

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KANKER PAYUDARA (CA
MAMMAE) POST OP BSO TAH + MASTEKTOMI HARI KE 1
DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

**AISYAH WULAN RACHMAWATI, S.Kep
NIM. 2230006**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2023

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KANKER PAYUDARA (CA
MAMMAE) POST OP BSO TAH + MASTEKTOMI HARI KE 1
DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



Oleh :

**AISYAH WULAN RACHMAWATI, S.Kep
NIM. 2230006**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 06 Desember 2022

Penulis,



Aisyah Wulan Rachmawati, S.Kep
NIM. 2230006

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Aisyah Wulan Rachmawati, S.Kep

NIM : 2230006

Program Studi : Pendidikan Profesi ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Kanker Payudara
(*Ca Mammae*) *Post Op BSO TAH + Mastektomi* Hari Ke 1
Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Pembimbing Institusi



Nur Muji A, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03044

Pembimbing Klinik



Letkol Laut Pudji Agung W, S.Kep.,Ns
NRP: 11314/P

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Kampus Pendidikan Profesi Ners



Dr. Hendriyati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 19 Januari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Aisyah Wulan Rachmawati, S.Kep
NIM : 2230006
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pasien Kanker Payudara
(*Ca Mammae*) *Post Op BSO TAH + Mastektomi* Hari Ke 1
Di Ruang HI RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners (Ns.)” pada prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03001
Penguji 2 : Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03044
Penguji 3 : Letkol Laut Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns
NRP: 11314/P



**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Kaprodi Pendidikan Profesi Ners**



Dr. Husniyah Sva'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 19 Januari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar-benarnya kepada :

1. Laksamana Pertama Purn. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD, selaku Kepala Rumkital dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Letkol Laut Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns, selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji ketua yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahannya dan dorongan moral dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing institusi yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Klien Ny. A yang telah memberikan kesempatan untuk dilakukan asuhan keperawatan dalam mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 06 Desember 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
2.2.1 Tujuan Umum	5
2.2.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Penyakit	10
2.1.1 Anatomi Fisiologi Payudara (<i>Mammae</i>)	10
2.1.2 Definisi Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	13
2.1.3 Etiologi Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	13
2.1.4 Klasifikasi Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	14
2.1.5 Patofisiologi Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	18
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>)	20
2.1.7 Manifestasi Klinis Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	21
2.1.8 Komplikasi Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>).....	21
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>)	22
2.1.10 Penatalaksanaan Kanker Payudara (<i>CA Mammae</i>)	25
2.2 Konsep Tindakan <i>Mastektomi</i>	26
2.2.1 Pengertian <i>Mastektomi</i>	26
2.2.2 Kemungkinan Efek Samping Dari <i>Mastektomi</i>	27
2.2.3 Perawatan setelah <i>mastektomi</i>	27
2.3 Konsep <i>Salphingo Oophorectomi Bilateral</i> Pada Kanker Payudara.....	28
2.3.1 Definisi.....	28
2.3.2 Ruang lingkup	28
2.3.3 Indikasi operasi	28
2.3.4 Kontra indikasi operasi	28
2.3.5 Pemeriksaan penunjang.....	29
2.3.6 Prosedur	29
2.3.7 Komplikasi operasi.....	29
2.3.8 Perawatan Pasca Bedah.....	30

2.3.9	Follow up	30
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan <i>Ca Mammae</i>	30
2.4.1	Pengkajian	30
2.4.2	Diagnosis Keperawatan.....	35
2.4.3	Intervensi Keperawatan.....	36
2.4.4	Implementasi Keperawatan	44
2.4.5	Evaluasi Keperawatan	45
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		47
3.1	Pengkajian	47
3.1.1	Data Dasar	47
3.1.2	Keluhan Utama.....	47
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	47
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	48
3.1.5	Riwayat Keluarga.....	49
3.1.6	Riwayat Sosial.....	49
3.1.7	Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	50
3.1.8	Pemeriksaan Fisik	50
3.1.9	Pemeriksaan Penunjang	56
3.1.10	Terapi Medis	60
3.2	Analisa Data Keperawatan.....	60
3.3	Prioritas Masalah	62
3.4	Intervensi Keperawatan.....	63
3.5	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	65
BAB 4 PEMBAHASAN		76
4.1	Pengkajian	76
4.2	Diagnosis Keperawatan	79
4.3	Intervensi Keperawatan.....	82
4.4	Implementasi Keperawatan.....	86
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	89
BAB 5 PENUTUP.....		92
5.1	Simpulan	92
5.2	Saran	94
DAFTAR PUSTAKA		96

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi <i>Breast Imaging Reporting and Data System</i> (BIRADS) ...	23
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium Pasien Ny. A	56
Tabel 3. 2 Terapi Medis Pasien Ny. A	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Payudara (<i>Mammae</i>)	11
Gambar 2. 2 <i>Web Of Caution</i> Kanker (CA <i>Mammae</i>).....	20
Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny. A.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran. 1 Curriculum Vitae	100
Lampiran. 2 Motto dan Persembahan	101
Lampiran. 3 Standart Operasional Prosedur (SOP)	102
Lampiran. 4 SGAS Pembimbing dan Kelompok Mahasiswa	108
Lampiran. 5 Pengajuan KIA	109
Lampiran. 6 Lembar Bimbingan	110

DAFTAR SINGKATAN

(Intra Cerebral Hemorrhage) ICH

ACR: *American College of Radiology*

BAB: Buang Air Besar

BAK: Buang Air Kecil

BIRADS: *Breast Imaging Reporting and Data System*

Ca: *Cancer*

Cc: *Cubic Centimeter*

Cm: Centimeter

CT Scan: *Computerized Tomography Scan*

CVP: *Central Venous Pressure*

DCIS: karsinoma in situ

DO: Data Objektif

DS: Data Subyektif

EMV: *Eye, Mobility, Verbal*

FNAB: *Fine-Needle Aspiration Biopsy*

g/dl: gram per desiliter

GCS: Glasgow Coma Scale

HER2: gen pro-proliferasi

HRT: *hormon replacement therapy*

HRT: *Hormon Replacement Therapy*

IGD: Instalasi Gawat Darurat

IHC: *Immunohistochemistry*

ILO: Infeksi Luka Operasi

Inf: Infus

Inj: Injeksi

Iv: Intravena

Kg: Kilo gram

KGB: Kelenjar Getah Bening

LCIS: karsinoma lobulusin situ

Ml: Mililiter

MmHg: Milimeter Merkuri Hydrargyrum
Mnt: Menit
MRI: *Magnetic resonance imaging*
NGT: *Nasogastric Tube*
NS: Natrium Chloride
Ny: Nyonya
O₂: Oksigen
°C: Derajat Celcius
PQRST: *Provoking, Quality, Region, Severity, Time*
RM: Rekam Medis
RR: *respiratory rate*
SDKI: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOAP: Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning
TTV: Tanda-tanda Vital
USG: Ultrasonografi
Wib: Waktu Indonesia barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker payudara adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang merupakan suatu pertumbuhan jaringan payudara abnormal yang berbeda dengan jaringan sekitarnya. Neoplasma ini dapat pula menyebar ke bagian lain di seluruh tubuh. Penyebaran tersebut disebut dengan metastase (Iqmy, Setiawati, & Yanti, 2021; Nurrohmah, et all, 2022). Kanker payudara merupakan kanker yang paling sering ditemukan pada wanita di seluruh dunia (22% dari sernua kasus baru kanker pada perempuan) dan menjadi urutan kedua sebagai penyebab kematian terkait kanker setelah kanker paru (Hero, 2021; Sjamsuhidajat & de Jong, 2017). Angka kejadian kanker payudara tertinggi terdapat pada usia 40-49 tahun, sedangkan untuk usia dibawah 35 tahun insidennya hanya kurang dari 5% (Cardoso, et all, 2019; Nurrohmah, et all, 2022).

Penyakit kanker payudara memiliki beberapa cara pengobatan diantaranya kemoterapi, radioterapi, terapi hormonal, dan mastektomi. Mastektomi merupakan jenis pengobatan yang paling banyak digunakan oleh penderita kanker payudara, pengobatan ini dapat menghambat proses perkembangan sel kanker dengan taraf kesembuhan 85% hingga 87%. Efek dari pengobatan mastektomi adalah pasien akan kehilangan sebagian atau seluruh payudara, mati rasa pada kulit, serta kelumpuhan apabila tidak ditangani (Sari NN, 2021). Masalah keperawatan yang muncul pada perawatan pasien post operatif kanker payudara yang ditemukan antara lain nyeri akut, risiko infeksi, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri (Mastura, R. Nurhidayah, 2022)

Data *Global Cancer Observatory* tahun 2018 menunjukkan terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami kejadian kanker. Secara global, *American Cancer Society* mencatat jumlah penderita kanker berdasarkan data insiden, prevalensi, dan mortalitas kanker mencapai setidaknya 18 juta penderita pada 2018. Dengan Populasi dunia mencapai 7,7 miliar orang, angka prevalensi kanker mencapai 2,3 perseribu penduduk. Prevalensi kanker payudara (11,6%). Dan pada tahun 2020, estimasi kejadian kanker di Indonesia terdapat 65.858 kasus baru kanker payudara, dengan jumlah kematian akibat kanker payudara sebanyak 22.430 kasus (Globocan, 2020). Angka kejadian untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk. Kasus kanker yang paling banyak terjadi di Indonesia adalah kanker payudara, yakni 58.256 kasus atau 16,7% dari total 348.809 kasus kanker (Kemenkes RI, 2020).

Angka kejadian kanker payudara di RSPAL dr. Ramelan Surabaya ruang H1 selama menjalani praktek komprehensif terhitung 3 pasien dari tanggal 28 November sampai dengan 11 Desember 2022 (2 minggu), terdapat 22 pasien yang masuk ke ruang H1 Bedah RSPAL dr. Ramelan dengan usia 20 sampai 60 tahun, 3 pasien kanker payudara, 3 pasien tumor otak, 2 pasien spondylitis, 2 pasien anemia, 4 pasien spinal stenosis, 2 kanker serviks, 2 pasien hidrocefalus, 1 pasien kanker kolon, 5 pasien fraktur. Seluruh pasien dalam kondisi kesadaran kompos mentis.

Kanker payudara adalah sebuah penyakit yang diakibatkan oleh pertumbuhan sel yang tak terkendali pada payudara. Kanker payudara dapat menyebar ke luar payudara melalui pembuluh darah dan pembuluh limfatik, yang merupakan pertanda terjadinya metastasis (Wolff, Blackford AL, 2018) . Tindakan yang dilakukan untuk menangani kanker payudara sangat beragam salah satunya adalah operasi mastektomi, masalah keperawatan yang muncul karena tindakan pembedahan tersebut adalah nyeri akut. Kerusakan dan inflamasi pada nervus akan memicu rasa nyeri. Rasa nyeri pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk psikologi dari pasien (Yodang dan Nuridah, 2021). Permasalahan yang sering dihadapi pada *post op* adalah terjadinya komplikasi pada luka operasi terutama infeksi, suatu keadaan masuknya kuman, menetap dan multiplikasi (Utami et al., 2019). Pasien *post op* dengan masalah nyeri akut akan memicu perasaan cemas untuk melakukan mobilisasi dini, di mana pasien dengan tirah baring yang terlalu lama akan mengakibatkan otot-otot di seluruh tubuh menjadi kaku, sirkulasi darah terganggu, terjadi gangguan pernapasan, gangguan peristaltic, berkemih dan luka tekan (Hidayati & Fitriyani, 2022). Gangguan mobilitas fisik dapat menyebabkan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi (Nadiya Sarah, 2018).

Penatalaksanaan kanker biasanya dilakukan dengan berbagai macam terapi salah satunya tindakan yang sering digunakan untuk pelaksanaan kanker payudara lokal yaitu mastektomi dengan atau tanpa rekonstruksi dan bedah penyelamatan payudara yang berkombinasi dengan terapi radiasi (Dhestirati,

2022). Kemoterapi yang dilakukan secara berseri dan kontinyu (Meylana EH, 2020). Kemoterapi biasanya terdiri dari enam sampai delapan seri tergantung pada kondisi pasien, frekuensi dapat berbeda-beda menyesuaikan dengan stadium kanker, tujuan terapi, jenis obat sitotoksik yang digunakan dan respon tubuh pasien (Ashariati, 2019). Pengalaman dan pengobatan yang dilalui pada pasien kanker mempunyai pengaruh yang besar dalam kualitas hidup pasien, kualitas hidup memiliki empat aspek yang harus dicermati pasien kanker payudara yaitu kesejahteraan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Ratih Kumala Dewi, 2020). Mengacu pada kesejahteraan psikologis tidak sedikit pasien yang menjalani kemoterapi mengalami depresi yang pasien beradaptasi kondisinya saat ini sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien (Rosyanti, 2018). Keadaan tersebut bila tidak ditanggulangi akan menyebabkan dampak serius bagi kesehatan jiwa dan tidak sedikit yang berujung pada percobaan bunuh diri.

Seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan dan dampak lebih lanjut dari kanker payudara atau *ca mammae*. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik membahas mengenai konsep dasar hingga evaluasi terhadap pasien kanker payudara yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien (*Ca Mammae*) Kanker Payudara *Post Op TAH BSO + Mastektomi* Hari ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*), untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae*) Post Op TAH BSO + Mastektomi Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

2.2.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae*) Post Op TAH BSO + Mastektomi Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

2.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae*) Post Op TAH BSO + Mastektomi Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisis masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae*) Post Op TAH BSO + Mastektomi Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pasien Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca*

Mammae) Post Op TAH BSO + Mastektomi Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae) Post Op TAH BSO + Mastektomi* Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Diagnosis Medis Kanker Payudara (*Ca Mammae) Post Op TAH BSO + Mastektomi* Hari Ke 1 Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mordibitas dan mortalitas pada pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*).

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai pemasukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*) sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*). serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Pasien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit Kanker Payudara (*Ca Mammae*) sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*) dirumah agar meminimalkan aktivitas.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan Kanker Payudara (*Ca Mammae*) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, rekasi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang Konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Kanker Payudara (*Ca Mammae*)

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

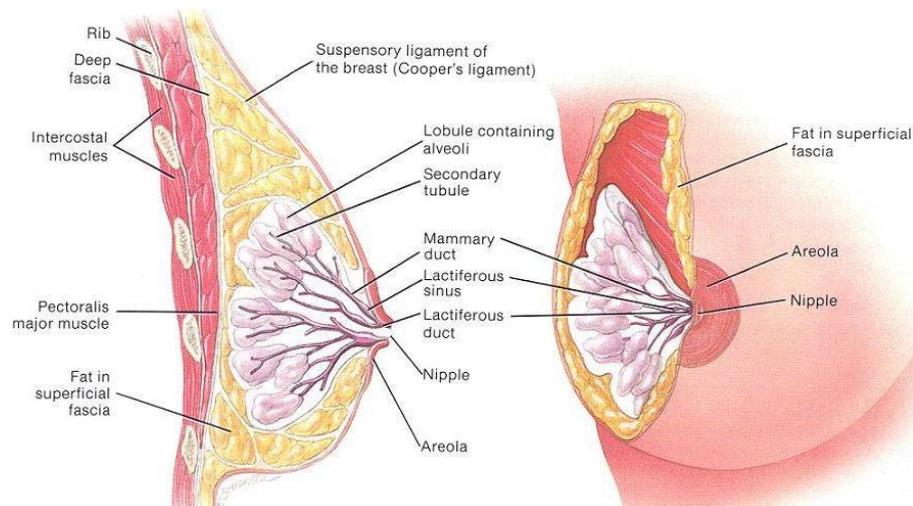
Bab 2 Tinjauan Pustaka menguraikan tentang konsep penyakit meliputi : anatomi fisiologi, definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, *Web Of Caution* (WOC), manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan kanker payudara (CA) *Mammae*; dan membahas tentang konsep asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, masalah keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Anatomi Fisiologi Payudara (*Mammae*)

Mammae terdapat pada laki-laki dan perempuan. Bentuk *mammae* sama pada laki-laki dan perempuan yang belum dewasa. Papilla *mammae* kecil dan dikelilingi oleh daerah kulit yang berwarna lebih gelap, disebut *areola mammae*. Jaringan *mammae* tersusun atas sekelompok kecil sistem saluran yang terdapat di dalam jaringan penyambung dan bermuara di daerah *areola*. Dasar *mammae* terbentang dari iga kedua sampai keenam dan dari pinggir lateral sternum sampai *linea axillaries media*. Sebagian besar glandula *mammaria* terletak didalam *fascia superficialis*. Sebagian kecil, yang disebut *processus axillaris*, meluas ke atas dan lateral, menembus *fascia profunda* pada pinggir *caudal musculus pectoralis major*, dan sampai *axilla*. Setiap payudara terdiri dari 15-20 lobus, yang tersusun radier dan berpusat pada *papilla mammaria*. Saluran utama dari setiap *lobus* bermuara di *papilla mammae* dan mempunyai *ampulla* yang melebar tepat sebelum ujungnya. Dasar *papilla mammae* dikelilingi oleh *areola*. Tonjolan-tonjolan halus pada areola diakibatkan oleh kelenjar *areola* di bawahnya. *Lobus-*

lobus kelenjar dipisahkan oleh *septa fibrosa*. *Septa* di bagian atas kelenjar berkembang dengan baik dan terbentang dari kulit sampai ke *fascia profunda* dan berfungsi sebagai *ligamentum suspensorium*. *Glandula mammae* dipisahkan dari *fascia profunda* yang membungkus otot-otot di bawahnya oleh *spatium retromammary* yang berisi jaringan ikat jarang. Pada perempuan muda, payudara cenderung menonjol ke depan dari dasar yang sirkular, pada perempuan yang lebih tua payudara cenderung menggantung. *Mammae* mencapai ukuran maksimal selama masa laktasi (Siregar karolus & Nugroho, 2022).



