



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG ST.
BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

RUHAMA AMIRIANTI RENLEUW (NS2114901128)

RUTH KASITAI (NS2114901129)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG ST.
BERNADETH II RUMAH SAKIT
STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

RUHAMA AMIRIANTI RENLEUW (NS2114901128)

RUTH KASITAI (NS2114901129)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Ruhama Amirianti Renleuw (NS2114901128)
2. Ruth Kasitai (NS2114901129)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Juli 2022

yang menyatakan,

Ruhama Amirianti Renleuw

Ruth Kasitai

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara Di Ruang St. 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. Ruhama A Renleuw (NS2114901128)
2. Ruth Kasitai (NS2114901129)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep)

NIDN: 090749202

Pembimbing 2



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

NIDN: 0928027101

Menyetujui,

**Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Ruhama A Renleuw (NS2114901128)
2. Ruth Kasitai (NS2114901129)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Kanker Payudara Di Ruang St. Bernadeth II
Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

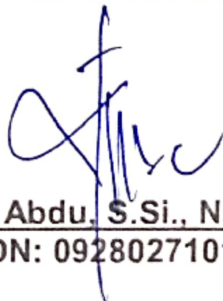
Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep ()
Pembimbing 2 : Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes ()
Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns., M.Kep ()
Penguji 2 : Fransisco Irwandy,Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 13 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ruhama A Renleuw (NS2114901128)

Ruth Kasitai (NS2114901129)

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, 13 Juli 2022

Yang menyatakan,

Ruhama Amirianti Renleuw

Ruth Kasitai

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara Di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dan selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. 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.
3. Fransiska Anita, Ns.,M.kep.Sp.Kep.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery sambo, Ns.,M.Kep, selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
5. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan

memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

7. Asrijal Bakri, Ns., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
8. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Ny."A" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
11. Teristimewa kepada orang tua Ruhama Amrianti Renleuw, Bapak Jordan Renleuw dan Kristina Lebang serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
12. Teristimewa kepada orang tua Ruth Kasitai, Bapak Soleman Kasitai dan Ibu Stince Veronika Kadiwaru serta keluarga yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata penulis berharap semoga karya Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
Halaman Daftar Tabel	ix
Halaman Daftar Gambar	x
Halaman Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Instansi RS	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Medis	6
1. Pengertian.....	6
2. Anatomi dan Fisiologi	7
3. Etiologi	10
4. Patofisiologi.....	12
5. Manifestasi Klinis	14

6. Stadium.....	15
7. Komplikasi	16
8. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
9. Penatalaksanaan Medis	18
B. Konsep Dasar Keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa Keperawatan	22
3. Luaran dan Perencanaan Keperawatan	23
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning).....	29
5. Patoflodiagram.....	31
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	34
A. Ilustrasi Kasus.....	34
B. Pengkajian	35
C. Diagnosis Keperawatan	58
D. Perencanaan Keperawatan.....	59
E. Implementasi Keperawatan.....	65
F. Evaluasi Keperawatan	104
G. Daftar Obat	120
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	126
A. Pembahasan Askep	124
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing	132
BAB V Simpulan Dan Saran	138
A. Simpulan.....	138
B. Saran	140
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara.....	7
----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	55
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan	58
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	59
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	65
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan	104
Tabel 4.1 <i>Evidence based</i>	133

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker termasuk dalam penyakit tidak menular yang menjadi isu internasional dan masalah global diseluruh dunia. Badan Kesehatan Dunia WHO, 2018 menyatakan bahwa kanker adalah suatu penyakit dimana terjadi pertumbuhan sel-sel abnormal yang tak terkendali dan biasanya menyerang bagian tubuh yang berdekatan atau menyebar ke organ lain dan merupakan salah satu penyakit utama yang mengakibatkan kematian di dunia. Menurut Ningrum & Rahayu (2021) kanker payudara ialah keganasan pada sel ataupun jaringan pada payudara yang berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Kanker sendiri dapat menyerang siapa saja tanpa melihat umur, tingkat sosial ekonomi ataupun tingkat pendidikan.

Menurut data dari Badan Internasional untuk Penelitian Kanker dalam (Global Cancer Observation, 2020) jumlah kasus kanker meningkat secara global menjadi 19,3 juta kasus dan 10 juta kematian akibat kanker pada tahun 2020, IARC juga menyatakan bahwa secara global, 1 dari 5 orang menderita kanker selama hidup mereka, dan 1 dari 8 pria serta 1 dari 11 wanita meninggal karena kanker. Jumlah kasus kanker di dunia terus meningkat, benua Asia merupakan salah satu penyumbang kasus kanker terbanyak. Di Indonesia sendiri terjadi peningkatan jumlah prevalensi kanker dari 1.4% pada tahun 2013 menjadi 1.49% pada tahun 2018, dimana tingkat prevalensi kanker sangat tinggi pada kelompok perempuan dibanding laki-laki karena jenis kanker terbanyak di Indonesia adalah kanker serviks dan kanker payudara (Pangribowo, 2019).

Menurut Kementerian Kesehatan RI, 2022 data Globocan pada tahun 2020 jumlah kasus kanker payudara sebanyak 68.858 kasus (16.6%) dari total 396.914 kasus kanker di Indonesia, data ini menyimpulkan kasus kanker terbanyak di Indonesia adalah kanker payudara. Purwanti et al (2021) dalam jurnalnya juga menuturkan bahwa kanker payudara menempati urutan pertama kasus baru dan kematian pada wanita, setiap tahun penderita kanker payudara mencapai 1.1 juta perempuan. Namun, tidak menutup kemungkinan kanker payudara juga dapat dialami oleh pria (Panigoro et al., 2019)

Tingginya jumlah kasus kanker payudara tentu tidak boleh disepelekan. Kasus baru kanker seharusnya dapat dicegah. Kementerian kesehatan selaku pemerintah turut andil dalam mengendalikan kasus kanker dengan menetapkan program-program pengendalian kanker mulai dari aspek promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional tentu mempunyai peran untuk mendukung. Gejala yang biasa dirasakan oleh penderita kanker payudara meliputi nyeri, kelelahan, sesak, cemas, depresi dan gejala lain yang dapat mengganggu kehidupan sehari-hari. Pada saat seperti ini peran perawat sebagai tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk mendukung pasien dalam meningkatkan kesehatan serta membangkitkan harapan hidup pasien kanker. Pasien dengan kanker payudara membutuhkan perawatan khusus berupa asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik di mulai dari pengkajian sampai evaluasi hingga dokumentasi (Solehati et al., 2020)

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka penulis tertarik untuk Karya Ilmiah Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan

Pada Pasien dengan Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Kanker Payudara di Ruang St. Bernadeth di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya ilmiah ini, diharapkan penulis mampu:

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Kanker Payudara
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN)
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara.

2. Bagi Profesi Keperawatan
 - a. Memberikan informasi bagi perawat khususnya Ners dalam melakukan proses keperawatan pasien Kanker Payudara
 - b. Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan inovasi keperawatan untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan yang baik dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik pada perawatan pasien dengan Kanker Payudara
3. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah pengetahuan mahasiswa profesi ners dalam menerapkan riset-riset keperawatan (EBN) untuk memberikan proses keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien Kanker Payudara dalam pemberian posisi semifowler

D. Metode Penulisan

Dalam perumusan karya tulis ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu :

1. Tinjauan kepustakaan

Menggunakan buku-buku dan mencari melalui internet yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan
2. Pengamatan
 - a. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga yang merawat.

b. Observasi

Melakukan pengamatan langsung kondisi pasien dan tindakan yang dilakukan selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan

c. Pemeriksaan fisik.

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien berdasarkan pola Gordon melalui : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

d. Studi dokumentasi

Dengan melihat dokumen status pasien yang berhubungan dengan data dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematis yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang memuat tentang latar belakang pengambilan kasus penyakit kanker payudara sebagai kelolaan penulis, tujuan penulisan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) memuat konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III (Pengamatan kasus) yang menguraikan tentang pengamatan kasus pasien mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (Pembahasan Kasus) menguraikan tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus yang dirawat serta pembahasan EBN. BAB V (Simpulan dan Saran) sebagai penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Badan Kesehatan Dunia WHO, 2018 menyatakan bahwa kanker adalah suatu penyakit dimana terjadi pertumbuhan sel-sel abnormal yang tak terkendali dan biasanya menyerang bagian tubuh yang berdekatan atau menyebar ke organ lain dan merupakan salah satu penyakit utama yang mengakibatkan kematian di dunia.

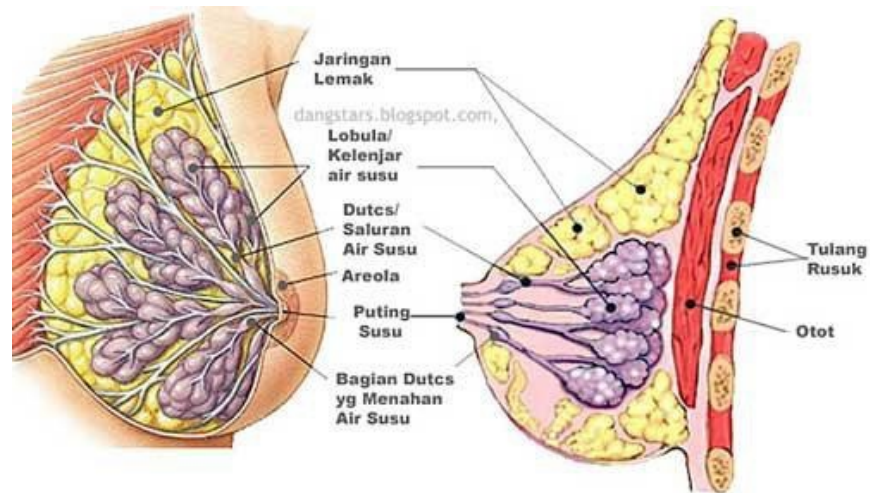
Kanker adalah pertumbuhan yang tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi ganas. sel-sel tersebut dengan tumbuh lanjut serta menyebar ke bagian tubuh dan lainnya menyebabkan kematian salah satu penyakit kanker yaitu kanker payudara yang sangat menakutkan bagi perempuan di seluruh dunia, juga di Indonesia. kanker payudara sering ditemukan pada stadium lanjut (Sunarti et al., 2018).

Kanker payudara (ca mammae) merupakan salah satu jenis tumor ganas yang sampai saat ini masih menjadi salah satu penyebab kematian dan prosesnya memakan waktu yang lama, sehingga apabila diketahui lebih dini akan dapat menekan angka kejadian payudara (Sarina et al., 2020).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan kanker payudara adalah ketika sel yang terdapat di dalam payudara tumbuh serta berkembang secara tidak terkendali, sekumpulan besar dari sel-sel yang tidak terkontrol itu yang dimaksud dengan kanker payudara.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Payudara, (Ramli, 2015)

- 1) Payudara adalah tonjolan setengah bola dengan ukuran bervariasi di anterior dari otot pektoralis mayor dan seratus anterior serta melekat pada otot-otot tersebut melalui satu lapisan fascia yang terdiri dari jaringan ikat tak teratur padat. Payudara terdiri dari; a) Puting payudara (tonjolan berpigmen), yang memiliki serangkaian lubang duktus yang saling berdekatan disebut duktus laktiferi, yaitu tempat keluarnya air susu; b) Areola, yaitu daerah kulit melingkar berpigmen yang mengelilingi puting payudara. Bagian ini tampak kasar karena mengandung kelenjar-kelenjar sebacea (minyak); c) Diantara kulit dan fascia berjalan untai jaringan ikat yang disebut ligamentum suspensorium payudara yang berfungsi menopang payudara (Agustina et al., 2022).
- 2) Payudara adalah organ endokrin yang berfungsi mengeluarkan air susu jalur embrionik kelenjer payudara (*milk line*) membentang dari aksila hingga inguinal dan sebagian besar akan mengalami regresi pada jalur ini

dapat di temukan nipple aksesori atau supemumerory mama aberannt jaga merupakan kelainan perkembangan payudara yang dapat di temukan di daerah aksila payudara terdiri dari jaringan parinkim dan stoma. Parinkim berupa elemen epitel yang merupakan representasi fungsi organ meliputi 10-15% jaringan payudara sebagai berikut; a) Duktus laktiferous; b) Sinus laktiferous papiloma intraduktal dapat tumbuh pada sinus di bawah papila; c) Terminal duct labular unnt (TDLU) sebagian besar adenokarsinoma berasal dari bagian ini; d) Lobus Hyperplosia epithelial dapat muncul pada lobus payudara; e) Acini. Untuk stoma berupa komponen jaringan lunak yang meliputi 85-90% jaringan payudara dan terdiri dari; a) Jaringan ikat; b) Ligamentum *suspensorium cooper*, yang memisahkan lobus-lobus; c) Jaringan lemak; d) Pembuluh darah; e) Pembuluh limfe (Ardhiansyah, 2021).

3) Jaringan glandular payudara terdiri dari 15-20 lobus mayor yang tiap lobusnya di aliri duktus lactiferous yang membesar menjadi sinus lactiferous (ampula) lobus mayor terdiri dari 20-40 lobous yang 100 alveoli sekretori karsinoma infasit menyebar dengan arah radial pada lobous karisinoma infasi menyebar secara sentripetal membus membrana basalis menuju stoma (Ardhiansyah, 2021).

4) Batas payudara

- a) Superior yaitu kosta II atau III (garis subklavikula termasuk sulkusdeltopektoralis)
- b) Medial yaitu garis parasternal (cekungan ICS).
- c) Interior yaitu kosta IV atauVII (submamary fold line atau insersi otot rektus abdomis)

- d) Lateral yaitu garis aksilaris anterior yang merupakan proyeksi tepi anterior otot latissimus dorsi (Ardhiansyah, 2021)

5) Kuadran payudara

Menurut Ardhiansyah, (2021) kuadran payudara di bagi menjadi lima yaitu sebagai berikut:

- a) Kuadran sentral
- b) Kuadran lateral superior
- c) Kuadran lateral interior
- d) Kuadran medial superior
- e) Kuadran medial interior

b. Fisiologi

Payudara mengalami 3 perubahan yang dipengaruhi oleh hormone. Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui masa puberitas, masa fertilitas sampai ke klimakterium, dan menopause. Sejak puberitas, pengaruh estrogen dan progesterone yang diproduksi oleh ovarium dan hormone hipofisis menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur menstruasi. Sekitar hari ke delapan menstruasi, payudara menjadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum menstruasi berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Terkadang, timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi, payudara menjadi tegang dan nyeri, sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan. Pada waktu itu pemeriksaan foto mammogram tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu menstruasi mulai, semuanya berkurang. Perubahan ke tiga terjadi waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara menjadi lebih besar karena epitel duktus lobulus dan duktus alveolus berproliferasi, serta tumbuh duktus

baru. Sekresi hormone prolactin dari hipofisis anterior memicu laktasi. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus kemudian dikeluarkan melalui duktus ke putting susu (Putra, 2015). Payudara merupakan organ kelenjar yang mempunyai fungsi utama untuk memproduksi air susu untuk melakukan fungsinya ini ada beberapa hormon yang mempengaruhi pada payudara yaitu sebagai berikut:

- 1) Estrogen yang berfungsi untuk perkembangan stoma, pertumbuhan, duktus dan deposit lemak payudara hormon ini produksi di organ sebagai berikut:
 - a) Ovum
 - b) Korteks adrenal
 - c) Jaringan adipose
 - d) Plasenta
- 2) Progesteron yang berfungsi untuk perkembangan lobulus dan alveolus
- 3) Prolaktin yang berfungsi untuk mengeluarkan atau ejeksi air susu (Ardhiansyah, 2021).

3. Etiologi

Bukti spesifik yang menjadi penyebab kanker payudara tidak ada namun ada beberapa faktor seperti faktor genetik, hormonal dan kemungkinan kejadian lingkungan yang bisa menjadi penyebab terjadinya kanker ini. Beberapa penelitian menunjukkan perubahan genetik belum terkait dengan kanker payudara. Perubahan pada genetik ini bisa saja karena terjadi perubahan atau mutasi dalam gen normal, juga pengaruh kondisi protein yang menekan atau meningkatkan perkembangan ca mammae. Beberapa hormone salah satunya hormone steroid yang diproduksi oleh ovarium memiliki peranan penting pada terjadinya kanker payudara. Estradiol dan progesterone yang merupakan dua hormone ovarium utama yang mengalami perubahan didalam lingkungan seluler, hal

ini yang mempengaruhi faktor pertumbuhan pada kanker payudara (Brunner dan Suddart dalam Risnah, 2020).

