

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CA MAMMAE DI UPTD GRIYA WREDA
JAMBANGAN SURABAYA**



Oleh:

Adinda Noer Yulia, S.Kep

NIM 2130098

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

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CA MAMMAE DI UPTD GRIYA WREDA
JAMBANGAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners (Ns)**



Oleh:

Adinda Noer Yulia, S.Kep

NIM 2130098

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

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 21 Juni 2022



(Adinda Noer Yulia, S.Kep.)

NIM 2130098

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Adinda Noer Yulia, S.Kep
NIM : 2130098
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.M Dengan Diagnosa Medis Ca Mammae Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya"

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 10 Juli 2022

Pembimbing Institusi



Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03009

Ditetapkan: STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal: 21 Juni 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir dari:

Nama : Adinda Noer Yulia, S.Kep
NIM : 2130098
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.M Dengan Diagnosa Medis Ca Mammae Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”

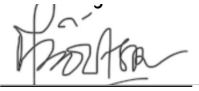
Telah ditetapkan di depan dewan sidang karya ilmiah akhir STIKES Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal :

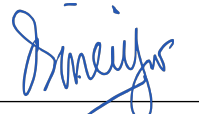
Bertempat: STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS pada prodi pendidikan profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

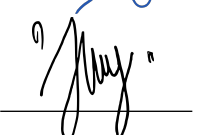
Penguji ketua : Dhian Satya R, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03008



Penguji I : Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03011



Penguji II : Ajeng Nawang, S.Kep.,Ns



Mengetahui, Juli 2022

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus S., S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03009

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal:

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun Karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.M Dengan Diagnosa Medis Ca Mammae di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya tulis akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Pendidikan Profesi Ners.
2. Didik Dwi Winarno,S.Kep.,Ns.,M.KKK selaku ketua di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir ini.

3. Puket 1 dan Puket 2 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Dr. Hidayatus S, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners. STIKES Hang Tuah yang selalu memberikan dorongan yang penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji Ketua yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
6. Dini Mei,S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Pembimbing Institusi Terima kasih atas arahan yang diberikan dalam pembuatan proposal ini.
7. Ajeng Nawang,S.Kep.,Ns selaku pembimbing klinik di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya yang telah membimbing, memberikan arahan dalam penulisan karya ilmiah akhir .
8. Nadia Okhtiary,A.md selaku kepala Perpustakaan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Bapak dan ibu dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal ilmu bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya ilmiah akhir

10. Semua staf STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah ikhlas dan tulus melayani keperluan penulis selama menjalani perkuliahan dan penulisan karya ilmiah akhir.
11. Ny.M selaku responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penulisan karya ilmiah akhir.
12. Ibu dan Alm. ayahanda tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
13. Teman-teman profesi angkatan 12 dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih belum sempurna, baik dari segi substansi maupun penyusunannya, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 21 Juni 2022

Penulis



(Adinda Noer Yulia, S.Kep.)

NIM 2130098

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Secara Teori	6
1.4.2 Secara Praktis	6
1.5 Metode Penelitian	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengambilan Data	7
1.5.3 Sumber data	8
1.6 Sistem Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep lansia	9
2.1.1 Definisi Penuaan	9

2.1.2	Definisi Lansia	9
2.1.3	Klasifikasi Lansia	10
2.1.4	Tipe-Tipe Lansia	11
2.1.5	Teori dan Tugas Perkembangan Lansia	12
2.1.6	Perubahan Pada Lansia	14
2.1.7	Masalah Pada Lansia	20
2.1.8	Upaya Perawatan dan Pelayanan Kesehatan Lansia	26
2.2	Konsep Penyakit Kanker Payudara	30
2.2.1	Definisi	30
2.2.2	Etiologi	30
2.2.3	Manifestasi Klinis	31
2.2.4	Klasifikasi Stadium	34
2.2.5	Komplikasi	36
2.2.6	Pemeriksaan Penunjang	37
2.2.7	Penatalaksanaan	38
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	43
2.3.1	Pengkajian	43
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	48
2.3.3	Intervensi Keperawatan	49
2.3.4	Implementasi Keperawatan	51
2.3.5	Evaluasi keperawatan.....	51
2.4	WOC	52
BAB 3 TINJAUAN KASUS		53
3.1	Pengkajian Keperawatan	53
3.1.1	Identitas Pasien	53
3.1.2	Riwayat Kesehatan	53
3.1.3	Status Fisiologis	54
3.1.4	Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)	54
3.1.5	Pengkajian Psikososial	57
3.1.6	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	57

3.1.7 Pengkajian Lingkungan	58
3.1.8 Pengkajian <i>Negative functional consequences</i>	59
3.1.9 Terapi	63
3.2 Analisa Data	64
3.3 Prioritas Masalah	66
3.4 Intervensi Keperawatan	67
3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan	70
BAB 4 PEMBAHASAN	76
4.1 Pengkajian	76
4.1.1 Identitas	76
4.1.2 Riwayat Kesehatan	77
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	79
4.1.4 Pengkajian Konsep Lansia	81
4.2 Diagnosa Keperawatan	82
4.3 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan	85
4.4 Implementasi Keperawatan	88
4.5 Evaluasi Keperawatan	89
BAB 5 PENUTUP	91
5.1 Simpulan	91
5.2 Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	94
DAFTAR LAMPIRAN	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengelompokkan Stadium Menurut AJCC 2010	37
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	49
Tabel 3.1 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel) ...	59
Tabel 3.2 <i>Time Up Go Test</i>	59
Tabel 3.3 MMSE (<i>Mini Mental Status Exam</i>)	60
Tabel 3.4 SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>)	61
Tabel 3.5 Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi	62
Tabel 3.6 Pengukuran Kemandirian dengan Indeks KATZ	62
Tabel 3.7 Lembar Pemberian Terapi Pada Ny. M	63
Tabel 3.2 Analisa data	64
Tabel 3.3 Prioritas Masalah	66
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	97
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	98
Lampiran 3 SOP Perawatan luka	101
Lampiran 4 SOP Terapi Relaksasi Autogenik	103
Lampiran 3 Sop Terapi Relaksasi Nafas Dalam	105