Gambar 2. 1 Anatomi Payudara (*Mammae*) Sumber : (Siregar karolus & Nugroho, 2022)

Mammae mulai berkembang saat pubertas dan perkembangannya distimulasi oleh *estrogen* yang berasal dari siklus seksual wanita bulanan. *Estrogen* merangsang pertumbuhan kelenjar *mammae* payudara ditambah dengan deposit lemak untuk memberi massa payudara. Selain itu pertumbuhan yang lebih besar terjadi selama kadar estrogen yang tinggi pada kehamilan dan hanya jaringan kelenjar saja yang berkembang sempurna untuk pembentukan air susu.

Terdapat 2 hormon yang berperan dalam proses perkembangan payudara antara lain:

1. Peranan *Estrogen* (Pertumbuhan sistem duktus)

Selama kehamilan, sejumlah besar estrogen disekresikan oleh plasenta sehingga sistem duktus payudara tumbuh dan bercabang. Secara bersamaan, stroma payudara juga bertambah besar dan sejumlah besar lemak terdapat dalam *stroma*. Sedikitnya ada 4 hormon lain yang penting dalam pertumbuhan sistem duktus diantaranya hormon pertumbuhan, *prolaktin*, *glukokortikoid* adrenal dan insulin. Masing-masing hormon tersebut diketahui memainkan paling sedikit beberapa peranan dalam metabolisme protein (Siregar karolus & Nugroho, 2022).

2. Peranan Progesteron (Perkembangan sistem lobulus-alveolus)

Perkembangan akhir *mammae* menjadi organ yang menyekresi air susu juga memerlukan *progesteron*. Sistem duktus telah berkembang, *progesteron* bekerja secara sinergistik dengan estrogen, juga dengan semua hormon-hormon lain menyebabkan pertumbuhan lobulus payudara, dengan pertunasan *alveolus* dan perkembangan sifat-sifat sekresi dari sel-sel *alveoli*. Perubahan-perubahan ini analog dengan efek sekresi progesteron pada *endometrium* uterus selama pertengahan akhir siklus seksual wanita. Walaupun *estrogen* dan *progesteron* penting untuk perkembangan fisik kelenjar *mammae* selama kehamilan, namun hormon ini mempunyai pengaruh untuk tidak menyebabkan *alveoli* menyekresi air susu.

Air susu disekresi hanya sesudah payudara yang siap dirangsang lebih lanjut oleh prolaktin dari kelenjar hipofisis anterior. Konsentrasi hormon prolaktin dalam darah ibu meningkat secara tetap dari minggu kelima kehamilan sampai kelahiran bayi (Siregar karolus & Nugroho, 2022).

2.1.2 Definisi Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Kanker payudara adalah suatu penyakit yang diakibatkan oleh adanya suatu perkembangan sel kanker pada payudara atau adanya pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol pada payudara (Liabalingka, 2020). Kanker payudara adalah neoplasma ganas yang terbentuk dari sel-sel payudara yang tumbuh dan berkembang tanpa terkendali sehingga dapat menyebar di antara jaringan atau organ di dekat payudara atau ke bagian tubuh lainnya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Kanker payudara umumnya terjadi pada wanita, tetapi tidak menutup kemungkinan laki-laki juga dapat terkena kanker payudara akan tetapi kasusnya hanya 1 : 1000 dibandingkan dengan wanita. Kanker payudara termasuk salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kematian terbesar pada seseorang wanita (Liabalingka, 2020).

2.1.3 Etiologi Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Penyebab kanker payudara Menurut (Nina et all 2020) yaitu:

1. Faktor genetik, jika mempunyai keluarga yang menderita kanker payudara.
2. Faktor usia, penyakit kanker payudara meningkat pada usia remaja ke atas.
3. Pola hidup tidak sehat, seringnya mengkonsumsi *junkfood* dan jarang olahraga.

4. Menggunakan obat-obatan, seperti : *hormon replacement therapy* (HRT) yang dapat menyebabkan peningkatan resiko terkena penyakit kanker payudara.
5. Faktor lain yang diduga menjadi salah satu penyebab kanker payudara ialah tidak menikah, menikah tapi tidak punya anak, melahirkan anak pertama setelah usia 35 tahun, tidak pernah menyusui anak.
6. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa penyakit kanker payudara meningkat pada orang yang sering menghadapi kondisi stress, dan pada wanita yang menstruasi pertama kali terjadi pada saat usia dibawah 11 tahun (Liabalingka, 2020).
7. Perokok pasif

Orang yang tidak merokok akan tetapi ia menghirup asap rokok yang dikeluarkan oleh orang perokok dan ini biasanya disebut perokok pasif dan ini lebih beresiko terkena kanker payudara dibandingkan dengan perokok aktif. Menurut ahli dari *California Environment Protection Agency* perokok pasif memiliki hubungan yang sangat erat dengan resiko terkena penyakit kanker payudara, oleh karena itu jangan menjadi perokok pasif dan jangan menjadi perokok aktif, hindarilah orang-orang yang merokok disekitar anda agar anda tidak menjadi perokok pasif karena akan beresiko terkena penyakit kanker payudara (Liabalingka, 2020).

2.1.4 Klasifikasi Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Perkembangan kondisi abnormal payudara hingga menjadi sel kanker terbagi menjadi tiga kelas yaitu normal, tumor (*benign*) dan kanker. Neoplasma itu sendiri adalah massa jaringan abnormal. Dimana pada kelas ini terdapat dua jenis

neoplasma pada payudara, yaitu tumor jinak atau non-kanker dan tumor ganas atau kanker.

Berikut adalah penjelasan masing-masing klasifikasi kanker payudara (Ami Ashariati Prayoga, 2019):

1. Diagnosis normal

Payudara normal merupakan payudara dengan pertumbuhan sel normal, dimana sel-sel payudara yang tumbuh sama dengan sel-sel payudara yang rusak atau mati.

2. Diagnosis neoplasma (*benign*)

Neoplasma merupakan pertumbuhan sel yang abnormal dimana pembelahan sel pada payudara lebih cepat dari pada sel yang rusak atau mati.

Jenis-jenis dari tumor yaitu:

- a. Neoplasma Jinak

Meskipun neoplasma ini pada umumnya tidak agresif terhadap jaringan sekitarnya, tetapi terkadang tumor ini dapat terus tumbuh, menekan pada organ-organ dan menyebabkan sakit atau masalah lain. Dalam situasi ini, perlu dilakukan pengangkatan tumor agar komplikasinya mereda.

- b. Neoplasma Ganas

Kanker sangat agresif karena menyerang dan merusak jaringan sekitar. Selanjutnya biopsi perlu dilakukan untuk menentukan tingkat keparahan atau agresivitas tumor.

3. Diagnosis kanker (Metastasis kanker)

Metastasis kanker adalah ketika sel-sel kanker tumor ganas menyebar ke bagian lain tubuh. Biasanya melalui sistem getah bening dan membentuk tumor sekunder. Ada beberapa jenis kanker payudara yaitu sebagai berikut :

a. Karsinoma *duktus invasive*

Karsinoma ini merupakan jenis yang paling umum (75%). Dilihat melalui mikroskop, sel ganas tersusun dalam berbagai bentuk mikro arsitektur, termasuk struktur kelenjar. Banyak tumor mengandung komponen stroma jaringan ikat yang menonjol (*skirus*). Perilaku biologisnya bermacam-macam, dari prognosis baik sampai buruk. Sistem penentuan penentuan stadium kanker (1 sampai 3) dilakukan berdasarkan :

- a. Tingkat pembedaan tumor, seperti yang dikaji melalui pembentukan tubulus
- b. Perbedaan ukuran, bentuk dan penodaan nucleus
- c. Frekuensi mitosis

b. Kanker *lobulus invasive*

Kanker ini merupakan jenis kedua yang paling umum (10%). Dilihat melalui mikroskop, sel tumor monomorfik tersusun secara berderet, dengan pola alveolus dan targetoid. Kanker ini sering kali memiliki banyak pusat dan bisa terjadi di kedua payudara. Kanker ini tidak berkaitan dengan mikroklasifikasi, dan bisa sulit dideteksi dengan *mamografi* atau *ultrasonografi*. *Magnetic resonance mammography* direkomendasikan untuk mengevaluasi kanker jenis ini.

c. Karsinoma *tubulus*

Kanker ini mencakup 5 % dari semua penyakit ganas payudara dan semakin mudah dideteksi melalui pengamatan. Kanker ini biasanya merupakan tumor kecil dan secara histologi mengandung kelenjar berbentuk jelas yang dipisahkan oleh stroma berserat. Sel ganas mengandung proyeksi sitoplasma yang memanjang dari puncak sel ke lumen duktus. Kanker tubulus cenderung tetap berada di suatu tempat dan sebenarnya tidak pernah bermetastasis ke nodus limfa di wilayah yang sama. Sampai 95 % pasien mampu bertahan hidup selama 5 tahun.

d. Kanker payudara *inflamasi*

Kanker ini mencakup 3% dari semua penyakit ganas yang ada di payudara. Jika dilihat melalui mikroskop, kanker ini bisa menunjukkan ciri-ciri kanker duktus, lobulus atau medula yang menginfiltrasi, disertai oleh serangan limfatik ke kukt oleh sel ganas, edem jaringan dan perembesan sel inflamasi dengan tingkat keparahan berbeda-beda. Kanker ini cenderung dialami wanita muda pra-menopause dan secara biologi dengan hasil klinis yang kurang memuaskan.

e. Karsinoma *in situ*

Karsinoma *in situ* berasal dari unit *duktus-lobulus* terminal, dengan *karsinoma in situ* (DCIS) hanya ada di *duktus* atau *duktulus*, dan *karsinoma lobulusin situ* (LCIS) hanya ada di *lobulus*. Sebelum pemantauan payudara, insidensi DCIS adalah 1 sampai 3 persen dari *specimen* yang diambil dan 3-6% dari semua kanker payudara. Sejak pemantauan diperkenalkan, DCIS telah didokumentasikan dalam 15

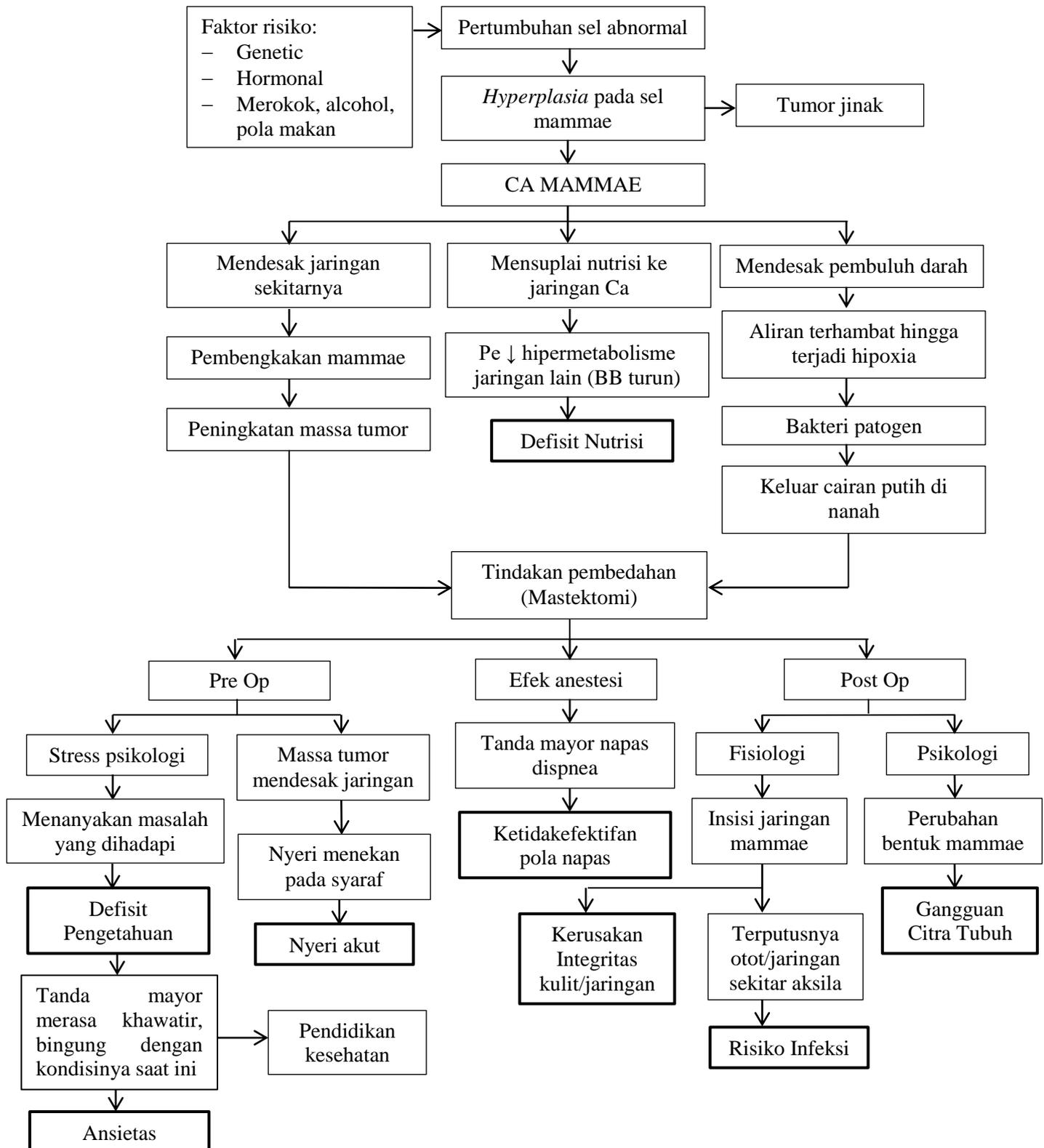
sampai 20 persen semua kanker payudara yang telah diangkat dan dalam 20 sampai 40 persen semua kanker payudara sama (tidak bisa diraba) yang dikeluarkan. Frekuensi LCIS juga meningkat dalam biopsi atau spesimen yang telah dikeluarkan. LCIS digolongkan sebagai neoplasia lobulus. Dalam DCIS, terdapat proliferasi lapisan sel kuboid dalam menuju lumen dan hilangnya lapisan luar sel mioepitelium, namun membran dasarnya masih utuh.

2.1.5 Patofisiologi Kanker Payudara (*CA Mammarum*)

Untuk dapat menegakkan diagnosa kanker dengan baik, terutama untuk melakukan pengobatan yang tepat, diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kanker dan perubahan strukturnya. Tumor atau neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri *proliferasi* yang berlebihan dan tak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. *Proliferasi* abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas di antara sel normal (Yaban, 2019). Sel kanker dapat menyebar melalui aliran pembuluh darah dan permeabilitas kapiler akan terganggu sehingga sel kanker dapat berkembang pada jaringan kulit. Sel kanker tersebut akan terus menginfiltrasi jaringan kulit, menghambat dan merusak pembuluh darah kapiler yang mensuplai darah ke jaringan kulit. Akibatnya jaringan dan lapisan kulit akan mati (*nekrosis*) kemudian timbul luka kanker.

Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri, baik bakteri aerob atau anaerob. Bakteri tersebut akan menginfeksi dasar luka kanker sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap. Selain itu, sel kanker dan proses infeksi itu sendiri akan merusak permeabilitas kapiler kemudian menimbulkan cairan luka (*eksudat*) yang banyak. Cairan yang banyak dapat menimbulkan iritasi sekitar luka dan juga gatal-gatal. Pada jaringan yang rusak dan terjadi infeksi akan merangsang pengeluaran reseptor nyeri sebagai respon tubuh secara fisiologis, akibatnya timbul gejala nyeri yang hebat. Sel kanker itu sendiri juga merupakan sel imatur yang bersifat rapuh dan merusak pembuluh darah kapiler yang menyebabkan mudah pendarahan. Adanya luka kanker, bau yang tidak sedap dan cairan yang banyak keluar akan menyebabkan masalah psikologis pada pasien. Akhirnya, pasien cenderung merasa rendah diri, mudah marah atau tersinggung, menarik diri dan membatasi kegiatannya. Hal tersebut yang akan menurunkan kualitas hidup pasien kanker (Yaban, 2019).

2.1.6 Web Of Caution Kanker Payudara (CA Mammae)



Gambar 2. 2 Web Of Caussion Kanker (CA Mammae) (Sumber: Nurarif, 2016 dalam Reni A, 2020)

2.1.7 Manifestasi Klinis Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Pasien kanker payudara biasanya datang dengan keluhan adanya benjolan atau massa di payudaranya, terasa sakit, dan adanya cairan yang keluar dari puting susu, tampak adanya kelainan pada kulit (dimpling, kemerahan, ulserasi, kulit keriput seperti kulit jeruk), terjadi pembesaran kelenjar getah bening. Dalam anamnesis juga ditanyakan adanya faktor-faktor resiko pada pasien, dan pengaruh siklus haid terhadap keluhan atau perubahan ukuran tumor. Untuk meminimalkan pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron, sebaiknya pemeriksaan pada payudara dilakukan kurang lebih 1 minggu setelah haid dan dihitung dari hari pertama saat menstruasi terjadi (Remedios, 2019).

