

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CA MAMMAE* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

ANGGI ADINDA LISTIANI, S.Kep
NIM. 2230010

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *CA MAMMAE* DI RUANG OK CENTRAL RSPAL
DR. RAMELAN SURABAYA**

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



Oleh :

**ANGGI ADINDA LISTIANI, S.Kep
NIM. 2230010**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Anggi Adinda Listiani, S.Kep

NIM : 2230010

Program Studi : Profesi Ners

Tanggal Lahir : 19 Januari 2000

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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 September 2023
Penulis

Anggi Adinda Listiani, S.Kep
NIM. 2230010

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Anggi Adinda Listiani

NIM : 2230010

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. R Dengan
Diagnose Medis *Ca Mammae* Di Ruang Ok Central Rspal Dr .
Ramelan Surabaya

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

Ners (Ns.)
Surabaya, 22 September 2023

Pembimbing I

Pembimbing II

Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03039

Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns
NIP. 197306171994031005

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 22 September 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Anggi Adinda Listiani

NIM : 2230010

Program Studi : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. R Dengan
Diagnosa Medis *Ca Mammae* Di Ruang Ok Central Rspal Dr.
Ramelan Surabaya

Tetap 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 program studi Pendidikan Profesi
Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03067

Penguji 2 : Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03039

Penguji 3 : Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns
TK I III D NIP. 197306171994031005

Mengetahui,
KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ini dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi profesi Ners.

Karya tulis ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature sehingga karya tulis ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Eko P.A.W, Sp.OT(K) Hip and Knee., FICS. selaku kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Dr. A. V. Sri Suhardinarsih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Pembantu ketua 1, Pembantu ketua 2 dan Pembantu ketua 3 atas kesempatan yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
4. Ibu Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi

profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketua saya yang telah memberikan arahan kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan tepat waktu.
6. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak Tri Sunu Prabolaksono, S.Kep., Ns selaku pembimbing lahan yang telah bersedia membimbing dan memberi arahan sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Ibu Nadia Oktiari, Amd selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 22 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir.....	5
1.4.1 Secara Teoritis	5
1.4.2 Secara Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep <i>Ca Mammae</i>	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi	10
2.1.4 Manifestasi <i>Ca Mamae</i>	13
2.1.5 Patofisiologi <i>Ca Mamae</i>	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang <i>Ca Mamae</i>	14
2.1.7 Penatalaksanaan <i>Ca Mamae</i>	16
2.1.8 Komplikasi <i>Ca Mamae</i>	18
2.2 Konsep Keperawatan Perioperatif.....	18
2.2.1 Definisi Keperawatan Perioperatif	18
2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Keperawatan Perioperatif	18
2.2.3 Tim Operasi	21
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	22
2.3.1 Pengkajian	22
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.3.3 Intervensi Keperawatan	30
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	40
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	41
2.4 Pathway <i>Ca Mamae</i>	42
BAB 3 TINJAUAN KASUS	43
3.1 Pengkajian.....	43

3.1.1	Data Dasar	43
3.1.2	Keadaan Umum	44
3.2	Asuhan Keperawatan Perioperatif.....	44
3.2.1	Pengkajian	44
3.2.2	Analisa Data	46
3.2.3	Intervensi Keperawatan	46
3.2.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	49
3.3	Asuhan Keperawatan Intra Operatif	56
3.3.1	Pengkajian	56
3.3.2	Analisa Data	56
3.3.3	Intervensi Keperawatan	57
3.3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	57
3.4	Asuhan Keperawatan Post Operatif	58
3.4.1	Pengkajian	58
3.4.2	Analisa Data	59
3.4.3	Intervensi Keperawatan	59
3.4.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	60
BAB 4	PEMBAHASAN	61
4.1	Pengkajian Keperawatan	61
4.1.1	Identitas	61
4.1.2	Keluhan dan Riwayat Penyakit	62
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	62
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	65
4.2.1	Ansietas b.d Krisis Situasional.....	65
4.2.2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	65
4.2.3	Hipotermia b.d Efek Agen Farmakologi Anastesi	66
4.2.4	Nausea b.d Efek Agen Farmakologis	67
4.3	Intervensi Keperawatan	67
4.3.1	Ansietas b.d Krisis Situasional.....	67
4.3.2	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik	68
4.3.3	Hipotermia b.d Efek Agen Farmakologi Anastesi	68
4.3.4	Nausea b.d Efek Agen Farmakologis	69
4.4	Implementasi Keperawatan	70
4.3	Evaluasi Keperawatan	72
BAB 5	PENUTUP	74
5.1	Simpulan.....	74
5.2	Saran	75
	DAFTAR PUSTAKA	76
	LAMPIRAN	78

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Stadium Menurut AJCC	13
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan Pre Operasi	30
Tabel 2.3	Intervensi Keperawatan Intra Operasi	34
Tabel 2.4	Intervensi Keperawatan Intra Operasi	38
Tabel 3.1	Analisa Data Pre Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae.....	46
Tabel 3.2	Intervensi Keperawatan Pre Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	46
Tabel 3.3	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	49
Tabel 3.4	Analisa Data Intra Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae.....	56
Tabel 3.5	Intervensi Keperawatan Intra Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	57
Tabel 3.6	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	57
Tabel 3.7	Analisa Data Post Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae.....	59
Tabel 3.8	Intervensi Keperawatan Post Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	59
Tabel 3.9	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Intra Operasi Pada Ny. R dengan Diagnosis Ca Mammae	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Ca Mamae	10
Gambar 2.2	Pathway Ca Mamae.....	42

DAFTAR SINGKATAN

ABCDE	: <i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Expossure</i>
C	: Celcius
CA	: <i>Cancer</i>
cc	: centimeter cubic
CT	: <i>Computerized Tomography</i>
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DM	: Diabetes Melitus
DO	: Data Objektif
DPP	: Dewan Persatuan Perawat
DS	: Data Subjektif
eFAST	: <i>extened Focused Abdominal Scan for Trauma</i>
EKG	: <i>Elktrokardiogram</i>
ETT	: Endotracheal Tube
EVM	: <i>Eye Verbal Motorik</i>
FiO2	: Fraksi oksigen
GCS	: <i>Glassgow Coma Scale</i>
Hal	: Halaman
HHD	: <i>Hypertensive Heart Disease</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HR	: Heart Rate
HT	: Hematokrit
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gaat Darurat
IV	: Intra Vena
MAP	: <i>Mean Aterial Pressure</i>
mg	: Mili Gram
ml	: milimeter
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydragyrum
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imagine</i>
MRM (D)	: <i>Modified Radical Mastectomy (Dextra)</i>
NaCl	: Natrium Chloride
NANDA	: <i>North American Nursing Diagnosis Assosiation</i>
Ny	: Nyonya
OK	: <i>Operation Karmer</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRST	: <i>Provokes, Quality, Region, Scale, Time</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut
SAH	: <i>Subarachnoid Hemorrhage</i>
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOAP	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning</i>
TD	: Tekanan Darah
Tim Pokja	: Tim Kelompok Kerja

WHO : *World Health Ogranization*
WIB : *Waktu Indonesia Barat*
WSD : *Water Seil Drainage*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ca mammae adalah suatu keadaan dimana sel telah kehilangan pengendalian dan fungsi normal, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak kendali. Sel-sel tersebut membelah diri dengan cepat, kemudian membentuk suatu benjolan atau massa pada payudara. *Carcinoma mammae* merupakan tumor ganas yang menyerang pada daerah sekitar payudara dan menyebar ke seluruh tubuh (Swasri, 2021). Penderita Ca mammae atau faktor risiko yang erat kaitannya dengan Ca mammae antara lain jenis kelamin wanita, usia >50 tahun, riwayat keluarga dan genetik (Pembawa mutasi gen BRCA1, BRCA2, ATM atau TP53 (p53)), riwayat penyakit payudara sebelumnya (DCIS pada payudara yang sama, LCIS, densitas tinggi pada mamografi), riwayat menstruasi dini (< 12 tahun) atau menarche lambat (>55 tahun), riwayat reproduksi (tidak memiliki anak dan tidak menyusui), hormonal, obesitas, konsumsi alkohol (Panigroro, 2021).

Pasien dengan Ca Mammae biasanya akan mengeluhkan nyeri pada payudaranya, jenis kanker yaitu Ca mammae sebagai jenis Ca yang sangat menyramkan bagi wanita di seluruh dunia, begitu pula di Indonesia, Ca mammae banyak ditemukan saat sudah stadium lanjut. Sel abnormal pada payudara akan terus menerus tumbuh dan akhirnya sel-sel tersebut akan menjadi sebuah benjolan (tumor) pada payudara seseorang. Benjolan yang tak segera tertangani dengan baik tersebut kemudian menjadi kanker dan dapat mengalami penyebaran pada bagian anggota tubuh yang lain dan dapat menyebabkan

kematian (Rizka, dkk., 2022). Adapun kebutuhan dasar pasien yang akan terganggu adalah fisik yang terjadi seperti kerontokan rambut akibat kemoterapi, penurunan berat badan yang drastis akibat kurang nutrisi, gangguan integritas kulit akibat massa yang membengkak dan nyeri pada massa yang membesar. Nyeri dari penyakit Ca mammae dapat berupa nyeri akut ataupun nyeri kronik. Keluhan nyeri kronik menunjukkan keluhan yang sangat menakutkan bagi penderita ca mammae.(Winarti, 2018).

Menurut WHO (*World Health Organization*) kasus Ca Mammae diseluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 2,1 juta orang meninggal. Di Indonesia Ca Mammae memiliki jumlah kasus baru tertinggi yaitu sebesar 65.858 kasus atau 16,6% dari total 396.914 kasus. Data di Indonesia Prevalensi kanker berdasarkan (diagnosis dokter di Indonesia) menunjukkan adanya peningkatan 1,79 per 1000 penduduk. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencatat, pada Tahun 2019, lebih dari 20.000 kasus kanker didominasi oleh serviks dan payudara. Pada Tahun 2021, data Dinas Kesehatan Surabaya mencatat ada 1.073 kasus Ca mammae di Surabaya (Kominfo, 2020). Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti menurut data rekam medis di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya selama bulan Desember 2022 - Februari 2023 dengan jumlah keseluruhan 120 pasien (Rekam Medis RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, 2023).

Penyebab dari kanker payudara ini adalah merokok dan terpapar asap rokok (perokok pasif), pola makanan yang buruk (tinggi lemak dan rendah serat, mengandung zat pengawet/pewarna), haid pertama pada umur kurang dari 12 tahun, melahirkan anak pertama setelah umur 35 tahun, tidak pernah menyusui

anak, diantara keluarga ada yang terkena kanker sebelumnya, dll. Sel abnormal yang ditemukan di payudara ini akan dapat terus bertumbuh dan akhirnya sel-sel tersebut menjadi sebuah benjolan pada payudara seseorang. Benjolan yang tidak segera ditangani dengan baik dan benar atau tak terkontrol akan menyebabkan kanker dan dapat mengalami penyebaran (metastase) pada anggota tubuh yang lain dan dapat menyebabkan kematian. Penatalaksanaan atau pengobatan dari kanker payudara ini dapat digolongkan 4 macam yaitu Pembedahan, Radioterapi, Kemoterapi, dan terapi Hormonal. Pada pengobatan Kemoterapi terdapat dampak psikologis dari kemoterapi berupa ancaman terhadap *Body Image*, Seksualitas, Intimasi dari hubungan, dan konflik dalam pengambilan keputusan terkait pilihan pengobatan yang akan dipilih. Akibat dari kemoterapi atau efek dari kemoterapi yaitu mual, muntah, rambut rontok, diare, neuropati, dll (Haryati & Sari, 2019).