DAFTAR SINGKATAN

AJCC:	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
BB:	Berat badan
EPAAC:	Eropa untuk Pengendalian Kanker Berkelanjutan
ESPEN:	Eropa untuk Nutrisi dan Metabolisme Klinis
IHK :	Imunohistokimia
IMT:	Indeks massa tubuh
GCS :	Gloglow Coma Scale and Score
MRI :	Magnetic Resonance Imaging
MRM :	Mastektomi Radikal Modifikasi
NSAID :	Non-Steroid Anti Inflamasi Drugs
PQRST :	Provokate Quality Region Saver Timing
UPTD:	unit pelaksana teknis daerah
USG :	Ultrasonografi
WHO:	World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu populasi yang rentan menderita kanker merupakan lansia (lanjut usia). Lanjut usia (lansia) merupakan seorang yg sudah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Kanker merupakan pertumbuhan sel yang memiliki bentuk berbeda dengan sel pada normalnya yang terjadi pada jaringan tubuh yang bisa berubah menjadi sel ganas. Sel ganas ini terus tumbuh dan menyebar ke bagian tubuh lainnya dan menyebabkan kematian. Salah satu jenis kanker adalah kanker payudara menyeramkan Wanita di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Ca Mamae itu biasa Ditemukan pada stadium lanjut (Retnaningsih et al., 2022). Ca Mammae merupakan jenis penyakit yang pertumbuhan jaringan tidak dapat dikendalikan , Hal ini karena mekanisme kontrol sel hilang dan pertumbuhan menjadi abnormal. Penyakit ini dapat menyerang bagian tubuh manapun. Frekuensi kasus penyakit ini relatif tinggi. Di negara maju, paling banyak terkena kanker jenis lain. Sementara Di Indonesia, Ca Mamae menempati urutan kedua setelah Ca serviks (Darwati et al., 2021). Fenomena yang terjadi saat ini, populasi lansia yang semakin lama meningkat serta di iringi dengan penyakit yang sering dialami oleh lanjut usia seperti, kanker, hipertensi,diabetes melitus, penyakit jantung, penyakit paru-paru dan masih banyak lagi.

Menurut data WHO (*World Health Organization*), sekitar 9-8% wanita berpotensi dapat mengidap penyakit ca mamae. Setiap tahun lebih dari 250.000

kasus baru ca mammae terdiagnosa di Eropa dan kurang lebih 175.000 di Amerika Serikat (Rita & Susanti, 2019). Data berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 menjelaskan jumlah penderita kanker semakin meningkat dibanding tahun sebelumnya. Kanker payudara adalah urutan pertama kanker dalam wanita pada dunia (*incidence rate* 40 per 100.000 wanita), masalah baru yg ditemukan 30,5 % dengan jumlah kematian 21,5% per tahun berdasarkan semua masalah kanker pada wanita pada dunia. Insiden kanker payudara pada Indonesia merupakan sebanyak 26 per 100.000 penduduk. Kanker payudara juga menjadi penyebab kematian kanker terbanyak pada Indonesia (Marfianti, 2021). Kanker payudara terbanyak terdapat pada Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Jawa Tengah (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2018). Berdasarkan data riset tiap lima tahun sekali, survei 2018 menyatakan ada 2,2 penderita kanker per seribu penduduk Jatim. Data tahun 2018 terdapat 2.379 kasus, 2019 naik menjadi 3.035. Kemudian tahun 2020 menurun dengan 2.619 kasus. Data kasus meninggal karena kanker juga fluktuatif selama tiga tahun terakhir. Di tahun 2018 terjadi 15 kasus meninggal dunia, kemudian meningkat 130 kasus meninggal di tahun 2019, dan tahun 2020 menurun menjadi 109 (Widiyana, 2021). Kasus kanker di Kota Pahlawan ini sendiri tersebar di 31 Kecamatan Surabaya. Data tertinggi atau lebih dari 200 kasus berada di tiga kecamatan, yakni Kecamatan Karang pilang 252 kasus, Kecamatan Wonokromo 214 kasus, dan Kecamatan Sawahan 210 kasus (Widiyana,2021). Saat pengambilan data pada bulan Januari 2022 didapatkan hasil dari 184 lansia yang terkaji 1 lansia di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa lansia dengan kanker payudara sebanyak 1 orang (100%).

Salah satu jenis penyakit kanker yaitu ca mammae sebagai jenis kanker yang sangat menyeramkan bagi wanita di seluruh dunia, begitu pula pada Indonesia. Dan ca mammae banyak ditemukan ketika sudah memasuki stadium lanjut. Ca mammae adalah merupakan penyakit kronik yang banyak ditemukan dalam perempuan dan ditakuti lantaran mengakibatkan kematian (Rita & Susanti, 2019). Ada pula beberapa faktor pencetus munculnya kanker payudara salah satunya adalah jenis kelamin perempuan usia > 50 tahun, faktor genetik, lingkungan dan gaya hidup (Darwati et al., 2021). Adapun dampak 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).