2.1.8 Komplikasi Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Kebanyakan komplikasi timbul akibat operasi, radiasi dan kemoterapi, atau penggunaan obat *tamoxifen*, yang efek dalam pencegahan agar kanker pada payudara tidak kembali lagi, tetapi semua itu dapat meningkatkan resiko wanita mengalami kanker endometrium (rahim) dan penyakit trombo embolik. Komplikasi-komplikasi tersebut yaitu (Cardoso, 2019) :

1. Terbatasnya pergerakan bahu
2. Inflamasi (peradangan) jaringan ikat pada lengan yang terlibat
3. Penumpukan cairan pada payudara, pembengkakan dilengan
4. Perubahan warna pada kulit akibat radiasi atau timbulnya bercak merah hitam
5. Peradangan paru akibat radiasi
6. Kematian sel lemak dibawah jaringan payudara
7. Kanker tumbuh kembali (*recurrence*)
8. Kanker paru-paru, hati, tulang, otak dan kulit.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Kanker Payudara (*CA Mammæ*)

Demi mendukung pemeriksaan klinis dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa radiologi untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas terkait kondisi payudara pasien. Selain itu pemeriksaan radiologi juga bisa digunakan untuk kepentingan penentuan stadium. Adapun pemeriksaan radiologi yang dianjurkan pada diagnosis kanker payudara yaitu : Mamografi, *Ultrasonografi* (USG), *CT Scan*, *Bone Tumor*, dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) (Bonacho, T., Rodrigues, F., & Liberal, 2019).

1. Mamografi merupakan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X yang digunakan sebagai bagian dari skrining maupun diagnosis kanker payudara. Mamografi memiliki sensitifitas pada pasien > 40 tahun, namun kurang sensitif dan memiliki bahaya radiasi pada pasien < 40 tahun.
2. *Ultrasonografi* (USG) merupakan modalitas diagnosis dengan menggunakan gelombang suara yang relatif aman, hemat biaya, dan tersedia secara luas. Pemeriksaan ini aman dilakukan untuk menemukan ukuran lesi dan bisa menentukan lesi berupa lesi kistik atau lesi solid. Pemeriksaan bersifat operator dependent yaitu memerlukan ahli radiologi berpengalaman “*man behind the gun*”.
3. *CT scan* merupakan pemeriksaan dengan sinar X yang divisualisasikan oleh komputer. *CT scan* thoraks dengan kontras merupakan salah satu modalitas untuk diagnosis kanker payudara. Selain itu, *CT scan* kepala juga dapat memberikan keuntungan dalam penentuan metastasis ke otak.
4. *Bone scanning* merupakan pemeriksaan yang menggunakan bahan radioaktif. Pada kanker payudara pemeriksaan ini menentukan ada atau tidaknya

metastasis kanker, serta keparahannya. Namun sudah tidak direkomendasikan karena sulit dan memiliki efektifitas yang kurang.

5. *Magnetic resonance imaging* (MRI), memanfaatkan gelombang magnet. MRI cocok dilakukan untuk pasien usia muda dan pasien dengan risiko kanker payudara tinggi karena memberikan hasil yang sensitif pada tumor kecil. Namun MRI ini belum digunakan secara luas karena biaya tinggi, dan durasi waktu yang lama.
6. Melalui pemeriksaan radiologi dapat dilakukan Deteksi *Morfologi Palpable Massa* Payudara untuk tingkat keparahan benjolan payudara yang mengacu pada *Breast Imaging Reporting and Data System* (BIRADS) oleh *American College of Radiology* (ACR)

Tabel 2. 1 Klasifikasi Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) Sumber (Bonacho, T., Rodrigues, F., & Liberal, 2019)

Kategori	pemeriksaan
BIRADS 0	Inklompet
BIRADS 1	Negatif
BIRADS 2	Jinak
BIRADS 3	Kemungkinan jinak
BIRADS 4	Curiga ke arah ganas
BIRADS 5	Sangat curiga ganas
BIRADS 6	Hasil biopsi positif keganasan

7. Biopsi adalah *gold* standar pemeriksaan kanker payudara untuk memastikan adanya keganasan atau tidak. Pengambilan sampel pemeriksaan biopsi dapat dilakukan melalui (*fine-needle aspiration biopsy*, *core biopsy*, dan biopsi terbuka).
 - a. *Fine-Needle Aspiration Biopsy* (FNAB) dilakukan dengan menggunakan jarum halus no. 27, dimana sejumlah kecil jaringan tumor diaspirasi keluar lalu diperiksa di bawah mikroskop. Jika lokasi tumor dapat diraba dengan mudah, FNAB dapat dilakukan sambil meraba tumor. Namun bila benjolan tidak teraba, *ultrasonografi* dapat digunakan untuk memandu arah jarum.
 - b. *Core Biopsy* merupakan pengambilan jaringan biopsi menggunakan jarum yang ukurannya cukup besar sehingga diperoleh spesimen jaringan berbentuk silinder yang tentu saja lebih bermakna dibanding specimen dari FNAB. Sama seperti FNAB, *core biopsy* dapat dilakukan sambil memfiksasi massa dengan palpasi atau dengan bantuan *ultrasonografi*.
 - c. Biopsi terbuka dilakukan bila pada pemeriksaan radiologis ditemukan kelainan yang mengarah ke keganasan namun hasil FNAB atau *core biopsy* meragukan. Biopsi terbuka dapat dilakukan secara eksisional maupun insisional. Biopsi eksisional adalah mengangkat seluruh massa tumor dan menyertakan sedikit jaringan sehat di sekitar massa tumor, sedangkan biopsi insisional hanya mengambil sebagian kecil tumor untuk diperiksa secara patologi anatomi.

Selain biopsi, dari sampel dapat dilakukan pemeriksaan *Immunohistochemistry* (IHC), yang merupakan pemeriksaan sitologi di bawah mikroskop. Dari sel-sel ini dievaluasi faktor prognostik dan prediktif kanker payudara, misalnya *gen pro-proliferasi* (HER2), *reseptor hormone*, dan *gen*. Melalui IHC, tipe dan kompleksitas sel kanker dapat ditentukan (Bonacho, 2019).

2.1.10 Penatalaksanaan Kanker Payudara (*CA Mammae*)

Kanker payudara yang masih bisa diobati dengan cara di operasi yaitu stadium IIIA. Sedangkan, terapi pada stadium IIIB dan IV tidak lagi dengan mastektomi, melainkan pengobatan dengan paliatif (Bonacho, T., Rodrigues, F., & Liberal, 2019). Ada beberapa pengobatan pada kanker payudara tetapi tergantung pada stadium klinik penyakit kanker payudara tersebut:

1. Pembedahan atau operasi

Dilakukan pada kanker payudara yang ditemukan adanya benjolan lebih dini pada payudara, maka semakin dini kanker payudara ditemukan maka semakin besar kemungkinan untuk sembuh setelah menjalani operasi. Jenis operasi yang dilakukan untuk mengobati kanker payudara yaitu mastektomi dan pengangkatan kelenjar getah bening (KGB).

2. Radiasi atau penyinaran

Radiasi adalah proses penyinaran yang dilakukan pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma tindakan ini bertujuan untuk membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara.

3. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan tindakan kanker payudara dengan cara pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul melalui infus, ini bertujuan untuk membunuh sel kanker yang ada di seluruh tubuh bukan hanya dibagian payudara saja.

2.2 Konsep Tindakan *Mastektomi*

2.2.1 Pengertian *Mastektomi*

Operasi kanker payudara yang mengangkat seluruh payudara. Mastektomi mungkin dilakukan ketika seorang wanita tidak dapat diobati dengan operasi konservasi payudara (*lumpektomi*), yang menyelamatkan sebagian besar payudara. Jika seorang wanita memilih *mastektomi* daripada operasi konservasi payudara untuk pribadi alasan. Untuk wanita yang sangat berisiko terkena kanker payudara kedua yang terkadang memilih untuk menjalani *mastektomi* ganda (pengangkatan kedua payudara) (Cancer, 2021).

Usia, kesehatan secara keseluruhan, status *menopause*, ukuran tumor, stadium tumor dan luas penyebaran, stadium tumor dan tingkat keganasan, status reseptor hormon tumor, dan apakah tumor telah bermigrasi ke kelenjar getah bening, semuanya mempengaruhi jenis *mastektomi* dan pengobatan kanker payudara, menurut Kozier (Cancer, 2021).

2.2.2 Kemungkinan Efek Samping Dari Mastektomi

Pendarahan dan infeksi di tempat operasi dimungkinkan dengan semua operasi. Efek samping mastektomi dapat bergantung pada jenis *mastektomi* yang Anda miliki (operasi kompleks cenderung memiliki lebih banyak efek samping) (Cancer, 2021). Efek samping dapat meliputi :

1. Sakit atau nyeri tekan di tempat operasi
2. Pembengkakan di tempat operasi
3. Penumpukan darah di luka (hematoma)
4. Penumpukan cairan bening di luka (seroma)
5. Pergerakan lengan atau bahu terbatas
6. Mati rasa di dada atau lengan atas
7. Nyeri neuropatik (saraf) terkadang digambarkan sebagai nyeri terbakar atau tertusuk) di dinding dada, ketiak, dan atau lengan yang tidak hilang seiring waktu. Ini juga disebut sindrom nyeri pasca *mastektomi*.
8. Jika kelenjar getah bening aksila juga diangkat, efek samping lain seperti *lymphedema* mungkin terjadi.

2.2.3 Perawatan setelah mastektomi

Beberapa wanita mungkin mendapatkan perawatan lain setelah *mastektomi*, seperti terapi hormon untuk membantu menurunkan risiko kanker kembali. Beberapa wanita mungkin juga memerlukan kemoterapi, atau terapi yang ditargetkan setelah operasi. Jika demikian, terapi radiasi dan atau terapi hormon biasanya ditunda sampai kemoterapi selesai. Bicaralah dengan dokter tentang apa yang diharapkan (Cancer, 2021).

2.3 Konsep Salphingo Oophorectomi Bilateral Pada Kanker Payudara

2.3.1 Definisi

Suatu tindakan pembedahan dengan cara mengangkat ovarium kanan dan kiri sebagai bagian dari terapi hormonal kanker payudara

2.3.2 Ruang lingkup

Kelenjar ovarium kanan dan kiri

2.3.3 Indikasi operasi

Wanita premenopause dengan kanker payudara stadium lanjut lokal atau lanjut jauh yang pada pemeriksaan imunohistokimia menunjukkan hasil reseptor hormonal yang positif (ER dan atau PR). Wanita premenopause dengan kanker payudara stadium lanjut lokal atau lanjut jauh yang tidak memungkinkan diperiksa reseptor hormonalnya karena fasilitas pemeriksaan yang tidak tersedia. Wanita premenopause dengan kanker payudara yang mengalami kekambuhan lokal atau sistemik dengan reseptor hormonal (ER dan atau PR) yang positif.

2.3.4 Kontra indikasi operasi

1. Wanita post menopause
2. Penderita dengan komorbiditas yang berat
3. Tidak ada data mengenai reseptor hormonal (?)
4. Modalitas terapi hormonal pada penderita kanker payudara

Surgery : salphingo oophorectomi bilateral

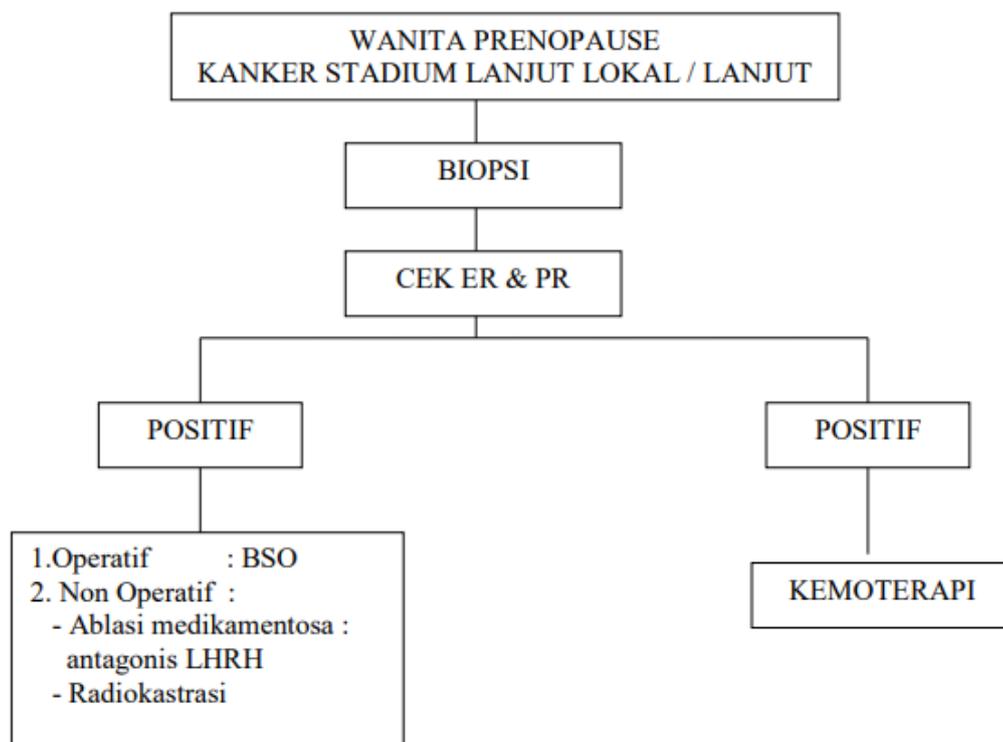
Non surgery : radio kastrasi

Medical ablation : injeksi zoladex, tapros

2.3.5 Pemeriksaan penunjang

1. pemeriksaan imunohistokimia (ER,PR) dari kanker payudara
2. USG abdomen : melihat adanya kelainan dalam ovarium
3. Setelah memahami, menguasai dan mengerjakan modul ini maka diharapkan seorang dokter ahli bedah mempunyai kompetensi melakukan operasi salphingo oophorectomi bilateral serta penerapannya dapat dikerjakan di RS Pendidikan dan RS jaring pendidikan.

2.3.6 Prosedur



2.3.7 Komplikasi operasi

1. Dini : perdarahan dari pembuluh darah ovarium, ileus parolitik
2. lambat : adesi.

2.3.8 Perawatan Pasca Bedah

1. Sadar baik boleh minum sedikit sedikit kemudian diet bebas
2. Kateter segera dilepas setelah penderita mobilisasi
3. Evaluasi ILO hari 3, 5, 7
4. Luka operasi diangkat pada hari 10 s/d 14

2.3.9 Follow up

1. Terhadap tindakan operasinya
2. Terhadap respon tumornya setelah dilakukan terapi hormonal.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Ca Mammae*

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana pengkajian ini mencakup pengumpulan data subjektif dan objektif (misal tanda vital, anamnesis pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh keluarga atau pasien, atau yang ditemukan pada rekam medik (Herdman, 2018) :

1. Identitas
 - a. Identitas Pasien : pada penyakit kanker payudara kejadian tertinggi pada usia 40-49 tahun, sedangkan untuk usia dibawah 35 tahun hanya 3%. Sering terjadi pada perempuan, kanker payudara jarang terjadi pada pria dan hanya terhitung 1% dari seluruh kasus kanker payudara (Cardoso, et all, 2019). Serta mengkaji alamat, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, agama, status perkawinan, alamat, tanggal masuk RS (Rumah Sakit), diagnosis medis, dan nomor RM (Rekam Medik).

- b. Identitas Penanggungjawab: yang dikaji meliputi nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

2. Keluhan Utama

Pada pasien *Ca mammae* keluhan umum yang dikeluhkan pasien adalah adanya benjolan pada payudara, kadang disertai nyeri atau tidak nyeri, bengkak dan pada stadium lanjut disertai pengeluaran abnormal dan perubahan dalam bentuk dan penampakan payudara tidak simetris, kulit payudara seperti kulit jeruk (*peau d'orange* putting tertarik kedalam).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

- a. Pasien mengatakan terasa nyeri pada payudara saat benjolan mulai membesar
- b. Pasien mengatakan timbul benjolan pada payudara yang dapat diraba dengan tangan, makin lama benjolan ini makin mengeras dan bentuknya tidak beraturan.
- c. Pasien mengeluh keluar pus atau nanah, darah atau cairan encer dari papilla mammae pada wanita yang tidak hamil
- d. Kulit payudara seperti kulit jeruk (mengerut) akibat neoplasma menyekat *drainase* limfatik sehingga terjadi edema dan piting kulit
- e. Pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah, tidak nafsu makan, mual, muntah, dan cemas (ansietas)
- f. Terdapat edema pada lengan atau kelainan kulit, ruam kulit, dan ulserasi.

4. Riwayat Keperawatan Dahulu

Kaji riwayat penyakit yang sama sebelumnya seperti penyakit tumor payudara jinak, kaji riwayat pemakaian terapi hormone, kaji riwayat pemakaian kontrasepsi oral, kaji riwayat merokok, konsumsi alkohol, tinggi kadar lemak, dan makanan yang menggunakan penyedap rasa dan pengawet, kaji riwayat *menarche* atau menstruasi pertama pada usia yang relatif muda dan *menopause* pada usia yang relatif lebih tua, kaji riwayat nulipara (belum pernah melahirkan), infertilitas dan melahirkan anak pertama pada usia yang relatif lebih tua (lebih dari 35 tahun), serta tidak menyusui bayinya

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji riwayat keluarga tingkat pertama yang menderita kanker (orang tua, anak, atau saudara kandung). Wanita dengan satu keluarga tingkat pertama dengan kanker payudara memiliki risiko 1,75 kali lipat lebih tinggi terkena penyakit ini dibandingkan wanita tanpa kerabat yang terkena. Risiko menjadi 2,5 kali lipat atau lebih tinggi pada wanita yang memiliki dua atau lebih kerabat tingkat pertama yang menderita kanker payudara (Sun, et al, 2017) . Riwayat keluarga dari sisi yang sama yan terkena kanker payudara. Adanya riwayat kanker payudara bilateral pada keluarga.