Menurut Adji dalam Risnah, 2020 beberapa penyebab ca mammae diantaranya:

a. Genetika

- 1) Kecenderungan terjadi jika ditemukan ada keluarga yang menderita penyakit yang sama
- 2) Kembar monozygote akan terdapat kanker yang sama
- 3) Pada keluarga dekat dari penderita kanker payudara ditemukan ada kesamaan lateralisasi kanker buah dada
- 4) Seorang dengan klinifelter akan memiliki peluang kemungkinan 66 kali dari pria normal atau angka kejadiannya sekitar 2%.

b. Hormon

- 1) Kejadian yang lebih sedikit pada laki-laki dan lebih umum pada wanita
- 2) Pada wanita di atas 35 tahun insidennya lebih meningkat
- 3) Pengobatan dengan hormone lebih memuaskan hasil yang didapatkan

c. Virogen Baru dilakukan percobaan pada binatang namun belum ada bukti pada manusia.

d. Makanan kandungan lemak dalam makanan meningkatkan insiden.

e. Radiasi daerah dada mutagen genetik oleh karena radiasi bisa menyebabkan penyakit.

Sedangkan menurut Tasripiyah dalam Risnah (2020), beberapa Faktor resiko untuk kanker antara lain:

- a. Berusia di atas 40 tahun.
- b. Individu atau keluarga memiliki riwayat kanker payudara
- c. Terjadi menstruasi di usia yang muda/ usia dini.
- d. Menopause pada usia lanjut.

- e. Tidak memiliki anak atau memiliki anak pertama ketika sudah berada di usia lanjut.
- f. Dalam waktu jangka panjang menggunakan hormon esterogen eksogen
- g. Terdapat Riwayat penyakit fibrokistik.

Namun hanya 25% dari wanita yang memiliki beberapa faktor resiko ini dan mengalami kanker payudara. Olehnya, wanita adalah salah satu faktor resiko yang bisa kita simpulkan secara sangat sederhana. Menurut beberapa penelitian, faktor-faktor lain yang menyebabkan kanker payudara adalah kegemukan, makanan yang mengandung tinggi lemak, namun hal ini belum bisa diprediksi secara pasti (Risnah, 2020)

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 antara lain:

- 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 faktor yang menyebabkan keganasan, misalnya gabungan dari suatu sel yang peka terhadap karsinogen (Risnah, 2020).

Proses jangka panjang terjadinya kanker menurut Anoname dalam Risnah, 2020 yaitu:

a. Fase induksi: lamanya 15-30 tahun.

Walaupun sampai saat ini belum diketahui apa penyebab pasti dari kanker tapi faktor 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 uteri, 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

Beberapa tanda dan gejala kanker payudara menurut Ardhiansyah, 2022 :

a. Tumor/ benjolan pada daerah payudara atau ketiak

Benjolan yang tidak normal disebut tumor. Tumor dapat dibedakan menjadi tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak biasanya ditemukan pada pasien dengan usia lebih muda. Sedangkan tumor ganas atau kanker payudara biasanya ditemukan pada semua jenis kelamin maupun semua usia dimulai sejak hormone seks aktif hingga menopause.

b. Keluar cairan dari puting

Cairan yang keluar dari puting seperti ASI merupakan proses normal (fisiologis), namun jika cairan yang keluar tidak normal (patologis) menandakan adanya infeksi, tumor jinak, maupun tumor ganas.

c. Penarikan pada kulit payudara

Penarikan kulit payudara dapat merupakan pertanda adanya infiltrasi jaringan kanker sekitarnya.

d. Nyeri pada payudara atau puting

Sakit atau nyeri pada payudara bisa disebabkan oleh kelainan pada payudara seperti kista atau infeksi atau kelainan payudara lainnya. Untuk nyeri kanker payudara biasanya jarang nyeri kecuali sudah berada pada stadium lanjut atau disertai peradangan.

e. Puting tertarik ke dalam

Retraksi puting yang terjadi hanya pada satu sisi yang terletak dibawah puting yang menyebabkan puting tertarik kedalam bisa merupakan tanda kanker payudara

f. Eksem pada puting

Eksem yang sukar sembuh pada area puting dapat menyebabkan penyakit kanker stadium dini (bila tanpa disertai massa tumor)

g. Perubahan ukuran atau bentuk payudara

Kelainan ukuran payudara maupun bentuk payudara dapat disebabkan oleh kanker

h. Penebalan atau pembengkakan pada sebagian atau seluruh payudara

Pembengkakan pada payudara disebabkan oleh karena adanya proses infeksi, peyebaran sel kanker, maupun karena radiasi .

6. Stadium Kanker Payudara

Secara teori, biasanya timbul pada saluran atau kelenjar susu setiap jenis jaringan pada payudara dapat membentuk kanker. Menurut (Wijaya, 2015) kanker payudara memiliki empat stadium, yaitu:

a. Stadium I

Tumor tanpa keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 2 cm dan tanpa adanya penyebaran yang jauh, hanya terbatas pada payudara saja serta tidak mengalami fiksasi pada kulit dan otot pektoralis.

b. Stadium II A

Tumor dengan keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 2 cm dan tanpa penyebaran jauh atau tumor tanpa keterlibatan limfonodus (LN) yang berdiameter kurang 5 cm dan tanpa penyebaran jauh.

c. Stadium II B

Tumor dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa adanya penyebaran yang jauh, berdiameter kurang 5 cm atau tanpa keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa adanya penyebaran jauh dari tumor yang berdiameter lebih dari 5 cm.

d. Stadium III A

Tumor yang memiliki diameter lebih dari 5 cm dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan tanpa penyebaran yang jauh.

- e. Stadium III B Tumor yang berdiameter lebih 5 cm dengan keterlibatan limfonodus (LN) dan terdapat penyebaran jauh berupa metastasis ke infraklavikula atau menginfiltrasi/menyebar ke kulit atau dinding toraks atau tumor dengan edema pada tangan atau metastasis ke supraklavikula dengan keterlibatan limfonodus (LN) supraklavikula

f. Stadium III C

Ukuran tumor mungkin berapa saja dan ada metastasis pada kelenjar limfe infraklavikular ipsilateral, atau terdapat bukti klinis bisa saja menunjukkan metastasis pada kelenjar limfe mammae interna dan metastase di kelenjar limfe aksilar, atau metastasis pada kelenjar limfe supraklavikular ipsilateral.

g. Stadium IV

Tumor yang telah mengalami metastasis jauh, yaitu : paru-paru, tulang, liver atau tulang rusuk.

7. Komplikasi

Komplikasi berdasarkan lokasinya menurut (Ardhiansyah, 2021):

- a. Mamma kontralateral. Massa pada mamma kontralateral harus dibedakan apakah merupakan metastasi atau tumor primer karena hal ini akan mempengaruhi penatalaksanaan.
- b. Paru. Gejala yang timbul dapat berupa sesak ataupun batuk karena metastasis KPD sebagian besar terletak di parenkim (sentral) DD atau pada tumor yang lokasi metastasis paru di perifer contohnya sarcoma, melanoma dan *acini cell carcinoma*.
- c. Pleura. Gejala juga dapat berupa sesak yang akan berkurang pada posisi setengah duduk/semifowler .
- d. Hepar. Gejala yang timbul berupa hepatomegaly atau kuning pada area sclera dan badan bila membuntu duktus intrahepatal.

- e. Otak. Gejala dapat berupa nyeri kepala persisten atau memberat, muntah *proyektil*, kejang, gangguan penglihatan serta penurunan kesadaran.
- f. Spine. Gejala ditandai dengan nyeri punggung, lumpuh, retensi atau inkontinensia urin maupun alvi
- g. Tulang. Gejala berupa nyeri tulang pada kanker ialah sebagai berikut; 1) Muncul pada waktu istirahat dan aktivitas; 2) Tidak berkurang dengan analgetik biasa; 3) Progesif; 4) Terus-menerus
- h. Ovarium. Metastasi pada area ini jarang terjadi.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Secara umum pemeriksaan penunjang terbagi menjadi dua bagian yaitu invasive dan non invasive yaitu:

a. Non Invasive

- 1) SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri). Wanita akan lebih mudah menemukan sendiri benjolan di stadium dini jika SADARI dilakukan secara rutin. Saat menstruasi sebaiknya dilakukan SADARI 7 sampai 10 hari setelah hari pertama menstruasi dan SADARI dilakukan kapan saja dan secara rutin setiap bulan bagi wanita menopause. Namun lebih baik bagi wanita SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulannya.
- 2) Mammografi merupakan metode pemeriksaan payudara dengan sinar X. Mammografi disarankan bagi wanita berusia 40 tahun ke atas, setidaknya setahun sekali, khususnya bagi yang mempunyai risiko terkena kanker payudara. Bagi wanita yang berisiko tinggi terkena kanker payudara, mammografi skrining dapat dilakukan sebelum usia 40 tahun
- 3) Ultrasound digunakan untuk mendapatkan bagian organ dalam yang mengalami kanker. Alat ini akan menimbulkan

gelombang suara yang akan menimbulkan gema ketika ia disorotkan ke dalam tubuh. Gelombang itulah yang menciptakan gambar yang nantinya akan diangkat untuk mendiagnosis penyakit dari pasien. Keuntungannya adalah alat ini tidak menimbulkan rasa nyeri

4) *Computed Tomografi* (CT) dan *Magnetic Resonance Imaging Scans* (MRI) Penggunaan CT dan MRI untuk scanning upaya mengevaluasi kelainan payudara sekarang sudah mulai diselidiki. Teknik ini mengambil peran dalam mengevaluasi axila, mediastinum dan area supraclavikula untuk adenopati dan membantu dalam melakukan staging pada proses keganasan (Risnah, 2020) .

b. Invasiv

1) Sitologi Aspirasi. Biopsi jarum halus, biopsi apus dan analisa cairan akan menghasilkan penilaian sitologi. Menggunakan jarum kecil (fine) no G 23- 25, bisa dikerjakan dengan memakai alat khusus atau tanpa alat khusus. Yang bisa diperoleh dari pemeriksaan sitology adalah bantuan penentuan jinak/ganas, dan mungkin dapat juga sebagai bahan pemeriksaan ER dan PgR, tetapi tidak untuk pemeriksaan HER2Neu.

2) *Core Needle Biopsy* (CNB). Sering dilakukan Biopsi jarum dengan menggunakan jarum bor yang besar.

3) Biopsy. Secara stereotaktik atau dengan bantuan ultrasound hal ini bisa dilakukan (Brunner dan Suddart , 2005 dalam Risnah, 2020).

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut Tasripiyah dalam Risnah, 2020 ada beberapa penatalaksanaannya ca mammae antara lain:

a. Pembedahan/operasi. Terapi pembedahan merupakan terapi yang paling awal dilakukan untuk penatalaksanaan kanker

payudara. Pembedahan yang dilakukan bervariasi menurut luasnya jaringan yang diambil, dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu;

- 1) Mastektomi radikal (lumpektomi), yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Selalu diikuti dengan pemberian pemberian terapi. Biasanya direkomendasikan pada penderita yang letak tumornya di pinggir payudara dan besarnya kurang dari 2 cm.
 - 2) Mastektomi total (mastektomi), yakni sebuah operasi pengangkatan seluruh bagian payudara, tetapi tidak di aksila.
 - 3) Modified mastektomi radikal, yakni operasi pengangkatan pada seluruh jaringan payudara termasuk dalam kompleks puttingaerola.
- b. Radiologi yaitu proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara. Tindakan ini mempunyai efek kurang baik seperti tubuh menjadi lemah, nafsu makan berkurang, warna kulit disekitar payudara menjadi hitam, serta Hb dan leukosit cenderung menurun sebagai akibat dari radiasi. Pengobatan ini biasanya diberikan bersamaan dengan lumpektomi atau mastektomi.
- c. Kemoterapi merupakan proses pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul atau melalui infuse yang bertujuan membunuh sel kanker. Kemoterapi adjuvan sering diberikan pasca operasi kepada pasien yang memiliki tingkat risiko kekambuhan sedang hingga tinggi. Obat sitotoksik anti kanker akan digunakan untuk membunuh sel-sel kanker sisa, sehingga membantu untuk mengurangi risiko kekambuhan yang ada. Seluruh tindakan pengobatan dengan kemoterapi biasanya akan memakan waktu selama 3-6 bulan. Kemoterapi juga bisa

digunakan dalam kondisi paliatif untuk pasien yang menderita kanker payudara stadium lanjut.

- d. Terapi hormonal Estrogen akan merangsang pertumbuhan sel-sel kanker payudara. Oleh karena itu, dokter mungkin akan meresepkan obat untuk memblokir efek dari hormon wanita ini demi menghentikan pertumbuhan sel kanker payudara. Namun, pendekatan ini hanya efektif pada tumor dengan reseptor hormonal yang positif. Pengobatan ini biasanya dilakukan dengan mengonsumsi tablet obat hingga 10 tahun.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Dilakukan pengkajian secara bertahap yang dibagi menjadi beberapa tahap:

a. Identitas Klien

Identitas klien terdiri dari data-data umum seperti nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan saat ini, status perkawinan, alamat, nomor RM dan tanggal masuk RS

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien yang masuk di RS terkadang memiliki keluhan seperti merasakan nyeri dan bengkak di payudara, ada benjolan yang juga menekan payudara, terdapat ulkus dan kulit berwarna merah serta mengeras.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien yang mengalami kanker payudara biasanya pernah terpapar dengan faktor risiko atau kelainan pada mammae.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien yang masuk RS terkadang memiliki keluarga yang pernah menderita kanker payudara sebelumnya, atau beberapa dari klien memiliki keluarga yang juga mengidap

penyakit kanker payudara lainnya seperti kanker ovarium dan kanker serviks.

c. Pengkajian 11 Pola Gordon

1) Persepsi dan Manajemen

Adanya anggapan bahwa itu hanyalah benjolan biasa maka pada umumnya di awal pemeriksaan, klien nampak belum mau memeriksakan benjolannya.

2) Nutrisi dan Metabolik

Pada umumnya klien yang mengalami kanker payudara memiliki kebiasaan diet yang buruk seperti mengkonsumsi makanan yang mengandung MSG dan juga terjadi muntah yang berdampak pada penurunan berat badan.

3) Eliminasi

Mengalami melena, nyeri saat defekasi, distensi abdomen dan konstipasi merupakan beberapa perubahan yang terjadi pada pasien.

4) Aktivitas dan Latihan

Kelemahan dan nyeri diakibatkan anoreksia dan muntah membuat aktivitas klien terganggu.

5) Kognitif dan Persepsi

Kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motorik sehingga biasanya klien akan mengalami pusing pasca bedah.

6) Istirahat dan Tidur

Nyeri biasanya membuat klien mengalami gangguan pola tidur.

7) Persepsi dan Konsep diri

Kehilangan bagian dari anggota tubuh klien akan merasakan malu.

8) Peran dan Hubungan

Pada interaksi sosial, biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya.

9) Reproduksi dan Seksual

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

10) Koping dan Toleransi Stress

Pasien akan mengalami rasa putus asa dan berada di fase denial

11) Nilai dan Kepercayaan

Supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada maka diperlukan pendekatan agama

2. Diagnosis Keperawatan

Pada tinjauan teoritis terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan kanker payudara. Namun dalam kasus kelolaan penulis hanya mengangkat 4 diagnosa keperawatan. Diagnosa Keperawatan yang tidak diangkat oleh penulis adalah :

- a. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada luka kanker pasien sudah terinfeksi
- b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada pasien tidak semua termasuk pada gejala dan tanda mayor seperti mengungkapkan kecatatan/kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh dll.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada pasien tidak semua termasuk pada

gejala dan tanda mayor seperti merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, dll.

Diagnosa keperawatan yang diangkat penulis adalah:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)
- b. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- c. defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penekanan massa tumor

3. Perencanaan

- a. SDKI : Nyeri Kronis b/d Infiltrasi Tumor

SLKI: Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 tingakt nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri (menurun)
- 2) Meringis (menurun)
- 3) Sikap protektif (menurun)

SIKI: Manajemen Nyeri

Observasi

- 1) Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

Rasional: untuk mengevaluasi keefektifan dari terapi yang diberikan

- 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Melihat faktor pencetus yang memicu adanya nyeri.

- 3) Monitor efek samping dari penggunaan analgetik.

Rasional: Mencegah adanya alergi obat pada pasien.

Terapeutik

- 1) Berikan teknik non farmakologis pengurang rasa nyeri (mis. hipnosis, imajinasi terbimbing, akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, terknik kompres dingin atau hangat).

Rasional: Mengendalikan atau meredakan rasa nyeri.

- 2) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis. Pencahayaan, suhu ruangan, kebisingan).

Rasional: Adanya lingkungan yang nyaman dapat mempengaruhi kualitas nyeri yang dirasakan dapat berkurang

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: Menambah pengetahuan pasien.

- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

Rasional: Pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan ketika nyeri dirasakan.

- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: Memandirikan pasien dalam mengontrol nyeri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional : Analgetik dengan teratur dapat mengurangi rasa nyeri.

- b. SDKI: Defisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keenggaaan untuk makan)

SLKI: Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makanan yang di habiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot menelan cukup meningkat
- 3) Vertalisesi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

- 4) Perasaan cepat kenyang menurun
- 5) Indeks massa tubuh (IMT) sedang
- 6) Frekuensi makan membaik

SIKI: Manajemen nutrisi

Observasi

- 1) Mengidentifikasi status nutrisi

Rasional: Mengetahui status nutrisi terkini pasien serta masalah dalam pemenuhan nutrisi pasien

- 2) Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional: Mengetahui jenis makanan yang dapat menimbulkan alergi pada pasien dan hambatan pasien dalam pemenuhan nutrisi.