Penatalaksanaan metode penanganan pada pasien Ca Mammae yakni dapat dilakukan tindakan pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi, dan juga hormonal. Penatalaksanaan kasus pada Ca Mammae didasarkan pada pengobatan Lokal dan Sistemik. Tujuan utama terapi lokal adalah untuk menyingkirkan adanya kanker lokal, penatalaksanaan Ca Mammae adalah pembedahan serta dikombinasikan dengan terapi radiasi lalu dilanjutkan dengan kemoterapi (Brunner & Suddarth 2019).

Peran perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan sangat penting pasien mengetahui penyebab terbentuknya kanker payudara atau Ca Mammae. Sehingga perawat melakukan pengkajian terhadap pasien tentang kondisinya, membentuk suatu diagnosa keperawatan

tentang kondisi pasien, merencanakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, mengevaluasi kondisi pasien, mendokumentasikan kondisi pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa medis *Ca Mammae* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan kegawatdaruratan pada Pasien Ny. R dengan diagnosa medis *Ca Mammae* dengan tindakan pembedahan Mastektomi total di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Ny. R dengan diagnosa media *Ca Mammae* dengan tindakan mastectomy total di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. R *Ca Mammae* dengan tindakan mastectomy total di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Melakukan analisa data masalah, prioritas masalah dan menengakkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. R di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien Ny. R di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Ny. R di ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada pasien Ny. R di ruang OK Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi literatur ini diharapkan dapat bermanfaat dan di jadikan ilmu serta wawasan konsep praktek asuhan keperawatan terutama tentang intervensi asuhan keperawatan pada pasien *Ca Mammae*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Hasil studi literatur ini dapat dijadikan sebagai kajian ilmu keperawatan yang dapat digunakan sebagai referensi bagi rekan pelayanan kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif dan komprehensif pada pasien pre operasi mioma uteri dengan masalah keperawatan ansietas.

2. Bagi Penelitian

Hasil studi literatur ini bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan ataupun gambaran tentang bagaimana hubungan antara ansietas dengan *Ca Mammae* dan sebagai penambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Ca Mammae*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi literatur ini diharapkan dapat menambah kepustakaan dan pengetahuan tentang praktik intervensi ilmu keperawatan yang dapat

menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien *Ca Mammae*.

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

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan ini di gunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah – langkah yang diambil penulis dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, wawancara, observasi, pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu: data primer, data sekunder, dan data studi kepustakaan.

1.6. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya ilmiah akhir secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, halaman persetujuan, surat pernyataan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran, singkatan.
2. Bagian inti meliputi bab, masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang teori megenai konsep penyakit *Ca Mammae*, Konsep Perioperatif, konsep keperawatan Pre Operasi, konsep Asuhan Keperawatan, WOC *Ca Mammae*.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Ca Mammae*.

BAB 4 : Pembahasan yaitu berisi tentang analisis masalah yang ditinjau dari perpustakaan, hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dan opini penulis.

BAB 5: Penutup yang berisi simpulan dan saran.
3. Bagian akhir yang terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi : 1) Konsep *Ca Mammae*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif, 3) Konsep Asuhan Keperawatan *Ca Mammae*.

2.1 Konsep *Ca Mammae*

2.1.1 Pengertian *Ca Mammae*

Ca Mammae merupakan sel keganasan yang muncul pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. *Ca Mammae* merupakan salah satu jenis kanker terbanyak di Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya sel yang abnormal yang bisa berkembang tanpa terkendali dan memiliki kemampuan untuk menyerang dan berpindah antar sel dan jaringan tubuh (Ningrum & Rahayu, 2021).

Ca Mammae adalah keganasan pada payudara (*mammae*) yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara, keganasan *Ca Mammae* berasal dari *epitel ductus* dan lobulusnya. *Ductus* (saluran) merupakan tabung yang membawa air susu ke puting, sedangkan *lobulus* merupakan kelenjar penghasil susu. *Ca Mammae* merupakan suatu penyakit neoplasma ganas akibat dari pertumbuhan abnormal sel pada jaringan payudara. Sel kanker tersebut membelah secara pesat dan tidak terkontrol kemudian berinfiltrasi di jaringan sekitarnya dan bermetastasis. (Jezdic, 2018).

2.1.2 Etiologi *Ca Mammae*

Etiologi yang pasti dari terbentuknya *Ca Mammae* sampai saat ini belum dapat dipastikan dengan jelas. *Ca Mammae* terjadi ketika ketika beberapa sel

payudara tumbuh secara tidak normal. Sel-sel tidak normal ini membelah lebih cepat dari pada sel-sel sehat dan terus menumpuk, membentuk benjolan atau massa. Sel-sel dapat menyebar (bermetastasis) melalui payudara ke kelenjar getah bening atau ke bagian tubuh lain. Keganasan paling sering dimulai dari sel-sel saluran penghasil air susu (*invasive lobular carcinom*). *Ca Mammae* juga dapat bermula pada jaringan kelenjar yang disebut lobulus (*invasive lobular carcinom*). (Jezdic, 2018).

Para peneliti mengidentifikasi faktor-faktor hormonal, gaya hidup, dan lingkungan dapat meningkatkan resiko *Ca Mammae*. Namun, masih belum jelas mengapa beberapa orang yang tidak memiliki faktor resiko tersebut tetap menderita *Ca Mammae*, sedangkan orang lain dengan faktor risiko tersebut tidak selalu menderita *Ca Mammae*. Kemungkinan besar *Ca Mammae* disebabkan oleh interaksi kompleks susunan genetik dan gaya hidup (Falco, 2019).

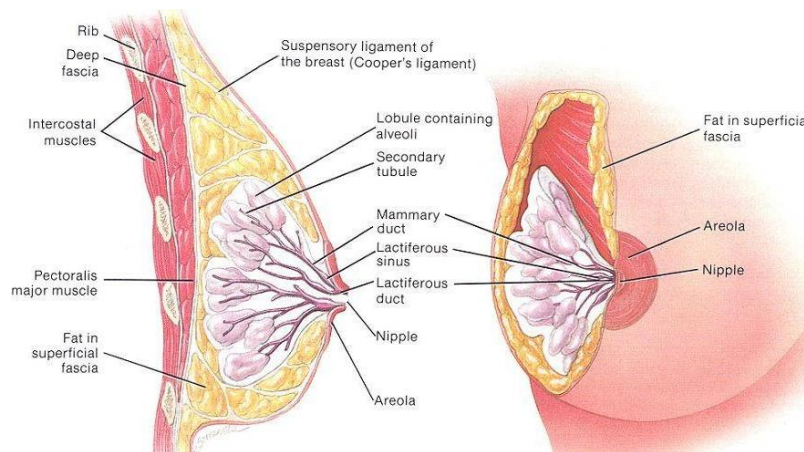
Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya *Ca Mammae* :

1. Usia : pada wanita berusia > 60 th memiliki resiko tinggi
2. Riwayat penyakit : penderita pernah memiliki riwayat penyakit yang sama yaitu *Ca Mammae* tetapi masih tahap awal dan sudah melakukan pengangkatan sel kanker, maka akan beresiko pula pada payudara yang sehat.
3. Riwayat keluarga : penderita memiliki riwayat keluarga yang mana ibu/saudara perempuan yang mengalami penyakit yang sama akan beresiko tinggi menderita penyakit kanker payudara (*Ca mammae*)
4. Faktor genetik dan hormonal : kadar hormonal yang berlebihan akan

menumbuhkan sel-sel genetic yang rusak dapat menyebabkan kanker payudara (*Ca mammae*)

5. Menarce, menopause, dan kehamilan pertama : seorang yang mengalami menarce pada umur < 12 th, 12 menopause yang lambat, dan kehamilan pertama pada usia tua akan beresiko besar terjadinya kanker payudara (*Ca Mammae*).
6. Obesitas pascamenopause : dimana seseorang yang mengalami obesitas dapat meningkatkan kadar esterogen pada wanita yang akan beresiko terkena *Ca Mammae*.
7. Dietilstilbestro : obat untuk mencegah keguguran akan beresiko terkena *Ca Mammae*.

2.1.3 Klasifikasi Ca Mammae



Gambar 2.1 Anatomi *Ca Mammae* Menurut Nurarif dan Kusuma (2015)

Berdasarkan letaknya *Ca mammae* dibagi menjadi :

1. Karsinoma ductal in situ (DCIS)

Tipe paling sering dari noninvasive breast cancer, berkisar 15% dari semua kasus baru *Ca Mammae* di USA, In situ berarti ditempat, sehingga duktal

karsinoma in situ berarti pertumbuhan sel tak terkontrol yang masih dalam duktus. Oleh karena itu beberapa pakar meyakini DCIS merupakan lesi precancer. Umumnya lesi tunggal, terjadi dalam satu payudara tapi pasien dengan DCIS risiko juga lebih tinggi untuk menderita kanker payudara kontra lateral. Sangat sedikit kasus DCIS muncul sebagai massa yang teraba, umumnya didiagnosis dengan mamografi gambaran yang sering berupa mikrokalsifikasi yang berkelompok (clustered microcalcifications). DCIS terkadang muncul sebagai pathologic nipple discharge dengan atau tanpa massa.

2. Karsinoma lobular in situ (LCIS)

Ditandai oleh adanya perubahan sel dalam lobulus atau lobus. Insiden tidak sering (4200 kasus pertahun di USA) dan risiko untuk menderita *ca mammae* invasif sedikit lebih kecil dibanding DCIS. Disebut juga lobular intraepithelial neoplasia, saat ini kebanyakan pakar meyakini LCIS bukan lesi premaligna, tapi merupakan marker untuk peningkatan risiko *ca mammae*.

3. Karsinoma invasif

Karsinoma payudara invasif merupakan tumor yang secara histologik heterogen. Mayoritas tumor ini adalah adenokarsinoma yang tumbuh dari terminal duktus. Terdapat lima varian histologik yang sering dari adenokarsinoma payudara.