6. Riwayat Sosial

a. Kaji riwayat pekerjaan pasien

Wanita yang bekerja shift malam berisiko mengalami kanker payudara. Hal tersebut berkaitan dengan perubahan melatonin (Youn, H. J., & Han, 2020).

b. Kaji riwayat dimana pasien tinggal

Kaji apakah klien tinggal di tempat yang dekat dengan pabrik logam, manufaktur bahan-bahan plastik untuk otomotif, industri pengalengan makanan dan pertanian. Zat tertentu dalam bahan tersebut memiliki sifat seperti *estrogen* (Youn, H. J., & Han, 2020).

7. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Nutrisi

Pada pasien dengan kanker payudara tidak ada pantangan tentang makan, pada metabolisme terjadi perubahan yaitu terjadi peningkatan nafsu makan dan penurunan berat badan.

b. Pola Aktivitas

Pada pasien *pre op* tidak ada terbatasan untuk aktivitas semua dilakukan seperti biasa, mungkin pada *post op* pasien bisa terjadi keterbatasan aktivitas karena proses pembedahan.

c. Pola Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi baik BAB maupun BAK tidak terdapat gangguan, walaupun ada mungkin disebabkan faktor lain.

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pada pasien sebelum operasi *Ca Mammae* biasanya tidak terjadi penurunan kesadaran (*composmentis*), untuk pemeriksaan tanda-tanda vital yang dikaji yaitu tekanan darah, suhu, nadi, respirasi. Tekanan darah menurun, nadi cepat, suhu dingin, pernapasan lemah sehingga pengembalian darah 48 jam pertama tidak adekuat.

b. Pemeriksaan Persistem

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien dengan adalah sebagai berikut :

1) B1 (*Breathing*)

Pola nafas *irregular* (RR > 22x/menit), *dispnea*, pasien belum sadar dilakukan evaluasi seperti pola nafas, tanda-tanda obstruksi, pernafasan cuping hidung frekuensi nafas, pergerakan rongga dada apakah simetris atau tidak, suara nafas tambahan apakah tidak ada obstruksi total, udara nafas yang keluar dari hidung, sianosis pada eksternitas, auskultasi adanya *wheezing* atau *ronkhi*. Kepatenan jalan nafas kedalaman, frekuensi dan karakter pernafasan sifat dan bunyi nafas merupakan hal yang harus dikaji pada klien dengan *Ca Mammae*.

2) B2 (*Blood*)

Pada sistem kardiovaskular dinilai tekanan darah, nadi, perfusi perifer dan sering terjadi irama jantung *irregular* akibat pasien syok dan terjadinya tekanan darah tinggi.

3) B3 (*Brain*)

Pada sistem saraf pusat dinilai kesadaran pasien dengan GCS (*Glasgow Coma Scale*) dan perhatikan gejala kenaikan TIK 4 Klien mengalami gangguan pada otak ada terjadi pendarahan dan juga mengalami penurunan kesadaran.

4) B4 (*Bladder*)

Pada pasien *Ca mammae* dilakukan pemeriksaan urin kuantitas, warna, kepekatan urine, untuk menilai apakah pasien masih dehidrasi, apakah ada kerusakan ginjal dan keluhan lainnya.

5) B5 (*Bowel*)

Klien biasanya mengalami mual dan muntah. Pada palpasi abdomen ditemukan sakit kepala berlebihan penurunan tingkat kesadaran merupakan tanda utama (*Intra Cerebral Hemorrhage*) ICH.

6) B6 (*Bone*)

Aktivitas klien biasanya mengalami perubahan. Klien sering merasa kelemahan, kelelahan, tidak dapat melakukan kegiatan pola hidup menetap dan jadwal olahraga teratur, perubahan pestur tubuh.

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan penekanan syaraf (SDKI, D.0078, Hal: 174)
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping terapi radiasi (SDKI, D.0129, Hal: 282)
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubhana struktur atau bentuk tubuh (*Ca Mammae*) (SDKI, D.0083, Hal: 186).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, D.0078, Hal: 174)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka nyeri akut menurun dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 174): Luaran utama Tingkat nyeri (SLKI, L.08066, Hal: 145) 1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Meringis menurun (5) 4. Sikap protektif menurun (5) 5. Gelisah menurun (5) 6. Kesulitan tidur menurun (5) 7. Menarik diri menurun (5) 8. Berfokus pada diri sendiri	Nyeri akut (SIKI, Hal: 485) Intervensi utama Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238, Hal: 201) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238, Hal: 201) Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien 4. Agar kita dapat mengurangi faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien

	<p>menurun (5)</p> <p>9. Diaforesis menurun (5)</p> <p>10. Perasaan depresi (tertekan) menurun (5)</p> <p>11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</p> <p>12. Anoreksia menurun (5)</p> <p>13. Perineum terasa tertekan menurun (5)</p> <p>14. Uterus teraba membulat menurun (5)</p> <p>15. Ketegangan otot menurun (5)</p> <p>16. Pupil dilatasi menurun (5)</p> <p>17. Muntah menurun (5)</p> <p>18. Mual menurun (5)</p> <p>19. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>20. Pola napas membaik (5)</p> <p>21. Tekanan darah membaik (5)</p> <p>22. Proses berpikir membaik (5)</p> <p>23. Fokus membaik (5)</p>	<p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi Istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>	<p>5. Agar kita mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan</p> <p>6. Karena budaya pasien dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengartikan nyeri itu sendiri</p> <p>7. Untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari pasien itu sendiri</p> <p>8. Agar kita mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer</p> <p>9. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgesic sendiri</p>
--	---	--	--

		<p>24. Fungsi berkemih membaik (5)</p> <p>25. Perilaku membaik (5)</p> <p>26. Napsu makan membaik (5)</p> <p>27. Pola tidur membaik (5)</p>	<p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat mengetahui kondisinya 2. Agar dapat mengurangi nyeri 3. Agar nyeri tidak memburuk 4. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 5. Agar tindakan kita kepada pasien sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat menghindar 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri 3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien parah dapat memberitahu keluarga atau tenaga medis 4. Agar pasien dapat menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat
--	--	---	---	--

				<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar rasa nyeri dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi
2.	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping terapi radiasi (SDKI, D.0129, Hal: 282)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 158):</p> <p>Luaran utama</p> <p>Integritas kulit dan jaringan (SLKI, L.14125, Hal: 33)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Perfusi jaringan meningkat (5) 4. Kerusakan jaringan menurun (5) 5. Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 6. Nyeri menurun (5) 	<p>Gangguan integritas kulit (SIKI, Hal: 460)</p> <p>Intervensi utama</p> <p>Perawatan integritas kulit (SIKI, 1.11353, Hal: 316)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau 	<p>Perawatan integritas kulit (SIKI, 1.11353, Hal: 316)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Untuk mengetahui pemijatan pada penonjolan tulang 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Agar pasien mengetahui produk berbahan ringan atau

		<p>7. Perdarahan menurun (5)</p> <p>8. Kemerahan menurun (5)</p> <p>9. Hematoma menurun (5)</p> <p>10. Pigmentasi abnormal menurun (5)</p> <p>11. Jaringan parut Nekrosis menurun (5)</p> <p>12. Abrasi kornea menurun (5)</p> <p>13. Suhu kulit membaik (5)</p> <p>14. Sensasi membaik (5)</p> <p>15. Tekstur membaik (5)</p> <p>16. Pertumbuhan rambut membaik (5)</p>	<p>minyak pada kulit kering</p> <p>4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis, lotion, serum)</p> <p>2. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>5. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>	<p>alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>5. Agar pasien hindari produk bahan alcohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar pasien menggunakan pelembab</p> <p>2. Agar pasien minum air yang cukup</p> <p>3. Agar pasien meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>4. Agar pasien menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>5. Agar pasien menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>6. Agar pasien mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
--	--	--	--	--

3.	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur atau bentuk tubuh (Ca Mammae) (SDKI, D.0083, Hal: 186)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 X 24 jam maka citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, Hal: 157):</p> <p>Luaran utama</p> <p>Citra tubuh (SLKI, L.09067, Hal: 19)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat bagian tubuh membaik (5) 2. Menyentuh bagian tubuh membaik (5) 3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik (5) 4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik (5) 5. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun (5) 6. Verbalisasi kekhawatiran 	<p>Gangguan citra tubuh (SIKI, Hal: 459)</p> <p>Intervensi utama</p> <p>Promosi citra tubuh (SIKI, 1.09305, Hal: 359)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan 	<p>Promosi citra tubuh (SIKI, 1.09305, Hal: 359)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar perawat tahu harapan citra tubuh pasien berdasarkan tahap perkembangannya 2. Agar perawat tahu budaya agama jenis tubuh dan umur yang terkait dengan citra tubuh pasien di lingkungannya 3. Agar perawat tahu perubahan citra tubuh yang mana yang dapat mengakibatkan pasien melakukan isolasi sosial 4. Diharapkan klien mampu mengetahui apa yang menjadikan klien merasa kurang akan dirinya 5. Diharapkan pasien dapat mengetahui dan paham tentang
----	--	--	---	--

	<p>pada penolakan atau reaksi orang lain menurun (5)</p> <p>7. Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun (5)</p> <p>8. Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun (5)</p> <p>9. Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun (5)</p> <p>10. Fokus pada bagian tubuh menurun (5)</p> <p>11. Fokus pada penampilan masa lalu menurun (5)</p> <p>12. Fokus pada kekuatan masa lalu menurun (5)</p> <p>13. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik (5)</p> <p>14. Hubungan sosial membaik (5)</p>	<p>4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan)</p> <p>5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</p> <p>6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>3. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)</p> <p>4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya)</p> <p>5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>6. Latih penampilan diri (mis. berdandan)</p> <p>7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok</p>	<p>bagian tubuhnya yang berubah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Pasien mengerti perubahan tubuhnya akan berpengaruh juga pada fungsi tubuhnya sendiri</p> <p>2. Merasa lebih percaya diri pada penampilan fisiknya</p> <p>3. Klien mengerti bahwa pubertas, kehamilan dan penuaan juga akan mempengaruhi citra dirinya</p> <p>4. Pasien merasa tenang setelah diajak diskusi tentang pemicu stress pada dirinya</p> <p>5. Pasien dapat merasa lebih lega dengan kondisi yang dialami</p> <p>6. Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang apa yang diharapkannya</p>
--	---	--	--

				<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Keluarga dapat mendukung pasien untuk melakukan perawatan pada perubahan citra tubuh2. Pasien dapat mengungkapkan tentang arti dirinya3. Pasien merasa lebih percaya diri dengan menggunakan alat bantu4. Apsein merasa lebih bersengata menjalani hidup dengan mengikuti kelompok pendukung5. Diharapkan pasien semakin hari akan semakin membaik kondisinya6. Lebih percaya diri terhadap penampilannya7. Pasien diharapkan dapat berosialisasi dengan orang lain
--	--	--	--	---

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Rendy (2019), pelaksanaan keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Pelaksanaan keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien, selalu dievaluasi mengenai keefektifan dan selalu mendokumentasikan menurut urutan waktu. Aktivitas yang dilakukan pada tahap pelaksanaan dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas, menghitung alokasi tenaga, memulai intervensi keperawatan, dan mendokumentasikan tindakan dan respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Padila, 2019).

Pelaksanaan merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Dengan rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosis yang tepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien.

Jenis-jenis tindakan pada tahap pelaksanaan adalah (Padila, 2019):

1. Secara mandiri (*Independent*)

Tindakan yang diprakarsai oleh perawat membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

2. Saling ketergantungan (*Interdependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya seperti: dokter, fisioterapi, dan lainlain.

3. Rujukan atau ketergantungan (*Dependent*)

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiatri, ahli gizi, dan lainnya.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respons klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Rasyid, 2018).

Menurut Rasyid (2018), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subyektif, obyektif, assessment, planning). Komponen SOAP yaitu:

1. S (*Subyektif*) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.
2. O (*Obyektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.
3. A (*Assesment*) adalah kesimpulan dari data subyektif dan obyektif (biasanya ditulis dala bentuk masalah keperawatan).
4. P (*Planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kanker Payudara (*Ca Mammae*) *Post Op TAH BSO + Mastektomi* Hari Ke 1, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Data diperoleh dari wawancara dengan pasien serta keluarga pasien dan rekam medis sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien bernama Ny. A berusia 39 tahun, lahir pada tanggal 09 September 1983, beragama islam. Tinggal di Sidoarjo dan pekerjaan Ny. A ibu rumah tangga sedangkan suami Ny. A pedagang. Pasien MRS tanggal 15 November 2022 di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 02 Desember 2022 kondisi pasien lemah, terdapat luka pada bagian dada sebelah kanan (*luka post op mastektomi*) mengeluh nyeri di dada sampai ke punggung.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah sesak napas, sesak napas terjadi pada sekitar pukul 06.00 wib, saat pasien ingin menyapu halaman depan rumah dada terasa ada tahanan dan membuat pasien sampai sesak napas. Kemudian pasien mulai lemas dan bersandar pada tembok di halaman depan rumahnya, saat itu hanya ada anak perempuannya yang melihat kejadian tersebut, pasien sempat

napas tidak teratur langsung di bawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada pukul 07.00 wib, kemudian dilakukan tindakan yaitu pasien terpasang O₂ nasal kanul 5 lpm dan kebutuhan cairan pasien NS 500 ml/24 jam, pasien composmentis, GCS E3V4M5. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, Babinski -/-, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,4°C, frekuensi nadi 94x/menit, saturasi oksigen 99%, *respiratory rate* 22x/menit, kejang tidak ada. Data diatas tersebut diambil dari rekam medis pasien. Pada jam 17.00 pasien dipindahkan ke ruang perawatan H1 bedah, memberikan tindakan *maintenance* atau tetap dipertahankan pengobatan yang diberikan IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya dan dilakukan tindakan prosedur operasi pada tanggal (01 Desember 2022) yang sudah terlaksana. Keluhan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Desember 2022 adalah nyeri di payudara sebelah kanan dan punggung setelah post operasi hari pertama, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6.

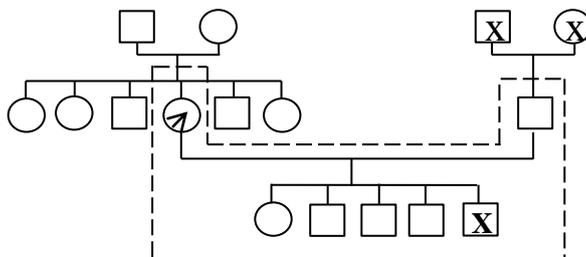
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit 3 bulan yang lalu didiagnosa penyakit gastritis saat periksa di Puskesmas Waru, dan riwayat hipertensi. Pasien mempunyai riwayat kebiasaan minum air es dalam sehari-hari.

Pasien pernah menjalani pemeriksaan FNAB dan MRI, hasil pemeriksaan FNAB pada tanggal 10 Oktober 2022 dengan kesimpulan *mammae dextra*, FNAB *Infiltrating Ductal Carcinoma*. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) pada tanggal 14 Oktober 2022 didapatkan *Corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral* dengan melibatkan *pedicle et processus transversus et lamina bilateral*. Serta hingga ke iliac wing kanan kiri (yang tervisualisasi, incidental finding). *Destruksi*

corpus VTh 12 dengan *retropuls fragmen* ke *canal spinalis*, disertai *paraspinal soft tissue mass* sisi kiri. Epidural metastasis level VTh 5-12.

3.1.5 Riwayat Keluarga



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny. A

- | | |
|-----------------------|---------------|
| ○ : Perempuan | × : Meninggal |
| □ : Laki-laki | ↗ : Pasien |
| --- : Tinggal serumah | — : Sedarah |

pasien mengatakan pasien anak ke 4 dari 6 bersaudara pasien saat ini berumur 39 tahun, tinggal serumah dengan suami dan anak-anaknya. Pasien mengatakan suami anak tunggal ibu dan bapaknya sudah lama meninggal, memiliki 5 anak yang pertama perempuan dan keempat anak lainnya laki-laki, meninggal dunia satu.

3.1.6 Riwayat Sosial

Ny. A mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik, ayah dan ibu dari Ny. A sering berkunjung ke rumah Ny. A. Selama di ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pasien di rawat oleh dokter dan perawat. Pasien dalam keadaan bedrest atau masih dalam keadaan tirah baring, terpasang infus di tangan kanan, kateter urine dan O2 jika dibutuhkan pasien.

3.1.7 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Pasien masuk RSPAL dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada tanggal 15 November 2022 pada pukul 07.00 wib dengan keluhan sesak napas, badan lemas saat dilakukan anamnesa pasien composmentis, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis GCS E3V4M5. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,4°C, frekuensi nadi 94x/menit, saturasi oksigen 99%, respiratory rate 22x/menit, kejang tidak ada., kejang tidak ada. Diberi tindakan pemasangan O₂ nasal kanul dan kebutuhan cairan pasien NS 500 ml.