- 3) Memonitor asupan makanan

Rasional: Mengetahui jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi pasien

- 4) Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional: Kadar albumin yang rendah dalam pemeriksaan darah dapat mengindikasikan pasien mengalami malnutrisi.

Terapeutik

- 1) Hidangkan makanan dengan tampilan menarik dan suhu makanan yang tepat.

Rasional: Menarik minat pasien agar kebutuhan nutrisi terpenuhi.

- 2) Sajikan makanan yang kaya akan serat

Rasional: Mencegah terjadinya konstipasi

Edukasi

- 1) Menganjurkan posisi duduk, jika perlu

Rasional : Memudahkan proses pencernaan makanan ke lambung

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasional: Membantu pasien dapat menghabiskan porsi makannya

- 2) Kolaborasi dengan nutrisisionis dalam penentuan jenis nutrient dan jumlah kalori yang dibutuhkan

Rasional: . - Memberikan asupan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

- d. SDKI : Gangguan integritas kulit bergubungan dengan efek samping radiasi (D.0069)

SLKI : Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Suhu kulit membaik
- 5) Sensai membaik

SIKI: Perawatan Integritas Kulit

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab pada gangguan integritas kulit (mis. Perubahan status nutrisi dan sirkulasi, suhu lingkungan ekstrem, serta penurunan mobilitas dan kelembaban.

Rasional: Mengetahui penyebab dari gangguan integritas kulit.

Terapeutik

- 1) Ubah posisi setiap 2 jam jika sedang tirah baring.

Rasional: Menurunkan resiko terjadinya trauma jaringan.

- 2) Gunakan produk yang berbahan ringan atau alami serta hipoalergik pada kulit

Rasional: Membantu penyembuhan di kulit

Edukasi

- 1) Anjurkan memakai pelembab (mis. Serum atau lotion).

Rasional: Agar kulit selalu dalam keadaan lembab

- 2) Anjurkan untuk minum air yang cukup

Rasional: Turgor pada kulit tidak kering.

- 3) Anjurkan agar meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat.

- e. Resiko infeksi dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit (D.0142)
SLKI: Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Bengkak menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Demam menurun
- 4) Kadar sel darah putih membaik

SIKI: Pencegahan Infeksi

Observasi

- 1) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi local.

Rasional: Memberikan informasi tentang adanya tanda dan gejala infeksi untuk diberikan intervensi.

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung.

Rasional: Meminimalisir penyebaran infeksi kepada pasien.

- 2) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak di pasien serta lingkungan

Rasional: Mencegah terjadinya infeksi.

- 3) Pertahankan teknik aseptik di pasien berisiko infeksi

Rasional: Mencegah masuknya mikroorganisme dan terjadinya infeksi.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda serta gejala infeksi.

Rasional: Memberikan informasi kepada pasien tentang resiko infeksi.

- 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar

Rasional: Mencegah terjadinya Infeksi dan menjaga kebersihan.

- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan atau pengobatan (D.0083)

SLKI: Hasil yang diharapkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil:

SIKI: Promosi citra tubuh

Observasi

- 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan.

Rasional: Mengetahui tingkat citra tubuh berdasarkan perkembangan

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

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

- 3) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri

Rasional: Mengetahui Seberapa sering pasien mengkritik gangguan citra tubuhnya

Terapeutik

- 1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
Rasional: Agar secara psikologis pasien mengetahui akibat yang akan terjadi.
- 2) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh
Rasional: Agar Pasien siap dengan keadaannya
- 3) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh
Rasional: Agar pasien dan keluarga mampu menerima perubahan cira tubuh.

Edukasi

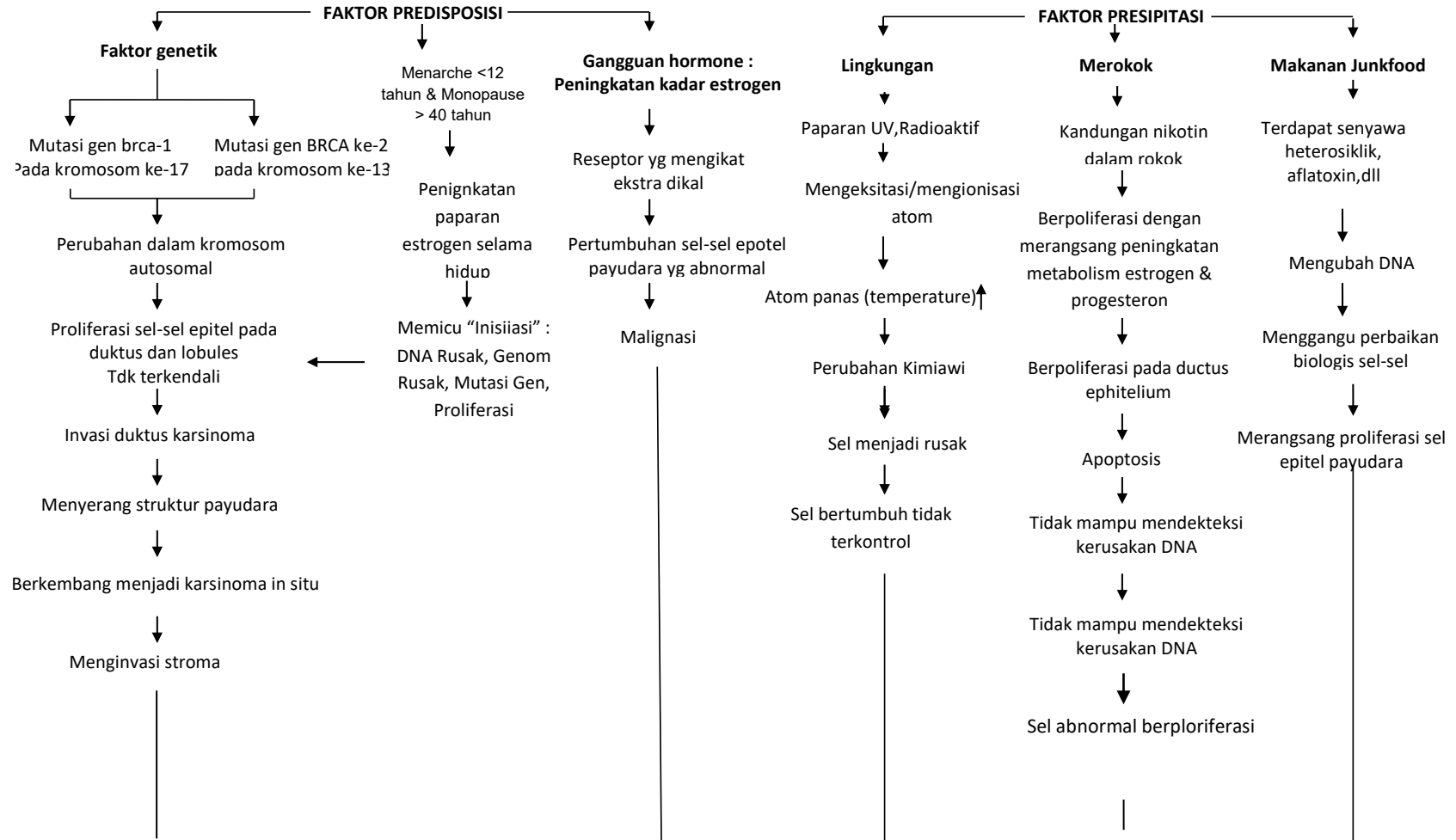
- 1) Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh
Rasional: Membantu pasien lebih percaya diri dengan penampilannya
- 2) Anjurkan menggunakan alat bantu mis : wig, kosmetik
Rasional: Pasien merasa nyaman dan tidak menarik diri
- 3) Latih peningkatan penampilan diri
Rasional: Memaksimalkan kemampuan adaptasi diri pasien

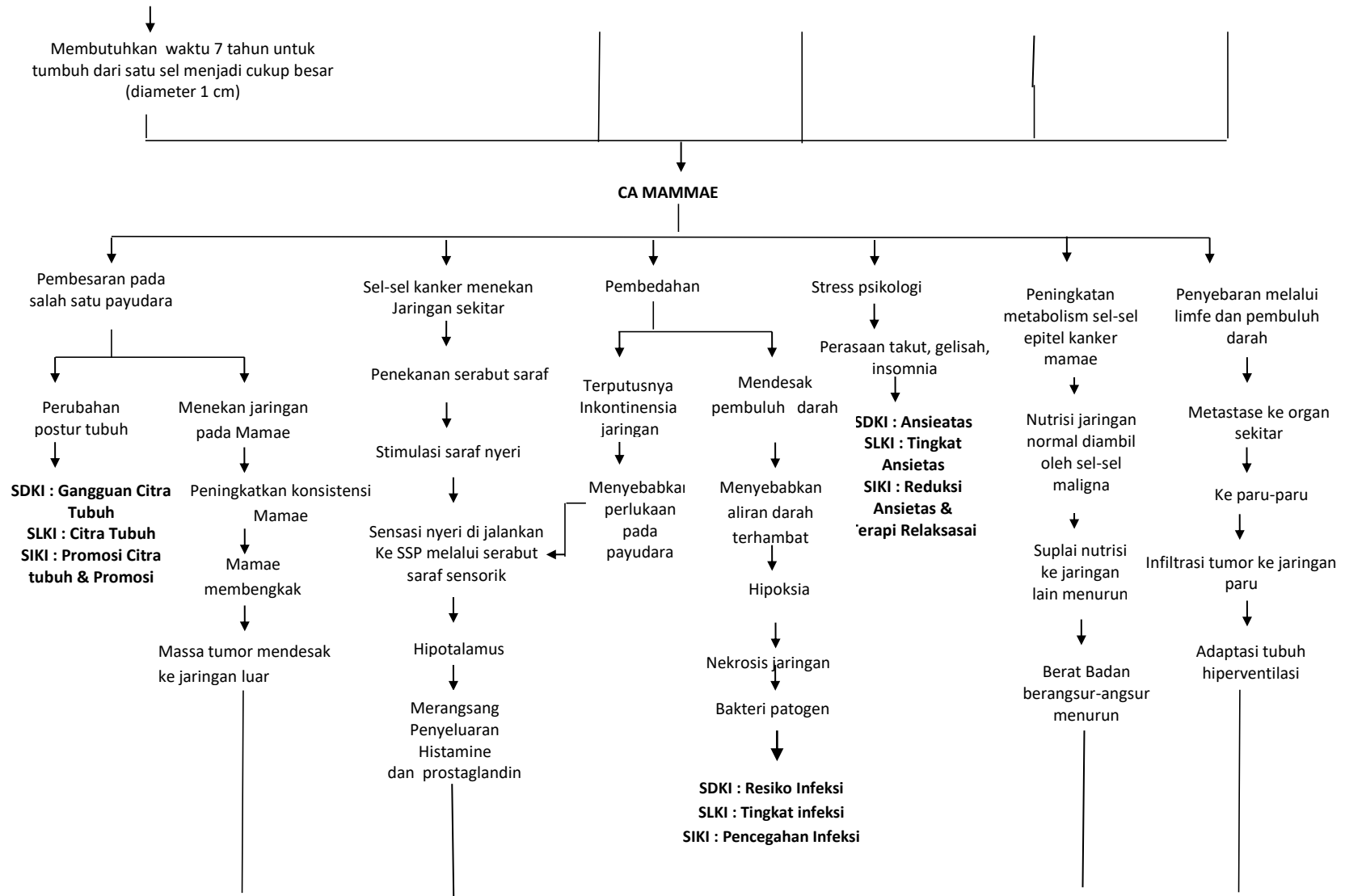
4. *Discharge planning* (Risnah, 2020)

- 1) Terapi non bedah
 - a) Penyinaran, kemoterapi, terapi hormone dan endokrin.
 - b) Lakukan pemeliharaan kulit/diri dengan benar dengan menggunakan sabun dengan menggosokkan semini mungkin, hindari sabun berparfum atau berdeodoran, gunakan lotion hidrofik untuk kekeriangan, gunakan sabun aveno jika terjadi pruritus, dan hindari pakaian yang ketat, kutang dengan kawat dengan penyangga dan suhu yang berlebihan atau cahaya ultraviolet.

- c) Hindari mencuci rambut setiap hari dan gunakan sampoh ringan untk menghindari kerontokan.
 - d) Biarkan rambut mengering secara alami dan jangan mengikat rambut.
 - e) Konsultasikan dengan dokter untuk pemeriksaan terapi hormonal.
 - f) Makan makanan yang bergizi sehingga dapat meningkatkan kekebalan tubuh.
 - g) Istirahat cukup dan olahraga secara teratur
 - h) Jika menginginkan kehamilan konsultasi dengan dokter karna kebanyakan diminta menunggu selama 2 tahun.
- 2) Sadari tata cara (periksa payudara sendiri)
- a) Berdirilah kedepan cermin dan perhatikan apakah ada kelainan pada payudara, biasanya payudara tdak sama, putingnya tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikan apakah terdapat keriput lekukan, atau puting susu tertarik ke dalam. Bila terdapat kelainan itu atau keluar cairan atau dara dari puting susu, segeralah pergi ke dokter.
 - b) Letakkan kedua lengan di atas kepala dandan perhatikan kembali kedua payudara. Kemudian bungkukkan badan hingga payudara tergantung ke bawah, dan periksa lagi.
 - c) 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.

PATHWAY CA MAMAE





↓
Perfusi jaringan terganggu

↓
SDKI : Gangguan Integritas Kulit/jaringan
SLKI : Integritas kulit dan jaringan
SIKI : Perawatan Integritas kulit

↓
Persepsi nyeri

↓
SDKI : Nyeri akut
SLKI : Tingkat Nyeri
SIKI : Manajemen Nyeri

↓
SDKI : Defisit Nutrisi
SLKI : Status nutrisi
SIKI : Manajemen Nutrisi & Promosi Berat Badan

↓
SDKI : Pola Napas Tidak Efektif
SLKI : Pola Napas
SIKI : Manajemen Jalan Napas & Pemantauan Respirasi

↓
Penurunan pasokan oksigen ke otak dan batang otak

↓
Hipoksia dan terjadi iskemik pada otak dan batang otak

↓
Penurunan kerja pusat pernapasan

↓
Paru berhenti bekerja dan otak kehilangan suplai o₂

↓
Kematian

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. A berumur 56 tahun masuk IGD Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 8 Juni 2022 pada pukul 22.08 WITA dengan keluhan sesak dan nyeri pada luka payudara sebelah kiri. Pasien kemudian masuk di ruang perawatan ST. Bernadeth dengan diagnosa medik *Dyspnue + Ca mammae*. Dengan diagnosa saat pengkajian *Dyspnue + Ca mammae*.

Pada tanggal 9 Juni 2022 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak, nyeri pada luka payudara sebelah kiri, skala 6 dirasakan terus-menerus dan kurang nafsu makan disertai penurunan berat badan sejak sakit.

Tampak luka pada payudara sebelah kiri mengeluarkan sedikit cairan berwarna kuning kental, tampak pasien dengan posisi semifowler, kesadaran composmentis dengan GCS 15. Tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 96x/menit, pernapasan 28x/menit, suhu 36.5⁰C. Pemeriksaan foto thorax kesan: Efusi pleura bilateral dan multipel nodul pulmo bilateral sesuai tumor metastasis. Dexametasone 5 mg/ bolus IV/ 8 jam, ranitidine 2 mg / bolus IV/ 8 jam IV, santagesik 5 mg /bolus IV/ 8 jam, vitamin B com 1 tab/2x1 oral, vipalbumin 500mg/1 tab/2x1 oral, menggunakan O2 nasal kanul 6 L/menit dan terpasang IVFD RL 500 cc/ 20 tpm.