4. Klasifikasi Stadium

Stadium *Ca Mammae* ditentukan berdasarkan Sistem Klasifikasi TNM *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) 2010, Edisi 7, untuk *Ca Mammae* :

- a. Kategori T (Tumor)
 - 1) TX Tumor primer tidak bisa diperiksa
 - 2) T0 Tumor primer tidak terbukti
 - 3) T1 Tumor 2 cm atau kurang pada dimensi terbesar
 - 4) T2 Tumor lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar
 - 5) T3 Tumor berukuran lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar
 - 6) T4 Tumor berukuran apapun dengan ekstensi langsung ke dinding dada / kulit
- b. Kategori Kelenjar Getah Bening (KGB) regional (N)
 - 1) Nx KGB regional tak dapat dinilai (mis.: sudah diangkat)
 - 2) N0 Tak ada metastasis KGB regional
 - 3) N1 Metastasis pada KGB aksila ipsilateral level I dan II yang masih dapat digerakkan N3 Metastatis pada KGB infraklavikula ipsilateral dengan atau tanpa keterlibatan KGB aksila, atau pada KGB mamaria interna yang terdektesi secara klinis dan jika terdapat metastasis KGB aksila secara klinis; atau metastasis pada KGB supraklavikula ipsilateral dengan atautanpa keterlibatan KGB aksila atau mamaria interna
- c. Kategori Metastasis Jauh (M)
 - 1) Mx Metastasis jauh tak dapat dinilai
 - 2) M0 Tak ada metastasis jauh
 - 3) M1 Terdapat Metastasis jauh
- d. Pengelompokkan Stadium Menurut AJCC 2010

Tabel 2.1 Pengelompokkan Stadium Menurut AJCC 2010

STADIUM	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I A	T1	N0	M0
Stadium I B	T0	N1mic	M0
Stadium II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadium III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-N2	M0
Stadium III B	T4	N1-N2	M0
Stadium III C	Semua T	N3	M0
Stadium IV	Semua T	Semua N	M1

Penjelasan stadium *Ca Mammae*
(*American Joint Committee on Cancer*)

2.1.4 Manifestasi *Ca Mammae*

Umumnya gejala yang ditemukan berdasarkan letak, ukuran dan perubahan pada payudara tersebut berupa munculnya benjolan pada jaringan payudara. penebalan yang berbeda dari jaringan payudara lainnya, ukuran satu payudara menjadi lebih besar atau lebih rendah dari payudara lainnya, perubahan posisi atau bentuk puting susu, lekukan pada kulit payudara, perubahan pada puting (seperti adanya retraksi, sekresi cairan yang tidak biasa, ruam di sekitar area puting), rasa sakit yang konstan di bagian payudara atau ketiak, dan pembengkakan di bawah ketiak. Terkadang kanker payudara dapat muncul sebagai penyakit metastasis. Tipe *Ca mammae* metastasis memiliki gejala yang berbeda-beda, tergantung pada organ yang terkena metastasis tersebut. (Rosida, 2020)

Organ- organ pada umumnya terkena metastasis *ca mammae* ialah tulang, hati,

paru-paru dan otak. Gejalanya tergantung pada lokasi metastasis, selain itu disertai dengan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.

2.1.5 Patofisiologi Ca Mammae

Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran kanker) pada bagian tubuh yang lain. Neoplasma adalah suatu proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol yang tidak mengikuti tuntutan fisiologik, yang dapat disebut benigna atau maligna. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker biasanya disebut dengan karsinogenesis. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler, diantaranya yaitu inisiasi dimana inisiator atau karsinogen melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetic asam deoksiribonukleat seluler (DNA), promosi dimana terjadi pemajanan berulang terhadap agens yang mempromosikan dan menyebabkan ekspresi informal abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, progresi dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bemetastase menunjukkan perilaku maligna (Rosida, 2020).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Ca Mammae

Menurut Fayzun (2020) ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat

digunakan untuk mendeteksi *Ca Mammae*, antara lain :

1. Tes laboratorium

Meliputi :

- a. Morfologi sel darah
- b. Laju endap darah
- c. Tes faal hati
- d. Tes tumor marker (*Carsino Embrionyk Antigen/CEA*) dalam serum atau plasma
- e. Pemeriksaan sitologik pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari puting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskorsiasi

2. Mammografi

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

3. Ultrasonograf

Pemeriksaan ini diindikasikan untuk mendeteksi luka-luka pada daerah padat pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

4. Thermography

Untuk mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal dari mammae

atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplai darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

5. Xerodiography

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

6. Biopsi

Pemeriksaan ini dapat mendeteksi secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

7. CT Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis *Carsinoma Mammae* pada organ lain.

8. Pemeriksaan hematologi

Pemeriksaan hematologi yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah.

2.1.7 Penatalaksanaan *Ca Mammae*

Penanganan yang dapat dilakukan ada empat macam yaitu penanganan secara Pembedahan, Radioterapi, Kemoterapi, Manipulasi hormonal (Jeztic, 2020)

Pentalaksanaannya sebagai berikut :

1. Pembedahan

a. Mastektomi radikal yang dimodifikasi

Pengangkatan payudara sepanjang nodu limfe axila sampai otot pectoralis

mayor. Lapisan otot pectoralis mayor tidak diangkat namun otot pectoralis minor bisa jadi diangkat atau tidak diangkat.

b. Mastektomi total

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

c. Lumpektomi/Tumor

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

d. Wide excision/Mastektomi parsial

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

2. Radioterapi

Merupakan kombinasi dari terapi lainnya tapi tidak jarang pula merupakan terapi tunggal. Adapun efek samping : kerusakan kulit di sekitarnya, kelelahan, nyeri karena inflamasi pada nervus atau otot pectoralis, radang tenggorokan.

3. Kemoterapi

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

4. Manipulasi hormonal

Obat golongan tamoxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat

juga dengan dilakukan bilateral oophorectomy. Dapat juga digabung dengan terapi endokrin lainnya.

2.1.8 Komplikasi *Ca Mammae*

1. Gangguan neuvaskuler
2. Metastasis (otak, paru, hati, tulan tengkorak, vertebra, iga, tulang panjang)
3. Fraktur patologi
4. Fibrosis payudara
5. Hingga kematian

2.2 Konsep Keperawatan Perioperatif

2.2.1 Definisi Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *preoperative phase* (fase pra operasi), *intraoperative phase* (fase intraoperasi) dan *post operative phase* (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, A. & Judha. M., 2012).

2.2.2 Fase-Fase Pelayanan Keperawatan Perioperatif

1. Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas

keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (HIPKABI, 2014).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Arif Muttaqin, 2015).

2. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (HIPKABI, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, S.C, & Bare Brenda, 2013).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim

operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Arif Muttaqin, 2015).

Pada fase ini terdapat juga pengisian *checklist*. Yang bertanggung jawab untuk memeriksa *checklist*, yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. *Checklist* dalam operasi dibagi menjadi tiga fase, masing-masing sesuai dengan periode waktu tertentu dalam prosedur normal : periode sebelum induksi anestesi (*sign in*), periode setelah induksi dan sebelum insisi (*time out*) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka.

- a. Fase *sign in* yaitu sebelum induksi anestesia, koordinator pengisian *checklist* akan secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien (jika mungkin) identitasnya, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan operasi telah diperoleh. Koordinator akan selalu mengkonfirmasi bahwa lokasi operasi sudah ditandai (jika perlu) dan akan meninjau secara lisan dengan anestesi profesional mengenai resiko pasien kehilangan darah, penyulit pernapasan, alergi, dan juga apakah persiapan mesin anestesi serta obat-obatan telah lengkap.
- b. Fase *time out*, tim akan berhenti sesaat sebelum sayatan kulit untuk mengkonfirmasi dengan keras bahwa operasi yang sedang dilakukan pada pasien yang benar dan lokasi yang benar. Semua anggota tim kemudian akan meninjau secara verbal satu sama lain, pada gilirannya, unsur-unsur penting dari rencana mereka untuk operasi, menggunakan pertanyaan *checklist* pada panduan. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting ditampilkan sebagaimana mestinya.

- c. Fase *sign out* tim akan meninjau bersama operasi yang dilakukan, kelengkapan jumlah spons dan instrumen serta label dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Mereka juga akan meninjau setiap malfungsi peralatan atau masalah yang perlu ditangani. Pada akhirnya tim akan meninjau rencana utama dan kekhawatiran untuk manajemen pasca operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari ruang operasi.

3. Fase *Post Operatif*

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (HIPKABI, 2014).

2.2.3 Tim Operasi

Anggota tim operasi secara umum dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu anggota tim steril dan anggota tim non steril .

1. Steril : ahli bedah, asisten bedah dan perawat instrumentator (*scrub nurse*).
2. Nonsteril : ahli anestesi, perawat anestesi, perawat sirkuler dan teknisi (operator alat, ahli patologi dan lain-lain).

Perawat kamar bedah dibagi menjadi :

- a. Perawat Instrumen (*scrub nurse*)

Perawat instrumen (*scrub nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan paket alat pembedahan selama tindakan pembedahan berlangsung. Secara administratif bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan secara operasional atau tindakan bertanggung jawab terhadap ahli bedah dan perawat kepala kamar operasi.

b. Perawat Sirkulasi (*circulating nurse*)

Perawat sirkulasi (*circulating nurse*) adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran pelaksanaan pembedahan. Secara administrasi dan operasional bertanggung jawab kepada kepala kamar operasi, dan kepada ahli bedah.

c. Perawat Anestesi

Perawat anestesi adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam membantu terselenggaranya pelaksanaan tindakan pembiusan di kamar operasi. Secara administratif dalam kegiatan keperawatan bertanggung jawab kepada perawat kepala kamar operasi dan secara operasional bertanggung jawab kepada ahli anestesi / bedah.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Dalam pengkajian gawat darurat terdapat dua pemeriksaan yang diperhatikan yaitu pengkajian *Primary Survey* yang meliputi *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* dan *Secondary Survey* yang meliputi pengkajian awal dan pemeriksaan fisik *head to toe*.

1. *Primary Survey*

a. *Airway*

Dengan kontrol servikal, yang pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas. Ini meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas oleh adanya benda asing atau fraktus di bagian wajah. Usaha untuk membebaskan jalan nafas harus memproteksi tulang *cervikal*, karena itu teknik *Jaw Thrust* dapat digunakan. Pasien dengan gangguan kesadaran atau GCS kurang dari 8 biasanya memerlukan pemasangan *airway definitive* (Putu Sukma, 2015).

b. *Breathing*

Setelah mengamankan airway maka selanjutnya kita harus menjamin ventilasi yang baik. Ventilasi yang baik meliputi fungsi dari paru paru yang baik, dinding dada dan diafragma. Beberapa sumber mengatakan pasien dengan fraktur ekstremitas bawah yang signifikan sebaiknya diberi *high flow oxygen 15 lpm* lewat *non-rebreathing mask* dengan *reservoir bag* (Putu Sukma, 2015).

c. *Circulation*

Ketika mengevaluasi sirkulasi maka yang harus diperhatikan disini adalah volume darah, pendarahan, syok, anemia, CRT dan cardiac output. Pendarahan sering menjadi permasalahan utama pada kasus patah tulang, terutama patah tulang terbuka. Menghentikan pendarahan yang terbaik adalah menggunakan penekanan langsung dan meninggikan lokasi atau ekstremitas yang mengalami pendarahan di atas level tubuh. Pemasangan bidai yang baik dapat menurunkan pendarahan secara nyata dengan

mengurangi gerakan dan meningkatkan pengaruh tamponade otot sekitar patahan. Pada patah tulang terbuka, penggunaan balut tekan steril umumnya dapat menghentikan pendarahan. Penggantian cairan yang agresif merupakan hal penting disamping usaha menghentikan pendarahan (Putu Sukma, 2015).

d. *Disability*

Menjelang akhir *survey primer* maka dilakukan evaluasi singkat terhadap keadaan neurologis. yang dinilai disini adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil, tanda-tanda lateralisasi dan tingkat cedera spinal. (Putu Sukma, 2015).

e. *Exposure*

Pakaian pasien harus dibuka keseluruhan, seiring dengan cara menggunting guna memeriksa dan dievaluasi adanya jejas/luka lainnya, setelah pakaian dibuka, penting bahwa pasien diselimuti agar pasien tidak hipotermia (Putu Sukma, 2015).

2. *Secondary Survey*

Pengkajian Asuhan keperawatan pada klien fraktur menurut Muttaqin (2019) yaitu :

- a. Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, bangsa, pendidikan, pekerjaan tanggal MRS, diagnosa medis, nomor registrasi.
- b. Keluhan utama : Nyeri akut atau kronik tergantung berapa lamanya serangan.
 - 1) *Probing insiden* : apa ada peristiwa faktor nyeri.