2. Keadaan Masuk

Pasien tampak lemah, composmentis, gerak reflek spontan, turgor kulit baik, terpasang O₂ nasal kanul, infus pada tangan kiri dengan cairan NS 500 ml dan observasi TTV di ruangan H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,4°C, frekuensi nadi 94x/menit, saturasi oksigen 99%, respiratory rate 22x/menit, kejang tidak ada.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah 124/85 mmHg, suhu 36,4°C, frekuensi nadi 80 x/menit, saturasi oksigen 98%, respiratory rate 20x/menit. Tinggi badan 150cm dan berat badan 80kg.

1. B1 (*Breath*/ Pernapasan)

Dari hasil wawancara didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan tidak terdapat sesak nafas, pemeriksaan Inpeksi diperoleh data pasien memiliki bentuk dada normochet napas spontan, pergerakan dada simetris,

tidak terdapat otot bantu napas tambahan, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas regular, pola napas eupnea, tidak batuk, tidak ada sputum dan tidak ada sianosis, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan suara nafas *vesikuler*, pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara *roncki/wheezing*.

2. B2 (*Blood/* Sirkulasi)

Dari hasil pemeriksaan didapatkan konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak cowong, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan *ictus cordis* terlihat, tidak terdapat odema, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan Palpasi didapatkan akral teraba hangat, kering, merah, CRT <2 detik, *ictus cordis* teraba (ICS V MID clavicula sinistra), nadi teraba regular dan kuat 100x/menit, *sklera konjungtiva* normal, tidak ada nyeri tekan di dada. Pada saat pemeriksaan Perkusi didapatkan suara pekak, pada pemeriksaan Auskultasi didapatkan irama jantung regular, bunyi jantung S1/S2 tunggal. Pasien terpasang CVC di klavikula sebelah kanan sambung infus NS 500 ml/24 jam.

3. Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan)

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil keadaan umum pasien baik, pasien mampu merespon arahan dari perawat, kesadaran pasien *composmentis*, GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran *composmentis*, tidak terdapat *hemiparesis* serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (*Olfactorius*) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih dan bau makanan, Nervus II (*Optikus*) ketajaman penglihatan, tidak

terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (*Okulomotorius, Troklearis, Abdusen*) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (*Trigeminus*) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (*Fasialis*) pasien dapat menggerakkan lidah, Nervus VIII (*Vestibulokoklearis*) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (*Glosofaringeus, Vagus*) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (*Aksesorius*) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (*Hipoglossus*) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

4. B4 (*Bladder/ Perkemihan*)

Pada pemeriksaan wawancara pasien mengatakan buang air kecil selama dirumah pasien BAK 7x/hari dengan warna kuning pekat. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK dengan penggunaan *voley kateter* dengan jumlah $\pm 1000\text{cc}/24\text{jam}$ dengan warna kuning pekat. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada perkemihan. Saat pemeriksaan perkusi suara kandung kemih timpani.

5. B5 (*Bowel/Pencernaan*)

Didapatkan hasil wawancara pasien tidak mengeluh mual muntah. Pada pemeriksaan inpeksi mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, pasien tidak terpasang NGT, terdapat nyeri pada dada karena luka operasi hari ke 1 selama di rumah sakit pasien BAB 1 kali dalam

sehari, pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 10x/menit. saat dilakukan palpasi tidak terdapat *hepatomegali* (pembesaran hati), saat dilakukan perkusi terdapat suara timpani.

6. B6 (*Bone*/Muskuloskeletal)

Didapatkan hasil wawancara pasien mengatakan badannya merasa tidak enak, terasa lemas dan mengatakan sesak setelah beraktivitas seperti duduk ditempat tidur. Pada pemeriksaan pasien mampu menggerakkan persendiannya dengan perlahan, ada nyeri sendi dan nyeri tulang (*ca mammae dextra metastase* tulang), tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 4444, ekstremitas atas sinistra 4444, ekstremitas bawah dextra 4444, ekstremitas bawah sinistra 4444.

7. Pemeriksaan Sistem Integumen

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil kulit pasien berwarna kuning langsung seluruh badan, terdapat luka bekas operasi pada dada kanan atas dan perut, terdapat luka yang terbalut kassa. Pemeriksaan palpasi terdapat nyeri pada dada sampai ke punggung karena bekas operasi dengan skala 4 (1-10), nyeri terasa seperti cekot-cekot dan nyeri hilang timbul.

8. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur siang ± 3 jam (13.00-16.00 WIB), saat dirumah sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2 jam (13.00-15.00 WIB). Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit

mengalami gangguan tidur karena keluhan saat ini yaitu nyeri pada *post op mastektomi* pada *mammae* kanan atas.

Ny. A pada kondisi yang lemah ditandai dengan *ROM* terbatas, tidak bergerak dan enggan melakukan aktivitas terlalu sering. Pada saat tidur nyeri timbul membuat Ny. A terbangun di tengah malam serta membuat kekurangan tidur.

9. Pemeriksaan Sistem Penginderaan

Didapatkan hasil pada sistem penglihatan yaitu lapang pandang normal, reflek cahaya (+/+), sklera ikterik, pasien tidak buta warna, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien dapat melihat jam di dinding. Sistem pendengaran didapatkan hasil telinga simetris, tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar. Sistem penciuman didapatkan hasil tidak ada polip, tidak terdapat sinusitis, terdapat septum di tengah, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Sistem perabaan yaitu pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai.

10. Pemeriksaan Sistem Endokrin

Didapatkan keadaan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, dan pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan sistem reproduksi atau genitalia didapatkan pasien berstatus sudah menikah, tidak ada kelainan pada genitalia, ada kelainan pada payudara.

11. *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mandi 2x sehari dengan sabun mandi, saat di RS pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dengan

bantuan keluarga yaitu anaknya. Pasien mengatakan mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk rumah sakit, pasien belum mencuci rambut. Pasien mengganti pakaian 1 kali sehari, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari dan saat di RS pasien tetap menggosok gigi dengan bantuan anggota keluarganya, pada saat di RS pasien memotong kuku 1x seminggu.

12. *Psikososiocultural*

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan tidak ada kekurangan pada dirinya karena semua merupakan pemberian dari tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan berusia 39 tahun, berasal dari suku Jawa atau Indonesia, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang ibu yang memiliki 5 orang anak, 4 orang anak masih hidup dan 1 orang anak meninggal dunia pada tanggal 01 Desember 2022 karena tindakan pembedahan *BSO TAH + Mastektomi*, dan tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga.

d. Ideal diri

Pasien berharap anaknya semua bisa sukses mendapatkan pekerjaan.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium Pasien Ny. A

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Pemeriksaan DL tanggal 01 Desember 2022			
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	7,06	10 ³ /μL	4,00-10,00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	0,08	10 ³ /μL	0,02-0,50
• Eosinofil%	1,00	%	0,5-5,0
• Basofil#	0,02	10 ³ /μL	0,00-0,10
• Basofil%	0,4	%	0,0-1,0
• Neutrofil#	6,65	10 ³ /μL	2,00-7,00
• Neutrofil%	84,80	%	50,0-70,0
• Limfosit#	0,83	10 ³ /μL	0,80-4,00
• Limfosit%	10,60	%	20,0-40,0
• Monofisit#	0,27	10 ³ /μL	0,12-1,20
• Monofisit%	3,40	%	3,0-12,0
IMG#	0,320	10 ³ /μL	0,01-0,04
IMG%	1,100	%	0,16-0,62
Hemoglobin	8,90	g/dL	13-17
Hematokrit	27,50	%	40,0-54,0
Eritrosit	3,17	10 ⁶ /μL	4,00-5,50
Indeks Eritrosit :			
• MCV	86,9	Fmol/cell	80-100
• MCH	28,0	Pg	26-34
• MCHC	32,2	g/dL	32-36
RDW...CV	16,1	%	11,0-16,0
RDW...SD	48,9	fL	35,0-56,0
Trombosit	202,00	10 ³ /μL	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	10,1	fL	6,5-12,0
• PDW	16,2	%	15-17
• PCT	0,204	10 ³ /μL	0,108-0,282
P-LCC	56,0	10 ³ /μL	30-90
P-LCR	27,5	%	11,0-45,0
Pemeriksaan DL tanggal 03 Desember 2022			
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	9,00	10 ³ /μL	4,00-10,00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	0,01	10 ³ /μL	0,02-0,50
• Eosinofil%	0,10	%	0,5-5,0
• Basofil#	0,02	10 ³ /μL	0,00-0,10
• Basofil%	0,2	%	0,0-1,0

• Neutrofil#	8,02	10 ³ /μL	2,00-7,00
• Neutrofil%	89,00	%	50,0-70,0
• Limfosit#	0,64	10 ³ /μL	0,80-4,00
• Limfosit%	7,40	%	20,0-40,0
• Monofisit#	0,29	10 ³ /μL	0,12-1,20
• Monofisit%	3,30	%	3,0-12,0
IMG#	0,300	10 ³ /μL	0,01-0,04
IMG%	0,400	%	0,16-0,62
Hemoglobin	10,79	g/dL	13-17
Hematokrit	31,70	%	40,0-54,0
Eritrosit	3,80	10 ⁶ /μL	3,50-5,00
Indeks Eritrosit :			
• MCV	83,5	Fmol/cell	80-100
• MCH	28,1	Pg	26-34
• MCHC	33,7	g/dL	32-36
RDW...CV	16,1	%	11,0-16,0
RDW...SD	48,2	fL	35,0-56,0
Trombosit	214,00	10 ³ /μL	150-450
Indeks Trombosit :			
• MPV	9,4	fL	6,5-12,0
• PDW	16,2	%	15-17
• PCT	0,200	10 ³ /μL	0,108-0,282
P-LCC	50,0	10 ³ /μL	30-90
P-LCR	23,5	%	11,0-45,0

2. Pemeriksaan FNAB (10 Oktober 2022)

Hasil Pemeriksaan FNAB (10 Oktober 2022)

Makroskopis: Dilakukan puncture pada nodul mamma dextra penareola arah jam 10-11, ukuran ±2x2 cm, batas tidak tegas, fixed, padat kenyal

Mikroskopik: Hapusan perselular, mendapatkan sebaran dan kelompok-kelompok diskohesif sel epitel anaplastik berinti bulat-oval, pleomorfik, nucleoli prominent, sitoplasma sempil. Tidak tampak sel bipolar

Kesimpulan: Mamma Dextra, FNAB

Infiltrating Ductal Carcinoma

3. Pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) (tgl 14 Oktober 2022)

Klinis: LBP, CA MAMMAE

- a. Tampak bone marrow replacement (mixed type lytic blastic) sepanjang corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral dengan melibatkan pedicle et processus transversus et lamina bilateral. Serta hingga ke iliac wing kanan kiri (yang tervisualisasi, incidental finding)
- b. Destruksi corpus VTh 12 disertai paraspinal soft tissue mass sisi kiri setinggi level VTh 10-12, menginfiltrasi ke epidural spaces kiri, menyebabkan encasement pedicle et lamina et processus transversus kiri ke costa posterior, massa menyebabkan pendesakan spinal cord ke anterolateral kanan, kesan tak tampak infiltrasi ke intramedullary maupun cord edema
- c. Epidural enhancement pada VTh 5-12
- d. Tampak uterus kurang membesar sesuai gravida, dengan janin tunggal intrauterine, posisi placenta di anterior hingga menutupi ostium uteri
- e. MR Myelografi: tampak hambatan partial aliran liquor cerebrospinalis

KESAN:

Temuan diatas menyokong gambaran proses metastase tulang melibatkan:

- a. Corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral dengan melibatkan pedicle et processus transversus et lamina bilateral. Serta hingga ke iliac wing kanan kiri (yang tervisualisasi, incidental finding)
- b. Destruksi corpus VTh 12 dengan retropuls fragmen ke canal spinalis, disertai paraspinal soft tissue mass sisi kiri
- c. Epidural metastasis level VTh 5-12

4. Pemeriksaan Laboratorium Anatomi (01 Desember 2022)

Diagnosa : Ca Mammae metastase tulang

Lokasi: Payudara + Ovarium kanan dan kiri

Makroskopis :

Diterima

- a. Potongan jaringan biopsi Ca mamma, ukuran total 1,5 x 1 x 0,5 cm
- b. Satu potong jaringan ovarium kanan, ukuran 3,5 x 2,5 x 1 cm, menempel tuba panjang 6cm
- c. Satu potong jaringan ovarium kiri (berupa kista), ukuran 6 x 3 x 1,7 cm, menempel tuba panjang 2,5 cm diproses sebagian dalam 3 kaset

Mikroskopis : Menunjukkan

- a. Potongan jaringan dengan pertumbuhan neoplasma mengandung proliferasi sel-sel anaplasia berinti bulat-oval, kromatin kasar: tersusun berkelompok-kelompok, stroma jaringan ikat fibrotik disertai infiltrasi sel radang mononukleus dan PMN
- b. Potongan jaringan ovarium dengan kista folikel multiple; tuba tanpa kelainan tertentu
- c. Potongan jaringan ovarium dengan corpus luteum dan multiple simple cyat; tuba dalam batas normal

Kesimpulan :

Bahan jaringan, menunjukkan

- a. Metastase adenocarcinoma (sesuai dengan infiltrating ductal carcinoma)
- b. Multiple follicle cyst ovarii
- c. Corpus luteum + multiple simple cyst ovarii II.

3.1.10 Terapi Medis

Tabel 3. 2 Terapi Medis Pasien Ny. A

Nama	Dosis	Indikasi
01 Desember 2022		
1. Futrolit inf	500 ml/24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit dalam tubuh
2. Peinlos	2x1 @400mg	Untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam Untuk mempercepat penyembuhan luka
3. Onoiwa	3x1 @500mg	Untuk mengatasi asam lambung berlebih
4. Omeprazole 40mg	2x1 @40mg	
5. Asam tranexamat 500mg inj	2x1 @500mg	Untuk mengurangi atau menghentikan perdarahan
6. Antrain inj	3x1 @2ml	Untuk meringankan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi
a. Tindakan lain		

3.2 Analisa Data Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi) (SDKI, D.0078, Hal: 174) yang ditandai dengan nyeri post operasi BSO TAH dan Mastektomi.

Saat dilakukan pemeriksaan pasien mengatakan nyeri setelah operasi terasa di dada sampai ke punggung seperti cekot-cekot, nyeri semakin terasa bila terlalu banyak bergerak, nyeri hilang beberapa saat dan Ny. A menunjuk skala 4 dari skala 1 sampai 10. Maka pengkajian nyeri pada Ny. A yaitu P (*Palliative*/penyebab) : Prosedur bedah (Post op Mastektomi), Q (*quality*/kualitas) : cekot-cekot, R (*Radiates*/penyebaran) : dada sampai ke punggung, S (*severity*/keparahan) : 4 skala 1-10, T (*time*/waktu) : bila

bergerak. Pasien tampak lemah, meringis, gelisah, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah 124/85 mmHg, nadi 80x/menit, RR 20x/menit.

Hasil pemeriksaan Laboratorium Anatomi (01 Desember 2022) dengan kesimpulan *metastase adenocarcinoma* (sesuai dengan *infiltrating ductal carcinoma*), *multiple follicle cyst ovarii*, *corpus luteum + multiple simple cyst ovarii II*. Adanya metastase pada tulang menyebabkan nyeri yang tidak sebanding dengan sebelumnya hingga menyebabkan kelumpuhan, hal tersebut ditinjau dengan respon nyeri pasien dan memberikan teknik nonfarmakologis seperti tarik napas dalam serta berkolaborasi dengan dokter untuk diberikan terapi lebih lanjut bila nyeri belum teratasi.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif yang dibuktikan dengan Post *TAH BSO*

Saat dilakukan pengkajian pasien bertanya tentang kondisinya saat ini dan apakah luka pada perut akan baik-baik saja. Data objektif terdapat luka pada payudara kanan dan luka di perut Post *BSO TAH*, terjahit ada rembesan cairan di kassa penutup, Luka tampak basah, akral hangat, suhu 36,4°C, tidak ada demam, leukosit $7,06 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan

Dilakukan pengkajian pasien mengatakan takut banyak gerak. Data objektif pasien tampak takut jahitan terbuka saat menggerakkan anggota tubuh dan pasien saat ini dalam posisi semi fowler, bedrest atau tirah baring, rentang gerak ROM pasif, kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$, tekanan darah TD: 124/85 mmHg, suhu

36,4°C, nadi 80 x/menit, SpO₂: 98%, RR: 20x/menit. Terdapat luka Prosedur Bedah *Histerotomi + TAH BSO + Omentectomi H-4 (ai suspect Ca Mammae) + Open Biopsy mammae D H 4 (ai suspect Ca Mammae Dextra)*, operasi yang dilakukan oleh Ny. A termasuk operasi besar suatu pembedahan yang melibatkan area kepala, dada, dan perut. Operasi jenis ini biasanya memiliki risiko komplikasi yang tinggi dan membutuhkan waktu pemulihan yang lebih lama. Walau membutuhkan waktu pemulihan yang cukup lama, dianjurkan pasien melakukan ambulasi agar tidak tubuh tidak kaku dan membuat luka tambahan di tempat lain seperti dekubitus.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Pasien mengatakan sangat susah kalau mandi sendiri dan harus jalan ke kamar mandi dulu. Data objektif pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan pasien saat ini diseka oleh anaknya, tidak mampu mandi, ke toilet dan mengenakan pakaian secara mandiri, pemeriksaan patologi anatomi tanggal 01 Desember 2022 menunjukkan metastase adenocarcinoma (sesuai dengan *infiltrating ductal carcinoma*), *multiple follicle cyst ovarii*, *corpus luteum + multiple simple cyst ovarii II*.