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan), nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, gangguan integritas kuli/jaringan dan defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

A. Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:
 1. Ruhama A. Renleuw (NS2114901128)
 2. Ruth Kasitai (NS2114901129)

Unit : St. Bernadeth II Autoanamnese : ✓
 Kamar : 506 Bed 1 Alloanamnese : ✓
 Tgl masuk RS : 8 Juni 2022
 Tgl pengkajian : 9 Juni 2022

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial : Ny. "A"
 Umur : 56 Tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Status Perkawinan : Menikah
 Jumlah Anak : 2
 Agama / Suku : Kristen/Ambon
 Warga Negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : S1 Ekonomi
 Pekerjaan : IRT
 Alamat Rumah : Jl. Komp PURN TNI

b. Penanggung Jawab

Nama : Sdr. Z
 Umur : 26 Tahun
 Alamat : Jl. Komp.PURN TNI

Hubungan dengan pasien: Anak

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : *Dyspnue + Ca mammae sinistra*

Saat pengkajian : *Dyspnue + Ca mammae sinistra*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan: Keadaan umum pasien tampak lemah dan sesak, tampak luka di daerah payudara sebelah kiri, tampak ada penggunaan otot bantu pernapasan dan pernapasan cuping hidung, tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler dengan menggunakan O2 nasal kanul 6 liter dan infus RL 500cc 18 tetes/menit pada tangan sebelah kiri.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos Mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif):

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Compos Mentis

2) Tekanan darah : 130/80mmHg

MAP : 96,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36.5⁰C diOral :- Axilla : √ Rectal: -

4) Pernapasan : 28x/menit

Irama : Takipnea

Jenis : Dada

5) Nadi : 96 x/menit

Irama : Teratur

c. Pengukuran

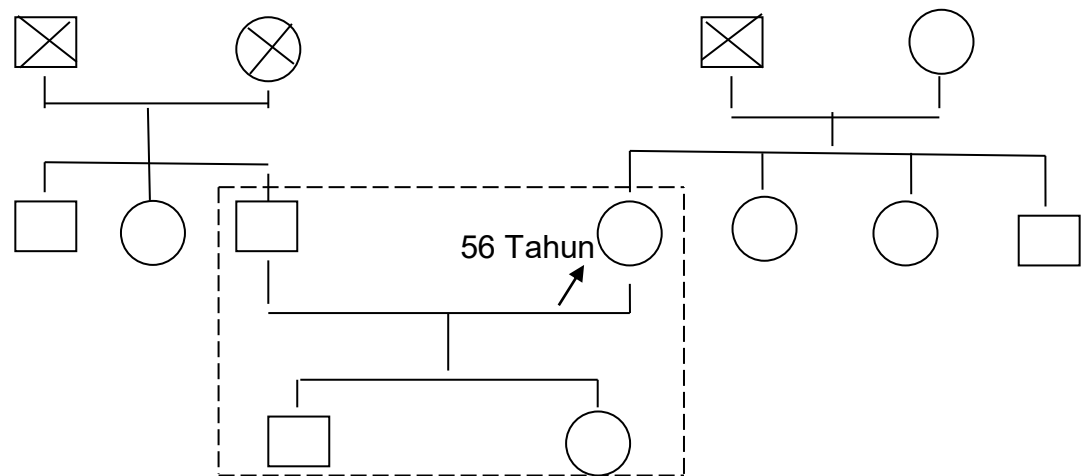
1) Tinggi badan : 154cm

2) Berat badan : 40kg

3) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 16.9

Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan :

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

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu penting, jika badan sehat kita bisa melakukan aktivitas dengan baik seperti bekerja. Pasien mengatakan sebelumnya hanya sakit biasa seperti flu, demam atau sakit kepala biasa dan akan membeli obat di apotik serta istirahat. Pasien juga mengatakan jarang melakukan pemeriksaan rutin seperti *check up* kesehatan karena pasien merasa kalau tidak ada yang sakit berat tidak perlu dibawa ke rumah sakit namun selama ada benjolan di payudaranya, pasien lebih memilih mengonsumsi obat herbal sebagai metode pengobatannya.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama:

Sesak Napas

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan merasa sesak sejak 4 hari yang lalu dan akan semakin memberat jika melakukan aktivitas ringan seperti berjalan, pasien juga mengatakan merasa sesak walau sedang istirahat di tempat tidur dan ketika berbicara terlalu lama sehingga keluarga memutuskan untuk berobat ke RS. Saat pengkajian pasien masih mengeluh sesak dan akan bertambah jika beraktivitas seperti berjalan ke toilet dan berbicara, tampak ada bantuan otot pernapasan dan tampak ada pernapasan cuping hidung serta pasien mengatakan jika terlalu banyak bicara atau bergerak maka sesak akan semakin terasa dan napasnya akan tersengal-sengal. Pasien mengatakan sesak akan sedikit berkurang jika memakai bantuan oksigen. Selain sesak, pasien juga mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri menjalar hingga ke ketiak karena luka pada payudara kirinya. Pasien mengatakan awalnya luka berbentuk benjolan kecil seperti kelereng tidak terasa sakit tapi lama-kelamaan benjolan tersebut semakin membesar dan memberikan rasa nyeri ketika diraba atau ditekan yang dialami kurang lebih 2 tahun. Pasien mengatakan awal bulan kemarin benjolan tersebut pecah disertai cairan berwarna kuning encer dan kulit sekitar berwarna merah kebiruan dan semakin memburuk sejak seminggu terakhir. Pasien mengatakan telah terdiagnosa kanker payudara sejak 2 tahun yang lalu namun tidak mengobatinya dan lebih memilih untuk menggunakan obat-obatan herbal

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan pada tahun 1992 pernah dirawat karena usus buntu, pasien juga mengatakan tidak pernah mengalami trauma/ benturan pada dada.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya tidak ada keluarga yang menderita penyakit yang sama namun dari anggota keluarga Ibu ada yang menderita diabetes melitus dan dari Ayah memiliki riwayat hipertensi

5) Pemeriksaan fisik :

- a) Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih dan beruban
- b) Kulit kepala : Tampak bersih
- c) Kebersihan kulit : Tampak kulit kering
- d) Higiene rongga mulut :Tampak bersih, tidak ada radang mukosa dan tidak ada sariawan
- e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kadang makan 2x atau 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk (tempe, tahu, ikan, dan daging sesekali) setiap kali makan pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang pasien sediakan. Pasien mengatakan kurang memperhatikan pola makan dengan benar dan jika sakit, sangat suka membeli makanan yang berkuah seperti bakso dan jajanan di luar. Pasien mengatakan sangat menyukai makanan instan dan makanan yang diolah dengan cara di bakar atau panggang seperti terong bakar dan ubi bakar. Pasien juga mengatakan minum air putih kurang lebih 4-5 gelas sehari. BB sebelum sakit 51 kg.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan berkurang, hanya makan 1x atau 2x sehari. Pasien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit pasien hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi atau kurang lebih 3 sendok saja dan untuk air putih 2-3 gelas/hari yang dilakukan setelah makan atau sewaktu-waktu. Pasien mengatakan nafsu makan pasien berubah-ubah dan cepat merasa kenyang. Pasien juga mengatakan berat badan pasien berangsur-angsur turun dari 51 kg menjadi 40 kg dalam 2 tahun terakhir.

3) Observasi : Tampak pasien kurus, lemas dan pucat. Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang diberikan dan hanya minum sekitar 1 gelas .

4) Pemeriksaan fisik:

- a) Keadaan rambut : Tampak bersih, beruban dan rontok
- b) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali dalam 3 detik
- c) Palpebra / conjungtiva : Tampak tidak edema / tampak anemik
- d) Sclera : Tampak sclera tidak ikterik
- e) Hidung : Tampak hidung bersih, tidak ada lesi dan tidak ada polip
- f) Rongga mulut : Tampak rongga mulut bersih,
- g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
Gigi : Tampak gigi bersih, tampak ada gigi yang tanggal
Gigi palsu : Tampak tidak ada
- h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien dapat mengunyah keras
- i) Lidah : Tampak bersih
- j) Pharing : Tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran
- m) Abdomen :

Inspeksi : Bentuk datar, tidak tampak bayangan vena
Auskultasi : Peristaltik usus 14x/ menit
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
Perkusi : Terdengar bunyi timpani

n) Kulit :

Edema : Negatif

Icteric : Negatif

Tanda-tanda radang : Tampak ada peradangan pada area sekitar payudara kiri

o) Lesi : Tampak ada lesi pada area sekitar payudara kiri

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAK \pm 6-7x sehari dengan warna urine kuning dengan frekuensi 4-5 kali sehari dan BAB 1x sehari berwarna kuning dengan konsistensi lunak dan berbau khas. Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam mengontrol BAK dan BAB.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam BAK, sama seperti sebelum sakit dengan frekuensi 4-5 kali sehari dan untuk BAB juga tidak ada masalah, BAB pasien normal 1x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning. Keluarga pasien mengatakan pasien di bantu ke kamar mandi oleh keluarga karena pasien sulit berjalan ke kamar mandi karena lemas dan sesak.

3) Observasi:

Tampak pasien menggunakan pampers

4) Pemeriksaan fisik:

a) Peristaltik usus : 14x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Kosong

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| c) Nyeri ketuk ginjal | : Negatif |
| d) Mulut uretra | : Tampak bersih |
| e) Anus: | |
| Peradangan | : Tidak ada peradangan |
| Hemoroid | : Tidak ada hemoroid |
| Fistula | : Tidak ada fistula |

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kegiatan sehari-harinya adalah sebagai ibu rumah tangga dan melakukan semua aktivitas dengan baik tanpa ada hambatan. Pasien mengatakan jika bangun pagi, pasien langsung membersihkan rumah seperti menyapu, mencuci piring, dan menyiapkan makanan untuk keluarganya, pasien mengatakan jika siang hari pasien hanya duduk-duduk atau sekedar berbincang-bincang dengan tetangga, untuk malam hari pasien mengatakan akan berkumpul menonton TV bersama keluarga. Pasien juga mengatakan jarang berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan keluarga melarang pasien untuk terlalu banyak beraktivitas. Pasien mengatakan selama di RS pasien hanya duduk ataupun berbaring untuk menonton TV, untuk aktivitas seperti berjalan ke toilet pasien membutuhkan bantuan karena sesak. Keluarga mengatakan selalu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien seperti makan, minum dan memakai baju.

3) Observasi:

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dalam posisi semifowler. Tampak pasien sesak dan menggunakan otot bantu napas, tampak sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitasnya

a) Aktivitas harian:

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

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

- b) Postur tubuh : Sedikit bungkuk
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji karena sesak
- d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- e) Fiksasi : Tidak ada
- f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 130/80 mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Negatif

b) HR : 96x/menit

c) Kulit:

Keringat dingin : Ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH₂O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi:

Bentuk thorax : Tidak simetris kiri dan kanan, pada dada sebelah kiri terdapat pembengkakan akibat kanker

Retraksi intercostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi:

Vocal premitus : Getaran lemah pada paru kiri

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi:

Sonor

(4) Auskultasi:

Suara napas : Bronchovesikuler

Suara ucapan : Getaran pada paru kiri lebih lemah

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi:

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi:

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midclavikularis sinistra.

(3) Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 linea axiaris anterior sinistra

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS 2 dan 3 linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS 5 linea medioclavicularis sinistra

Bunyi jantung III iramagallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit aorta :

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot:

	KananKiri	
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

(4) Refleks fisiologi : Positif (triceps dan biceps, lutut, patela).

(5) Refleksi patologi : Negatif

Babinski, Kiri : Negatif

Kanan : Negatif

(6) Clubing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis :

(1) Inspeksi : Tidak ada kelainan

(2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kakukuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada saat tidur. Pasien mengatakan pada malam hari tidur jam 9 malam dan bangun jam 5 pagi. Pasien mengatakan setelah bangun tidur pasien biasa melakukan aktivitas sehari-hari sebagai IRT. Pasien mengatakan jarang tidur siang, sulit tidur dalam suasana terang dan sebelum tidur pasien biasa menonton TV. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien sulit tidur akibat sesak. pasien mengatakan hanya tidur kurang dari 5 jam. Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur dan lebih sulit tidur dalam suasana terang.

3) Observasi :

Ekspresi wajah mengantuk : Positif

Banyak menguap : Positif

Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak ada masalah pada daerah hidung, mulut, dan kulit. Pasien mengatakan hanya menggunakan kaca mata jika membaca karena mata sudah mulai rabun sejak memasuki umur 45 tahun.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak ada masalah pada daerah hidung, mulut, dan kulit. Pasien mengatakan hanya menggunakan kaca mata jika membaca. Pasien mengatakan takut bergerak terlalu banyak selain karena sesak juga karena luka pada payudara kiri yang di alaminya dan tampak pasien bersikap takut lukanya disentuh. Pasien mengatakan luka cukup besar akibat benjolan yang pecah dan mengeluarkan sedikit cairan kuning kental serta muncul warna merah kebiruan disekitar kulit payudara sampai area ketiak sebelah kiri, pasien mengatakan takut jika lukanya bertambah luas. Pasien mengatakan jika banyak bergerak nyeri semakin terasa dengan skala nyeri 6 yang dirasakan terus menerus.

3) Observasi:

Tampak luka cukup besar pada payudara kiri pasien, tampak bekas luka jahitan biopsi, tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning berbau, tampak kulit sekitar luka berwarna merah kebiruan, tampak ekspresi pasien meringis

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih
Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
Lensa mata : Tampak jernih
Tekanan Intra Okuler : Teraba sama antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Tampak simetris kiri dan kanan

Kanalis : Tampak bersih
Membran Timpani : Tampak utuh
Tes Pendengaran : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak ada yang terlalu menonjol dari dirinya. Pasien mengatakan menerima dan menjalani kehidupannya dengan baik bersama keluarga. Pasien juga mengatakan merasa nyaman dengan perannya sebagai ibu rumah tangga dan merasa sangat berguna dan berharga bagi keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan merasa banyak perubahan yang terjadi pada dirinya. Pasien mengatakan pasien banyak merepotkan keluarganya. Namun pasien mengatakan tetap bersyukur dan menyerahkan semua yang terjadi dalam hidupnya. Pasien mengatakan tidak merasa minder dan rendah diri dengan keadaannya karena ada keluarga yang selalu mensupport pasien. Pasien mengatakan pasrah dan mengikuti semua anjuran pengobatan agar bisa lekas sembuh.

3) Observasi:

- a) Kontak mata : Tampak tertuju pada perawat
- b) Rentang perhatian : Tampak pasien lebih berfokus pada sesak dan nyeri yang dirasakan pasien
- c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas, pelan dan tersenggal-senggal
- d) Postur tubuh : Tampak pasien sedikit bungkuk

4) Pemeriksaan fisik:

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ditemukan adanya kecacatan pada anggota tubuh pasien

- b) Bentuk/postur tubuh : Tampak pasien sedikit bungkuk akibat luka pada area dada
- c) Kulit : Tampak permukaan kulit bersih, tampak daerah sekitar luka berwarna merah kebiruan

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan dua anaknya, pasien juga mengatakan ia menjalani hubungan yang baik, harmonis, dan penuh kasih sayang. Pasien mengatakan selalu baik dan akrab dengan keluarga dan tetangganya

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga berjalan dengan baik seperti biasanya dan selalu mendapat bantuan dukungan dari keluarga. Pasien mengatakan merasa bersyukur mempunyai keluarga yang selalu ada untuk menjaga dan memberi motivasi pada pasien. Pasien mengatakan para tetangga juga selalu mensupport datang menjenguk dan bertanya kabar.

3) Observasi:

Tampak pasien berbicara lancar dengan keluarga tidak ada gangguan verbal. Tampak pasien dijaga oleh kedua anaknya dan suami secara bergantian

i. Pola Reproduksi dan Seksual

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia sudah menikah dan ia adalah seorang ibu dari 2 orang anak. Pasien mengatakan pasien sudah mengalami menopause. Pasien mengatakan haid pertama kali pada umur 15 tahun dan tidak ada masalah dengan siklus menstruasinya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan kini pasien sudah mengalami menopause. Pasien mengatakan akan terus menjalani hubungan yang harmonis bersama keluarganya.

3) Observasi:

Tampak tidak ada perilaku menyimpang pada pasien

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia termasuk orang yang jika sedang ada masalah tidak terlalu memikirkan masalah tersebut dan berusaha bersikap santai, pasien mengatakan jika ada masalah memilih berbagi cerita bersama suami agar menemukan jalan keluar. Pasien juga mengatakan terkadang mengatasi stressnya dengan berjalan-jalan dan menghirup udara segar.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien kadang gelisah dan hanya fokus untuk mengatasi sesak yang dialami. Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien jadi lebih sabar dan tenang walau terkadang suka marah namun keluarga memakluminya. Pasien mengatakan sekarang lebih banyak menghabiskan waktu mendengar renungan yang menjadikannya lebih tenang

3) Observasi:

Tampak pasien kadang gelisah apabila sedang sesak

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia beragama Kristen protestan dan selalu rajin ke gereja tiap hari minggu. Keluarga pasien mengatakan pasien rajin mengikuti ibadah-ibadah gereja

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan ia lebih banyak mendengarkan renungan dan lagu rohani, pasien juga mengatakan memiliki waktu saat teduh pribadi dan masih suka pergi ke gereja, namun terkadang bila badan di rasa tidak enak, pasien memilih untuk beribadah dari rumah.