Kanker pada lansia sering ditemukan pada stadium yang lebih lanjut atau sudah metastasis sehingga tidak bisa di operasi. Lebih dari 80% kasus ditemukan di Indonesia pada stadium lanjut dimana pengobatan sulit dengan panduan. Karena itu, perlu memahami upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan kuratif dan paliatif pelayanan bagi pasien serta upaya rehabilitasi yang baik anda bisa melakukannya dengan optimal (Kemenkes RI, 2019). Tenaga perawat juga mempunyai peran sangat penting dalam menurunkan tingkat terjadinya ca mammae salah satu peran perawat ialah memberikan asuhan keperawatan gerontik, sehingga harus bisa memberikan kontribusi dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan komprehensif, mulai

dari pengkajian, merumuskan masalah keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi hasil dari tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Salah satu implementasi yang bisa dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan ca mammae dapat memberikan edukasi tentang perawatan Ca mammae pada mengenai bagaimana melakukan perawatan diri, mengatasi nyeri dengan berkolaborasi dalam penatalaksanaan nyeri biasanya diberikan terapi farmakologis yaitu obat analgesik jenis NSAID (Non-Steroid Anti Inflamasi Drugs) dan dapat dilakukan perubahan gaya hidup pada lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis menyusun karya ilmiah akhir tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan ca mammae untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosa ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Ca Mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada pasien pada lansia dengan kanker payudara di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan dan prioritas masalah pada lansia dengan ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada lansia dengan ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada lansia dengan ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Menyusun evaluasi keperawatan pada lansia dengan ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat

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

1.4.1 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada lansia dengan ca mammae di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi institusi UPTD Griya Wreda Jambanagn Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoamn pelaksanaan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra sehingga penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wreda Jambanagn Suarabaya

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan kanker payudara serta meningkatkan pengembangan keterampilan dan pengetahuan profesi keperawatan.

3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai sarana pendidikan kesehatan kepada keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan kanker payudara sehingga keluarga mampu merawat lansia dirumah secara mandiri.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Kanker payudara sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Penulis menggunakan metoda studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien
2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Kanker payudara

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

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

BAB 5: Simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis kanker payudara. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada lansia dengan kanker payudara dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 KONSEP LANSIA

2.1.1 Definisi Penuaan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Kemenkes RI, 2017). Proses menua dipengaruhi oleh faktor eksogen dan endogen yang dapat menjadi faktor risiko penyakit degenerative yang bisa dimulai sejak usia muda atau produktif, namun bersifat subklinis.

2.1.2 Definisi Lansia

Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan. (Fatimah, 2010). Penduduk Lanjut Usia adalah penduduk

berumur 60 tahun ke atas (Undang – Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia). Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu. Lansia adalah stase akhir dari siklus hidup manusia, yaitu bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan di alami oleh setiap individu. (Nuryaningsih et al., 2020).

Menurut WHO dalam (Rumahorbo et al., 2020) lansia dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Usia pertengahan (middle age) : usia 45 – 59 tahun
2. Lansia (elderly) : usia 60 – 74 tahun
3. Lansia tua (old) : usia 75 – 90 tahun

Pengertian lansia dibedakan atas 2 macam, yaitu lansia kronologis (kalender) dan lansia biologis. Lansia kronologis mudah diketahui dan dihitung, sedangkan lansia biologis berpatokan pada keadaan jaringan tubuh. Individu yang berusia muda tetapi secara biologis dapat tergolong lansia jika dilihat dari keadaan jaringan tubuhnya.

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Menurut WHO, lansia dikategorikan menjadi Elderly (60-74 tahun), Old (75-89 tahun) dan Very old (> 90 tahun). Depkes RI (2008) dalam (Dewi & Rhosma, 2014) menentukan lansia dengan kategori sebagai berikut :

1. Pralansia : berusia 45-59 tahun.
2. Lansia : berusia 60 tahun atau lebih.

3. Lansia risiko tinggi : berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial : lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial : lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4 Tipe-Tipe Lansia

Tipe lansia menurut Nugroho dalam (Dewi & Rhosma, 2014) yang dapat dikatakan cenderung rentan mengalami depresi, antara lain :

1) Tipe Tidak Puas

Tipe lansia yang mengalami konflik batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan lansia banyak menuntut karena selalu merasa kurang, pemarah dan mudah tersinggung. Hal tersebut termasuk salah satu tanda gejala depresi yang diawali ketidakmampuan diri dalam penyesuaian.

2) Tipe Pasrah

Lansia yang selalu mengikuti situasi sekitar dengan melakukan berbagai jenis kegiatan yang ada disekelilingnya, menerima dan menunggu nasib baik, serta tidak adanya keinginan diri untuk menuangkan bakat dan minatnya, sehingga lansia rentan mengalami depresi.

3) Tipe Bingung

Tipe lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa kurang, menyesali perbuatan yang lalu sehingga menjadikan lansia pasif.