3.3 Prioritas Masalah

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi) (SDKI, D.0078, Hal: 174) yang ditandai dengan nyeri post operasi BSO TAH dan Mastektomi
2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304) yang dibuktikan dengan Post *TAH BSO*

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240).

3.4 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah *Mastektomi*). Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Intervensi utama yang akan dilakukan untuk merubah tingkat nyeri dengan manajemen nyeri: 1) monitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri), 2) berikan teknik relaksasi pada saat nyeri, 3) anjurkan teknik distraksi, 4) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, 5) jelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri, 6) berikan kolaborasi kepada pasien analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).
2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun, sensasi membaik, suhu membaik. Intervensi utama yang akan dilakukan untuk mencegah infeksi pada luka pasien post operasi *Mastektomi* dan *sectio caesarea BSO TAH*: 1) monitor tanda dan gejala infeksi, 2) merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan

kondisi aseptik pada luka, 3) jelaskan tanda gejala infeksi, 4) ajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 5) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 6) anjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) berikan hasil kolaborasi antibiotik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun. Intervensi utama yang akan dilakukan untuk memberikan dukungan ambulasi: 1) observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), 4) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan terhadap toileting, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : kemampuan ke toileting meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi utama yang akan dilakukan memberi dukungan perawatan diri pada pasien *post op TAH BSO + Mastektomi*: 1) monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, 2) sediakan lingkungan yang

terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi), 3) siapkan keperluan pribadi (seperti sabun mandi, sikat gigi, parfum), 4) dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 5) fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, 6) jadwalkan rutinitas perawatan diri, 7) anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi). *Nursing intervention* (NIC) adalah Manajemen nyeri, teknik distraksi tarik napas dalam dan pemberian analgetik.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Implementasi untuk merubah tingkat nyeri dengan manajemen nyeri: 1) Memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri), 2) memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri (teknik nafas dalam) 3) menganjurkan teknik distraksi (saat nyeri alihkan dengan menonton video), 4) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan dipertahankan 20°C, kebisingan), 5) menjelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri, 6) memberikan kolaborasi kepada pasien analgetik (Peinlos 2x1 @400mg drip NS 100ml dan Antrain inj 3x1 @2ml) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan respon subjektif pasien memperkenalkan diri dengan perawat dan mengidentifikasi keluhan pasien saat ini dengan respon objektif pasien mengeluh nyeri dibekas *post op.* pada pukul 07.35 mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subjektif P: Post Operasi mastektomi Q: cekot-cekot, R: dada sampai ke punggung, S: 4 (skala 1-10), T: hilang timbul pasien tampak menyeringai kesakitan berkurang. Pada jam 11.00 memberikan terapi injeksi (iv) Peinlos 1x400mg drip NS 100ml dan Antrain inj 1x2ml dengan respon objektif pasien nyeri berkurang.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 10.15 pagi memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu distraksi napas dalam, respon subjektif pasien mencoba latihan tarik napas dalam dan respon objektif pasien menerapkan terapi distraksi tarik napas dalam saat nyeri muncul. Memberikan terapi kepada pasien Peinlos 1x400mg drip NS 100ml dan Antrain inj 1x2ml dengan respon objektif pasien mengobservasi terapi yang diberikan tidak mengalami alergi. Mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subjektif P: nyeri saat bergerak, Q: cekot-cekot, R: dada kanan atas sampai punggung, Skala : 3 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon objektif pasien meringis.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 18.00 dengan memberikan edukasi pada pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur yang di respon subjektif oleh pasien memakan makanan yang bernutrisi dan respon objektif pasien menerima edukasi dari perawat. Pada jam 18.30

pasien tetap menerapkan teknik distraksi dengan tarik napas dalam dengan respon obyektif pasien paham cara menerapkan teknik non farmakologis dengan terapi tarik napas dalam. Pada jam 22.00 memberikan terapi kepada pasien Peinlos 1x400mg drip NS 100ml dan Antrain inj 1x2ml respon subyektif pasien tidak terkaji dan respon objektif pasien tidak mengalami alergi. Pada jam 23.30 mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif pasien P: nyeri saat bergerak, Q: cekot-cekot, R: dada kanan atas sampai ke punggung, Skala : 2 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon obyektif pasien meringis berkurang, nyeri berkurang.

Evaluasi pada hari ke 1 (02/12/22) didapatkan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi, mempunyai riwayat operasi pada tanggal 01 Desember 2022 Operasi mastektomi. Pengkajian nyeri pada pasien P: Post Operasi mastektomi Q: cekot-cekot, R: dada dan punggung, S: 4 (skala 1-10), T: hilang timbul pasien tampak menyeringai kesakitan berkurang, tidak ada efek samping terapi obat, nadi 109x/menit, pasien mempraktekkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri. Walau kadang nyeri hilang timbul dengan sendirinya tetapi pasien mampu menerapkan teknik distraksi tarik napas dalam yang telah diajarkan oleh perawat.

Evaluasi pada hari ke 2 (03/12/22) didapatkan nyeri dada sampai ke punggung timbul saat bergerak dengan skala nyeri 3 dari 1-10, pengkajian nyeri pada pasien P: Post Operasi mastektomi, Q: cekot-cekot, R: dada dan punggung, S: 3 (skala 1-10), T: hilang timbul, tampak menyeringai kesakitan, bersifat protektif menghindari nyeri, nadi 100x/menit, pasien paham cara dan tetap mempraktekkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri.

Evaluasi pada hari ke 3 (04/12/22) didapatkan nyeri berkurang dengan pengkajian nyeri pada pasien P: saat bergerak, Q: cekot-cekot, R: dada dan punggung, S: 2 (skala 1-10), T: hilang timbul. Pasien Tidak tampak menyeringai kesakitan, pasien tampak rileks, tidak ada efek samping terapi obat, nadi 101x/menit, pasien tetap menerapkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri. Dengan menerapkan teknik napas dalam sangat efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien sehingga dapat mengontrol rasa nyeri yang timbul dan tetap mengkolaborasikan dengan dokter pemberian analgetik.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304). *Nursing intervention* (NIC) adalah Pencegahan infeksi dan perawatan luka

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 02 Desember 2022 sampai dengan 04 Desember 2022. Implementasi untuk mencegah infeksi pada luka pasien post operasi Mastektomi dan sectio caesarea BSO TAH (SIKI, 1.14539, Hal: 278) : 1) memonitor tanda dan gejala infeksi, 2) merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, 3) menjelaskan tanda gejala infeksi, 4) mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 5) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 6) menganjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) memberikan hasil kolaborasi antibiotik (Onoiwa 3x1 @500mg) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 07.00 mengobservasi tanda dan gejala infeksi dengan mempertahankan

kondisi aseptik pada luka dengan respon obyektif sekitar luka berwarna merah, tidak terdapat pus dan cairan yang keluar berbau khas luka. Pada jam 08.20 mengedukasi pasien dengan menjelaskan tanda dan gejala timbulnya infeksi pada luka setelah operasi dengan respon subyektif pasien mengatakan bagaimana cara mengatasi hal tersebut dan respon obyektif pasien tampak menerima edukasi yang diberikan oleh perawat dan menanyakan kembali bagaimana cara menangani infeksi tersebut.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 12.00 mengedukasi pasien tentang konsep aseptik mencuci tangan dengan respon subyektif pasien mengatakan bagaimana cara mencuci tangan dengan benar dan obyektif pasien tampak bertanya kembali, ingin melatih cara cuci tangan. Pada jam 12.30 diberikan terapi pada pasien Onoiwa 1x500mg dengan obyektif tidak mengalami alergi.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 11.00 perawat mengobservasi dengan kegiatan pada hari ke dua pasien cara mencuci tangan dengan respon subyektif pasien tetap menerapkan dan respon obyektif pasien tampak mencuci tangan sesuai tata cara yang diberikan oleh perawat. Pada jam 13.30 perawat menganjurkan meningkatkan asupan cairan 1 hari minum 1 air mineral dengan respon obyektif pasien tampak meminum air mineral. Pada jam 15.00 perawat melihat kondisi luka pada pasien dengan respon obyektif tampak luka kemerahan berkurang, luka tampak mulai menyatu, jahitan kering.

Evaluasi dilakukan setelah 1 hari perawatan didapatkan bahwa pasien dalam kondisi yaitu ditemukan data suhu 36,5°C, akral teraba hangat, luka

tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tampak luka mulai menyatu, hasil laboratorium pada tanggal 01 Desember 2022 leukosit $7,06 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \times 10^3/\mu\text{L}$).

Evaluasi berikutnya yaitu hari ke 2 ditemukan data suhu tubuh $36,4^\circ\text{C}$, Leukosit $7,06 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00$), pasien, terdapat kemerahan sekitar luka, tidak ada bengkak atau pus, nyeri pada dada menjalar ke punggung, tampak lemas, keluarga pasien dan pasien memahami konsep infeksi dan menerapkan konsep aseptik yaitu dengan cuci tangan.

Evaluasi hari ke 3 ditemukan data suhu $36,5^\circ\text{C}$, akral teraba hangat, luka tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tampak luka mulai menyatu dan menutup, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka, sekitar luka tidak terlihat kemerahan,. Hasil laboratorium pada tanggal 03 Desember 2022 leukosit $9,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \times 10^3/\mu\text{L}$), hemoglobin $10,79 \text{ g/dL}$ ($13-17 \text{ g/dL}$), eritrosit $3,80 \times 10^6/\mu\text{L}$ ($3,50-5,00 \times 10^6/\mu\text{L}$), trombosit $214,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($150-450 \times 10^3/\mu\text{L}$). Data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi teratasi sebagian yang berarti mekanisme adaptasi pasien terhadap gejala infeksi harus tetap dilaksanakan hingga keluar rumah sakit.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124) Implementasi untuk memberikan dukungan ambulasi dan dukungan kepatuhan program pengobatan adalah: 1) mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), 4) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) menjelaskan tujuan

dan prosedur mobilisasi, 6) menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 10.00 mengobservasi adanya keluhan lain pada pasien dengan respon subyektif mengeluh tidak bisa bergerak, takut jahitan robek kalau bergerak respon obyektif tampak pasien membatasi gerak, mobilisasi kurang, fungsi otot ekstremitas atas 4 dan esktremitas bawah 4. Pada jam 10.30 mengobservasi keadaan umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 124/85 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 92 x/mnt, RR 20x/mnt, SpO₂ 99%. Pada jam 11.00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi pasien (pagar tempat tidur untuk membantu pasien miring kanan dan kiri) dengan respon subyektif pasien dapat melatih otot dan sendi dengan respon obyektif pasien tampak cemas dan posisi menghindari nyeri.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 13.00 mengobservasi kondisi pasien dengan respon obyektif cek TTV dari tekanan darah 135/87 mmhg, Nadi 104 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 37 0C, SPO₂ 99% Pada jam 15.00 mengajarkan teknik mobilisasi sederhana dengan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dengan respon subyektif saat digerakkan masih sakit dan respon obyektif pasien tampak duduk di tempat tidur secara perlahan dengan bantuan anaknya. Pada jam 15.10 mengedukasi pasien mengapa dilakukan mobilisasi ringan dengan respon subyektif memahami akan kondisi saat ini, respon obyektif tampak memahami teknik mobilisasi yang diberikan oleh perawat.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 10.45 perawat mengobservasi kembali kegiatan yang di terapkan pada pasien dengan respon subyektif pasien mengatakan tetap menerapkan yang diajarkan perawat, respon obyektif pasien tampak latihan mobilisasi dan respon obyektif pasien tampak melatih gerakan kaki, tampak perlahan-lahan. Pada jam 11.30 perawat menganjurkan keluarga ikut serta membantu pasien dalam meningkatkan gerakan dengan respon obyektif pasien keluarga membantu pasien duduk di atas tempat tidur atau dengan kondisi semifowler. Pada jam 12.00 perawat melihat kondisi umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 128/87 mmhg, nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,9°C, SPO₂ 99%.

Evaluasi dilakukan setiap hari, pada hari pertama pasien dalam tahap penerimaan pengetahuan terhadap dilakukannya ambulasi, sudah mulai memahami keuntungan dan kerugian tidak dilakukan teknik ambulasi pasien tetap menanyakan ulang apakah boleh beraktivitas biasa, tampak tidak dapat melakukan ambulasi, pasien tampak gelisah, tegang, sulit tidur, membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 4 dan bawah 4, ROM pasif, bedrest atau tirah baring dengan hasil tekanan darah 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR 19 x/menit, Suhu 36,50C, SPO₂ 99%.

Pada hari ke dua perawatan (03/12/22), pasien melakukan aktivitas ringan seperti duduk, pasien tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tidak membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 4 dan bawah 5, ROM aktif, posisi semi fowler dengan TTV tekanan darah 125/70 mmhg, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO₂ 99%. Pada hari ke tiga perawatan

(04/12/22), pasien mampu melakukan aktivitas seperti duduk, pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tidak membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 5, ROM aktif, posisi semi fowler dengan tekanan darah 128/87 mmhg, nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,9°C, SPO₂ 99%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut mampu melakukan teknik ambulasi dengan kondisinya saat ini, artinya teknik ambulasi tetap dipertahankan sampai kondisi benar-benar membaik.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240) implementasi yang akan dilakukan memberi dukungan perawatan diri pada pasien post op BSO TAH + Mastektomi (SIKI, 1.11343, Hal: 36): 1) memonitor tingkat kemandirian, 2) identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, 3) menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi), 4) mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 5) memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, 6) menjadwalkan rutinitas perawatan diri, 7) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 02 Desember 2022 pada jam 08.10 mengobservasi tingkat kemandirian perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ke kamar mandi sulit dan respon obyektif tampak cemas serta tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pada jam 09.00 mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ingin ke kamar mandi untuk BAB dan respon obyektif pasien tampak tidak menggunakan diapers, terpasang voley kateter,

cemas, tegang. Pada jam 09.20 mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri dengan respon subyektif pasien menyisir rambut dan respon obyektif posisi semifowler, tampak perlahan-lahan.

Implementasi hari kedua pada tanggal 03 Desember 2022 pada jam 12.00 mengobservasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri pasien dengan respon subyektif pasien ingin berpakaian dan respon obyektif pasien kesulitan menggunakan pakaian, tampak miring kanan dan kiri. Pada jam 12.05 memberikan rasa nyaman dan privasi bagi pasien sebelum dilakukan tindakan dengan respon subyektif bersedia dibantu dan respon obyektif pasien tampak rileks, nyaman, mengenakan pakaian dibantu perawat dan keluarga. Pada jam 13.15 observasi kemandirian melakukan perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan bisa jika tempat terjangkau dan respon obyektif pasien mengambil sisir yang ada di meja samping tempat tidur. Pada jam 15.00 menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan pasien dengan respon subyektif pasien menggapai barang-barang sekitar dan respon obyektif pasien mampu menggapai sisir, kaca.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 04 Desember 2022 pada jam 11.00 perawat mengobservasi kembali kegiatan yang di terapkan pada pasien dengan respon subyektif pasien mengambil barang disekitar untuk keperluannya dan respon obyektif pasien tampak dapat menggapai barang-barang, posisi semi fowler, bergerak terbatas. Pada jam 11.30 perawat mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ingin duduk untuk melakukan cuci muka serta sikat gigi dan respon obyektif pasien dibantu untuk duduk, tampak tegang, tidak cemas.

Pada jam 13.00 perawat mengobservasi kemampuan mandiri pasien melakukan perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan jika dekat maka saya mengambilnya dan respon obyektif pasien tampak rileks, santai dan mampu melakukan aktifitas sesuai kemampuan mandiri.

Evaluasi pada hari ke 1 (02/12/22) didapatkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri, mempunyai riwayat operasi pada tanggal 01 Desember 2022 BSO TAH pengangkatan rahim atau uterus dan Mastektomi. Keadaan pasien cukup kesadaran kompos mentis pasien tampak tidak rapi, ganti pakaian sekali sehari, rambut terlihat kusut. Evaluasi pada hari ke 2 (03/12/22) kemandirian dalam perawatan diri cukup karena pasien mampu melakukan kegiatannya dengan cara menggapai, pasien tampak rapi, klien dikseka sehari sekali, ganti pakaian dibantu keluarga dan perawat, mengosok gigi setiap hari, pasien mempertahankan kemandirian perawatan dirinya.

Evaluasi pada hari ke 3 (04/12/22) didapatkan data pasien mempertahankan kemandirian perawatan dirinya dengan menyisir rambut, gosok gigi, rias diri. Pasien Tidak tampak rileks, santai dan cemas berkurang karena pasien dapat melakukan perawatan diri sebagian dibantu dengan keluarga saat melakukan BAB dan BAK yang dipasang diapers. Dengan menerapkan perawatan diri secara mandiri yang dapat dilakukan oleh pasien dan tetap mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis Kanker Payudara (*Ca Mammæ*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 05 Desember 2022 sampai 11 Desember 2022 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. A. dengan melakukan anamnesis pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Data yang didapatkan, Ny. A Berjenis kelamin perempuan, berusia 39 tahun, tidak bekerja tetapi menjadi ibu rumah tangga.