3) Observasi:

Tampak pasien berdoa sebelum makan , tampak Alkitab berada disamping pasien

5. Uji Saraf Kranial

a. N I Olfactorius

Pasien mampu mencium aroma frescare yang di berikan perawat

b. N II Opticus

Pasien kurang dapat membaca font 12 dari jarak 3cm harus menggunakan kaca mata

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

Pupil tampak bulat, isokor, refleks cahaya positif dan gerakan bola mata baik

d. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan dan menunjuk goresan kapas yang dilakukan perawat pada pipi, kening dan dagu dengan mata tertutup

Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu merasakan dan membedakan rasa pahit dan manis

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersemyum, meringis, dan mengembungkan pipi

f. N VIII Vestibulo-Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien sesak

Akustikus : Pasien mampu mendengar bunyi gesekan jari perawat

g. N IX Glossopharingeus

Tampak letak uvula berada di tengah

h. N X Vagus

Pasien mampu menelan

i. N XI Accessorius

Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri

j. N XII Hypoglossus

Pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat melakukan gerakan lidah mendorong pipi kiri dan kanan

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium (Pemeriksaan Darah Lengkap)

Nama/umur : Ny."A"/56 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth II/510

Tanggal pemeriksaan : 08 Juni 2022

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	11.8+	$10^3/uL$	4.80-10.20
RBC	4.49	$10^6/uL$	4.00-5.50
HGB	12.4	g/dl	12.2-16.2
HCT	34.7-	%	37.7-47.9
MCV	77.3-	fL	80.0-97.0
MCH	27.6	Pg	26.0-31.0
MCHC	35.7+	g/dl	31.8-35.4
PLT	510+	$10^3/uL$	150-450
RDW-SD	34.4-	fL	37.0-54.0

RDW-CV	12.0	%	11.5-14.5
PDW	10.0	fL	9.0-13.0
MPV	9.4	fL	7.2-11.1
P-LCR	19.8	%	15.0-25.0
PCT	0.48+	%	0.17-0.35
NEUT#	8.98+	10 ³ /uL	1.50-7.00
LYMPH#	1.24	10 ³ /uL	1.00-3.70
MONO#	0.84+	10 ³ /uL	0.00-0.70
EO#	0.10	10 ³ /uL	0.00-0.40
BASO#	0.02	10 ³ /uL	0.00-0.10
IG#	0.04	10 ³ /uL	0.00-7.00
NEUT%	80.3+	%	37.0-80.0
LYMPH%	11.1	%	10.0-50.0
MONO%	7.5	%	0.0-14.0
EO%	0.9	%	0.0-1.0
BASO%	0.2	%	0.0-1.0
IG%	0.4	%	0.0-72.0

Pemeriksaan laboratorium (Pemeriksaan Thorax AP)

Nama/umur : Ny."A"/56 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth II/510

Tanggal pemeriksaan : 08 Juni 2022

Foto Thorax AP :

Multipel lesi nodular berbagai ukuran pada kedua lapang paru

Cor : normal, aorta normal

Kedua sinus dan diafragma berselubung

Tulang-tulang intak

Jaringan lunak sekitar baik, tidak tampak struktur mamma kiri (post op?)

Kesan :

Efusi Pleura Bilateral

Multipel Nodul Pulmo Bilateral Sesuai Tumor Metastasis

7. Terapi

Dexametasone 5 mg/IV/8 jam

Ranitidine 2 cc/ IV/8 jam

Santagesik 5 cc/IV/ 8 jam

Vitamin B com 1 tab/oral/2x1

VIP albumin 500mg/oral/2x1

B. Analisa Data

Nama/ umur : Ny. A/56 tahun

Ruang/ kamar : St. Bernadeth/ 506/1

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh sesak napas b. Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas seperti berjalan ke toilet c. Pasien mengatakan jika terlalu banyak bicara atau bergerak maka sesak akan semakin terasa dan napasnya akan tersengal-sengal <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien sesak b. Tampak pergerakan otot bantu pernapasan c. Tampak penapasan cuping hidung d. Tampak pasien sulit bicara Karena sesak e. Tampak pasien dalam posisi fowler f. Terpasang oksigen 6 liter nasal kanul, Spo2 97% g. TD : 130/80 mmHg P : 28x/m N : 96 x/m S : 36,6 	<p>Hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p>	<p>Pola nafas tidak efektif (D.0005)</p>

2	<p>Data subjektif:</p> <p>a. Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri menjalar hingga ke ketiak karena luka pada payudara kirinya</p> <p>P: nyeri akibat luka benjolan yang pecah</p> <p>Q : nyeri dirasa seperti teris-iris</p> <p>R: Nyeri dirasa pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak</p> <p>S : nyeri dirasa skala 6</p> <p>T : nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Data objektif:</p> <p>a. Tampak pasien meringis</p> <p>b. Tampak pasien takut bila lukanya disentuh</p> <p>c. Tampak kulit area sekitar luka berwarna merah kebiruan, mengeluarkan sedikit cairan kuning bercampur darah</p>	Infiltrasi tumor	Nyeri kronis (D.0078)
3	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan luka sulit sembuh</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Tampak pasien meringis</p> <p>b. Tampak luka pada payudara kiri</p> <p>c. Tampak kulit area sekitar luka</p>	Faktor mekanis (penekanan masa kanker)	Gangguan integritas kulit/ jaringan

	berwarna merah kebiruan, mengeluarkan sedikit cairan kuning bercampur darah		
4	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan pasien berkurang. b. Pasien mengatakan nafsu makan pasien berubah-ubah dan cepat merasa kenyang c. Pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 51 kg menjadi 40 kg. d. Pasien mengatakan hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi per hari <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak tubuh pasien kurus b. Tampak pasien lemas dan pucat c. Tampak pasien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang diberikan dan hanya minum 1 gelas air putih d. Serum albumin dibawah normal 3.1 g/L e. IMT : 16.9 	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Defisit Nutrisi (D.0019)

C. Diagnosis Keperawatan

Nama/ umur : Ny. A/56 tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth/ 506

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan) (D.0005)
2	Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor (D.0078)
3	Gangguan integritas kulit/jaringan b/d faktor mekanis (penekanan masa kanker) (D.0912)
4	Defisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)

D. Rencana Keperawatan

Nama/ umur : Ny. A/56 tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth II / 506

No	Diagnosis Keperawatan SDKI	Luaran Yang Diharapkan SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
1.	<p>Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan) (D.0005)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengeluh sesak napas2. Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas seperti berjalan ke toilet3. Pasien mengatakan jika terlalu banyak bicara atau bergerak maka sesak akan semakin terasa dan napasnya akan tersengal-sengal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 pola napas membaik dengan kriteria hasil (L.01004):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dispnea (menurun)2. Penggunaan otot bantu napas (menurun)3. Frekuensi napas (menurun)	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Observasi<ol style="list-style-type: none">a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napasb. Monitor pola napas (seperti bradineia, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strocasbiot, ataksik)c. Monitor kemampuan batuk efektifd. Monitor adanya produksi sputume. Monitor adanya sumbatan jalan napas

	<p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pergerakan otot bantu pernapasan 3. Tampak penapasan cuping hidung 4. Tampak pasien sulit bicara Karena sesak 5. Tampak pasien dalam posisi fowler 6. Terpasang oksigen 6 liter nasal kanul 7. TD : 130/80 mmHg P : 28x/m N : 96 x/m S : 36,6 		<ol style="list-style-type: none"> f. Monitor saturasi oksigen 2. Terapeutik Dokumentasi hasil pemantauan 3. Edukasi Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi Monitor Status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan b. Atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler/fowler) 3. Edukasi Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi
--	---	--	--

			4. Kolaborasi Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
2.	<p>Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor (D.0078)</p> <p>Data subjektif:</p> <p>1. Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri menjalar hingga ke ketiak karena luka pada payudara kirinya</p> <p>P: nyeri akibat luka benjolan yang pecah</p> <p>Q : nyeri dirasa seperti teris-iris</p> <p>R: Nyeri dirasa pada luka dan sekitar payudara sampai ke area ketiak</p> <p>S : nyeri dirasa skala 6</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066):</p> <p>1. Keluhan nyeri (menurun)</p> <p>2. Meringis (menurun)</p> <p>3. Sikap protektif (menurun)</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>1. Observasi</p> <p>a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi respon nyeri</p> <p>c. Identifikasi non verbal</p> <p>d. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa</p>

	<p>T : nteri dirasakan terus menerus</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien meringis 2. Tampak pasien takut bila lukanya disentuh 3. Tampak kulit area sekitar luka berwarna merah kebiruan, mengeluarkan sedikit cairan kuning bercampur darah 		<p>nyeri(mis,suhu,ruangan,pencaayaan,kebisingan)</p> <p>c. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>3. Edukasi</p> <p>Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemperian analgetik, jika perlu</p>
3.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan b/d faktor mekanis (penekanan masa kanker) (D.0912)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka sulit sembuh <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien meringis 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 2. Kemerahan cukup menurun 	<p>Perawatan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda-tanda infeksi

	<p>2. Tampak luka benjolan pada payudara kiri berbentuk anggur-anggrur kecil</p> <p>3. Tampak kulit area sekitar luka berwarna merah kebiruan, mengeluarkan sedikit cairan kuning bercampur darah</p>		
4.	<p>Defisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)</p> <p>Data subjektif:</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makan pasien berkurang.</p> <p>2. Pasien mengatakan nafsu makan pasien berubah-ubah dan cepat merasa kenyang .</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030):</p> <p>1. Porsi makanan yang di habiskan (meningkat)</p> <p>2. Serum albumin (meningkat)</p> <p>3. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi (meningkat)</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>1. Observasi</p> <p>b. Identifikasi status nutrisi</p> <p>c. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>d. Monitor asupan makanan</p> <p>e. Monitor berat badan</p> <p>f. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu</p>

<p>3. Pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 51kg menjadi 40 kg.</p> <p>4. Pasien mengatakan hanya makan ¼ porsi per hari</p> <p>Data objektif:</p> <p>2. Tampak tubuh pasien kurus</p> <p>3. Tampak pasien lemas dan pucat</p> <p>4. Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanan yang diberikan dan hanya minum 1 gelas air putih</p> <p>5. Serum albumin dibawah normal 3.1 g/L</p> <p>6. IMT : 16.9</p>	<p>4. Perasaan cepat kenyang (menurun)</p> <p>5. Frekuensi makan (membaik)</p>	<p>b. Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>c. Berikan suplemen makan, jika perlu</p> <p>3. Edukasi</p> <p>Ajarkan posisi duduk,jika mampu</p>
--	--	---

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/ umur : Ny. A/56 tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth II/ 506/1

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
Sabtu 10 Juni 2022 (DINAS PAGI)	I	08.00	Memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas Hasil : a. Pasien mengatakan merasa sesak b. RR: 27x/ menit, cepat dan dalam c. Tampak adanya penggunaan otot bantu napas d. Tampak pernapasan cuping hidung	Ruhama
	I	08.03	Memonitor pola napas Hasil : a. Pasien mengeluh sesak bertambah bila banyak bergerak seperti berjalan ke toilet b. Pasien mengatakan sulit untuk banyak bicara karena merasa sesak c. Tampak pasien sesak d. Tampak terpasang nasal kanul 6 liter/menit	Ruhama

	I	08.03	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SPO2 97%	Ruhama
	I	08.06	Mengatur posisi untuk mengurangi sesak Hasil: Tampak pasien dalam posisi fowler	Ruhama
	I	08.06	Memonitor pernapasan dan saturasi oksigen Hasil : a. RR : 26x/menit b. Spo2 : 97%	Ruhama
	III	09.15	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makan Hasil: a. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan atau obat-obatan b. Pasien mengatakan tidak napsu makan c. Pasien mengatakan merasakan cepat keyang d. Tampak tidak ada reaksi alergi pada tubuh pasien	Ruhama

	III	09.15	<p>Memonitor asupan makan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan, pasien susah makan b. Keluarga mengatakan pasien hanya makan 2 buah pisang yang di sediakan dan minum setengah gelas air putih c. Tampak makanan yang disediakan masih utuh 	Ruhama
	IV	10.00	<p>Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara dan sulit sembuh b. Tampak pasien meringis karena nyeri pada luka payudara c. Tampak luka mengeluarkan cairan kuning bercampur darah d. Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan 	Ruhama
	IV	10.02	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil:</p>	Ruhama

			<ul style="list-style-type: none"> a. Tampak luka benjolan seperti anggur-anggur kecil pada payudara kiri dan tampak kulit sekitar nekrosis b. Tampak kulit area sekitar payudara dan ketiak berwarna merah kebiruan serta mengelupas c. Tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning kental bercampur darah d. Tampak setelah dibersihkan perban bersih dan tidak ada cairan yang merembes 	
	I,II,III	10.15	<p>Mengobservasi ttv</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>P:26×/menit</p> <p>N: 91×/menit</p> <p>S:36,5°C</p>	Ruhama
	I,II,III	10.16	<p>Memberikan analgetik</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV 	Ruhama

			<ul style="list-style-type: none"> c. Keterolac 5cc/8jam/IV d. VIP albumin 500mg/2x1/oral e. Vit B com/2x1/oral 	
	II	11.30	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengeluh nyeri pada payudara kiri P : nyeri akibat benjolan yang pecah Q: nyeri dirasakan seperti teiris-iris dan perih R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak S: nyeri dirasakan pada skala 5 dan bertambah jika bergerak T: nyeri dirasa terus menerus b. Tampak pasien berhati-hati saat bergerak c. Tampak pasien meringis d. Tampak luka tertutup perban 	Ruhama

	II	11.33	<p>Memberikan teknik tarik napas dalam nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan merasa lebih baik b. Tampak pasien mengikuti arahan dengan baik 	Ruhama
	II	11.55	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak lingkungan kamar bersih dan rapih b. Tampak suhu ruangan 20°C 	Ruhama
	II	11.55	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengikuti anjuran untuk beristirahat b. Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler. 	Ruhama
	I	13.00	<p>Memonitor adanya produksi sputum dan sumbatan jalan napas</p>	Ruhama

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak ada batuk berhadak b. Tampak tidak ada sumbatan jalan napas c. Tidak terdengar bunyi napas tambahan 	
	I	13.01	<p>Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan akan memanggil perawat jika diperlukan b. Tampak bel di samping tempat tidur pasien 	Ruhama
	I	13.30	<p>Memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan merasa sesak b. RR: 27x/ menit, cepat dan dalam c. Tampak adanya penggunaan otot bantu napas 	Ruhama
	I	13.30	<p>Memonitor Spo2</p> <p>Hasil:</p>	Ruhama

			Spo2 : 97%	
	I	13.31	Memberikan posisi fowler pada pasien Hasil: a. Pasien mengatakan lebih baik duduk daripada berbaring akan membuat semakin sesak b. Tampak pasien dalam posisi fowler	Ruhama
	I	13.35	Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Hasil: a. Spo2 sebelum dilakukan perubahan posisi 97% b. Spo2 setelah dilakukan perubahan posisi 98%	Ruhama
Sabtu 10 Juni 2022 (DINAS SIANG)	I,II,III	15.00	Memonitor ttv Hasil: TD: 145/70 mmhg P:26x/menit N: 90x/menit S:36,6°C	Ruth

	II	15.04	<p>Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Pasien mengatakan masih mengalami nyeri pada area payudara dan sekitar sebelah kiri</p> <p>P:Pasien mengatakan nyeri akibat benjolan di area payudara</p> <p>Q:Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R:Pasien mengatakan nyeri area payudara sampai ke ketiak</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T:Pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus</p>	Ruth
	II	15.05	<p>Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak</p>	Ruth
	I	16.10	<p>Memonitor pola napas</p> <p>a. Frekuensi pernapasan 26x/menit</p>	Ruth

			<ul style="list-style-type: none"> b. pernapasan cepat dan dalam c. Tampak sulit beraktivitas karena sesak d. adanya penggunaan otot bantu napas e. Tampak pernapasan cuping hidung 	
I	16.10	Memberikan oksigen dan memonitor Spo2 Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 6 liter b. Spo2 97% 	Ruth
I	16.13	Memberikan posisi semifowler Hasil:	Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler	Ruth
II	17.00	Memonitor pernapasan dan Spo2 Hasil :	<ul style="list-style-type: none"> a. RR : 25x/menit b. Spo2 : 98% 	Ruth
II	17.03	Mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu		Ruth

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV 	
	II	17.04	<p>Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas dan takut untuk bergerak karena nyeri</p>	Ruth
	III	18.30	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak ruangan pasien bersih dan nyaman serta minin dari kebisingan</p>	Ruth
	I	19.00	<p>Memonitor asupan nutrisi makanan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga mengatkan pasien kurang makan, pasien hanya makan sekali dalamsehari b. Pasien mengatakan cepat merasa kenyang,dan hanya 	Ruth

			mampu menghabiskan ¼ porsi makanan	
I	19.02	Memonitor pola napas Hasil: a. Frekuensi pernapasan 26x/menit b. pernapasan cepat dan dalam c. Tampak adanya pengunahan otot bantu Napap	Ruth	
I	19.02	Memonitor saturasi O2 Hasil: Spo2: 97%	Ruth	
I	19.02	Memberikan posisi semifowler Hasil: Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler	Ruth	
I	20.00	Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Hasil: c. Spo2 sebelum dilakukan perubahan posisi 97% d. Spo2 setelah dilakukan perubahan posisi 99%	Ruth	

	II	20.31	<p>Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada area payudara dan sekitar sebelah kiri <p>P:Pasien mengatakan nyeri akibat benjolan di area payudara</p> <p>Q:Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R:Pasien mengatakan nyeri area payudara sampai ke ketiak</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T:Pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus</p>	Ruth
	IV	20.32	<p>Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada luka payudara b. Tampak pasien meringis manahan sakit c. Tampak ada cairan kuning disertai darah 	Ruth