- 2) *Quality of pain* : bagaimana rasanya nyeri saat dirasakan pasien (panas, berdenyut atau menusuk).
 - 3) *Region Radiation of pain* : apakah sakit bisa reda dalam sekejap, apa terasa sakit menjalar, dan dimana posisi sakitnya.
 - 4) *Severity / scale of pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien berdasarkan skala nyeri.
 - 5) *Time* : berapakah waktu nyeri berlangsung, apa bertambah buruk pada waktu malam hari atau pagi hari.
- c. Riwayat penyakit sekarang : Pada pasien *Ca mammae* disebabkan karena suatu keadaan dimana sel telah kehilangan pengendalian dan fungsi normal, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak terkendali. Sel-sel tersebut membelah diri dengan cepat dari sel yang normal dan berakumulasi, kemudian membentuk suatu benjolan atau massa pada payudara dan menyebar ke seluruh tubuh (Swasri, 2021)
- d. Riwayat penyakit dahulu : Apakah pasien mengalami riwayat *Ca mamame* sebelumnya atau pasien pernah memiliki penyakit menurun sebelumnya.
- e. Riwayat kesehatan keluarga : Di daam anggota keluarga apakah ada atau tidak yang pernah mengalami penyakit *Ca mammae* atau penyakit genetik lainnya.
- f. Pemeriksaan fisik
- Menurut Muttaqin (2015), ada dua macam pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan fisik secara umum (status general) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (local). Hal ini diperlukan untuk dapat melaksanakan perawatan total (*total care*).

- 1) Pemeriksaan fisik secara umum
 - a) Kesadaran klien : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis yang bergantung pada klien
 - b) Kedaan penyakit : akut, kronis, ringan, sedang, berat.
 - c) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan fungsi maupun bentuk.
- 2) Pemeriksaan fisik secara *Head to Toe*
 - a) Kepala
 - (1) Inspeksi : Simetris, ada pergerakan
 - (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - b) Leher
 - (1) Inspeksi : Simetris, tidak ada penonjolan
 - (2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, reflek menelan ada
 - c) Wajah
 - (1) Inspeksi : Simetris, terlihat menahan sakit
 - (2) Palpasi : Tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk, tidak ada lesi, dan tidak ada oedema.
 - d) Mata
 - (1) Inspeksi : Simetris
 - (2) Palpasi : Tidak ada gangguan seperti kongjungtiva tidak anemis (karena tidak terjadi perdarahan)
 - e) Telinga
 - (1) Inspeksi : Normal, simetris,
 - (2) Palpasi : Tidak ada lesi, dan nyeri tekan

f) Hidung

- (1) Inspeksi : Normal, simetris
- (2) Palpasi : Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung

g) Mulut

- (1) Inspeksi : Normal, simetris
- (2) Palpasi : Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat.

h) Thoraks

- (1) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bengkak
- (2) Palpasi : Iktus cordis teraba atau tidak teraba
- (3) Perkus Auskultasi : Tidak ada ronchi, wheezing, dan bunyi jantung I, II reguler

i) Paru.

- (1) Inspeksi : Pernafasan meningkat,regular atau tidak tergantung pada riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan paru.
- (2) Palpasi : Pergerakan simetris, fermitus teraba sama.
- (3) Perkusi : Apakah bunyi sonor, hipersonor, pekak
- (4) Auskultasi : Suara nafas normal, tidak ada wheezing atau suara tambahan.

j) Jantung

- (1) Inspeksi : Apakah ada oedem, perdarahan, sianosis
- (2) Palpasi : Apakah nadi meningkat, iktus teraba atau tidak teraba
- (3) Auskultasi : Suara S1 dan S2 tunggal

k) Abdomen

- (1) Inspeksi : Simetris, bentuk datar

- (2) Palpasi : Turgor elastis atau tidak, tidak ada pembesaran hepar.
- (3) Perkusi : Suara timpani, ada pantulan gelombang cairan
- (4) Auskultasi : peristaltic usus normal ± 20 x/menit
- l) Inguinal, genetalia, anus
- (1) Tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada kesulitan BAB.
- m) Muskuloskeletal
- (1) Inspeksi (*look*), perhatikan wajah klien, warna kulit, saraf, tendon, ligament, jaringan lemak, otot, kelenjar limfe, tulang dan sendi, apakah ada jaringan parut, warna kemerahan atau kebiruan atau hiperpigmentasi, apa ada benjolan dan pembengkakan atau adakah bagian yang tidak normal.
- (2) Palpasi (*feel*) pada pemeriksaan palpasi yaitu : apakah teraba denyut arterinya, raba apakah adanya pembengkakan, palpasi daerah jaringan lunak supaya mengetahui adanya spasme otot, artrofi otot, adakah penebalan jaringan senovia, adanya cairan di dalam/di luar sendi, perhatikan bentuk tulang ada/tidak adanya penonjolan atau abnormalitas.
- (3) Pergerakan (*move*) : perhatikan gerakan pada sendi baik secara aktif/pasif, apa pergerakan sendi diikuti adanya krepitasi, lakukan pemeriksaan stabilitas sandi, apa pergerakan menimbulkan rasa nyeri, pemeriksaan ROM dan pemeriksaan pada gerakan sendi aktif ataupun pasif.

2.3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Pre Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) (**SDKI D.0074 Hal.166**)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (**SDKI D.0080 Hal.180**)

2. Intra Operasi

- a. Resiko Syok (**SDKI/D.0039/Hal 92**)
- b. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan pembedahan **D.0036 (SDKI, 87)**
- c. Hipotermia berhubungan dengan efek agen farmakologis anestesi dan terpapar suhu ruangan yang rendah (**SDKI/D.013/Hal.126**)

3. Post Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik neoplasma (prosedur operasi) (**SDKI D.0077 Hal. 172**)
- b. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (**SDKI D0076 Hal. 170**)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Pre Operasi*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (fraktur)</p> <p>D.0077 (SDKI, 72)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat 3. Keluhan nyeri menurun 4. Penggunaan analgesik menurun <p>L.08063(SLKI, 58)</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk mengetahui reaksi efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi rasa nyeri 2. Untuk memberikan rasa nyaman 3. Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur 4. Pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan 	<p>penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 3. Untuk mengetahui nyeri secara mandiri 4. Untuk mengetahui penggunaan analgetik secara tepat 5. Untuk mengetahui teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	--	---	---

			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>I. 08238 (SIKI, 51)</p>	
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <p>D.0080 (SDKI, 180)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan tentang keadaan yang dihadapi menurun 2. Perilaku tegang dan gelisah menurun 3. Tanda – tanda vital dalam batas normal <p>L.09093(SLKI, 132)</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perubahan tingkat ansietas 2. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengambil keputusan 3. Untuk mengetahui tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. Untuk mengurangi kecemasan pasien 3. Untuk mengetahui penyebab ansietas 4. Meningkatkan rasa nyaman pasien 5. Untuk membiun hubungan saling percaya 6. Untuk mengurangi tingkat ansietas pasien

			<p>mengurangi kecemasan , jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pahami situasi yang membuat anxietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Untuk memberikan pandanganb yang positif dan mengurangi rasa cemas yang dirasakan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui gambaran prosedur yang akan dilakukan pasien guna mengurangi kecemasan 2. Untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Untk mengurangi tingkat ansietas pasien 4. Untuk mengalihkan focus pasien 5. Untuk mengetahui apa yang dirasakan oleh pasien 6. Membuat pasien merasa nyaman dan mengurangi ketegangan 7. Untuk memperkuat kopiong yang dimiliki pasien Untuk meningkatkan kenyamanan pasien
--	--	--	--	---

			kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi I.09314 (SIKI, 378)	
--	--	--	--	--

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan *Intra Operasi*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko syok D.0039 (SDKI, 92)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Akral dingin dan pucat menurun 4. Tanda – tanda vital membaik L.03032 (SLKI, 148)	Manajemen syok Observasi 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan	Observasi 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal 2. Untuk mengetahui status oksigenasi 3. Untuk mengetahui status cairan 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Untuk mengetahui apakah ada luka terbuka atau perdarahan Terapeutik 1. Untuk mempertahankan kepatenan jalan napas

			<p>respon pupil</p> <p>5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (deformity/deformitas, open wound/luka terbuka, tenderness/nyeri tekan, swelling/bengkak)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 3. Siapkan Intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 4. Berikan posisi syok (modified Trendelenberg) 5. Pasang jalur IV Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine 6. Pasang selang nasogastrik untuk dekompresi lambung <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian infus cairan, kristaloid 1 – 2 L pada dewasa 2. Kolaborasi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mempertahankan saturasi oksigen dalam darah 3. Untuk mengantisipasi apabila pasien memerlukan intubasi dan ventilasi mekanis 4. Untuk mempertahankan suplay darah ke jantung agar tetap stabil 5. Untuk memberi obat atau cairan melalui vena 6. Untuk mengetahui produksi urine 7. Untuk memonitor produksi lambung <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mempertahankan cairan dalam tubuh 2. Untuk mempertahankan cairan dalam tubuh 3. Untuk mencukupi suplay darah keseluruhan tubuh dan agar pasien tidak mengalami syok
--	--	--	--	--

			<p>pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak</p> <p>3. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> <p>I.02048 (SIKI, 221)</p>	
2.	<p>Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan pembedahan</p> <p>D.0036 (SDKI, 87)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urin meningkat 2. Dehidrasi menurun 3. Tanda – tanda vital membaik 4. Turgor kulit membaik <p>L.03020(SLKI, 41)</p>	<p>Pencegahan Syok</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan hadi, frekuensi napas, TD, MAP) 2. Monitor status oksigen (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat energi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urin untuk menilai 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status kardiopulmonal 2. Untuk mengetahui status oksigen 3. Untuk mengetahui status cairan 4. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Untuk mengetahui riwayat energi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mempertahankan saturasi oksigen 2. untuk mempersiapkan bila pasien memerlukan dilakukan tindakan intubasi dan ventilasi mekanis 3. untuk mempermudah pemberian obat ataupun cairan melalui vena 4. untuk menilai reproduksi urin, jika perlu 5. untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab/faktor resiko syok

			reproduksi urin, jika perlu 5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi Edukasi 1. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari alergen Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu I.02068 (SIKI,285)	2. Untuk mengetahui tanda dan gejala awal syok 3. Agar mendapatkan penanganan secara cepat dan tepat apabila mengalami syok 4. Untuk memenuhi kebutuhan cairan 5. Agar tidak mengalami reaksi alergi Kolaborasi 1. Untuk memenuhi kebutuhan cairan 2. Untuk memenuhi kebutuhan darah dalam tubuh agar supplay darah dan oksigen normal Untuk mengatasi peradangan yang terjadi di dalam tubuh
3	Hipotermia berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (anastesi) dan terpapar suhu	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan termogulasi membaik	Observasi - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia - Monitor tanda gejala akibat hipotermia	- Memonitor suhu pasien - Mengidentifikasi penyebab hipotermia - memonitor tanda dan gejala hipotermia - menyediakan

lingkungan yang rendah (SDKI/D.0131/286)	kriteria hasil : - menggigil menurun - suhu tubuh membaik - suhu kulit membaik (SLKI/L.14134/128)	Terapeutik - Sediakan lingkungan yang hangat - Lakukan penghangatan masif (SIKI/1.14507/183)	lingkungan yang hangat
--	--	--	------------------------

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan *Post Operasi*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik neoplasma (prosedur operasi) D.0077 (SDKI, 72)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Tanda – tanda vital membaik 5. Perilaku membaik L.08066 (SLKI, 145)	Manajemen Nyeri Observasi 1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Untuk mengetahui reaksi efek samping