Hal ini juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh (Yulianti, 2010 dalam Erlinda & Lia, 2021) bahwa ditemukan adanya hubungan pendidikan dengan kejadian kanker payudara. Hal ini membuktikan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi kejadian kanker payudara pada wanita. Walaupun memiliki pendidikan tinggi, apabila tidak memiliki pola hidup yang sehat maka dapat menjadi risiko terjadinya kanker payudara. Penelitian yang dilakukan oleh (Panigoro, Santoso, & Gautami, 2013 dalam Erlinda & Lia, 2021) bahwa wanita yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih peka terhadap gejala dan segera memeriksakan diri ke rumah sakit sehingga akan mendapatkan pengobatan kanker

payudara lebih awal. Memeriksa diri sedini mungkin untuk mencegah terjadinya kanker payudara sangat penting.

Data selanjutnya pasien didiagnosa kanker Payudara atau *Ca Mammae* post operasi hari ke 1. Kanker payudara sering terjadi pada kaum wanita dengan usia 40-70 tahun memiliki resiko menderita *ca mammae* lebih tinggi karena pada usia ini fungsi organ tubuh sudah menurun yang menyebabkan sel kanker tumbuh dengan tidak terkendali (Karnila, 2018).

Keluhan pertama pasien saat ini nyeri pada dada sebelah kanan setelah post operasi tanggal 01 Desember 2022, dengan nyeri seperti cekot-cekot dengan skala 4 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, hal ini sesuai dengan sebuah penelitian yang dilakukan oleh Setyaningsih (2019) dalam guntari & Suariyani (2016), menyebutkan bahwa operasi pengangkatan payudara mengakibatkan rasa nyeri dan bahkan menyebabkan kerusakan tubuh yang berpotensi menyebabkan hilangnya fungsi tubuh secara permanen.

Nyeri yang dirasakan pasien *ca mammae* biasanya berupa nyeri akut maupun nyeri kronis. Kondisi tersebut membutuhkan tindakan mastektomi, namun sebagian besar kanker payudara dapat diobati dengan prosedur “*lumpektomi*” atau *mastektomi parsial*, di mana hanya tumor yang diangkat dari payudara. Tindakan operative yang dilakukan akan menimbulkan permasalahan baru yaitu nyeri pasca operasi. Nyeri pasca operasi muncul sebagai gejala lanjutan post operative kanker payudara. Nyeri yang timbul dapat mengganggu rasa nyaman pasien akibat dari kerusakan jaringan pasca operasi. Nyeri pasca operasi dapat dievaluasi melalui ekspresi wajah pasien, maupun ungkapan langsung dari pasien (Bahrudin, 2018).

Pada pemeriksaan sistem muskuluskeletal pasien mengatakan badan jika bergerak nyeri timbul dan bergerak harus dengan bantuan keluarga, TD 124/85 mmhg, Nadi 92 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,4°C, SPO₂ 99%. Dilakukan pemeriksaan inspeksi: tidak ada edema, kemampuan pergerakan sendi (terbatas), skala kekuatan otot $\frac{4}{4} | \frac{4}{4}$, ROM pasif, pasien mengeluh nyeri dada sampai ke punggung, pada pemeriksaan palpasi: turgor kulit baik. Pada pengkajian sistem integument dilakukan pemeriksaan inspeksi: warna kulit kuning langsung, kuku bersih, terdapat luka terbalut kassa post operasi *mastektomi + TAH BSO* pada dada kanan atas dan perut, terdapat sayatan, warna sekitar luka kemerahan terdapat balutan luka bekas operasi pada dada kanan, terdapat kemerahan disekitar luka, pasien tampak meringis, keadaan umum lemah. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin 10.50 g/dl (13-17g/dl), leukosit $6.72 \cdot 10^3/u$.

Asumsi penulis dalam pemeriksaan musculoskeletal ini dapat terjadi masalah gangguan mobilitas fisik maka penulis berpendapat dengan cara mobilisasi dapat mengembalikan fungsi otot, dalam penelitian yang dilakukan oleh Yuliana et al (2021) berpendapat bahwa mobilisasi mampu meningkatkan toleransi aktivitas klien pasca operasi laparatomi. Karena pada dasarnya latihan mobilisasi dapat meningkatkan kekuatan otot serta mencegah kontraktur sehingga dapat memulihkan kondisi setelah operasi (Vellyana, D., & Rahmawati, 2021). Tetap menjaga asupan nutrisi pasien dengan memberikan makanan sesuai dengan diitnya.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosis medis kanker payudara ada 4 sebelum dilakukan operasi yaitu : pola napas tidak efektif, nyeri kronis, defisit pengetahuan, ansietas dan 6 masalah keperawatan setelah dilakukan operasi yaitu : gangguan citra tubuh, gangguan mobilitas fisik, kerusakan integritas kulit dan jaringan, risiko infeksi, nyeri akut. Penulis mengambil masalah keperawatan yang sesuai dengan keadaan pasien saat ini yaitu nyeri akut, risiko infeksi dan gangguan mobilitas fisik. Penulis tidak mengambil masalah keperawatan pola napas tidak efektif karena napas pasien yaitu 20x/menit normal perhitungan nafas pada orang dewasa 16-20x/menit, saat pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul saat ini nyeri akut, risiko infeksi dan gangguan mobilitas fisik sampai dalam tahap evaluasi keperawatan.

Diagnosis keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis Kanker Payudara atau Ca Mammæ di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya ada 4 yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi)

Diagnosa ini ditegakkan karena pasien mengatakan nyeri di dada sampai ke punggung bekas post operasi dengan skala nyeri 4 (1-10), seperti cekot-cekot dan hilang timbul, nyeri dirasakan pada saat bergerak atau beraktivitas. Hasil observasi yaitu pasien tampak menyeringai, pasien tampak gelisah, tekanan darah 124/85 mmHg, Nadi 100x/menit, Post operasi hari ke 1, terdapat luka pada dada kanan atas dan perut. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau

fungsional, dengan mendadak atau lambat onset dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut karena nyeri timbul pada saat pasien bergerak atau beraktivitas, maka perlu tindakan utama dalam penanganan pasien. Nyeri yang dirasakan oleh pasien juga timbul karena adanya kerusakan kulit yang menjadi masalah utama pada pasien. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea)

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pada sistem integumen didapatkan luka bekas operasi pada dada kanan atas dan perut, terdapat kemerahan pada luka post operasi, suhu tubuh 36,4 C. Hasil laboratorium darah lengkap didapatkan nilai hemoglobin 10.50 g/dl (13-17g/dl), leukosit $6.72 \cdot 10^3/u$. Resiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut asumsi penulis bahwa adanya luka berarti berisiko untuk terserang organisme atau bakteri, sehingga dapat diangkat diagnosa risiko infeksi untuk mencegah adanya infeksi pada luka post operasi.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pasien mengatakan takut jahitan terbuka, merasa lemas dan membatasi pergerakan, kekuatan otot

ekstremitas atas 4 dan esktremitas bawah 4, bedrest atau tirah baring. Data-data tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Menurut asumsi penulis, masalah gangguan mobilitas fisik dijadikan prioritas ketiga karena pasien merasa cemas saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pada pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, merasa cemas dan tegang saat perawat membantu pemasangan diapers, pasien tampak tampak tidak rapi, ganti pakaian sekali sehari, rambut terlihat kusut. Data tersebut menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah dalam perawatan dirinya. Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Menurut asumsi penulis, masalah defisit perawatan diri dijadikan prioritas keempat karena pasien merasa cemas dan tegang saat dibantu serta kemandirian pasien terhadap perawatan diri kurang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis Kanker Payudara atau Ca Mammae yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (*Mastektomi*)

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi. Kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, klien tampak meringis menurun, gelisah menurun, tekanan nadi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana Keperawatan dengan intervensi utama, manajemen nyeri yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik relaksasi nafas dalam, Anjurkan teknik distraksi (saat nyeri alihkan dengan menonton video) bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi kolaborasi analgesik (Inj.Antrain 3x1/ IV dan pemberian peinos drip NS 100ml/12 jam). Manajemen nyeri merupakan suatu proses atau tindakan keperawatan yang dilakukan baik secara kolaboratif ataupun secara individu pada pasien pasca pembedahan guna mengontrol atau mengurangi nyeri serta mengendalikan rasa nyeri yang dirasa oleh pasien (Ika Yulia, et all, 2022).

Asumsi penulis dalam rencana keperawatan ini pasien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dengan terapi non farmakologi yaitu teknik relasasi nafas dalam dan terapi farmakologi (Inj.Antrain 3x1/ IV dan pemberian peinos drip NS 100ml/12 jam). Data tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan lestari dkk tahun (2022) yaitu relaksasi nafas dalam terhadap pasien pasca

bedah berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri, selain itu teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea)

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi atau radang yang muncul (color, dolor, rubor, tumor, functio laesa), pasien mengatakan ketat pada luka dan panas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana Keperawatan dengan intervensi pencegahan infeksi yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi, Berikan perawatan kulit pada area luka, Pertahankan kondisi aseptik pada luka. Pencegahan infeksi adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik (PPNI, 2017).

Asumsi penulis dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada penyembuhan luka. Penyembuhan luka dapat dilakukan dengan perawatan luka dengan teknik steril untuk mencegah perluasan infeksi pada luka serta memberikan rasa nyaman pada klien dan kolaborasi dengan dokter teknik farmakologis pemberian antibiotik. Infeksi luka operasi merupakan hasil kontaminasi bakteri yang masuk saat dilakukan pembedahan (Hidayatika, A.,

Kurniawati, F. and Yasin, 2019). Penggunaan antibiotik yang rasional menurunkan angka kejadian ILO (Murdiana, 2022).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, nyeri menurun, kelemahan menurun, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Asumsi peneliti dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada kemampuan aktivitas pasien meningkat dengan mengajarkan aktivitas distraksi.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan ke toileting meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun.

Rencana Keperawatan dengan intervensi utama, kemandirian perawatan diri yaitu monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi), siapkan keperluan pribadi (seperti sabun mandi, sikat gigi, parfum), mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi

kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017). (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Asumsi penulis dalam rencana keperawatan yaitu memfokuskan pada meningkatkan perawatan diri pasien meningkat dengan mengajarkan melakukan perawatan diri secara mandiri terjadwal. *Personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. jika pasien tidak mampu melakukan personal hygiene maka tugas seorang perawat adalah memberikan bantuan dalam melaksanakan pemenuhan kebutuhan personal hygiene pasien. Salah satu bentuk perawatan diri adalah pemenuhan kebutuhan manusia. Perawat memiliki peran untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia meliputi aspek biologi, sosial, dan spiritual (Sri H. S. M, 2019).

Berdasarkan perencanaan dari empat diagnosa diatas maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu; melatih teknik relaksasi nafas dalam, memberikan perawatan luka dengan teknik steril untuk mencegah perluasan infeksi dan memberikan penjelasan atau edukasi meningkatkan asupan nutrisi untuk membantu mempercepat penyembuhan luka dan memberikan aktivitas distraksi untuk meningkatkan energi dan menganjurkan istirahat yang cukup. Membantu melakukan perawatan diri dan memandirikan pasien melakukan perawatan diri secara terjadwal untuk lebih memudahkan pasien telah mencapai kemandirian sesuai perawatan dirinya.

4.4 Implementasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri pasien, mengajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien menganjurkan pasien posisi semi fowler atau setengah duduk pada tempat tidur, memberikan obat analgetik sesuai program injeksi antrain (iv) dan painlos drip NS 100 ml per 12 jam.

Perawat mempunyai peran penting dalam mengurangi nyeri antara lain mengurangi ansietas, mengkaji nyeri secara regular, memberi analgesik sesuai advise, mengevaluasi keefektifannya dan memberikan terapi non farmakologi yaitu teknik distraksi relaksasi napas dalam. Dalam sebuah penelitian yang sebelumnya dilakukan, disebutkan bahwa distraction therapy dapat menurunkan skala nyeri secara efektif (Yaban, 2019).

Asumsi penulis dalam tindakan keperawatan ini yaitu dengan memberikan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan terapi dikstraksi menonton video melalui handphone dapat menurunkan rasa nyeri pada klien. Pada klien dengan kanker payudara dapat mengalami nyeri akut sedang. Kolaborasi obat anti nyeri juga penting pada klien untuk menurunkan intensitas nyeri rendah sampai sedang.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit memberikan perawatan luka pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa luka. Pasien dengan kanker payudara memiliki risiko untuk terjadinya infeksi, sehingga pengobatan yang dianjurkan dan merupakan pengobatan lini pertama adalah obat antibiotik (Ezra et al., 2022) . Perawatan luka operasi juga penting dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi pascaoperasi lainnya (Zakhary, 2017).

Asumsi penulis dalam melakukan tindakan tersebut yaitu untuk menurunkan infeksi pada luka dan mempercepat penyembuhan luka dengan memberikan tindakan edukasi untuk mempercepat penyembuhan dan perawatan luka.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit yaitu mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur,

pindah dari tempat tidur ke kursi). Pada penelitian amalia dan fajar (2020) sebuah dukungan mobilitas yang diberikan pada pasien secara psikologis akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa ia mulai merasa sembuh. Asumsi peneliti dalam melakukan tindakan yaitu memfokuskan pada keinginan pasien untuk beraktivitas meningkat dengan dukungan mobilitas yang diberikan keluarga dan perawat.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan yaitu kemandirian perawatan diri dengan memonitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi), menyiapkan keperluan pribadi (seperti sabun mandi, sikat gigi, parfum), mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017; (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Menurut Patricia & Anne (2019) Perawatan individual mempertimbangkan kemampuan pasien untuk melakukan perawatan, jumlah bantuan yang dibutuhkan dan kebutuhan alat bantu dan keamanan untuk memfasilitasi perawatan kebersihan yang aman. Ketika pasien mengalami keterbatasan perawatan diri, keluarga dapat membantu dengan hati-hati. Tentukan bagaimana keluarga dapat membantu pasien, seberapa sering mereka dapat memberikan bantuan dan bagaimana perasaan menjadi caregiver. Asumsi peneliti dalam melakukan tindakan yaitu membantu dan meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan diri sesuai dengan kemampuannya.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Evaluasi pada pasien Ny. A dengan diagnosa kanker payudara di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi)

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang. Hasil objektif pasien sudah tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis atau kesakitan, ttv dalam batas normal tekanan darah 125/70 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan sudah teratasi dengan skala nyeri menurun, meringis menurun,

gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik., Planning yaitu intervensi dilanjutkan.

2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea)

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan nyeri pada area luka post operasi berkurang, dan tidak panas. Hasil objektif pasien tidak ada tanda infeksi pada luka post operasi (tidak terdapat pus, kemerahan berkurang, tidak ada rembesan pada dressing, tidak ada bleeding), ttv normal tekanan darah 125/70 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian dengan kriteria hasil yang belum tercapai luka kemerahan menurun dan skala nyeri menurun, Planning yaitu intervensi dilanjutkan dengan merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, mengkonsumsi makanan dan minuman yang bernutrisi dan rutin meminum antibiotik (Onoiwa 3x1 @500mg) yang telah dianjurkan.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan badan sudah sedikit enakan dan tidak lemas. Hasil objektif pasien tampak sudah dapat beraktivitas secara mandiri (duduk semifowler), ttv normal tekanan darah 125/70 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian dengan kriteria hasil yang belum

tercapai pergerakan ekstremitas yang terbatas, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 4/4. Planning yaitu pertahankan kondisi.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan pada hari ketiga tanggal 04 Desember 2022 dengan hasil subjektif pasien mengatakan melakukan sebisa mungkin, ROM terbatas, keadaan umum baik, komposmentis. Hasil objektif pasien tampak dibantu oleh keluarga saat melakukan perawatan dirinya (gosok gigi, mandi dengan di seka, menyisir rambut secara mandiri) dalam posisi setengah duduk semifowler, ttv normal tekanan darah 125/70 mmhg, Nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%. Assesment masalah keperawatan teratasi sebagian dengan kriteria hasil yang belum tercapai kemampuan ke toileting, nyeri yang dirasakan pasien yang hilang timbul, kelemahan fisik pada pasien. Planning yaitu pertahankan kondisi tingkatan kemandirian perawatan diri sesuai kemampuan pasien.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis Kanker Payudara di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Kanker Payudara.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian pada pasien pada Ny. A dengan diagnosis medis Kanker Payudara didapatkan data pada pasien yaitu dengan keluhan utama nyeri akut, pasien mengatakan nyeri, provoking (P): nyeri menurun dan dirasa saat aktivitas berlebih saja, quality (Q): klien mengatakan nyeri seperti cekot-cekot, region (R): dada sebelah kanan menjalar ke punggung, severity (S): skala nyeri 2 (ringan) dari 0-10 skala nyeri, time (T): hilang timbul.
2. Diagnosis keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis medis Kanker Payudara dan telah diprioritaskan menjadi: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi) (SDKI, D.0077, Hal: 172), Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea) (SDKI, D.0142, Hal: 304), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124), Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240).