	IV	20.32	<p>e. Tampak kulit berubah warna merah kebiruan dan terkelupas</p> <p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak luka pada payudara kiri Tampak kulit sekitar berwarna merah kebiruan serta mengelupas area sekitar payudara dan ketiak Tampak luka mengeluarkan nanah 	Ruth
Sabtu 10 Juni 2022 (DINAS MALAM)	I,II,III	22.00	<p>Mengobservasi ttv</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 133/93mmhg</p> <p>P:26x/menit</p> <p>N: 94x/menit</p> <p>S:36,5°C</p>	Mega
	I,II,III	22.00	<p>Memonitor keadaan umum pasien</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena sesak Pasien mengatakan luka terasa nyeri 	Mega

			c. Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul 6 liter dan infus RL 100cc	
	II	22.05	Memberikan obat Hasil: a. VIP albumin 500mg/2x1/oral b. Vit B com/2x1/oral	Mega
	I,II,III	22.05	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: a. Pasien mengatakan akan mencoba untuk beristirahat b. Tampak pasien beristirahat dalam posisi semifowler	Mega
	I,II,III	00.00	Memberikan Obat Hasil: a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV	Mega
	I	00.30	Memberikan posisi untuk mengurangi sesak Hasil:	Mega

			<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakn merasa nyaman dengan posisi semifowler b. Pasien mengatakan sesak berkurang bila setengah duduk atau duduk c. Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler 	
	I	00.31	<p>Memonitor saturasi O2</p> <p>Hasil:</p> <p>Spo2 : 98%</p>	Mega
11 Juni 2022 (DINAS PAGI)	III	07.30	<p>Melakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien menggosok gigi sendiri b. Tampak mobilisasi dibantu keluarga 	Ruhama
	III	07.45	<p>Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien makan ¼ porsi makanan berupa nasi, ikan, telur, dan sayur</p>	Ruhama

	II	07.45	<p>Memberikan posisi untuk mengurangi sesak</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semifowler b. Pasien mengatakan sesak berkurang bila setengah duduk atau duduk c. Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler 	Ruhama
	III	08.00	<p>Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan BB pasien semakin turun sejak sakit b. Pasien mengatakan nafsu makan menurun c. Pasien mengatakan lemas d. Tampak mukosa bibir kering dan pucat e. Akral teraba hangat f. Bising usus 14x/menit g. BB sebelum sakit 51kg h. BB setelah sakit 40kg 	Ruhama

	I	08.01	<p>Memonitor kemampuan batuk efektif dan adanya sputum</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan sesekali batuk tapi tidak terdapat lendir b. Tampak pasien dapat batuk efektif 	Ruhama
	III	08.05	<p>Memonitor Berat Badan</p> <p>Hasil:</p> <p>BB 40kg</p>	Ruhama
	IV	09.00	<p>Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara b. Tampak luka mengeluarkan darah bercampur nanah c. Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan 	Ruhama
	IV	09.05	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak luka pada payudara kiri seperti anggur-anggur kol kecil b. Tampak kulit sekitarpayudara kiri 	Ruhama

			<p>tertarik dan area sekitar payudara serta ketiak berwarna merah kebiruan mengelupas</p> <p>c. Tampak luka mengeluarkan cairan berwarna kuning kental bercampur darah</p> <p>d. Tampak tidak ada cairan yang merembes</p>	
	III	09.51	<p>Memonitor hasil pemeriksaan lab</p> <p>Hasil:</p> <p>a. GDS : 188mg/dL</p> <p>b. Eritrosit : 4.00/uL</p> <p>c. WBC : 11.40/uL</p> <p>d. Albumin : 3.8g/L</p>	Ruhama
	I,II,III	10.00	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Dexametasone 5cc /8jam/IV</p> <p>b. Ranitidine 2cc/8jam/IV</p> <p>c. Keterolac 5cc/8jam/IV</p> <p>d. VIP albumin 500mg/2x1/oral</p> <p>e. Vit B com/2x1/oral</p>	Ruhama
	I	10.05	<p>Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p>	Ruhama

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan merasa sesak b. RR: 24x/ menit, cepat dan dalam c. Tampak adanya penggunaan otot bantu napas 	
I	10.06	Memonitor pola napas	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sesak mulai berkurang b. Pasien mengatakan sesak hanya bila berjalan ke toilet atau mengganti pakaian c. Tampak pasien mulai berbicara dengan lancar tidak tersenggal-senggal d. Tampak terpasang nasal kanul 4 liter/menit 	Ruhama
II	11.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada payudara kiri <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p>	Ruhama

			<p>Q: nyeri dirasakan seperti teiris-iris dan perih</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: nyeri dirasakan pasa skala 3</p> <p>T: nyeri dirasa hilang timbul</p> <p>b. Tampak pasien mulai tersenyum</p>	
II	11.01	<p>Memberikan teknik tarik napas dalam nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (terapi tarik napas dalam)</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Pasien mengatakan merasa lebih baik</p> <p>b. Tampak pasien mengikuti arahan dengan baik</p>	Ruhama	
II	12.00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Hasil:</p> <p>a. pasien mengikuti aturan untuk beristirahat</p>	Ruhama	

			<p>b. Tampak pasien berbaring dalam posisi semfowler.</p>	
I	12.01	<p>Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Spo2 sebelum dilakukan perubahan posisi 98%</p> <p>b. Spo2 setelah dilakukan perubahan posisi 98%</p>	Ruhama	
III	13.20	<p>Memonitor asupan makan</p> <p>Hasil:</p> <p>a. keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan buah apel untuk makan siang</p> <p>b. Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang disediakan</p>	Ruhama	
I	13.40	<p>Memonitor saturasi oksigen:</p> <p>Hasil:</p> <p>Spo2 : 98%</p>	Ruhama	
II	13.40	<p>Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Hasil :</p>	Ruhama	

			Pemantauan dicatat pada lembar implementasi	
11 Juni 2022 (DINAS SIANG)	I,II,III	15.10	Memonitor ttv Hasil: TD: 130/90mmhg N: 90x/menit P: 24x/menis S: 36.4°C	Ruth
	I	15.12	Memonitor pola napas Hasil: a. Frekuensi pernapasan 24x/menit b. Tampak adanya penggunaan otot bantu napas c. Tidak tampak pernapasan cuping hidung	Ruth
	I	15.12	Memberikan oksigen Hasil: a. Tampak pasien tidak terpasang O2 nasal 4 liter b. spO2 98%	Ruth
	I	16.30	Memberikan posisi fowler/begitu juga Hasil:	Ruth

			Pasien tampak nyaman semi flowler	
II	16.31	Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas Hasil: a. Pasien menyatakan nyeri pada area payudara dan sekitar kanan sebelah kiri P:pasien mengatakan nyeri akibat benjolan di area payudara Q: pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris R:pasien mengatakan nyeri area payudara sampai ke ketiak S:skala nyeri 3 T:pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus-menerus	Ruth	
II	16.32	Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Hasil: Pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak	Ruth	

	II	16.33	<p>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien mengikuti arahan dengan baik b. Pasien mengatakan lebih rileks namun masih terasa nyeri 	Ruth
	II	17.00	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien berada di lingkungan yang nyaman</p>	Ruth
	II	18.30	<p>Mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV 	Ruth
	III	18.31	<p>Memonitor asupan nutrisi makanan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan cepat merasa kenyang 	Ruth

			<p>dan hanya menghabiskan 1/2 porsi makan malamnya dan minum susu setengah gelas</p> <p>b. Tampak makanan tidak di habiskan</p>	
	III	19.15	<p>Menganjurkan posisi duduk, jika perlu</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi semi flowler</p>	Ruth
	III	19.16	<p>Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien makan ½ porsi makanan berupa nasi, ayam, dan sayur</p>	Ruth
	I	20.30	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Frekuensi pernapasan 24x/menit</p> <p>b. Tampak adanya penggunaan otot bantu napas</p>	Ruth
	IV	20.30	Memonitor tanda-tanda infeksi	Ruth

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara e. Tampak luka berwarna merah dan bernanah f. Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan 	
	IV	20.31	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pembengkakan pada payudara kiri seperti kembang kol kecil berwarna merah dan bernanah b. Tampak kulit sekitarpayudara kiri hingga ketiak berwarna merah kebiruan 	Ruth
11 Juni 2022 (DINAS MALAM)	I,II,III	21.00	<p>Mengobservasi ttv</p> <p>Hasil:</p> <p>TD: 120/80mmhg</p> <p>P:23×/menit</p> <p>N: 78×/menit</p> <p>S:36,5°C</p>	Mega
	I,II,III	22.00	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. VIP albumin 500mg/2x1/oral 	Mega

			b. Vit B com/2x1/oral	
	I,II,III	00.00	Memberikan Obat Hasil: a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV	Mega
	II	00.01	Menganjurkan pasien beristirahat Hasil: Tampak pasien beristirahat dalam posisi semifowler	Mega
	I	05.00	Memonitor saturasi O ₂ Hasil: Spo ₂ 99%	Mega
	I	05.00	Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Hasil: a. pasien mengatakan sesak berkurang pasien mengatakan merasa sesak b. RR: 23x/ menit, cepat dan teratur c. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas	Mega

	I,II,III	06.00	<p>d. Tampak pasien berbaring dalam posisi semifowler</p> <p>Mengkaji keadaan umum pasien</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan merasa lebih sehat b. Tampak KU baik c. Tampak terpasang RL 150cc/20tpm d. Tampak pasein melepaskan O2 	Mega
12 Juni 2022 (DINAS PAGI)	III	07.30	<p>Memonitor berat badan</p> <p>Hasil:</p> <p>BB 40 kg</p>	Ruhama
	III	07.31	<p>Melakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak pasien sikat gigi secara mandiri</p>	Ruhama
	III	07.45	<p>Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nafsu makan mulai ada b. Pasien mengatakan tadi makan buah 2 buah 	Ruhama

			<p>c. Tampak pasien makan $\frac{1}{2}$ porsi makanan berupa nasi, ikan, telur, dan sayur serta segelas gelas susu khusus orang kanker</p>	
	IV	08.15	<p>Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara b. Tampak luka berwarna merah dan nanah berkurang c. Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan d. Tidak tampak kulit terkelupas e. Tidak tampak adanya nekrosis jaringan 	Ruhama
	IV	08.20	<p>Memonitor karakteristik luka Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak luka pada payudara kiri seperti kembang kol kecil berwarna merah dengan sedikit nanah b. Tampak area kulit sekitarpayudara kiri 	Ruhama

			hingga ketiak berwarna merah kebiruan	
	II	09.15	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri jauh berkurang <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: nyeri dirasakan pada skala 3</p> <p>T: nyeri dirasa hilang timbul</p> b. Tampak pasien tersenyum c. Tampak pasien bergerak lebih leluasa tanpa takut nyeri 	Ruhama
	I	09.12	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak merasa sesak lagi 	Ruhama

			<ul style="list-style-type: none"> b. Pasien mengatakan saat berjalan ke toilet atau mengganti pakaian tidak terlalu merasa sesak lagi c. Tampak pasien mulai berbicara santai dan tampak tidak sesak d. Tampak pola napas pasien teratur dan normal e. Tidak tampak pernapasan cuping hidung f. Tampak pasien tidak menggunakan o₂ 	
	I	09.12	<p>Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan tidak merasa sesak b. RR: 20x/ menit, irama teratur c. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas 	Ruhama
	I,II,III	10.00	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil:</p>	Ruhama

			<ul style="list-style-type: none"> a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV d. VIP albumin 500mg/2x1/oral e. Vit B com/2x1/oral 	
	II	10.00	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri berkurang P : nyeri akibat benjolan yang pecah Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak S: nyeri dirasakan pada skala 3 T: nyeri dirasa hilang timbul b. Tampak pasien tersenyum c. Tampak pasien berjalan-jalan di sekitar balkon tanpa takut nyeri 	Ruhama

	I	12.47	<p>Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan merasa sesak b. RR: 21x/ menit, irama teratur c. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas 	Ruhama
	II	13.00	<p>Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>Hasil:</p> <p>Tampak yang berjaga hanya anak pasien</p>	Ruhama
	III	13.20	<p>Memonitor asupan makan</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makannya b. Pasien mengatakan nafsu makan mulai meningkat c. Pasien mengatakan lebih banyak minum \pm 150cc air putih dan susu satu gelas 	Ruhama

			d. Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan serta susu	
	II	13.28	Mendokumentasikan hasil observasi Hasil: Hasil dokumentasi dituliskan pada lembar tindakan keperawatan	Ruhama
12 Jui 2022 (DINAS SIANG)	I,II,III	15.00	Memonitor ttv Hasil: TD: 110/90 mmhg N: 90x/menit P: 21x/menit S: 36.5°C	Ruth
	I	15.00	Memonitor pola napas Hasil: a. frekuensi pernapasan 21x/menit b. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas	Ruth
	I	15.01	Memonitor saturasi oksigen Hasil: SpO2 99%	Ruth
	I	15.05		Ruth

			<p>Memberikan posisi flowler/begitu juga</p> <p>Hasil:</p> <p>pasien tampak nyaman semi flowler</p>	
II	16.00	<p>Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi</p> <p>Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>Hasil:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: nyeri dirasakan pada skala 3</p> <p>T: nyeri dirasa hilang timbul</p> <p>b. Tampak pasien tersenyum dan melakukan aktifitas dengan mandiri</p>	Ruth	
II	16.02	<p>Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p>	Ruth	

			<p>Hasil:</p> <p>Pasien mengatakan tidak terlalu merasa nyeri lagi ketika banyak bergerak</p>	
	II	17.00	<p>Mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dexametasone 5cc /8jam/IV b. Ranitidine 2cc/8jam/IV c. Keterolac 5cc/8jam/IV 	Ruth
	III	18.30	<p>Memonitor asupan makan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan ½ porsi makannya b. Pasien mengatakan minum susu satu gelas 	Ruth
	III	18.31	<p>Memberikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nafsu makan mulai ada b. Pasien mengatakan tadi makan buah 2 buah c. Tampak pasien makan ½ porsi makanan berupa 	Ruth

			nasi, ikan, telur, dan sayur serta segelas gelas susu khusus orang kanker	
	IV	19.30	<p>Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Hasil:</p> <p>Pasien mengeluh nyeri pada luka payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak luka berwarna merah dan nanah berkurang b. Tampak area sekitar luka muncul warna merah kebiruan 	Ruth
	IV	19.31	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tampak luka pada payudara kiri seperti kembang kol kecil berwarna merah dan bernanah b. Tampak kulit sekitarpayudara kiri hingga ketiak berwarna merah kebiruan c. Tidak tampak adanya jaringan nekrotik 	Ruth
	II	19.35	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri	Ruth

			<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri jauh berkurang P : nyeri akibat benjolan yang pecah Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak S: nyeri dirasakan pada skala 3 T: nyeri dirasa hilang timbul b. Tampak pasien tersenyum c. Tampak pasien bergerak lebih leluasa tanpa takut nyeri 	
	I	20.31	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. frekuensi pernapasan 20x/menit b. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas 	Ruth
	I	20.31	<p>Memonitor saturasi oksigen</p> <p>Hasil:</p> <p>SpO2 99%</p>	Ruth

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ umur : Ny. A/56 tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth/ 506/1

tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
10 Juni 2022 (DINAS PAGI)	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih sesak</p> <p>O:</p> <p>a. RR: 27x/menit</p> <p>b. Tampak pasien sesak, irama cepat dan dalam</p> <p>c. Tampak ada penggunaan otot bantu napas</p> <p>d. Tampak pernapasan cuping hidung</p> <p>e. Tampak terpasang O2 nasal kanul 6 liter</p> <p>f. Spo2 : 97%</p> <p>A : Masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pemantauan respirasi dan pengaturan posisi</p> <p>a. Monitor frekuensi,irama,kedalaman dan upaya napas</p> <p>b. Monitor pola napas(seperti bradinea, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strokasbiot,ataksik)</p> <p>c. Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>d. Monitor saturasi oksigen</p> <p>e. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak</p> <p>f. Monitor Status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p>	Ruhama

	<p>Dx II : Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri luka pada payudara kiri belum berkurang <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 5</p> <p>T: nyeri terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam namun tidak mengurangi nyeri yang dirasa <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien meringis b. Tampak pasien berhati-hati saat memiringkan badan karena luka pada payudara c. Tampak pasien enggan untuk terlalu banyak bergerak karena sesak dan nyeri yang dirasa <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri c. Identifikasi non verbal d. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	Ruhama
--	---	--------

	<ul style="list-style-type: none"> e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) f. Fasilitas istirahat dan tidur g. Kolaborasi analgetik 	
	<p>Dx III: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak ada jaringan nekrotik pada luka payudara kiri b. Tampak kulit berwarna merah dan keluar nanah <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	Ruhama
	<p>Dx IV: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak nafsu makan b. Pasien mengatakan tidak merasa lapar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien hanya makan 2 buah pisang b. Tampak makanan masih utuh c. Tampak pasien kurus, lemas, dan pucat d. Belum ada hasil lab terbaru serum albumin 	Ruhama