			<p>terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengurangi rasa nyeri Untuk memberikan rasa nyaman Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur Pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri Untuk mengetahui nyeri secara mandiri Untuk mengetahui penggunaan analgetik secara tepat Untuk mengetahui teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengurangi nyeri
--	--	--	---	--

			<p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>I.08238 (SIKI, 201)</p>	
2.	<p>Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis</p> <p>(SDKI/D.007 6/170)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Tingkat nausea Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan mual - Perasaan ingin muntah - Jumlah saliva <p>(SLKI/L.08065/14 4)</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Monitor mual - Identifikasi faktor penyebab mual <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian antiemetik <p>(SIKI/1.03117/197)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keefektifan yang diberikan - Membantu mengurangi efek mual dan menengahkan muntah - Untuk menghindari terjadinya mual

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan

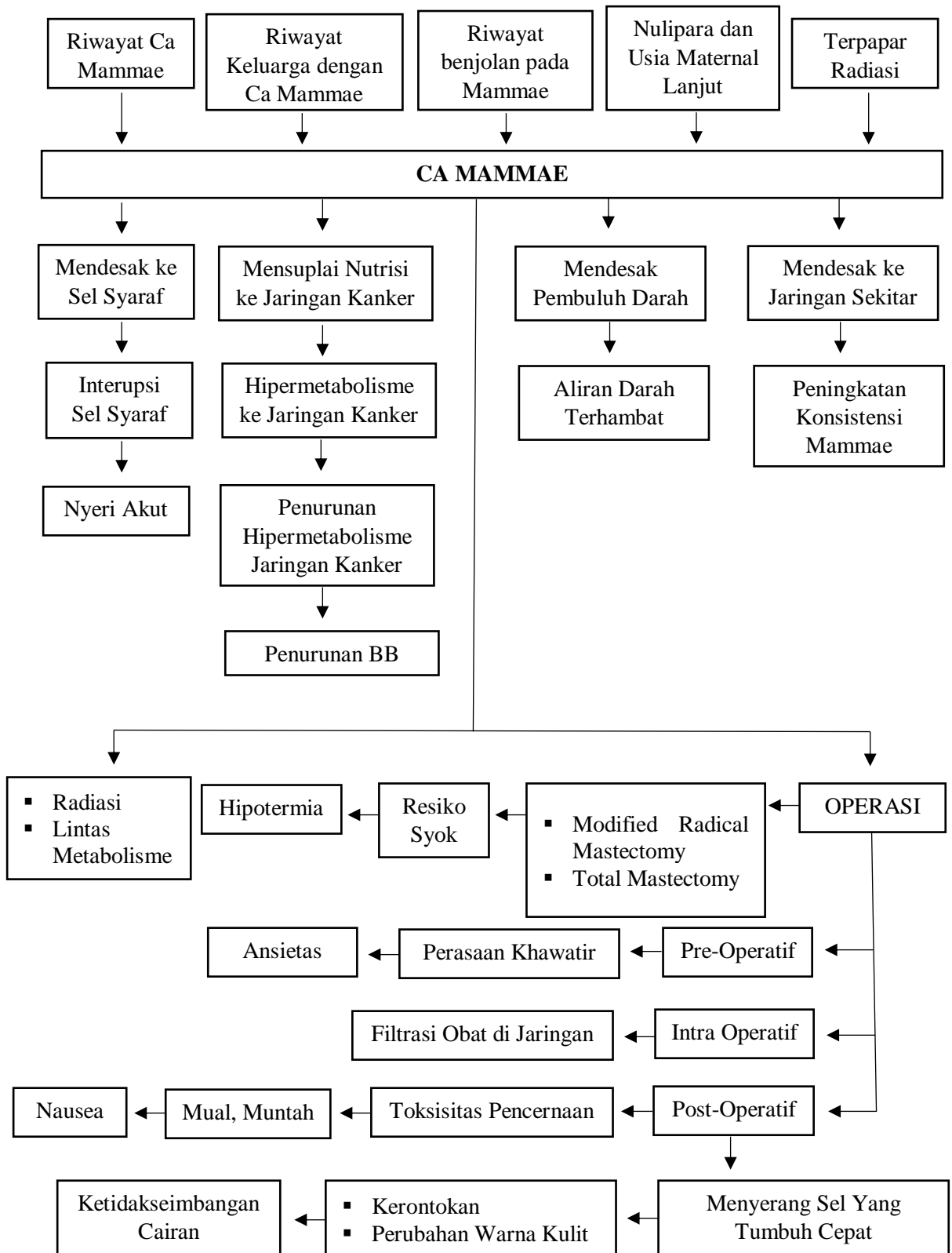
kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam. 2013). Menurut Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder (2013), pada proses keperawatan, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan). Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan lalu mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan.

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respons (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S (*Subjective*) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O (*Objective*) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A (*Analisis*) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P (*Planning*) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., & Chairani 2013).

2.4 Pathway *Ca Mammae*

Gambar 2.2 Pathway *Ca Mammae*



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosis medis *Ca Mammae* meliputi : 1) Pengkajian, 2) Diagnosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. R berusia 45 tahun, beragama Islam, bertempat tinggal di Surabaya, Jawa Timur. Dengan nomer registrasi 63-XX-XX Bahasa yang digunakan sehari – hari adalah bahasa Jawa. Pasien dirawat dengan diagnosa medis *Ca Mammae* yang akan direncanakan akan melakukan prosedur tindakan pembedahan operasi *Mastectomi* total pada tanggal 07-02-2023, pasien MRS pada tanggal 06-02-2023 diruang G1.

Keluhan utama pada pasien saat masuk rumah sakit yaitu pasien merasa nyeri pada payudara bagian kanan sejak awal bulan Desember lalu, pasien mengatakan ada yang berbeda dengan payudara kanan dan kirinya, kemudian pasien memeriksakan kondisinya di Rumah Sakit Islam Surabaya, dokter di Rumah Sakit Islam menyatakan bahwa pasien mengidap penyakit *Ca Mammae* dan segera dilakukan tindakan operasi agar sel kanker tidak semakin menyebar. Pasien disarankan untuk melakukan tindakan operasi di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Lalu pasien pada tanggal 05/02/2023 memeriksakan keadanya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di poli Onkologi.

3.1.2 Keadaan Umum

Keadaan umum ny. R lemah, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS E4 V5 M6, tekanan darah 120/88 mmHg, nadi 78x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5°C, kadar SpO₂ 99% tanpa bantuan oksigen.

3.2 Asuhan Keperawatan Preoperatif

3.2.1 Pengkajian

Pada saat dikaji pada tanggal 07-02-2023 jam 09.00 Pasien selama di ruang tunggu OK Central tampak bingung dan cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukannya pasien juga mengatakan cemas karena baru pertama kali ini melakukan tindakan operasi ini sebelum belum pernah operasi apapun. Sebelum masuk diruang tindakan operasi pasien diberikan antibiotik Cefazollin 100 ml, keadaan umum pasien saat masuk ruang OK Central baik, status kesadaran Composmentis, dengan berat badan 65 kg, tinggi badan 165 cm, IMT 28 kg/m², dan GCS 456, sedangkan untuk tanda tanda vital pasien sebelum operasi didapatkan data tensi 126/70 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 36,7%, RR 24 x/menit, dan lokasi operasi *mammae*. Pemeriksaan fisik *Airway Breathing* didapatkan pasien sadar sepenuhnya, tidak ada sumbatan jalan nafas, pernapasan spontan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat sesak, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, RR : 24 x/menit, tidak terpasang alat bantu nafas. *Circulation* didapatkan tidak terdapat perdarahan eksternal, suara jantung S1-S2 tunggal, irama jantung reguler, terpasang infus RL 14 tpm, akral hangat kering merah, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis, terdapat nyeri dada bagian kanan, tidak ada oedem, kulit tidak pucat, kongjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik TD : 126/70 mmHg, N: 77x/menit, S: 36,7°C. *Brain* didapatkan keadaan umum baik,

kesadaran composmentis, GCS 456, N1 : penciuman baik, N2 : tidak ada gangguan penglihatan, N3,4,6 : pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, N5 : pasien dapat mengunyah, N7 : pasien dapat tersenyum simetris, dan dapat mengangkat alis, N8 : pasien mampu mendengar dengan baik, N9,10 : pasien dapat menelan dengan baik, N11 : pasien Kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik serta memiliki daya dorong baik, N12 : pasien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah. Bladder tidak ada distensi kandung kemih, terpasang folley kateter, urin bag kosong, Bowel Bentuk abdomen roundet, membran mukosa lembab, tidak terpasang NGT, terdapat nyeri tekan pada mammae, bising usus 15x/menit, makan terakhir jam 22.00 WIB. Pasien sudah puasa 6-8 jam sebelum operasi, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah. *Bone & Integumen* didapatkan turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, kulit kepala tidak ada lesi, ROM aktif, tidak ada fraktur. Persiapan pasien masuk OK perhiasan tidak ada, folley kateter terpasang, konfirmasi pasien kembali identitas pasien, lokasi operasi, *inform consent*.

3.2.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data Pre Operatif pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Ca Mammae*

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds : Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kanan seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien terlihat meringis Pasien terlihat gelisah <p>PQRST</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Proses penyakit - Q : Dada bagian kanan - R : seperti ditusuk-tusuk - S : skala 3 - T : nyeri hilang timbul 	<p>Agen pencedera fisik (trauma)</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>(SDKI/D.0074/Hal. 166)</p>
2.	<p>DS:Pasien mengatakan sedikit cemas dan takut akan tindakan operasi yang akan dilakukan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tegang dan gelisah - Tanda – tanda vital <p>TD: 150/88 mmHg HR: 78x/menit RR : 18x/menit Suhu : 36°C</p>	<p>Krisis situasional</p>	<p>Ansietas</p> <p>(SDKI D.0080 Hal.180)</p>

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2. Intervensi Keperawatan *Pre Operasi* pada Ny. R dengan Diagnosis *Ca Mammae*

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <p>D.0077 (SDKI, 72)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		<p>2. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat</p> <p>3. Keluhan nyeri menurun</p> <p>4. Penggunaan analgesic menurun</p> <p>L.08063(SLKI, 58)</p>	<p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi</p>
--	--	--	--

			<p>meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>I. 08238 (SIKI, 51)</p>
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p> <p>D.0080 (SDKI, 180)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan tentang keadaan yang dihadapi menurun 2. Perilaku tegang dan gelisah menurun 3. Tanda – tanda vital dalam batas normal <p>L.09093(SLKI, 132)</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 16. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 17. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 18. Latih teknik relaksasi <p>I.09314 (SIKI, 378)</p>
--	--	--	---

3.2.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Pre Operasi* pada Ny. R dengan diagnosa medis *Ca Mammae*

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Paraf	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf
1.	07/02/23 09.00	1. Mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri - P: Proses penyakit Q: Dada bagian kanan R: Seperti di tusuk-tusuk S: 3 T: Hilang timbul	Ang	07/02/23 09.30	S :Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kanan O : - P : Proses penyakit - Q : Seperti ditusuk-tusuk - R : Dada bagian kanan - S : Skala nyeri 3 A: Masalah belum teratasi	Ang
	09.10	2. Mengidentifikasi	Ang			

		<p>faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada yg memperberat atau memperingan nyeri 			P: Intervensi dilanjutkan		
	09.13	3. Memberikan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Ang				
	09.15	4. Meminimalisir gerakan	Ang				
	09.27	5. Memberikan hasil kolaborasi farmakologis nyeri berupa pemberian antibiotik	Ang				
		<ul style="list-style-type: none"> - Cefazolline 2mg dalam 100cc NaCl 0,9% 					
2.	07/02/23 09.13	1. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang penuh efektif digunakan	Ang	07/02/23 09.30	<p>S: Pasien mengatakan sedikit cemas dan bingung karena akan operasi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tegang dan gelisah - Tanda – tanda vital TD: 142/90 mmHg HR: 76x/menit RR18x/menit Suhu 36°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: ervensi dihentikan pasien masuk ke ruang operasi</p>	Ang	
	09.18	2. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah tindakan	Ang				
	09.25	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda – tanda vital sebelum: TD: 150/88 mmHg HR: 78x/menit RR: 18x/menit - Tanda – tanda vital sesudah: 	Ang				

	09.16	TD: 142/90 mmHg HR: 76x/menit RR18x/menit 3. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan	Ang			
	09.27	4. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman - Pasien telah nyaman dengan posisinya	Ang			

Berdasarkan pada standar diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada system terkait keperawatan kegawatdaruratan. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) didasarkan dengan keluhan nyeri pasien. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri yang dirasakan pasien karena *Ca Mammae* yang diderita seperti ditusuk – tusuk pada dada bagian kanan, nyeri hilang timbul dengan skala 3 dengan data objektif pasien tampak meringis dan terdapat benjolan pada dada bagian kanan. Pada diagnose ansietas berhubungan dengan krisis situasional didasarkan dengan keadaan pasien yang cemas, gelisah. Dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa Pasien mengatakan takut cemas dan bingung karena akan operasi, pasien tampak tegang dan gelisah disertai TD: 150/88mmHg HR: 76x/menit.