3. Intervensi keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis medis Kanker Payudara (*ca mammae*) *post op TAH BSO + Mastektomi* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi) (SDKI, D.0077, Hal: 172) dengan intervensi utama manajemen nyeri, Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (Luka pada *mammae dextra* dan luka sesarea) (SDKI, D.0142, Hal: 304) dengan intervensi utama pencegahan infeksi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124) dengan intervensi utama dukungan ambulasi, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240) dengan intervensi utama dukungan perawatan diri.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis medis Kanker Payudara disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker payudara (Mastektomi) dengan manajemen nyeri dan memberikan analgesik, Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada *mammae dextra* dan luka sesarea) dengan perawatan luka dan pencegahan infeksi dengan pemberian antibiotic, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dengan dukungan melakukan mobilisasi, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan melakukan perawatan diri dibantu dan mandiri sesuai kemampuan pasien.
5. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis medis Kanker Payudara disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: luka post operasi kanker

payudara (Mastektomi), Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (Luka pada mammae dextra dan luka sesarea), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dapat teratasi sebagian dengan tujuan yang telah ditetapkan.

5.2 Saran

1. Bagi Pasien

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan luka post operasi. Pasien harus bisa menerapkan tindakan untuk mencegah terjadinya resiko infeksi.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan literature sebagai wawasan dalam menambah ilmu dan dapat menerapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien kanker payudara (*ca mammae*) post op TAH BSO + Mastektomi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan meningkatkan mahasiswa keperawatan dalam mengelola pasien dengan kanker payudara khususnya pada pasien post operasi dan dapat mempermudah melakukan penelitian atau perbandingan dalam mengelola pasien kanker payudara (*ca mammae*) post op TAH BSO + Mastektomi.

4. Bagi Ruangan

Petugas kesehatan khususnya perawat dapat mempertahankan tindakan yang sudah dilakukan yaitu menerapkan teknik aseptik dalam melakukan perawatan pada pasien dengan kanker payudara.

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan atau perbandingan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis kanker payudara.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, F. Y. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM Kalianda Lampung Selatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia, Vol 1(1)*.
- Ami Ashariati Prayoga. (2019). *Manajemen Kanker Payudara Komprehensif*. Airlangga University Press.
- Bahrudin, M. (2018). *Patofisiologi Nyeri*. Santika Medika.
- Bonacho, T., Rodrigues, F., & Liberal, J. (2019). *Immunohistochemistry for diagnosis and prognosis of breast cancer: a review. Biotechnic & Histochemistry*. 0(0), 1–21.
<https://doi.org/https://doi.org10.1080/10520295.2019.1651901>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S. Poortmans, P., Rubio, I. T., Z., & S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis , treatment and follow-up. *ESMO, 30(8)*, 1194–1220.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S. Poortmans, P., Rubio, I. T., Z., & S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *ESMO, 30(8)*, 1194–1220.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>
- Dhestirati, erna Irawan, Sri H, Ira Marlina, T. P. (2022). Gambaran Diri Pasien Post Mastektomi di Ruang Kemoterapi Santosa Hospital Bandung Central. *Jurnal Keperawatan BSI, 10, 267*.
<https://ejurnal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/index>
- Erlinda Rara Sulviana, L. K. (2021). Hubungan Antara Usia, Pendidikan, dan Pekerjaan dengan Kejadian Kanker Payudara pada Wanita di Kalimantan Timur. *Borneo Student Research, 2 no. 3*.
- GLOBOCAN (Global Cancer Observatory). (2020). *International Agency for Research on Cancer. World Health Organization*.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheets>
- Herdman, T. . (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. EGC.
- Hidayatika, A., Kurniawati, F. and Yasin, N. . (2019). *Kajian Penggunaan Antibiotik Pasien Bedah Digestif Dewasa di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada*. 4–5.

- Ika Yulia Darma, Weni Sartiwi, Honesty Diana Morika, Meldafia Idaman, S. Z. (2022). Penatalaksanaan Manajemen Nyeri Pada Pasien Post Operasi Diruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kota Sungai Penuh. *Jurnal Abdimas Saintika*, 4 (1). <https://jurnl.syedzasaintika.ac.id>
- Iqmy, L. O., Setiawati, & Yanti, D. E. (2021). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kanker Payudara. *Jurnal Kebidanan*, 7(1), 32–36.
- Karnila. (2018). *Perbandingan Kualitas Hidup Pasien CA Mammae Dengan Menggunakan Kuesioner EORTC-C30 dan QOL Breast Cancer Version yang Menjalani Kemoterapi di Rumah Sakit Umum Pusat DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASAR.
- Kemkes RI. (2020). *Hasil utama RISKESDAS 2018*. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan. <https://www.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara*. <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- Lestari, S., Faridasari, I., Hikmat, R., Kurniasih, U., & Rohmah, A. (2022). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri. *Jurnal Kesehatan*, 13 (1), 1–6.
- Liabalingka. (2020). *Kanker: pentingnya mengenal kanker lebih dekat/ Liabalingka* (1st ed.). Gava Media.
- Mastura, R. Nurhidayah, I. F. (2022). Asuhan keperawatan post operasi di ICU: studi kasus. *JIM FKep*, 1(1), 110–117.
- Meylana EH, D. D. (2020). Perbedaan Perceived Academic Stress Ditinjau Dari Tahun Angkatan Pada Mahasiswa Fakultas X. *Jurnal Penelitian Psikologi*, 07(02), 32–42.
- Murdiana, H. . (2022). Evaluasi penggunaan profilaksis antibiotik bedah umum di Rumah sakit Pemerintah Yogyakarta. *Health Science and Pharmacy Journal*, 6 (1), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/jovin.v1i1.19873>.
- Nadiya Sarah, M. C. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea (SC) Dengan Penyembuhan Luka Operasi di Ruang Kebidanan RSUD dr. Fauziah Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 4(2). <https://doi.org/http://doi.org/10.33143/jhtm.v4i2.216>
- Nurarif, dkk. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis jilid 1* (jilid 1). Mediaciton.
- Nurrohmah, A., Aprianti, A., & Hartutik, S. (2022). Risk Factors of Breast Cancer. *Gaster Journal Of Health Science*, 20(1), 1–10.
- Padila. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

- Patricia A, Potter, Anne GGriffin Perry, patricia A Strockert, RN Bsn MS PhD, Patricia Strockert, A. H. (2019). *Fundamentals Of Nursing Vol 2-9th Indonesia Edition: Dasar Psikososial Untuk Praktik Keperawatan Unit VII Dasar Fisiologis Untuk Praktik Kpeerawatan: Glosarium* (S. R. Deswani, Enie Novieastari, Kusman Ibrahim (ed.)). Elsevier Health Sciences.
- Ratih Kumala Dewi. (2020). Hubungan Kepatuhan Menjalani Kemoterapi dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara di RSUD Dr. Meowardi Surakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12 (4), 158–163.
- Remedios, M. D. F. Dos. (2019). *Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Pasien Ny. Y.G Dengan CA Mammae di Ruang Cempaka RSUD Johannes Kupang*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. PROF.Dr.W.Z.
- Rendy & Margareth. (2019). *Konsep Asuhan Keperawatan Fraktur Femur*. EGC.
- Sari NN, S. M. (2021). Penyesuaian Psikososial Pada Wanita Penderita Kanker Payudara Pasca Matektomi. *J Penelit Psikol*, 8 (7).
- Siregar karolus & Nugroho, et all. (2022). *Keperawatan Onkologi*. CV Media Sains Indonesia.
- Sjamsuhidajat & de Jong. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah* (3rd ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sri H. S. M. (2019). *Penerapan Proses Keperawatan Dalam Pemenuhan Peronal Hygiene Pada Pasien*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- V. C., Manjas, M., & Rasyid, R. (2018). Distribusi Fraktur Femur Yang Dirawat Di Rumah Sakit Dr.M.Djamil, Padang (2010-2012). *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 586. <https://doi.org/https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.742Silva>
- Vellyana, D., & Rahmawati, A. (2021). Dukungan Keluarga Pada Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pasien Pasca Stroke Iskemik. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 11(2), 94–99.
- Wolff, A. C. et al. (2018). Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(20), 2105–2122. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.77.8738>

- Yaban. (2019). Pengaruh Terapi Guided Imagery Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kanker Payudara. *Jurnal Abuyatama*, 2(1).
- Youn, H. J., & Han, W. (2020). A review of the epidemiology of breast cancer in Asia: Focus on risk factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(4), 867–880.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.4.867>
- Yuliana, Johan, A., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi Laparatomi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi (JABJ)*, 10(1), 238–249.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.355>

Lampiran. 1 Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

Nama : Aisyah Wulan Rachmawati
Nim : 2230006
Program Studi : Profesi Ners
Tempat Tinggal : Surabaya, 29 Maret 1998
Agama : Islam
Alamat : Jalan. Kutei Kalimir 23-A, Surabaya
No.Telp : 0895395096369
Email : aisyahwulanrachmawati29@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Qoshrul Ubudiyah Surabaya : 2004-2005
2. SD Kartika IV-9 Surabaya : 2005-2010
3. SMP Rahmat Surabaya : 2011-2013
4. SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya : 2014-2016
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : 2017-2021

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"You'll never be brave if you don't get hurt".

"You'll never learn if you don't make mistakes".

"You'll never be successful if you don't encounter failure".

PERSEMBAHAN

Hasil karya ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Allah SWT yang telah memberikan kesempatan, kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini untuk menyelesaikan jenjang Profesi Keperawatan.
2. Kepada kedua orang tua saya (Ayah Wiharmadi dan Ibu Sulistiyani) yang telah memberikan motivasi, dukungan moril dan materil yang tak pernah lelah untuk selalu mendoakan saya dengan tulus dan ikhlas dalam menemani dan membantu saya untuk menyelesaikan tugas akhir saya.
3. Kepada adik kandungku (Moch. Bahrul Ilmi) yang selalu mendoakan, menemani dan menghibur serta memotivasi saya untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Kepada sahabat terdekat saya dikampus (Tiyas dan Ulfa) yang selalu menemani dan membantu saya disaat menyusun karya ilmiah akhir ini, serta yang selalu memberikan Doa dan motivasi dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Kepada semua teman-teman angkatan 23 yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu, semoga bisa tetap kompak selalu dan meraih keberhasilan sampai ke jenjang setinggi-tingginya.

Lampiran. 3 Standart Operasional Prosedur (SOP)

Standart Operasional Prosedur (SOP)

	<p>SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PERAWATAN LUKA</p>
<p>PENGERTIAN DAN TUJUAN</p>	<p>Prosedur perawatan yang dilakukan pada luka setelah operasi atau luka trauma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah timbulnya infeksi 2. Mengobservasi perkembangan luka 3. Mengobservasi drainase eksudat 4. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
<p>ALAT DAN BAHAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Sabun cuci luka 3. Pinset anatomi 4. Pinset sirugi 5. Gunting jaringan 6. Gunting perban 7. Kasa steril 8. Kasa gulung 9. Pengalas 10. Plester 11. Cairan NaCl 12. Bengkok 13. Kapas lidi 14. Kom kecil 15. Plastik sampah 16. Obat topikal atau modern dressing untuk luka sesuai dengan kebutuhan
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mencuci tangan <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam, panggil klien dengan namanya. 2. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan. 3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya.

	<p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan privacy kepada klien. 2. Berikan posisi yang nyaman kepada klien sebelum melakukan tindakan. 3. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan, gunakan sarung tangan bersih dan masker bila perlu. 4. Pasang perlak 5. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. Jika kotor, gunakan pinset untuk mengangkat verban/balutan. 6. Jika verban/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka kalau sudah longgar. 7. Buang verban/balutan yang kotor ke dalam kantong tahan air untuk dibakar. 8. Ganti sarung tangan jika di rasa sangat kotor. 9. Lakukan pengkajian luka. 10. Gunakan pinset untuk memegang gumpalan kasa. 11. Pertahankan ujung pinset agar tetap steril. 12. Ambil kasa steril, kemudian masukan kedalam kom yang berisi dengan NaCl, peras kasa dan bersihkan luka dengan sekali usap area sekitar luka. 13. Buang kasa yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka. 14. Ambil lagi kasa steril, basahi dengan NaCl, kemudian peras gunakan kasa untuk membersihkan area luka, lakukan dengan cara mulai dari atas atau dekat dengan luka dan terus makin keluar. 15. Ambil kasa steril berikan NaCl dan sabun untuk mencuci luka. 16. Gosok permukaan luka dengan lembut guna membantu melepaskan benda asing pada luka sebelum mengaplikasikan balutan. 17. Bersihkan sisa sabun dengan membilasnya dengan cairan NaCl dan kasa steril. 18. Lakukan beberapa kali hingga luka bersih. 19. Jika ada jaringan mati gunakan gunting jaringan untuk memotong dan membuang jaringan tersebut. 20. Berikan modern dressing sesuai dengan hasil pengkajian pada luka 21. Jika menggunakan foam sesuaikan dengan bentuk luka dan setidaknya perbatasan 1 cm di sekitar luka. Minimal 2 cm tergantung pada tingkat keparahan luka. Jika menggunakan
--	--

	<p>salep/gel gunakan kapas lidi untuk mengaplikasikan,</p> <p>22. Kemudian tempelkan kasa kering di atasnya. Gunakan kasa untuk menutupi area luka dan sekitarnya.</p> <p>23. Rekatkan kasa dengan menggunakan plester luka hingga rapi.</p> <p>24. Lepaskan sarung tangan.</p> <p>25. Cuci tangan</p> <p>Tahap terminasi</p> <p>1. Respon</p> <p> a. Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi</p> <p> b. Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku.</p> <p>2. Beri reinforcement positif</p> <p>3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>4. Mengakhiri kegiatan dengan baik</p>
REFERENSI	(Aminuddin, et.al., 2020)

	<p style="text-align: center;">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) PENGKAJIAN LUKA</p>
<p style="text-align: center;">PENGENTIAN DAN TUJUAN</p>	<p>Tindakan mengkaji luka pada pasien untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi luka apakah mengalami perbaikan atau tidak 2. Menentukan dressing yang cocok pada luka agar mempercepat penyembuhan luka
<p style="text-align: center;">PROSEDUR PENGKAJIAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. LOCATION (lokasi luka) Contoh : Ekstremitas Bawah Sinistra Area Tibia 2. DIMENSION (dimensi luka) Panjang, lebar, kedalaman, cafelil / lubang 3. WOUND BASE COLOR (Warna dasar luka) Red / merah : granulasi luka bagus Yellow / kuning : pus luka nanah, Black / hitam : nekrotik jaringan mati, un faskularisasi, sirkulasi buruk 4. Tipe Jaringan / type of tissue 5. STAGE / GRADE (derajat luka) kedalaman (epidermis, dermis, subcutis, tendon / muscul) 6. SUTURE (jahitan pada luka) Masih bagus / terlepas/ bernanah/ bengkak/ 7. WOUND EDGE (Tepi luka) Pink : jaringan epitel merah muda Jaringan nekrosis tebal dan keras 8. PERIWOUND SKIN (Kulit sekitar luka) Kemerahan, bengkak 9. EXUDATES / DISCHARGE / DRAINAGE (keluaran luka) Darah / bloody (merah maroon) Serosanguineous (merah muda) Serous (jernih) Purulent (kuning keruh, puss) 10. ODOR (bau pada luka) Seperti luka gangren
<p style="text-align: center;">REFERENSI</p>	<p>Ekaputra, E. 2020</p>

	<p>SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR) TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM</p>
<p>PENGERTIAN DAN TUJUAN</p>	<p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Rileks yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri..</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dengan tepat 2. Pikiran beristirahat 3. Lingkungan yang tenang
<p>PROSEDUR PELAKSANAAN</p>	<p>Tahap pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam teraupetik 2. Validasi kondisi pasien 3. Menjaga privacy pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Usahakan tetap rileks dan tenang 3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3,4. Kemudian tahan napas selama 2 detik. 4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut selama 8 detik sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks 5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan 7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 8. Usahakan agar tetap konsentrasi 9. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang kurang lebih 15 menit <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik

	4. Cuci tangan Dokumentasi 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respon pasien 3. Paraf dan nama perawat juga
REFERENSI	Dewi, 2020

SGAS Pembimbing dan Kelompok Mahasiswa



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
RUMAH SAKIT PUSAT TNI-AL dr. RAMELAN
Jl. Gadung No. 1 Surabaya 60144 Telp./Fax. (031) 8411721
www.stikeshangtuah-sby.ac.id email : info@stikeshangtuah-sby.ac.id

SURAT - TUGAS

Nomor : SGAS/ 3 /I/2023/SHT

Pertimbangan : Bahwa dalam rangka pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023 perlu dikeluarkan Surat Tugas sebagai Penguji.

Dasar : Program Kerja Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023.

DI - TUGASKAN

Kepada : **Daftar Nama Dosen dan Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya Sesuai Daftar Lampiran**

Untuk : 1. Selain tugas dan jabatan yang ada, ditunjuk sebagai penguji Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023.

2. Dalam melaksanakan tugasnya agar berkoordinasi dengan pihak-pihak yang terkait dan memperhatikan protokol kesehatan pencegahan penyebaran Covid-19 yang berlaku.

3. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya pada kesempatan pertama melalui Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners.

4. Melaksanakan tugas ini dengan penuh rasa tanggung jawab.

Selesai.

Dikeluarkan di : Surabaya
Pada tanggal : 9 Januari 2023

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ketua



Dr. A. V. S. Superdinarsih, S.Kp., M.Kes.
NIP. 04015

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Puket I, II STIKES Hang Tuah Surabaya
3. Ka Prodi Dik. Profesi Ners SHT Sby

Lampiran. 5 Pengajuan KIA

LEMBAR

PENGAJUAN UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Lampiran. 6 Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR MAHASISWA PRODI
PROFESI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA TAHUN 2022/2023**