	<p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor berat badan d. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu f. Berikan makanan tinggi kalori dan protein g. Berikan suplemen makan, jika perlu 	
Dinas Siang	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sesak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. RR: 26x/menit b. Tampak pasien sesak, irama cepat dan dalam c. Tampak ada penggunaan otot bantu napas d. Tampak pernapasan cuping hidung e. Tampak terpasang o2 6 liter f. Spo2: 98% <p>A: Masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pemantauan respirasi dan pengaturan posisi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas b. Monitor pola napas (seperti bradineia, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strocasbiot, ataksik) 	Ruth

	<ul style="list-style-type: none"> c. Monitor adanya sumbatan jalan napas d. Monitor saturasi oksigen e. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak f. Monitor Status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 	
	<p>DP II : Nyeri kronis b/d Infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri luka pada payudara kiri belum juga berkurang <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 5</p> <p>T: nyeri terus menerus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien meringis b. Tampak pasien berhati-hati saat bergerak <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri c. Identifikasi non verbal d. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) 	Ruth

	<ul style="list-style-type: none"> f. Fasilitas istirahat dan tidur g. Kolaborasi analgetik 	
	<p>Dx III: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak ada jaringan nekrotik pada luka payudara kiri b. Tampak kulit sekitar berwarna merah dan keluar nanah <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	Ruth
	<p>DP IV: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan tidak nafsu makan b. Pasien mengatakan sudah kenyang meski hanya makan sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makanannya hanya ¼ porsi sehari <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor berat badan d. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 	Ruth

	<ul style="list-style-type: none"> e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu f. Berikan makanan tinggi kalori dan protein g. Berikan suplemen makan, jika perlu 	
11 Juni 2022 (DINAS PAGI)	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan sesak mulai berkurang, walau sedang beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. RR: 24x/menit b. Tampak pasien sesak, irama cepat dan dalam c. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas d. Tampak tidak ada pernapasan cuping hidung e. Tampak terpasang O2 nasal kanul 4 liter f. Spo2 :98% <p>A : Masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pemantauan respirasi dan pengaturan posisi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas b. Monitor pola napas (seperti bradineia, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strocasbiot, ataksik) c. Monitor saturasi oksigen d. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak 	Ruhama

	<p>Dx II : Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada luka di payudara kiri mulai berkurang <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: nyeri terus menerus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien meringis menahan nyeri b. Tampak pasien berhati-hati bila bergerak agar tidak terasa nyeri <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri c. Identifikasi non verbal d. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri e. Fasilitas istirahat dan tidur f. Kolaborasi analgetik 	Ruhama
	<p>DP III: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien mulai membaik b. Pasien mengatakan jika makan terlalu banyak merasa mual <p>O :</p>	Ruhama

	<ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien menghabiskan ½ porsi dengan frekuensi makan 2 kali b. Tampak pasien pucat dan lemas c. Serum albumin : 3.8g/dL <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor berat badan d. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium e. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu f. Berikan makanan tinggi kalori dan protein g. Berikan suplemen makan, jika perlu 	
	<p>Dx IV: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak ada luka pada payudara kiri tidak ada jaringan nekrotik b. Tampak kulit masih berwarna merah c. Tampak nanah berkurang d. Tampak kulit sekitar area payudara berwarna merah kebiruan tidak mengelupas <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	Ruhama

(DINAS SIANG)	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d Hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> RR: 24x/menit Tampak pasien sesak Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas Tampak terpasang O2 4 liter SpO2 : 98% <p>A: Masalah pola napas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pemantauan respirasi dan pengaturan posisi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas (seperti bradineua, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strocasbiot, ataksik) Monitor saturasi oksigen Mengatur posisi untuk mengurangi sesak 	Ruth
	<p>Dx II : Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka di payudara kiri mulai berkurang</p> <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: nyeri kadang-kadang</p>	Ruth

	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien sesekali meringis b. Tampak pasien berhati-hati bila bergerak agar tidak terasa nyeri <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri c. Identifikasi non verbal d. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri e. Kolaborasi analgetik 	
	<p>Dx III: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak ada luka pada payudara kiri tidak ada jaringan nekrotik b. Tampak kulit masih berwarna merah c. Tampak nanah berkurang d. Tampak kulit sekitar area payudara berwarna merah kebiruan tidak mengelupas <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	Ruth

	<p>DP IV: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pasien mengatakan nafsu makan meningkat b. Pasien mengatakan jika makan terlalu banyak merasa mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanannya dengan frekuensi 1 kali makan malam b. Tampak pasien pucat <p>A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensianajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium d. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu e. Berikan makanan tinggi kalori dan protein f. Berikan suplemen makan, jika perlu 	Ruth
12 Juni 2022 (DINAS PAGI)	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak merasa sesak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. RR: 21x/menit b. Tampak pasien tidak sesak dan beraktivitas seperti berjalan tanpa sesak c. Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas d. Tampak pasien tidak menggunakan O2 	Ruhama

	<p>e. Spo2 : 99%</p> <p>A: Masalah pola napas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
	<p>Dx II : Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka di payudara kiri berkurang</p> <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>a. Tampak pasien lebih rileks dan tersenyum</p> <p>b. Tampak pasien lebih nyaman setelah menggunakan teknik napas dalam</p> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <p>a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi respon nyeri</p> <p>c. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>d. Kolaborasi analgetik</p>	Ruhama
	<p>Dx III: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>a. Tampak tidak ada jaringan nekrotik</p>	Ruhama

	<ul style="list-style-type: none"> b. Tampak luka berwarna merah muda c. Tampak tidak keluar nanah d. Tampak kulit sekitar area payudara berwarna merah kebiruan tidak mengelupas <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	
	<p>Dx IV: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat 2. Pasien mengatakan jika makan terlalu banyak merasa mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanannya dengan frekuensi 1 kali makan malam 2. Tampak pasien pucat <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nutrisi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium d. Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu 	Ruhama

	<p>e. Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>f. Berikan suplemen makan, jika perlu</p>	
(DINAS SIANG)	<p>Dx I : Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan)</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak merasa sesak</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> RR: 20x/menit Tampak pasien tidak sesak dan beraktivitas seperti berjalan tanpa sesak Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas Tampak pasien tidak menggunakan O2 Spo2 : 99% <p>A: Masalah pola napas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Ruth
	<p>Dx II : Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada luka di payudara kiri berkurang <p>P : nyeri akibat benjolan yang pecah</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dirasakan pada luka sebelah kiri menjalar hingga area ketiak</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien lebih rileks dan tersenyum <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p>	Ruth

	<p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri c. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri d. Kolaborasi analgetik 	
	<p>Dx III: Defisit nutrisi b/d faktor psikologis</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanannya dengan frekuensi 2 kali makan malam 2. Tampak pasien pucat <p>A:</p> <p>Masalah defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nutrisi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Monitor asupan makanan c. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium d. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu e. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 	Ruth

	<p>Dx IV: Gangguan integritas kulit b/d faktor mekanis (penekanan masa tumor)</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak tidak ada jaringan nekrotik b. Tampak luka berwarna merah muda dan mengeluarkan nanah e. Tampak kulit sekitar area payudara berwarna merah kebiruan tidak mengelupas <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda tanda infeksi 	Ruth
--	--	------

G. Terapi

1. Nama obat : Dexametasone
 - a. Klasifikasi / golongan obat : Kortikosteroid
 - b. Dosis umum : Dosis awal: 0.4-20 mg/hari diberikan melalui injeksi intravena / intramuskular tergantung pada kondisi yang diobati, dosis dapat dipertahankan atau disesuaikan sampai tercapai respon yang memuaskan
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 mg/8 jam
 - d. Cara pemberian : Intravena
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Berkerja dengan menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memicu peradangan. Obat iini juga memiliki efek immunosupresan atau penekanan sistem kekebalan tubuh.
 - f. Alasan pemberian obat : untuk menekan peradangan

- g. Kontra indikasi : pasien yang memiliki hipersensitif terhadap obat ini atau kortikosteroid lainnya. Kontraindikasi lain adalah pada pemberiann bersamaan dengan vaksin yang mengandung virus hidup, pemberian intramuskular pada pasien yang memiliki resiko perdarahan, misalnya menderita *idiopathic thrombocytericin purpura* (ITP), dan infeksi jamur sistemik, kecuali bila dibutuhkan untuk mengatasi reaksi obat akibat *amphotericin*
- Pasien dengan kardiomiopati obstruktif hipertrofik atau takiaritmia, hipersensitivitas pada kandungan combivent.
- h. Efek samping obat : sakit perut, mulas, sakit kepala, sulit tidur.

2. Nama obat : Ranitidine

- a. Klasifikasi / golongan obat : Golongan antasida, antirefluks, antituleserasi
- b. Dosis umum : Pada orang dewasa 50 mg yang diberikann melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/BB/jam melalui infus. Lalu diberikan secara oral 150 mg, minimal sebanyak 2x/hari.
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 cc /8 jam
- d. Cara pemberian : Intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Berkerja dengan mengurangi produksi asam lambung, sehingga asam yang dilepaskan kedalam sistem pencernaan akan berkurang yang membuat sekresi asam lambung menurun. Ranitidine merupakan antagonis kompetitif *reversible* respons histamine pada sel parietal mukosa lambung yang berfungsi untuk mensekresi asam lambung.
- f. Alasan pemberian obat : untuk mengurangi indikasi peningkatan asam lambung

- g. Kontra indikasi : hindari penggunaan ranitidine pada pasien dengan kondisi medis seperti: alergi terhadap ranitidine, riwayat porfiria akut yaitu kelainan pembentukan heme yang tidak sempurna.
 - h. Efek samping obat : sakit kepala, diare, nyeri perut, dan rasa tidak nyaman pada perut.
3. Nama Obat : Santagesik
- a. Klasifikasi / golongan obat : Golongan analgesik
 - b. Dosis umum : 2-5 ml melalui injeksi sebagai dosis tunggal. Dosis hingga 10ml/hari sebagai dosis harian
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5 cc /8 jam
 - d. Cara pemberian : Intravena
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Santagesik mengandung metamizole sodium anhydrate yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera.
 - f. Alasan pemberian obat : Untuk membantu mengurangi nyeri yang terjadi pada luka kanker payudara
 - g. Kontra indikasi : Tidak boleh digunakan untuk pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap santagesik.
 - h. Efek samping obat : Sesak napas, ruam serta gatal.
4. Nama obat : B complex
- a. Klasifikasi / golongan obat : Vitamin
 - b. Dosis umum : 3x1 sehari 1 tablet
 - c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 sehari 1 tablet
 - d. Cara pemberian : Oral
 - e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Berperan sebagai kofaktor enzim atau precursor, pada berbagai proses metabolisme asam amino dan karbohidrat.

- f. Alasan pemberian obat : Untuk mencegah dan memperbaiki malnutrisi pada pasien kanker
- g. Kontra indikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi dengan obat ini atau komponennya .
- h. Efek samping obat : Muntah, kadar gula darah tinggi, kulit memerah dan bahkan kerusakan hati.

5. Nama obat :

- a. Klasifikasi / golongan obat : suplemen
- b. Dosis umum : 2 kapsul 3x sehari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 sehari 1 tablet
- d. Cara pemberian : Oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Vipalbumin adalah suplemen makanan yang terbentuk dari ekstrak *Ophiocephalus striatus* (ikan gabus). Kegunaannya yaitu untuk meningkatkan daya tahan tubuh, meningkatkan kadar albumin dan hemoglobin (Hb), sebagai nutrisi tambahan Alasan pemberian obat : Digunakan untuk mengatasi hipoalbuminemia.
- f. Kontra indikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi dengan obat ini atau komponennya .
- g. Efek samping obat : Suplemen makanan ini tergolong aman dan dapat ditoleransi baik oleh tubuh. Kecuali bagi mereka yang alergi terhadap ikan gabus atau alergi terhadap bahan lain yang terkandung dalam Vipalbumin.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kesenjangan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny. "A" dengan kanker payudara di ruang perawatan St. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok yang di mulai dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data klien melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik langsung pada pasien. Adapun data yang diperoleh sebagai berikut :

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. A berumur 56 tahun pada tanggal 8 Juni 2022, oleh anak dan keluarganya ke RS Stella Maris Makassar dengan diagnosa medis *Dyspnue + Ca mammae* . Pasien datang dengan keluhan sesak dan nyeri pada luka payudara sebelah kiri, skala nyeri 6 dirasakan terus-menerus. Pasien mengatakan awalnya luka berbentuk benjolan kecil seperti kelereng tidak terasa sakit tapi lama-kelamaan benjolan tersebut semakin membesar dan memberikan rasa nyeri ketika diraba atau ditekan yang dialami kurang lebih 2 tahun. Pasien mengatakan awal bulan kemarin benjolan tersebut pecah disertai cairan berwarna kuning encer dan kulit sekitar berwarna merah kebiruan dan semakin memburuk sejak seminggu terakhir. Pasien mengatakan telah terdiagnosa kanker payudara sejak 2 tahun yang lalu namun tidak mengobatinya dan lebih memilih untuk menggunakan obat-obatan herbal.

Berdasarkan data-data pengkajian, penulis mendapatkan data Ny. "A" masuk di ruang perawatan ST.Bernadeth dengan diagnosa

medik *ca mammae* dengan keluhan utama sesak Selama 4 hari terakhir. Saat masuk tekanan darah pasien 130/80 mmHg, nadi 96x/menit, pernapasan 28x/menit, suhu 36.5⁰C dengan kesadaran composmentis . Selain itu data yang diperoleh dari pasien, pasien mengeluh nyeri pada luka payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan luka cukup besar akibat benjolan yang pecah dan mengeluarkan sedikit cairan kuning kental serta muncul warna merah kebiruan disekitar kulit payudara sampai area ketiak sebelah kiri, pasien mengatakan takut jika lukanya bertambah luas. Pasien mengatakan jika banyak bergerak nyeri semakin terasa dengan skala nyeri 6 yang, dirasakan terus menerus serta kurang nafsu makan disertai penurunan berat badan sejak sakit, tampak pasien kurus, lemas serta pucat.

Pada tinjauan teoritis dari beberapa tanda dan gejala yang muncul yaitu ada benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasa sakit, bentuk puting berubah atau mengeluarkan cairan/darah, ada perubahan pada kulit payudara diantaranya seperti kulit jeruk, melekok ke dalam, dan borok, adanya benjolan-benjolan kecil dalam atau pada kulit payudara, ada luka puting yang sulit sembuh, payudara terasa panans, memerah dan bengkak, terasa sakit/ nyeri, benjolan ada biasanya hanya satu payudar. Dari hasil pengkajian tanda dan gejala berdasarkan teori hampir semua sama.

Berdasarkan data yang ditemukanoleh penulis antara teori dan kasus nyata yang didapatkan saat pengkajian tidak terjadi kesenjangan dimana penyebab, tanda dan gejala serta pemeriksaan diagnostik secara teoritis juga terjadi pada pasien.

2. Diagnosis

Dari tinjauan teoritis diagnosis keperawatan yang ditemukan berdasarkan pada standar diagnosis keperawatan Indonesia dalam tim pokja SDKI DPP PPNI 2017, yaitu :

- a. Defisit nutrisi
- b. Nyeri akut
- c. Gangguan integritas kulit atau jaringan
- d. Risiko infeksi
- e. Gangguan citra tubuh
- f. Ansietas

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada kasus penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan yaitu:

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot pernapasan).

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Pada kasus ini penulis mengangkat diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas berdasarkan pada data yang di temukan dan dapat di validasi pada saat pengkajian yakni tampak pasien sesak, tidak ada sekret atau sumbatan jalan nafas, tampak ada penggunaan otot bantu nafas, pada pemeriksaan diagnostic thorax di dapatkan efusi pleura sebagai metastasis kanker payudara.

- b. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaikatan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan, berlangsung lebih dari 3 bulan. Pada kasus penulis mengangkat diagnosis keperawatan pada nyeri kronis

berhubungan dengan infiltrasi tumor berdasarkan dari data yang di temukan dan di validasi pasien mengeluh nyeri pada luka di daerah payudara sebelah kiri menjalar ke ketiak dirasa sejak \pm 2 tahun, tampak pasien meringis, dengan skala nyeri 6 di rasakan terus menerus, serta tampak pasien enggan terlalu banyak gerak karena takut nyeri.

- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan masa kanker)

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan masa kanker) adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamentum). Penulis mengangkat diagnosis ini karena berdasarkan data di temukan tanda dan gejala mayor serta minor yakni tampak terjadi kerusakan jaringan dan lapisan, tampak luka kanker berwarna merah disertai pengeluaran nanah dan tampak pasien meringis menahan sakit.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Dari hasil pengkajian penulis mengangkat diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) karena berdasarkan pada data yang di temukan dan di validasi pasien megatakan enggan makan dan mood makan selalu berubah-ubah,tampak pasien kurus,lemas dan pucat, IMT di bawah normal 16;9.

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah :

- a. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada luka kanker pasien sudah terinfeksi
- b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (D.0083). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada pasien tidak semua termasuk pada gejala dan tanda mayor seperti mengungkapkan kecatatan/kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh dll.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080). Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena data yang didapat pada pasien tidak semua termasuk pada gejala dan tanda mayor seperti merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, dll.