3.3 Asuhan Keperawatan *Intra Operatif*

3.3.1 Pengkajian

Ny. R dipindahkan ke dalam kamar operasi dan dilakukan *general anasthesi* dengan obat Midazolam 3ml, Propofol 80ml, Ventanyl 100mcg, Roulac 50mg, pasien dipasang ETT (*Endotracheal Tube*) ukuran 7 dan terhubung dengan ventilator dengan tekanan FiO₂ 0, Vte 378, PEAK 11, PEEP 0, menggunakan gas *Isoflurane* mulut pasien diberi kassa untuk mencegah aspirasi karena hipersekresi saliva. Dilakukan desinfeksi dengan *povidone iodine* 10% lalu menggunakan alcohol dan dipersempit dengan menggunakan duk steril. Setelah persiapan selesai pasien dilakukan tindakan MRM (D) oleh dokter spesialis anastesi selama 3jam (10.15 – 13.45 WIB) pada *Ca Mammae*.

3.3.2 Analisa Data *Intra Operatif*

Tabel 3.4 Analisa Data *Intra Operatif* pada Ny. R dengan Diagnosa Medis *Ca Mammae*

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : pasien tersedasi Do : - Kulit teraba dingin - S : 36,3°C	Terpapar suhu lingkungan rendah	Hipotermia (SDKI D.0131 Hal.286)

3.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan *Intra Operasi* pada Ny. R dengan Diagnosis *Ca Mammae*

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Hipotermia berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis (anastesi) dan terpapar suhu lingkungan yang rendah (SDKI/D.0131/286)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan termogulasi membaik kriteria hasil : - menggigil menurun - suhu tubuh membaik - suhu kulit membaik (SLKI/L.14134/128)	Observasi - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia - Monitor tanda gejala akibat hipotermia Terapeutik - Sediakan lingkungan yang hangat - Lakukan penghangatan masif (SIKI/1.14507/183)	- Memonitor suhu pasien - Mengidentifikasi penyebab hipotermia - memonitor tanda dan gejala hipotermia - menyediakan lingkungan yang hangat

3.3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Intra Operasi* pada Ny.R dengan diagnose medis *Ca Mammae*

NO DX	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	07/02/23		S : Pasien tersedasi	Ang
1	10.00	1. Pasien masuk ruang operasi	O :	
1	10.15	2. Membantu memindahkan pasien kemeja operasi	- Pasien terlihat menggigil - Kulit teraba dingin	
1	10.30	3. Mengobservasi tindakan general anastesi dengan regivel 20 mg	A : masalah belum teratasi	
1	11.50	4. Mengobservasi tindakan operasi	P : berikan selimut hangat	
1	12.30	5. Monitor TTV TD : 120/69mmHg RR : 17 x/menit N : 84 x/menit		
1	13.00	6. Monitor intake dan output cairan terdapat intake NS 500 ml dan		

1	13.10	output darah 580 ml 7. Mengobservasi TTV TD : 130/88 mmHg RR : 14 x/menit N : 85 x/menit		
1	13.30	8. Mengobservasi risiko terjadinya hipotermia 9. Mengobservasi TTV TD : 140/90 mmHg RR : 90 x/menit N : 14 x/menit		

Pada saat intra operasi banyak kemungkinan yang terjadi seperti pada halnya hipotermia yang dimana pada data subjektif pasien dengan data objektif pasien terlihat menggigil dan kulit teraba dingin.

3.4 Asuhan Keperawatan *Post Operatif*

3.4.1 Pengkajian

Operasi selesai dilakukan pada pukul 13.45 WIB dengan estimasi waktu lama operasi 3 jam. setelah operasi pasien terpasang *oropharyngeal tube* ukuran 4 dan masih terpasang ETT yang tersambung ventilator mode *duolevel*, PS 8, PC 8, PEEP 8, FiO₂ 50%, RR 30x/menit, SPO₂ 99%, terpasang WSD tersambung dengan *suction* otomatis, pasien langsung dipindahkan di ruang ICU dengan keadaan masih tersedasi dengan tekanan darah 121/84 mmHg, nadi 122x/menit atas advis dokter dilakukan pemeriksaan darah lengkap post operasi.

3.4.2 Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data Post Operatif pada Ny. R dengan Diagnosa Ca Mammae

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Ds: Pasien tersedasi Do : - Pasien tampak menelan ludah - Saliva meningkat	Efek agen farmakologis	Nausea (SDKI/D.0076/170)

3.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan *Post Operasi* pada Ny. R dengan Diagnosis *Ca Mammae*

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (SDKI/D.0076/170)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Tingkat nausea Menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan mual - Perasaan ingin muntah - Jumlah saliva (SLKI/L.08065/144)	Observasi - Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Monitor mual - Identifikasi faktor penyebab mual Kolaborasi - Pemberian antiemetik (SIKI/1.03117/197)	- Mengidentifikasi keefektifan yang diberikan - Membantu mengurangi efek mual dan menengahkan muntah - Untuk menghindari terjadinya mual

3.5.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan *Post Operasi* pada Ny. R dengan diagnose medis *Ca Mammae*

No	Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	07/02/2023	1	1. Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Pasien tampak tidak nyaman 2. Memonitor mual - Pasien tampak ingin muntah 3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual - Pemberian obat - obatan setelah operasi 4. Memberian antiemetik - Injeksi Ondansetron 2x5mg	S : - Pasien tersedasi O : - Pasien tampak menelan ludah - Saliva meningkat A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	Anggi

Pada standar diagnosa keperawatan yang ada dan stase yang sedang dijalankan dalam keperawatan kegawatdaruratan maka kami hanya berfokus pada sistem terkait keperawatan kegawatdaruratan. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis didasarkan dengan perolehan data subjektif yang menunjukkan bahwa pasien merasakan mual post operasi Dan data objektif dengan keluhan pasien pasien tampak menelan ludah, saliva meningkat.

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Ny. R dengan diagnosa medis *Ca Mammae* di OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan 07 Februari 2023 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. R dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Ny. R berjenis kelamin perempuan berusia 45 tahun, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfarisi et al., (2019) bahwa *Ca Mammae* lebih sering terjadi pada perempuan dengan umur lebih dari 50 th tahun. Penderita *Ca Mammae* atau faktor risiko yang erat kaitannya dengan *Ca Mammae* antara lain jenis kelamin wanita, usia >50 tahun, riwayat keluarga dan genetik (Pembawa mutasi gen BRCA1, BRCA2, ATM atau TP53 (p53)), riwayat penyakit payudara sebelumnya (DCIS pada payudara yang sama, LCIS, densitas tinggi pada mamografi), riwayat menstruasi dini (< 12 tahun) atau menarche lambat (>55 tahun), riwayat reproduksi (tidak memiliki anak dan tidak menyusui), hormonal, obesitas, konsumsi alkohol (Panigoro, 2021).

4.1.2 Keluhan dan Riwayat Penyakit

Keluhan utama pada pasien saat masuk rumah sakit yaitu pasien merasa nyeri pada payudara bagian kanan sejak awal bulan Desember lalu, pasien mengatakan ada yang berbeda dengan payudara kanan dan kirinya, kemudian pasien memeriksakan kondisinya di Rumah Sakit Islam Surabaya, dokter di Rumah Sakit Islam menyatakan bahwa pasien mengidap penyakit *Ca Mammae* dan harus segera dilakukan tindakan operasi agar sel kanker tidak semakin menyebar. Pasien disarankan untuk melakukan tindakan operasi di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Lalu pasien pada tanggal 05/02/2023 memeriksakan keadanya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di poli Onkologi.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada anamnesis didapatkan pasien tampak bingung dan cemas karena akan melaksanakan tindakan operasi, menurut penulis pasien mengalami ansietas karena akan melakukan operasi mayor, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mayor, (2018) bahwa tingkat ansietas pasien pre operasi mayor sebagian besar mengalami ansietas sedang. Ansietas sedang adalah persepsi terhadap lingkungan menurun, individu lebih menfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain. Sehingga pasien mengalami perhatian yang elektif namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Pasien mengeluhkan nyeri pada dada bagian kanan, Nyeri yang dirasakan pasien karena *Ca Mammae* seperti ditusuk – tusuk pada dada bagian kanan, nyeri hilang timbul dengan skala 3. Menurut penulis pasien merasakan nyeri karena *ca Mammae*.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Aini & Reskita, 2017) bahwa nyeri yang dirasakan sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas

dalam yang sering muncul adalah rata-rata pada skala sedang disebabkan trauma yang dialami cukup kompleks, dengan ciri-ciri responden meringis, menyeringai, dapat mendeskripsikan nyerinya dan menunjukkan lokasi nyeri serta dapat mengikuti perintah dengan baik. Sebelum dilakukan operasi pasien diberikan antibiotic *Cefazoline* 2mg dalam 100cc NaCl 0,9%, hal ini sesuai dengan Makani & Andayani, (2021) bahwa pemberian *Cefazoline* sebagai profilaksis berarti pencegahan infeksi dengan obat, pajanan adalah peristiwa yang menimbulkan risiko penularan. Jadi profilaksis prapajanan berarti penggunaan obat untuk mencegah infeksi sebelum terjadi peristiwa yang berisiko. Pasien telah berpuasa selama 8 jam sebelum operasi, menurut penulis puasa dilakukan untuk mencegah aspirasi selama operasi hal tersebut sesuai dengan (Yulianti Bisri & Bisri, 2012) bahwa puasa merupakan pencegahan aspirasi yang paling efektif. Pada pasien elektif memiliki waktu yang cukup untuk dilakukan untuk puasa sebelum dilakukannya prosedur anestesi. Sedangkan pada pasien emergensi sangat sulit untuk dilakukan puasa sebelum dilakukannya anestesi karena memiliki waktu yang terbatas.