2.1.5 Teori dan Tugas Perkembangan Lansia

Teori tahap perkembangan menurut Erikson (Erikson's Development Stage Theory), tugas perkembangan lansia adalah ego integrity vs despair, dimana dalam tahap perkembangan ini, lansia melakukan penilaian terhadap apa yang telah dialami dan dicapai dalam kehidupannya dan mampu menerima apabila terjadi ketidaksesuaian antara tujuan yang diinginkan dengan pencapaiannya, serta keadaan saat ini atau kematian yang akan menjelang, dan jika lansia berhasil menerima dan melewatinya maka lansia akan merasa puas (ego-integrity), namun apabila gagal dan tidak mampu menyesuaikan maka lansia akan merasakan keputusasaan. Kesiapan lansia dalam beradaptasi terhadap perkembangan usia lanjut tentunya diperlukan untuk menghindari berada pada fase despair atau keputusasaan dengan memahami tugas perkembangan lansia, antara lain:

1. Mempersiapkan diri untuk menghadapi kondisi yang menurun.

Penting bagi lansia melakukan penyesuaian terhadap perubahan diri yang dihadapi, agar lansia tidak merasa lemah dan tidak berdaya yang dapat dilakukan dengan cara melakukan aktivitas ringan atau bersosialisasi.

2. Mempersiapkan diri untuk melepas pekerjaannya atau pensiun.

Lansia yang tidak dapat menyesuaikan penurunan pendapatan dan tetap mengikuti gaya hidup semasa bekerja, maka lansia dapat berisiko mengalami hutang dan gelisah dalam hidupnya.

3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.

Kemampuan lansia dalam bersosialisasi di masa tua sangat diperlukan untuk menjaga kemampuan bersosialisasi dan harga diri lansia.

4. Mempersiapkan kehidupan baru.

Penting bagi lansia untuk memulai hidup baru dan membiasakan diri beraktivitas sesuai kemampuan dirinya.

5. Melakukan adaptasi dengan lingkungan sosial atau masyarakat.

Lansia perlu menyesuaikan diri dengan perubahan peran sosial yang dialaminya agar hubungannya dengan orang lain dan lingkungan di sekitarnya tetap baik.

6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya atau kematian pasangannya.

Lansia yang tidak siap menghadapi kematiannya atau pendampingnya dapat menyebabkan depresi, untuk itu mendekatkan diri pada Tuhan penting bagi lansia.

Kemampuan lansia dalam mengenali tugas perkembangan di usianya tentunya memerlukan pengajaran atau pendidikan sebelumnya, dan hal ini bukanlah sesuatu yang mudah mengingat tidak semua orang memiliki tipe yang peduli terhadap pendidikan di masa usia lanjut. Lanjut usia memiliki beberapa tipe yang digolongkan berdasarkan sikap dan perilakunya namun beberapa tipe dapat dikatakan rentan mengalami depresi.

2.1.6 Perubahan Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, tentunya terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual Wahab (2014).

1) Perubahan Fisik

a) Sistem Indra

Terjadi gangguan pendengaran karena tulang-tulang pendengaran mulai mengalami kekakuan, dan gangguan pada pengelihatian karena lensa kehilangan elastisitas dan kaku sehingga terjadi penurunan lapang pandang dan daya akomodasi mata (presbiopi). Terjadi penurunan kemampuan dalam indra pengecap, serta papil berasa berkurang, penurunan penghidu menurun, dan pada indra sentuhan jumlah reseptor kulit menurun (Potter & Perry, 2012).

b) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem ini pada lansia antara lain jaringan penghubung (kolagen & elastin), kartilago, penurunan masa otot dan pengenduran, cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis).

c) Sistem kardiovaskuler

Bertambahnya masa jantung, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

d) Sistem respirasi

Terjadi perubahan jaringan ikat paru, penurunan elastisitas paru, kapasitas vital paru meningkat sehingga proses inspirasi lebih berat.

e) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang dapat terjadi pada sistem pencernaan, meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indera pengecap menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir atropi indera pengecap, hilangnya sensitifitas dan saraf pengecap lidah terutama pada rasa asin, asam, dan pahit. Penurunan produksi asam lambung sehingga rasa lapar menurun.

f) Sistem Perkemihan

Lansia mulai tidak dapat menahan kencing karena pengenduran otot-otot kapasitas kandung kemih menurun, yang dapat berdampak pada laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

g) Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

h) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia wanita ditandai dengan pengecilan organ-organ reproduksi seperti ovarium dan uterus dan pengeringan selaput lendir.

2) Perubahan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif dan sosial. Penurunan fungsional yang terjadi pada lansia berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahan. Perubahan fungsional ini tentunya juga merujuk pada kemampuan dan perilaku lansia dalam aktivitas harian. Aktivitas harian atau ADL (Activity Daily Living) berfungsi untuk menentukan tingkat kemandirian lansia. Perubahan mendadak pada status ADL merupakan tanda perburukan masalah atau penyakit kronis, contoh penyakit kronis dengan perubahan fungsi adalah diabetes, penyakit kardiovaskuler, atau penyakit paru-paru kronis (Potter & Perry, 2012).

3) Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif yang terjadi pada lansia menurut *Potter dan Perry* (2012) meliputi delirium, demensia, dan depresi.

1. Delirium merupakan kondisi bingung akibat gangguan kognitif yang reversibel dan biasanya disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :
 - a. Faktor fisiologis, penyebabnya antara lain adalah gangguan elektrolit, anoksia, hipoglikemi, dan pendarahan serebrovaskular. Penyakit penyerta seperti infeksi dari berbagai sistem seperti perkemihan, pernafasan dan lain sebagainya.
 - b. Faktor lingkungan, disebabkan lingkungan yang asing, dan defisit sensorik.