3. Intervensi

Berdasarkan analisa pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan penulis kemudian menetapkan rencana keperawatan yang terdiri dari rangkaian asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam intervensi keperawatan tindakan yang dilakukan perawat terdiri dari obeservasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi.

a. Pola nafas tidak efektif

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny A dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif di tandai dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernafasan). Adapun tujuan tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil:

dipsnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas menurun. Intervensi yang dilakukan yakni pemantauan respirasi dan pengaturan posisi. Pengaturan respirasi terdiri dari pemantauan respirasi meliputi monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strokasbiotataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor saturasi oksigen, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan dokumentasi hasil pemantauan. Untuk intervensi tambahan adalah pengaturan posisi -Monitor Status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan, atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler/fowler), informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu

b. Nyeri kronik

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny A dengan masalah nyeri kronik ditandai dengan infiltrasi tumor. Adapun tujuan tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Intervensi yang dilakukan yakni manajemen nyeri meliputi indentifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, indentifikasi respon nyeri, indentifikasi non verbal, indentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitas istirahat dan tidur, ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

c. Gangguan integritas kulit

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny A dengan masalah gangguan integritas kulit ditandai dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker). Adapun tujuan tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit cukup menurun dan kemerahan cukup menurun. Intervensi yang dilakukan yakni perawatan luka meliputi monitor karakteristik luka dan monitor tanda-tanda infeksi.

d. Defisit nutrisi

Perencanaan asuhan keperawatan pada Ny A dengan masalah defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis, keengganan untuk makan dengan tujuan tindakan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 jam dalam 3 hari maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makanan yang di habiskan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, frekuensi makan membaik. Intervensi yang dilakukan yakni manajemen nutrisi meliputi Identifikasi status nutrisi identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, ajarkan posisi duduk, jika mampu.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah gambaran dari kriteria hasil yang di harpkn dari rencan keperawatan yang telah di susun untuk mencapai asuhan keperawatan yang baik. Implementasi yang di lakukan pada Ny A dari hari 1 sampai hari ke 3 berjalan lancar tanpa hambatan karena pasien, keluarga dan pihak- pihak lain yang terkait

sangat kooperatif selama tindakan proses keperawatan berlangsung yang di lakukan oleh penulis.

5. Evaluasi

Evaluasi yang didapat selama 3 hari berdasarkan perbandingan tujuan yang telah di tetapkan dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny A yakni:

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Hingga pada hari ketiga setelah di lakukan tindakan masalah ini teratasi karena pasien tidak tampak sesak, tidak tampak adanya penggunaan otot bantu napas dan pernapas dalam batas normal.
- b. Nyeri kronik berhubungan dengan infiltrasi tumor.
Hingga pada hari ketiga setelah di lakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri pada payudara sebelah kiri hilang timbul dengan skala nyeri 3, tampak pasien sesekali meringis, tampak pasien berhati-hati dengan luka yang dialami.
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan massa kanker)
Hingga pada hari ketiga setelah dilakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena lapisan kulit pada luka belum membaik dan tampak warna kulit masih berwarna kemerahan
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keenggana untuk makan)
Hingga pada hari ketiga setelah di lakukan tindakan masalah ini belum teratasi karena nafsu makan pasien belum membaik, porsi makan tidak di habiskan $\frac{1}{2}$ porsi dengan frekuensi makan 2x sehari, serum albumin tidak dalam batas normal, tampak pasien kurus, IMT dibawah normal.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul EBN : Pemberian Posisi Semifowler
2. Diagnosis keperawatan: Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)
3. Luaran yang diharapkan : Pola napas membaik
4. Intervensi prioritas yang mengacu pada EBN : Pemantauan respirasi
5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :
 - a. Pengertian : Posisi semi fowler adalah posisi duduk dimana kepala ditinggikan paling sedikit 45°. Posisi semifowler dengan kemiringan 45° dilakukan dengan menggunakan tempat tidur orthopedik dan fasilitas bantal yang cukup untuk menyangga daerah punggung, sehingga dapat memberi kenyamanan saat tidur dan dapat mengurangi kondisi sesak napas pada saat terjadi serangan (Rahmawati et al., 2021)
 - b. Tujuan / rasional EBN : Bertujuan untuk menurunkan konsumsi O₂ dan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan. Kemiringan pada posisi ini menggunakan gravitasi membantu mengembangkan dada dan mengurangi tekanan abdomen dan diafragma. Pada saat gravitasi terjadi akan menarik diafragma ke bawah serta memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar. Sedangkan posisi telentang individu mengalami dua proses fisiologi yang dapat menekan pernafasan yaitu peningkatan volume darah dalam rongga toraks dan kompresi dada. Akibatnya, proses pertukaran udara pada seseorang yang berbaring telentang tidak berlangsung secara maksimal. Posisi ini akan juga mengurangi kerusakan membrane alveolus akibat tertimbunnya cairan, karena dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga aliran oksigen menjadi optimal.

TELAAH JURNAL	Jurnal I	Jurnal II	Jurnal III
PICOT	STUDI KASUS GANGGUAN POLA NAPAS TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN EFUSI PLEURA	Studi Dokumentasi: Ketidakefektifan Pola Nafas pada Pasien dengan <i>Carsinoma Mammae</i> di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta	Pengaruh Posisi Lateral dengan Naik 45° pada Oksigenasi di Pleural Pasien Efusi
Problem	Jumlah responden 2 orang pasien, atas nama Tn. D dan Tn. J dengan efusi pleura yang mengalami masalah keperawatan pola napas tidak efektif di ruang HCU Melati RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pada subjek pertama ditemukan data sesak napas dengan	Pasien dalam penelitian ini adalah seorang wanita, Ny. M berusia 45 tahun, pendidikan tidak sekolah, pekerjaan ibu rumah tangga yang terdiagnosa carcinoma mammae. Pasien masuk RS dengan sesak napas sejak satu bulan yang lalu, hasil	Jumlah sampel dalam penelitian ini 44 responden. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien dengan efusi pleura unilateral yang dibuktikan dengan hasil rontgen atau pemeriksaan fisik oleh dokter, posisi yang digunakan adalah posisi lateral dengan head up di bawah 45°, dipasang nasal

	frekuensi napas 28 x/menit, SpO2:98%, batuk berdahak, dan nyeri dada. Pada subjek kedua ditemukan data sesak napas dengan frekuensi napas: 25 x/menit, SpO2:97%, batuk berdahak putih kental.	pemeriksaan frekuensi napas 24x/menit.	kanula oksigen, sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah frekuensi pernapasan > 25x/m dan adanya trauma servikal.
Intervensi	Dalam penelitian ini dilakukan intervensi untuk mengatasi pola napas, salah satu intervensi adalah dengan pemberian posisi semifowler.	Dalam penelitian ini dilakukan intervensi pemberian posisi semifowler untuk memaksimalkan ventilasi. Posisi semifowler dilakukan dengan kemiringan 45° untuk membantu pengembangan paru	protokol penelitian memberikan posisi lateral dengan head-up 45°. Head-up 45° diukur menggunakan tingkat sudut. Saturasi oksigen diukur menggunakan pulse oksimetri dengan merk Choicemmed tipe Md300c20 dan

		dan mengurangi tekanan dari <i>abdomen</i> pada diafragma dan membuat oksigen didalam paru-paru meningkat sehingga memperingan kesukaran nafas.	frekuensi pernapasan diukur dengan menghitung frekuensi napas selama 1 menit oleh penulis pertama.
Comparasion	Dalam jurnal ini saat dilakukan pengkajian ditemukan perbedaan tidakan Tn. D terpasang WSD sedangkan pada Tn. J tidak terpasang WSD. Perbedaan tersebut terjadi karena produksi cairan pleura yang berbeda. Pada Tn. D juga efusi pleura disebabkan oleh adanya tumor mediastinum sehingga didapati ada penurunan frekuensi napas namun belum normal.	Dalam jurnal ini tidak ditemukan pembandingan dengan responden yang lain. Jurnal ini hanya meneliti pada satu responden.	Adapun penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa ada pengaruh posisi lateral dengan head-up 45° pada pasien dengan efusi pleura yang dibuktikan dari hasil uji Wilcoxon diperoleh nilai p value sebesar 0,0001 (p value<0,05).

Outcome	<p>Berdasarkan hasil setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pola napas tidak efektif semua masalah sama-sama teratasi sebagian. Terdapat perbedaan penurunan RR pada kedua pasien. Sebelum dilakukan asuhan keperawatan RR Tn. D 28x/menit, kemudian setelah dilakukan asuhan keperawatan menjadi 24 x/menit. Sedangkan untuk Tn. J RR awal 25x/menit menjadi 22 x/menit. Kedua pasien tersebut sama-sama mengalami penurunan RR, tetapi RR Tn.D tetap tinggi dikarenakan terdapat diagnosa tumor mediastinum.</p>	<p>Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan sesak nafas pada Ny. M berkurang, setelah pemberian intervensi semifowler.</p>	<p>Hasil studi banding menggunakan uji Wilcoxon diperoleh nilai p value sebesar 0,0001 (p value Terdapat perbedaan yang signifikan nilai saturasi oksigen sebelum dan sesudah intervensi, juga pada frekuensi napas sebelum dan sesudah intervensi diberikan posisi lateral dengan head up 45° terhadap saturasi oksigen dan frekuensi napas pada efusi pleura unilateral. Pasien</p>
---------	---	--	---

Time	Dalam penelitian ini intervensi pemberian posisi semifowler untuk mengurangi sesak dilakukan selama 3 hari (3x8 jam)	Dalam penelitian ini intervensi pemberian posisi semifowler untuk mengurangi sesak dilakukan selama 3 hari (3x24 jam)	Penelitian ini dilakukan di Dr. HA RS Paru Rotinsulu Bandung mulai tanggal 10 April 2019 sampai dengan 8 Mei 2019
------	--	---	---

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien dengan penyakit kanker payudara di Ruang Perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny "A" ditemukan data sebagai berikut: Ny "A" berumur 56 tahun dengan jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan pasien menderita penyakit *Dyspnue + Ca mammae* sejak ± 2 tahun yang lalu dan rutin mengontrol kesehatannya serta mengonsumsi obat herbal. Pada tanggal 9 Juni 2022 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak, nyeri pada luka payudara sebelah kiri, dan kurang nafsu makan disertai penurunan berat badan sejak pasien jatuh sakit. Tampak luka pada payudara sebelah kiri mulai mengering mengeluarkan sedikit cairan berwarna kuning kental, tampak pasien dengan posisi semifowler, kesadaran composmentis dengan GCS 15. Tanda-tanda vital tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 96 x/menit, pernapasan 28x/menit, suhu 36.5⁰C. Pemeriksaan foto thorax kesan : efusi pleura bilateral dan multipel nodul pulmo bilateral sesuai tumor metastasis. Dexametasone 5 mg/ bolus IV/ 8 jam, ranitidine 2 mg/IV/8 jam IV, Santagesik 5 mg /bolus IV/ 8 jam, Vitamin B com 1 tab/2x1 oral, vipalbumin 500mg/1 tab/2x1 oral, menggunakan O2 nasal kanul 6 L/menit dan terpasang IVFD RL 500 cc/ 20 tpm
2. Dari hasil pengkajian yang didapat pada Ny "A" maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah:
 - a. Pola nafas tidak efektif b/d hambatan upaya napas (kelemahan otot penapasan) (D.0005)
 - b. Nyeri kronis b/d infiltrasi tumor (D.0078)

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan b/d faktor mekanis (penekanan masa kanker) (D.0912)
 - d. Defisit Nutrisi b/d faktor psikologis (keengganan untuk makan)
Pola napas tidak efektif
3. Intervensi yang tersusun untuk mengatasi masalah keperawatan
- a. Pola nafas tidak efektif di tandai dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernafasan) intervensi keperawatan yang di lakukan yakni pemantauan respirasi dan pengaturan posisi. Pengaturan respirasi terdiri dari pemantauan respirasi meliputi monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kusneul, cheyne-strokasbiotataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor saturasi oksigen, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan dan dokumentasi hasil pemantauan. Untuk intervensi tambahan adalah pengaturan posisi -Monitor Status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan, atur posisi untuk mengurangi sesak (semi fowler/fowler), informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
 - b. Nyeri kronik ditandai dengan infiltrasi tumor intervensi keperawatan yang dilakukan yakni manajemen nyeri meliputi indentifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, indentifikasi respon nyeri, indentifikasi non verbal, indentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitas istirahat dan tidur, ajarkan

teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

- c. Gangguan integritas kulit faktor mekanis (penekanan masa kanker) intervensi keperawatan yang dilakukan yakni perawatan luka meliputi monitor karakteristik luka dan monitor tanda-tanda infeksi.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) intervensi keperawatan yang dilakukan yakni manajemen nutrisi meliputi Identifikasi status nutrisi identifikasi alergi dan intoleransi makanan, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, ajarkan posisi duduk, jika mampu.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yaitu : masalah pola napas teratasi, sedangkan masalah nyeri kronis, gangguan integritas kulit, dan defisit nutrisi belum teratasi.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam urian-uraian diatas, maka penulis akan mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesional dan meningkat derajat kesehatan dimasyarakat antara lain:

1. Bagi Institusi Pendidikan.

Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/mahasiswi yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang profesional. Penulis juga mengharapkan dilakukan pembaharuan referensi-referensi yang ada diperpustakaan

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien kanker payudara, hendaknya menggunakan pedoman perawatan sesuai standard perkembangan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan profesi dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien dengan kanker payudara yang mengalami sesak di ruang perawatan dengan pemberian posisi semifowler dan diharapkan dapat mencari intervensi lain berbasis EBN pada pemberian asuhan keperawatan pasien kanker payudara.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. N., Wahyuni, D. T., Budiono, Pranata, L., Damayanti, D., Pangkey, B. C. ., Indarwati, Zuliani, M., Khusniyah, Z., & Ernawati, N. (2022). *ANATOMI FISILOGI* (A. Karim (ed.)). Yayasan Kita Menulis.
- Ardhiansyah, A. O. (2021). *Kanker Payudara (Edisi 2): Dari Teori Preklinik Hingga Aplikasi Klini*. Airlangga University Press.
- Ardhiansyah, A. O. (2022). *Serba-serbi KELAINAN Payudara* (Z. Abadi (ed.); 1st ed.).
- Global Cancer Observation. (2020). *GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data*. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). Situasi Penyakit Kanker Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi Kemenkes RI*, 2, 31–33.
- Kementrian Kesehatan RI. (2022). *Kanker Payudara Paling Banyak di Indonesia, Kemenkes Targetkan Pemerataan Layanan Kesehatan*. Jumat, 04 Februari 2022. <https://www.kemkes.go.id/article/view/22020400002/kanker-payudaya-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan.html>
- NIngrum, M. P., & Rahayu, R. S. R. (2021). Determinan Kejadian Kanker Payudara pada Wanita Usia Subur (15-49 Tahun). *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3), 362–370. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Pangribowo, S. (2019). Beban Kanker di Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*, 1–16.
- Panigroro, S., Hernowo, B. S., & Purwanto, H. (2019). Panduan

Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 1–50. <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>

Purwanti, S., Syukur, N. A., & Haloho, C. B. (2021). Faktor Risiko Berhubungan dengan Kejadian Kanker Payudara Wanita. *Jurnal Bidan Cerdas*, 3(4), 168–175. <https://doi.org/10.33860/jbc.v3i4.460>

Putra, S. R. (2015). *Buku Lengkap Kanker Payudara* (Itanov (ed.); 1st ed.). Laksana.

Rahmawati, E. Y., Pranggono, E. H., & Priambodo, A. P. (2021). The Effect of Lateral Position with Head Up 45° on Oxygenation in Pleural Effusion Patients. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(2), 124–130. <https://doi.org/10.24198/jkp.v9i2.1672>

Ramli, M. (2015). Update Breast Cancer Management. *Jurnal Fakultas Kedokteran Andalas*, 38, 28–52.

Risnah. (2020). *Konsep Medis dan Keperawatan pada Gangguan Sistem Onkologi* (M. I. Irwan (ed.); 1st ed.). Jariah Publishing Intermedia.

Sarina, S., Thaha, R. M., & Nasir, S. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Sadari Sebagai Deteksi Dini Kanker Payudara pada Mahasiswi FKM Unhas. *Hasanuddin Journal of Public Health*, 1(1), 61–70. <https://doi.org/10.30597/hjph.v1i1.9513>

Solehati, T., Napisah, P., Rahmawati, A., Nurhidayah, I., & Kosasih, C. E. (2020). Penatalaksanaan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara; Sistematis Review. *Jurnal Ilmiah ...*, 10(1), 71–82. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/672>

Sunarti, D. E., Yusran, S., & Arum Dian, P. (2018). *ANALISIS FAKTOR RISIKO YANG MEMPENGARUHI KANKER PAYUDARA TERHADAP PASIEN RSUD BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA*

TAHUN 2017. 3, No 2.

WHO. (2018). *Cancer*. World Health Organization.
https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Wijaya, A. saferi. (2015). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.