Ny. R dipindahkan ke dalam kamar operasi dan dilakukan *general anasthesi*, pasien dipasang ETT (*Endotracheal Tube*) dan terhubung dengan ventilator menggunakan gas *Isoflurane* mulut pasien diberi kassa untuk mencegah aspirasi karena hipersekresi saliva, hal tersebut sesuai dengan (Sidiq & Yupono, 2021) bahwa Pada pasien ini dilakukan teknik intubasi dengan gentle ventilation menggunakan fentanyl dan anestesi inhalasi, dan pemberian muscle relaxant diberikan sejak awal. Tidak terjadi komplikasi berupa aspirasi dan desaturasi saat induksi meskipun diberikan relaxant dan dilakukan ventilasi tekanan positif. Sejak

awal diberikan paracetamol sebagai preemptive analgesia untuk mengurangi kebutuhan opioid saat operasi dan *post-operatif*. Setelah persiapan selesai pasien dilakukan tindakan MRM oleh dokter spesialis pada mammae dekstra dengan perdarahan 200cc irigasi 500cc. Setelah tindakan MRM pasien dilakukan mastektomi total oleh dokter spesialis onkologi, operasi berlangsung selama 3 jam dengan jumlah perdarahan 400cc tanpa irigasi. Menurut Fardian & Muji Laksono, (2014) Selama operasi berlangsung terlihat bahwa tidak terjadinya gejala hemodinamik yang berarti pada saat awal insisi maupun selama pembedahan. Hal ini menunjukkan bahwa blok epidural memberikan analgesia yang kuat dan paten dibandingkan dengan obat analgetik lain seperti golongan opioid. Penatalaksanaan anestesi pada pasien yang menjalani bedah nonkardiak dengan komorbid seperti ini adalah pada prinsipnya adalah mengoptimalkan suplai oksigen dan mengurangi kebutuhan oksigen ke jantung.

Operasi selesai dilakukan pada pukul 10.45 WIB setelah operasi pasien terpasang *oropharyngeal tube* ukuran 4 dan masih terpasang ETT yang tersambung ventilator, SPO2 99%, terpasang WSD tersambung dengan *suction* otomatis, pasien langsung dipindahkan di ruang RR dengan keadaan masih tersedasi, menurut Huang, C. C., Yen, S. W., Liu, C. Y., & Chang, (2014) bahwa tanda yang penting seperti kesulitan bernapas dan distres pernapasan merupakan standar, apalagi jika diikuti oleh penurunan saturasi oksigen dan hemodinamik yang tidak stabil. Jika didapati pasien mengalami hal-hal tersebut, maka pasien harus ditangani secara cepat dan tepat.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. R dengan diagnosis *Ca Mammae* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4.2.1 Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional

Diagnosa ansietas diangkat dengan data pasien mengatakan sedikit cemas dan takut karena akan operasi dengan data objektif pasien tampak tegang dan gelisah, tekanan darah: 150/88 mmHg, nadi: 78x/menit, respiratory rate : 18x/menit. Penulis mengambil diagnosa ini berdasarkan data yang didapat tersebut saat pengkajian sesuai dengan data mayor dan minor dalam SDKI, dan saat ini merupakan kali pertama pasien dilakukan Tindakan operasi pada payudaranya, sehingga pasien merasa khawatir terkait proses operasi yang akan dijalaninya. Hal ini sesuai dengan teori dalam buku NANDA (2015) yang mengatakan ansietas merupakan perasaan tak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonomy sumber seringkali tidak spesifik perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Sugiarta, dkk (2021) yang mengatakan bahwa seseorang yang tidak pernah menjalani operasi sebelumnya lebih banyak mengalami kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan responden yang sudah pernah operasi sebelumnya.

4.2.2 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja PPNI, 2017).

Penulis mengambil diagnosa tersebut karena pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk hilang timbul dengan skala 3 pada dada sebelah kanan, pasien juga terlihat meringis dan gelisah. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Yanti & Susanto (2022), yang mengatakan nyeri akut dapat berupa adanya keluhan nyeri, tampak kesakitan, bersikap hati-hati, dan gelisah.

4.2.3 Hipotermia berhubungan dengan Terpapar Suhu Lingkungan Rendah

Hipotermia merupakan suatu keadaan dimana suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh (Tim Pokja PPNI, 2017). Menurut Potter & Perry (2013) dalam Rumantika, Made, Rahmaya (2022), hipotermia merupakan hilangnya panas diluar kapasitas termogenik tubuh karena hubungan dengan lingkungan yang lama dan dingin. Suhu tubuh manusia normal yaitu 36,5°C - 37,5°C.

Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan pasien telah tersedasi dan juga kulit tubuh pasien berkontak langsung dengan suhu udara kamar operasi tanpa selimut penghangat karena akan dilakukan tindakan operasi, hal tersebut dapat menurunkan suhu tubuh pasien dan menyebabkan kulit pasien teraba dingin dan suhu tubuh pasien menjadi 36,3°C setelah diukur menggunakan thermometer. Hal ini sesuai dengan penelitian Senapathi (2017) dalam Rumantika, et al. (2022) yang menyebutkan bahwa salah satu faktor yang dapat menyebabkan hipotermia yaitu suhu kamar operasi dipertahankan 22°C – 24°C untuk meminimalkan pertumbuhan bakteri, penggunaan cairan intravena, inhalasia, bekas luka, penurunan aktivitas otot, dll. Hipotermia juga dapat terjadi karena kontak yang terlalu lama dengan tubuh pada suhu kamar rendah (<26,6°C) di ruang operasi (Rumantika, et al., 2022).

4.2.4 Nausea berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis

Nausea merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang mengakibatkan muntah (Tim Pokja PPNI, 2017). Menurut Ching, Tati, dan Deisy (2022), nausea adalah sensasi subjektif akan keinginan untuk muntah tanpa Gerakan ekspulsif otot, jika berat akan berhubungan dengan peningkatan sekresi kelenjar ludah, berkeringan, dan gangguan vasomotor.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien dalam keadaan telah tersedasi, pasien juga terlihat menelan ludah dan saliva meningkat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Edwar et al. (2022) dan Wahyuda et al. (2022) dalam Amrina dan Ida (2023) yang mengatakan selama pembedahan, pasien akan diberikan anestesi umum atau regional yang mempunyai efek samping salah satunya adalah mual dan muntah pasca operasi, dan diikuti dengan gejala pucat, berkeringat, merasa dingin atau panas, takikardia, nyeri perut, dan rasa tidak nyaman pada mulut.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implimentasi yang telah diberikan.

4.3.1 Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional

Saat dilakukan pengkajian sebelum operasi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa takut dan cemas dengan data subjektif pasien merasa tegang dan gelisah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Penulis berasumsi bahwa pasien merasa cemas dan takut dikarenakan ini merupakan kali pertamanya dilakukan tindakan operasi, sehingga pasien tak mempunyai gambaran mengenai apa yang akan terjadi di dalam kamar operasi. Hal tersebut dapat membuat pasien memikirkan kemungkinan terburuk seperti sakit hebat, kecacatan, bahkan kematian.

Pada kondisi seperti ini, perawat berperan dalam melakukan intervensi reduksi ansietas yang mana dilakukan relaksasi nafas dalam untuk menenangkan perasaan cemas pasien, memberi dukungan keluarga pasien, memberikan lingkungan serta posisi yang nyaman. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kendali dan percaya diri serta mengurangi stress dan kecemasan yang dirasakan (Stuart, 2007, dalam Wijayanti & Putu, 2019).

4.3.2 Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Saat dilakukan pengkajian sebelum tindakan operasi, pasien mengeluh nyeri hilang timbul seperti tertusuk-tusuk dengan skala 3 di bagian dada sebelah kanan, tepat dibagian payudaranya yang terserang kanker. Pasien juga terlihat meringis dan gelisah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Penulis berasumsi nyeri semakin dirasakan pasien menjelang operasi karena pasien juga merasakan kecemasan. Nyeri merupakan pemindahan energi dari kecemasan, semakin cemas seseorang semakin besar pula pemindahan energi tersebut sehingga nyerinya semakin meningkat (Kaplan, et al., 2010, dalam Guntur, 2019).

4.3.3 Hipotermia berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis Anestesi dan Terpapar Suhu Ruangan Yang Rendah

Pasca operasi pasien didapatkan data subjektif pasien terlihat kedinginan

dengan data objektif pasien Kulit teraba dingin, Akral dingin, Suhu 35,3°C (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut penulis berasumsi didapati tubuh pasien menggigil, dan akral dingin. Hal tersebut disebabkan karena suhu ruangan pada saat melakukan operasi rendah sebesar 20 derajat, kondisi itu memicu suhu tubuh pasien lebih rendah dari 36°C.

Pada kondisi seperti ini perawat berperan dalam melakukan intervensi manajemen hipotermia yang mana dilakukan pengecekan suhu tubuh setiap 15 menit sejak pasien dipindahkan ke ruangan pemulihan, kemudian memberikan selimut katun, apabila solusi tersebut masih belum berhasil dapat diberikan penghangatan aktif berupa penggunaan alat *forced air warming* (Pratiwi, Raya, and Puspita, 2021).

4.3.4 Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis

Setelah pasien dilakukan prosedur operasi didapatkan pengkajian bahwa pasien terlihat ingin muntah. Berdasarkan hasil data subjektif pasien terlihat ingin muntah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut penulis kejadian mual-muntah ini lebih sering menyebabkan ketidaknyamanan dibandingkan nyeri pasca bedah. Mual-muntah ini dapat terjadi pada 10-80% pasien yang menjalani pembedahan dan anestesi. Mual dan muntah ini jarang bersifat fatal, tetapi tidak menyenangkan dan membuat pasien merasa tidak nyaman dengan perawatan yang dijalaninya.

Pada kondisi ini ada solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi mual-muntah dengan memberikan obat. Jenis obat yang didapatkan adalah Ondansetron. Sebuah penelitian menyatakan Ondansetron dalam menekan mual

muntah efektif sebesar 86,7 %, sedangkan kelompok Deksmetason dapat menekan mual muntah sebesar 46,7 %. Perbedaan ini mungkin disebabkan karena pengaruh faktor psikologi, perbedaan sensitivitas masing-masing pasien terhadap obat anestesi maupun karena manipulasi saat pembedahan (Arisdiani, Triana, Asyrofi, 2019).

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi selama 1x6 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. Soap didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik neoplasma dilakukan tindakan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, lokasi, skala, kualitas nyeri, mengobservasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologi.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional dilakukan tindakan memberikan dukungan keluarga kepada pasien, memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman.

Pada diagnosa keperawatan hipotermia tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi hipotermi yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan hipotermi menurun dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, pucat menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: monitor suhu tubuh, identifikasi terhadap hipotermia, lakukan penghangatan aktif internal seperti : berikan selimut dan berikan dressing dengan Nacl yang dihangatkan. Pembedahan abdomen merupakan salah satu dari pembedahan mayor, yang membutuhkan pemberian anastesi umum, memerlukan durasi operasi yang lebih lama dibandingkan dengan operasi minor, dan juga adanya paparan yang besar dari rongga tubuh yang terbuka selama operasi. Intervensi lain untuk mempertahankan normotermia selama pembedahan salah satunya yaitu pemberian cairan intravena dan cairan irigasi yang hangat (Ni Komang, 2021). Menurut asumsi penulis jika saat berada di ruang operasi akan mengalami hipotermia karena terpapar suhu lingkungan yang rendah karena di ruang operasi diharuskan untuk mencegah adanya bakteri berkembang baik yang memungkinkan terjadinya infeksi terhadap pasien dan intervensi pemberian irigasi yang sudah dihangatkan sangat baik untuk pasien yang sedang menjalani operasi.