- c. Faktor psikososial, disebabkan adanya stres emosional atau pun nyeri.
2. Demensia adalah gangguan intelektual akibat disfungsi serebral tidak reversibel dan progresif lambat yang dapat mengganggu fungsi kerja dan sosial. Lansia dengan demensia memerlukan pertimbangan khusus dalam memenuhi kebutuhannya seperti kebutuhan fisik, keamanan dan psikososial yang disesuaikan untuk meningkatkan kualitas hidupnya.
3. Depresi pada lansia diakibatkan ketidakmampuan penyesuaian diri lansia terhadap perubahan yang dialaminya. Kejadian depresi juga banyak dialami pada lansia yang menjalani perawatan di rumah sakit atau panti perawatan. Biasanya juga terjadi pada lansia dengan demensia yang dapat terjadi bersamaan dengan stres.
- 4) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Transisi hidup meliputi pengalaman kehilangan, masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran dan hubungan, perubahan kesehatan dan kemampuan fungsional, perubahan jaringan sosial, dan relokasi.

- a) Masa Pensiun masa ini merupakan tahap kehidupan yang ditandai transisi perubahan peran terkadang juga timbul masalah yang berkaitan dengan isolasi sosial dan keuangan. Lansia yang pensiun harus membangun identitas baru, mereka juga kehilangan struktur pada

kehidupan harian karena tidak lagi memiliki jadwal kerja serta kehilangan interaksi sosial dan interpersonal di lingkungan kerja.

- b) Isolasi sosial pada lansia terjadi akibat respons dari kehilangan peran lansia dan menurunnya interaksi dengan orang lain. Beberapa mengalami isos juga karena merasa ditolak dan tidak adanya dukungan keluarga.
- c) Seksualitas Masa pensiun tentunya mempengaruhi kepercayaan diri, dan seksualitas berperan penting dalam membantu lansia mempertahankan kepercayaan diri. Pemeliharaan kesehatan seksual pada lansia membutuhkan integrasi dari seksual somatik, emosional, intelektual dan sosial. Namun, banyak lansia menggunakan obat untuk menekan aktivitas seksual seperti antihipertensi, antidepresan, sedatif atau hipnotif.

5) Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia sering terjadi karena perubahan fisik, dan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan jiwa di usia lanjut. Beberapa masalah psikologis lansia menurut Yusuf, et al (2015) antara lain :

- a. Paranoid merupakan respon perilaku yang ditunjukkan pada lansia yang mengalami perubahan psikologis yaitu rasa curiga terhadap orang-orang disekelilingnya, agresif, dan menarik diri.
- b. Gangguan tingkah laku merupakan sifat buruk pada lansia bertambah seiring perubahan fungsi fisik. Lansia merasa kehilangan harga diri, kehilangan peran, merasa tidak berguna dan tidak berdaya, kesepian,

kurang percaya diri sehingga berakibat bertambahnya sifat buruk setiap perubahan fungsi fisik.

- c. Gangguan tidur sering kali lansia mengalami tidur superfisial, tidak pernah mencapai total bed sleep, merasa tengen, desakan mimpi buruk sehingga lansia bangun lebih cepat dan tidak dapat tidur lagi.
- d. Keluyuran (*wandering*): Lansia yang tidak betah berada dirumah dapat menyebabkan keluyuran namun biasanya lansia tidak dapat pulang kembali, akibat demensia.
- e. Sun downing: Lansia mengalami peningkatan kecemasan saat menjelang malam, terus mengeluh, agitasi, gelisah dan apabila hal ini terjadi dipanti dapat mempengaruhi lansia yang lain.
- f. Depresi : Banyak jenis depresi yang terjadi pada lansia, diantaranya depresi terselubung, keluhan fisik menonjol, berkonsultasi dengan banyakdokter, pusing, nyeri dan sebagainya. Umumnya depresi lebih banyak dialami oleh lansia wanita karena ketidaksiapan menghadapi masa menopause.
- g. Demensia: Demensia merupakan sindrom gejala gangguan fungsi luhur kortikal yang multipel, seperti daya ingat, daya tangkap, orientasi, berhitung, berbahasa, dan fungsi nilai sebagai akibat dari gangguan fungsi otak.
- h. Sindrom pasca kekuasaan (*postpower syndrome*): Sindrom pasca kekuasaan adalah sekumpulan gejala yang timbul setelah lansia tidak punya kekuasaan, kedudukan, penghasilan, pekerjaan, pasangan, teman dan lain sebagainya. Beberapa penyebab yang mengakibatkan lansia tidak siap menghadapi pensiun adalah kepribadian yang kurang matang,

kedudukan sebelumnya terlalu tinggi dan tidak menduduki jabatan lain. Proses kehilangan terlalu cepat yang terjadi, serta lingkungan yang tidak mendukung. Perubahan yang terjadi pada lansia seringkali juga disertai dengan adanya penyakit penyerta yang menambah buruk kondisi psikologis lansia.

2.1.7 Masalah Pada Lansia

Masalah yang sering dijumpai pada lansia dapat dijabarkan dalam 14 item gangguan yang disebut *Giant Syndrome Geriatric*. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

1. Imobilisasi

Didefinisikan sebagai keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, dengan gerak anatomi tubuh menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan dapat menyebabkan imobilisasi pada usia lanjut. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidak seimbangan, dan masalah psikologis. Beberapa informasi penting meliputi lamanya menderita disabilitas yang menyebabkan imobilisasi, penyakit yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi, dan pemakaian obat-obatan untuk mengeliminasi masalah iatrogenesis yang menyebabkan imobilisasi.

2. *Instability* (Instabilitas dan Jatuh)

Terdapat banyak faktor yang berperan untuk terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Berbagai faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien)

dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan). Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah: mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin

3. *Incontinence* (Inkontinensia Urin dan Alvi)

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dikehendaki dalam jumlah dan frekuensi tertentu sehingga menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan. Inkontinensia urin merupakan salah satu sindroma geriatrik yang sering dijumpai pada usia lanjut. Beberapa penyebab timbulnya inkontinensia urin antara lain adalah sindrom delirium, immobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses, serta beberapa obat-obatan.

