114901101)

Nama Pembimbing : Nikomedus Sili Beda, Ns.,M.Kep

Judul "Asuhan Keperawatan Medical Bedah Pada Pasien *Carcinoma Mammæ* di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Selasa, 14/06/2022	Lapor Kasus		Dul	
Rabu, 15/06/2022	Konsultasi Pengkajian a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperhatikan diagnose yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan d. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan		Dul	
Senin, 20/06/2022	Konsultasi revisi Pengkajian a. Perhatikan data-data pada pengkajian b. Perhatikan penulisan analisa data disesuaikan dengan SDKI c. Tambahkan data subjektif dan objektif pada kolom diagnose keperawatan pada tabel intervensi keperawatan.		Dul	
Senin, 27/06/2022	Konsultasi revisi BAB I dan Konsultasi BAB II a. Memperbaiki penulisan dan bagian teori BAB I b. Memperbaiki penulisan dan		Dul	

	<p>pengetikan</p> <p>c. Menambahkan teori dibagian BAB II</p> <p>d. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan</p>		Dad	
Kamis, 07/07/2022	<p>Konsultasi revisi BAB I sampai BAB V</p> <p>a. Perhatikan dan lengkapi BAB IV</p> <p>b. Memperbaiki intervensi</p> <p>c. Memperhatikan dan memperbaiki kata-kata pada implementasi</p> <p>d. Memperhatikan penulisan piramida di sampul</p> <p>e. Menambahkan predisposisi dan presipitasi pada patwey</p> <p>f. Perhatikan <i>typo</i> penulisan</p>		Dad	
Senin, 04/07/2022	<p>Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV</p> <p>a. Memperbaiki format penulisan implementasi dan evaluasi keperawatan</p> <p>b. Perhatikan penulisan</p> <p>c. Lebih memperdalam analisa pada BAB IV</p> <p>d. Perhatikan sumber dari daftar pustaka</p> <p>e. Jelaskan hambatan apa yang didapatkan saat melakukan implementasi keperawaan</p> <p>f. Sesuaikan dengan format juklak</p> <p>g. Penambahan kata dibagian BAB I</p>		Dad	
Jumat, 08/07/2022	<p>Konsultasi hasil revisi BAB III, IV, V</p> <p>a. Perhatikan <i>typo</i> penulisan</p> <p>b. Memperdalam penjelasan EBN menyangkut diagnose yang ditangani</p> <p>c. Menambahkan kesimpulan</p>		Dad	

	di PICOT d. Memperbaiki penulisan diagnose e. Memperbaiki penulisan format PICOT			
--	--	---	---	--

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Desy Rista Natalia Mehingko
Tempat/Tanggal Lahir : Poso, 02 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Datu Museng No. 22

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Julistan Naris Mehingko/Rosmita Warara
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta/Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Kel.Pamona, Kec.Puselemba, Kab.Poso,
Provinsi Sulawesi Tengah

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 01 Pamona Utara : Tahun 2005-2011
SMP Negeri 1 Pamona Utara: Tahun 2011-2014
SMA GKST 2 TENTENA : Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris : Tahun 2017-2022

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Pribadi

Nama : Debiana Lende
Tempat, tanggal lahir : Moto kaka, 16 Desember 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jln. Tanjung Alang

B. Identitas Orang Tua

Ayah : Yohanis U. Lele
Ibu : Peda daido
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani/ Ibu Rumah Tangga
Alamat : Sumba Barat Daya

C. Pendidikan Yang Ditempuh

1. SD Masehi Elopada : Tahun 2004 - 2010
2. SMP Negeri 1 Wewewa Timur : Tahun 2010 - 2013
3. SMK Tunas Timur Elopada : Tahun 2013 - 2016
4. STIK GIA Makassar : Tahun 2016 - 2020

S1 Keperawatan

5. STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2021- 2022

Profesi Ners