Pada diagnosa keperawatan nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis, tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi nausea yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 jam maka diharapkan nausea membaik dengan kriteria hasil: keluhan mual menurun dan perasaan ingin muntah menurun. Intervensi yang diberikan yaitu: anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi secara dini, jelaskan obat yang diberikan, jelaskan cara obat secara umum, ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan. Terapi sementara ini yang telah

diberikan dari rumah sakit adalah pemberian terapi farmakologi dengan pemberian obat ondancetron. Namun dalam pemberian terapi untuk mempercepat penanganan mual muntah yang terjadi, dapat diberikan terapi selain terapi farmakologi. Penanganan mual muntah pasca operasi juga dapat diturunkan dengan terapi non farmakologi, salah satunya adalah mobilisasi dini (Taufan Arif, 2022). Menurut asumsi penulis saat setelah obat anastesi habis bukan hanya nyeri yang akan timbul tetapi juga bisa mual sampai muntah karena efek dari obat anastesinya, obat yang diberikan oleh dokter akan membantu pasien untuk mengurangi rasa mual dan muntahnya dan juga mobilisasi dini juga bisa mengurangi mual dan muntah pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) dengan keluhan yang dirasakan pasien seperti ditusuk – tusuk dengan skala 3 (0-10) di dada bagian kanan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan teknik distraksi nafas dalam dan menganjurkan pasien tidur dengan posisi yang nyaman, masalah belum teratasi pasien dipindahkan ke kamar operasi.

Saat dilakukan evaluasi pada diagnosa keperawatan anisetas berhubungan dengan krisis situasional pasien mengatakan kecemasan berkurang dan pasien sudah tidak cemas setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien berdoa dan optimis bahwa tindakan operasinya berjalan dengan lancar.

Pada saat dilakukan evaluasi pada diagnosa keperawatan hipotermia didapatkan pasien sudah tidak mengeluh kedinginan suhu tubuh dalam batas normal dan akral teraba hangat.

Pada diagnosa nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis, pasien mengatakan sudah berkurang rasa mualnya. Dengan mengatur posisi yang nyaman dan memberikan injeksi ondansetron 2x5 mg.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose *Ca Mammae* di ruang OK Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, amaka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien terjadi *Ca Mammae* karena adanya trauma pada dada bagian kanan, pasien mengeluh nyeri dengan skala frekuensi nyeri hilang timbul.
2. Dari diagnose *Ca Mammae* penulis mengangkat masalah keperawatan pre operasi : nyeri akut, ansietas, intra operasi : hipotermia, post operasi : nausea.
3. Intervensi Keperawatan pada Ny R dengan diagnosis medis *Ca Mammae* disesuaikan dengan diagnose keperawatan dengan kriteria hasil : tingkat ansietas menurun, tingkat nyeri membaik, suhu tubuh membaik, keluhan mual muntah menurun.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa medis *Ca Mammae* disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada : ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan selalu berada didekat pasien. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik neoplasma (prosedur operasi) dengan manajemen nyeri. Hipotermia didapatkan pasien tidak mengeluh kedinginan suhu tubuh dalam batas normal dan akral teraba hangat. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis,

dengan mengatur agar berkurang rasa mualnya.

5. Evaluasi Keperawatan pada Ny. R dengan diagnose *Ca Mammae* disesuaikan dengan diagnose keperawatan yaitu : pre operasi : nyeri akut, ansietas, intra operasi : hipotermia, post operasi : nausea, masalah teratasi sebagian. Evaluasi pada ruang operasi akan berakhir di RR.

5.2 Saran

Dari simpulan yang telah disebutkan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam gerak pasien yang sedang dianjurkan untuk pembatasan gerak guna mengurangi tingkat nyeri.
2. Bagi Rumah Sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Pada ruangan juga sangat diperlukan komunikasi efektif sehingga meminimalisir terjadinya ketidaktepatan pemahaman informasi.
3. Bagi perawat OK Central hendaknya lebih bisa mengestimasi waktu penjadwalan yang telah disesuaikan dengan list pembedahan harian.
4. Bagi penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya.

Daftar Pustaka

- American Cancer Society. 2018. *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta:American Cancer Society.1110
- Amrina, Yassirli & Ida Nurjayanti. 2023. Pemberian Aromaterapi Jahe terhadap Pasien Gangguan Pemenuhan Nutrisi dengan Mual Muntah Post Apendektomi. *Jurnal Kesehatan Amanah*, Vol. 7 No. 1
- Ching, M. T. G. C., Tati H., Deisy S. H., (2022). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Mual Muntah Post Operasi. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol. 16 No. 1 (16-21). <http://jurnal.poltekkespalu.ac.id/index.php/JIK>
- dr.Rusbandi Sarpini. (2017). *Anotomi dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis (Edisi Revi)*. IN MEDIA
- Fayzun., F., Muna., A., Y., D. A. R., Novitasari., E., & Baihaqi., I. (2018). *KankerPayudara*.
- Haryati, F., & Sari, D. N. A. (2019). Hubungan body image dengan kualitas hiduppada pasien kanker payudara yang menjalankan kemoterapi.
- Helen Diana Putri. (2014). Asuhan Kebidanan Ibu Menyusui Dengan Abses Payudara Di Pmb Kusmini Lampung Utara. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- Kebayantini, N. L. N., Punia, I. N., Zuryani, N., Nugroho, W. B., Kamajaya, G., &S.M, N. M. A. (2017). Sadari dan perilaku hidup sehat sebagai upaya pencegahan kanker dikalangan mahasiswi UNUD (sebuah laporan pengabdian masyarakat). *Jurnal Ilmiah Widya Sosiopolitika*, 3(1), 107–116.<https://ojs.unud.ac.id/index.php/widya/article/download/61430/37953/>
- Kobina, E., Edzie, M., Dzefi-tetty, K., Gorleku, P. N., Amankwa, A. T., Aidoo, E., Agyen-mensah, K., Idun, E. A., Quarshie, F., Kpobi, J. M., Kusodzi, H., Edzie, R. A., & Asemah, A. R. (2021). *Evaluation of the Clinical and Imaging Findings of Breast Examinations in a Tertiary Facility in Ghana*
- Rizka, Adi, Muhammad Khailul Akbar, Narisha Amelia Putri. 2022. Carcinoma Mammae Sinistra T4_bN2M₁ Metastase Pleura. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh* vol. 8 No. 1. <https://ojs.unimal.ac.id/averrous/article/download/7006/3668/>.
- Rumantika, Made S., Rahmaya N. H., (2022). Gambaran Kejadian Hipotermia, Mual dan Muntah Post Operasi Dengan General Anestesi di RS Jatiwinangun Purwokerto. *Jurnal Inovasi Penelitian* Vol. 3 No. 7.
- Sugiarta, P. A., I Gusti N. J., Made Oka A. K., (2021). Gambaran Kecemasan Pada Pasien Pra-Operasi di RSUD Buleleng.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wijayanti, GA. S. P. W & Putu A. S. P., (2019). Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Setelah Pelaksanaan Relaksasi Imajinasi Terbimbing di RSUD Patut Patuh Patju Gerung. *Jurnal Keperawatan Terpadu*, Vol. 1, No. 2. <http://jkt.poltekkes-mataram.ac.id/index.php/home/index>
- Yanti, Yuli, Amin Susanto. 2022. Manajemen Nyeri Non Faramakologi *Guided Imagery* Pada Pasien Post Operasi *Carcinoma Mammae*. *Jurnal Inovasi Penelitian* Vol.3 No. 4.

LAMPIRAN**LAMPIRAN 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Anggi Adinda Listiani S. Kep
NIM : 2230010
Program Studi : Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir : Lamongan, 19 Januari 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Desa Jati Drojok, Dusun Drojok rt 02/rw 01,
Kecamatan. Kedungpring, Kabupaten Lamongan
No. Hp : 085815507145
Email : anggiadinda19@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SDN Jati Drojok : Tamat Tahun 2012
2. SMP Persatuan Kedungpring : Tamat Tahun 2015
3. SMA Negeri 1 Babat Lamongan : Tamat Tahun 2018
4. Universitas Wiraraja Madura : Tamat Tahun 2022

LAMPIRAN 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

**“WE WILL NEVER KNOW THE REAL ANSWERS BEFORE WE TRY
AND YOUR LIFE IS AS GOOD ITS YOUR MINDSET”**

PERSEMBAHAN

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wata'alaah saya mempersembahkan karya ini kepada :

1. Terima kasih kepada Allah SWT yang telah memebrikan nikmat serta hidayah bagisaya untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Kedua orang tua saya, Mama papa yang senantiasa tidak pernah putus mendoakan, memberikan semangat, motivasi dan selalu ada buat saya.
3. Keluarga saya, teman serta sahabat saya yang selalu menghibur saya ketika saya kebingungan saat mengerjakan tugas akhir.
4. Syarul adi syaputro yang sudah bersedia mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan, serta membantu dan menemani saya dalam segala hal termasuk mengerjakan tugas akhir ini.
5. Adik online aku Rayyanza malik ahmad, yang selalu menjadi moodboster sekaligus menaikkan mood saya dalam mengerjakan tugas akhir.
6. Teman – teman sekelompok bimbingan yang memberikan banyak dukungan dan bersedia haha hihi untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
7. Teman – teman angkatan yang membantu saya dalam pengerjaan tugas akhir.

LAMPIRAN 3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

1. Pengertian

Relaksasi adalah suatu kegiatan yang dirujukan untuk menghilangkan ketegangan tubuh maupun pikiran sehingga memberikan rasa nyaman. Relaksasi otot progresif (Progressive muscle relaxation) didefinisikan sebagai suatu teknik relaksasi yang menggunakan serangkaian gerakan tubuh yang bertujuan untuk melemaskan dan memberi efek nyaman pada seluruh tubuh.

2. Tujuan

- a. Manajemen stres dan ansietas dengan menentukan tanda dan gejala ansietas
- b. Manajemen nyeri pada gangguan fisik dengan meningkatkan beta endorpin dan berfungsi meningkatkan imun seluler
- c. Manajemen insomnia dengan menurunkan gelombang alpa otak.

3. Persiapan Pasien

Minta pasien untuk berbaring atau duduk dengan rileks.

4. Prosedur

- a. Mencari posisi yang paling nyaman
- b. Pasien meletakkan lengan disamping pasien
- c. Kaki jangan di silangkan
- d. Tarik napas dalam, rasakan perut dan dada anda terangkat perlahan
- e. Rileks, keluarkan napas dengan perlahan-lahan

- f. Hitung sampai 4, tarik napas pada hitungan 1 dan 2, keluarkan napas pada hitungan 3 dan 4
- g. Lanjutkan bernapas dengan perlahan, rilekskan tubuh, perhatikan setiap ketegangan pada otot.
- h. Lanjutkan untuk bernapas dan rileks.
- i. Konsentrasi pada wajah anda, rahang anda, leher anda, perhatikan setiap kesulitan
- j. Napas dalam kehangatan dan relaksasi konsentrasi setiap ketegangan di tangan anda, perhatikan bagaimana rasanya
- k. Sekarang buat kepalan-kepalan tangan yang kuat, saat anda mulai mengeluarkan napas, relaksasikan kepala dan tangan anda.
- l. Perhatikan apa yang dirasakan tangan anda, pikir “rileks” tangan anda terasa hangat, berat atau ringan.
- m. Upayakan untuk lebih rileks dan lebih rileks lagi