4. *Intellectual Impairment* (Gangguan Intelektual)

Keadaan yang terutama menyebabkan gangguan intelektual pada pasien lanjut usia adalah delirium dan demensia. Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori didapat yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas.

5. *Infection* (infeksi)

Infeksi pada usia lanjut (usila) merupakan penyebab kesakitan dan kematian no. 2 setelah penyakit kardiovaskular di dunia. Hal ini terjadi akibat beberapa hal antara lain: adanya penyakit komorbid kronik yang cukup banyak, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, 30-65% usia lanjut yang terinfeksi sering tidak disertai peningkatan suhu badan, malah suhu badan dibawah 36°C lebih sering dijumpai

6. Gangguan Fungsi Indera (*Impairment Of Senses*)

Gangguan fungsi indera merupakan masalah yang sering ditemui pada Lanjut Usia. Kedua hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional yang menyerupai gangguan kognitif serta isolasi sosial. Untuk itu, sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk dapat mengidentifikasi Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan penciuman gangguan pengecap dan gangguan perabaan, mengidentifikasi penyebabnya dan memberikan terapi yang sesuai. Contohnya saat berkomunikasi dengan pasien Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran perlu memperhatikan cara berbicara. Berbicaralah jangan terlalu cepat, intonasi jelas, yakinlah bahwa pasien dapat memperhatikan gerak bibir.

7. *Isolation*

Isolation (terisolasi) dan depresi, penyebab utama depresi pada usia lanjut adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepanjangan

8. *Impecunity* (kemiskinan)

Usia lansia dimana seseorang menjadi kurang produktif (bukan tidak produktif) akibat penurunan kemampuan fisik untuk beraktivitas. Impecunity mencakup pengertian ketidakberdayaan finansial. Walaupun dapat terjadi pada kelompok usia lain namun, khususnya pada Lanjut Usia menjadi sangat penting karena meningkatkan risiko keterbatasan akses terhadap berbagai layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan asuhan psikososial.

9. *Iatrogenic*

Iatrogenic (iatrogenesis), karakteristik yang khas dari pasien geriatri yaitu multipatologik, seringkali menyebabkan pasien tersebut perlu mengkonsumsi obat yang tidak sedikit jumlahnya. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa. Pemberian obat pada lansia haruslah sangat hati-

hati dan rasional karena obat akan dimetabolisme di hati sedangkan pada lansia terjadi penurunan fungsi faal hati sehingga terkadang terjadi ikterus (kuning) akibat obat. Selain penurunan faal hati juga terjadi penurunan faal ginjal (jumlah glomerulus berkurang), dimana sebagian besar obat dikeluarkan melalui ginjal sehingga pada lansia sisa metabolisme obat tidak dapat dikeluarkan dengan baik dan dapat berefek toksik.

10. Insomnia (gangguan tidur)

Insomnia, dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan hiperaktivitas kelenjar thyroid, gangguan neurotransmitter di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya.

11. *Immuno-deficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh perubahan sistem imunitas pada Lanjut Usia. Sistem imunitas yang tersering mengalami gangguan adalah sistem imunitas seluler. Berkaitan dengan hal tersebut, kejadian infeksi tuberkulosis meningkat pada populasi Lanjut Usia ini sehingga memerlukan kewaspadaan.

12. *Impotence*

Gangguan fungsi ereksi pada laki-laki Lanjut Usia dapat berupa ketidakmampuan ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi. Gangguan ini dapat disebabkan oleh obat-obat

antihipertensi, diabetes melitus dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol, merokok, dan hipertensi lama.

13. Kekurangan gizi (*inanutition*)

Kekurangan zat gizi baik zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral) seringkali dialami orang Lanjut Usia. Gangguan gizi pada Lanjut Usia dapat merupakan konsekuensi masalah-masalah somatik, fisik atau sosial. Kekurangan zat gizi energi dan protein terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolisme karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat gizi. Asupan energi secara signifikan menurun seiring proses menua, karena berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada Lanjut Usia.

14. Konstipasi (*Impaction*)

Kesulitan buang air besar (Konstipasi) sering terjadi pada lanjut usia karena berkurangnya gerakan (peristaltik) usus serta perubahan komposisi tubuh.

Dari penjelasan 14 sindrom geriatri yang terjadi pada lansia binnan saya lansia memiliki masalah kesehatan gangguan tidur dan infeksi dikarenakan lansia mengalami gangguan tidur dari penyakit Ca mammae yang diderita oleh lansia yang setiap malam lansia merasakan rasa nyeri yang menyebabkan lansia sulit tidur jika sudah terbangun saat merasakan rasa nyeri tersebut dan untuk kategori infeksi dikarenakan adanya luka pada panyudara lansia yang harus setiap hari dilakukan perawatan luka untuk mencegah terjadinya resiko infeksi pada luka tersebut.

2.1.8 Upaya Perawatan dan Pelayanan Kesehatan Lansia

Upaya pelayanan kesehatan yang diterima orang lanjut usia menurut Padila (2014), meliputi:

1) Azas

Azas yang dianut oleh Departemen Kesehatan RI adalah meningkatkan mutu kehidupan lanjut usia, meningkatkan kesehatan dan memperpanjang usia.

2) Pendekatan

Pendekatan berdasarkan penerapan WHO (1982) yaitu :

- a) Menikmati hasil pembangunan.
- b) Masing-masing lansia memiliki keunikan.
- c) Mengusahakan kemandirian lansia dalam segala hal.
- d) Melibatkan lansia dalam pengambilan kebijakan.
- e) Memberikan perawatan di rumah.
- f) Pelayanan harus dicapai dengan mudah.
- g) Mendorong keakraban antar kelompok atau antar generasi.
- h) Transportasi dan bangunan yang ergonomis dengan lansia.
- i) Keluarga dan lansia turut aktif dalam usaha pemeliharaan kesehatan lansia.

3) Jenis

Jenis pelayanan kesehatan lansia meliputi peningkatan (*promotion*), pencegahan (*prevention*), diagnosis dini dan pencegahan (*early diagnosis*)

and prompt treatment), pembatasan kecacatan (*disability limitation*), serta pemulihan (*rehabilitation*).

1. Upaya promotion

- a) Upaya ini merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga professional dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial meliputi :
- b) Mengurangi cedera oleh karena jatuh maupun kebakaran, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan mengurangi keracunan makanan.
- c) Meningkatkan keamanan terhadap paparan bahan-bahan kimia dan peningkatan sistem keamanan kerja.
- d) Meningkatkan perlindungan terhadap kualitas udara yang buruk dengan membatasi penggunaan bahan-bahan kimia berbahaya yang dapat menimbulkan kontaminasi terhadap udara, makanan dan obat-obatan.
- e) Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mulut yang bertujuan untuk mengurangi karies gigi serta memelihara kebersihan gigi dan mulut.

2. Upaya prevention

Upaya pencegahan mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier.

3. Pencegahan primer : meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor risiko, tidak ada penyakit dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan

yang diberikan yaitu konseling dalam upaya menghentikan kecanduan terhadap rokok dan alkohol, nutrisi, exercise, keamanan di dalam dan sekitar rumah, manajemen stress dan penggunaan medikasi yang tepat.

4. Pencegahan sekunder : meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala hingga yang memiliki faktor risiko tertentu melalui upaya kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, screening berupa pemeriksaan anorektal, mammogram, papsmear, gigi mulut dan lain-lain.
5. Pencegahan tersier : meliputi tindakan yang dilakukan pada lansia setelah didapatkan suatu gejala penyakit dan kecacatan melalui upaya pencegahan penambahan kecacatan dan ketergantungan, perawatan bertahap melalui (1) perawatan rumah sakit, (2) rehabilitasi pasien rawat jalan dan (3) perawatan jangka panjang. Jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa fasilitasi rehabilitasi dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi kronis serta mendukung usaha dalam mempertahankan kemampuan berfungsi.
6. *Early diagnosis and prompt treatment*

Diagnosis dini dapat dilakukan oleh lansia sendiri maupun petugas kesehatan. Atas inisiatif sendiri lansia dapat melakukan tes diri, screening kesehatan, memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, memanfaatkan Buku Kesehatan Pribadi (BKP) serta penandatanganan buku kontrak kesehatan. Diagnosis dini juga dapat diinisiasi oleh petugas kesehatan melalui pemeriksaan status fisik, wawancara mengenai riwayat yang lalu dan saat ini, obat-obatan yang dikonsumsi,

riwayat keluarga dan sosial, riwayat penggunaan alcohol dan rokok, pemeriksaan fisik diagnostik, skrining kesehatan (tinggi badan, berat badan, kolesterol dan tumor), pemeriksaan status mental, serta pemeriksaan status fungsi tubuh.

7. *Disability limitation*

Dalam hal ini, lansia telah mengalami kecacatan yang diamati melalui kesulitan dalam memfungsikan kerangka, otot dan sistem saraf. Adapun kecacatan dapat bersifat sementara maupun menetap. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian.

8. *Rehabilitation*

Prinsip dalam rehabilitasi adalah mempertahankan kenyamanan lingkungan, istirahat dan aktivitas rehabilitasi yang dilaksanakan oleh tim rehabilitasi yang terdiri dari petugas medis, paramedis dan non medis. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada proses rehabilitasi yaitu kecukupan nutrisi, fungsi pernafasan, fungsi pencernaan, saluran kemih, psikososial dan komunikasi. Adapun upaya rehabilitasi dilakukan untuk mengatasi berbagai keluhan pada lansia antara lain gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, kesulitan dalam pergerakan, serta rehabilitasi bagi lansia yang mengalami kepikunan (demensia).

2.2 KONSEP PENYAKIT KANKER PAYUDARA

2.2.1 Definisi

Ca Mammae merupakan sel keganasan yang muncul pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel duktus maupun lobulusnya. Kanker payudara 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).

Di Indonesia, Ca mammae menempati peringkat kedua setelah ca cerviks. Beberapa Ca mammae faktor risiko tidak dapat diubah seperti usia atau riwayat keluarga, ada pula faktor risiko yang berhubungan dengan gaya hidup seperti merokok dan minum alcohol (Darwati et al., 2021).

2.2.2 Etiologi

Menurut Padila (2013) Sampai saat ini, penyebab pasti tumor mammae belum diketahui. Namun, ada beberapa faktor resiko yang telah teridentifikasi, yaitu :

1. Jenis kelamin

Wanita lebih beresiko menderita tumor mammae dibandingkan dengan pria.

Prevalensi tumor mammae pada pria hanya 1% dari seluruh ca mammae.

2. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki keluarga tingkat satu penderita tumor mammae beresiko tiga kali lebih besar untuk menderita ca mammae.

3. Faktor genetik

Mutasi gen *BRCA1* pada kromosom 17 dan *BRCA2* pada kromosom 13 dapat meningkatkan resiko ca mammae sampai 85%. Selain itu, gen *p53*, *BARD1*, *BRCA3* juga diduga meningkatkan resiko terjadinya ca mammae.

4. Faktor usia

Resiko ca mammae meningkat seiring dengan penambahan usia.

5. Faktor hormonal

Kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif, terutama jika tidak diselingi oleh perubahan hormon akibat kehamilan, dapat meningkatkan resiko terjadinya ca mammae.

Beberapa faktor risiko seperti usia dan ras menjadi faktor risiko yang paten Namun, beberapa risiko, terutama risiko yang dapat diubah. Dalam lingkungan dan perilaku. Seperti merokok, minum Alkohol dan makanan. Resiko penderitaan bagi wanita Kanker payudara dapat berubah seiring waktu

2.2.3 Manifestasi Klinis

Berikut merupakan gejala kanker payudara yang dapat terjadi dan terlihat cukup jelas menurut (Astrid Savitri dkk, 2015) antara lain :

1. Adanya benjolan pada payudara

Benjolan di payudara atau ketiak yang muncul setelah siklus menstruasi seringkali menjadi gejala awal kanker payudara yang paling jelas. Benjolan yang berhubungan dengan kanker payudara biasanya tidak menimbulkan rasa sakit, meskipun kadang-kadang dapat menyebabkan sensasi tajam pada beberapa penderita.

2. Adanya benjolan di ketiak (aksila) Kadang-kadang benjolan kecil dan keras muncul di ketiak dan bisa menjadi tanda bahwa kanker payudara telah menyebar hingga kelenjar getah bening. Benjolan ini terasa lunak, tetapi seringkali terasa menyakitkan dan nyeri.

3. Adanya Perubahan bentuk dan ukuran payudara

Bentuk dan ukuran salah satu payudara mungkin terlihat berubah. Bisa lebih kecil atau lebih besar daripada payudara sebelahnya. Bisa juga terlihat turun.

4. Adanya cairan dari puting (*Nipple Discharge*)

apabila puting susu ditekan, secara umum tubuh bereaksi dengan mengeluarkan cairan. Apabila cairan keluar tanpa adanya tekanan pada puting susu, dan terjadi pada salah satu payudara disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan, maka bisa saja itu merupakan tanda kanker payudara.

5. Perubahan bentuk puting susu

Puting susu terasa seperti terbakar, gatal dan muncul luka yang sulit/lama sembuh. Terkadang puting terlihat tertarik masuk ke dalam (retraksi), ada perubahan bentuk atau posisi, memerah atau berkerak. Kerak, bisul atau sisik pada puting susu bisa saja tanda dari beberapa jenis kanker payudara yang jarang terjadi.

6. Adanya perubahan Kulit payudara

Adanya kerutan-kerutan seperti jeruk purut pada kulit payudara. Selain itu kulit payudara terlihat memerah dan terasa panas.

2.2.4 Klasifikasi Stadium

Stadium kanker payudara ditentukan berdasarkan Sistem Klasifikasi TNM *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* 2010, Edisi 7, untuk Kanker Payudara :

- 1) kategori T (Tumor)
 - a) TX Tumor primer tidak bisa diperiksa
 - b) T0 Tumor primer tidak terbukti
 - c) T1 Tumor 2 cm atau kurang pada dimensi terbesar
 - d) T2 Tumor lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar
 - e) T3 Tumor berukuran lebih dari 5 cm pada dimensi terbesar
 - f) T4 Tumor berukuran apapun dengan ekstensi langsung ke dinding dada / kulit
- 2) Kategori Kelenjar Getah Bening (KGB) regional (N)
 - a) Nx KGB regional tak dapat dinilai (mis.: sudah diangkat)

- b) N0 Tak ada metastasis KGB regional
- c) 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 atau tanpa keterlibatan KGB aksila atau mamaria interna
- 3) Kategori Metastasis Jauh (M)
- a) Mx Metastasis jauh tak dapat dinilai
- b) M0 Tak ada metastasis jauh
- c) M1 Terdapat Metastasis jauh
- 4) 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 kanker payudara (*American Joint Committee on Cancer*):

1. Stadium 0 : Kanker muncul dimana sel kanker berada pada tempatnya di dalam jaringan payudara yang normal
2. Stadium I : Tumor dengan diameter tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar keluar payudara
3. Stadium IIA : Tumor dengan diameter 2-5 cm dan belum menyebar pada kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan diameter kurang dari 2 cm tetapi mulai menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.

Stadium IIB : Tumor dengan diameter lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan diameter 2-5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak

4. Stadium IIIA : Tumor dengan diameter kurang dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak disertai bermetastase ke satu sama lain atau bermetastase ke struktur lain atau tumor dengan diameter lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak

Stadium IIIB : Tumor telah menyelip keluar payudara, masuk ke dalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening di dalam dinding dada dan tulang dada

5. Stadium IV : Tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, misalnya ke hati, tulang atau paru-paru.

2.2.5 Komplikasi

1. Adanya Gangguan neurovaskuler
2. Adanya Metastasis : otak, di hati, pada tulang tengkorak, di vertebra, di iga, dan juga tulang panjang
3. Terjadi fraktur patologi

4. Akan mengalami fibrosis payudara
5. Juga akan mengalami kematian

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan menunjang menurut (Kemenkes RI, 2019) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah rutin dan pemeriksaan kimia darah sesuai dengan perkiraan metastase
- b) Tumor marker : apabila hasil tinggi, perlu diulang untuk follow up

2. Pemeriksaan sitologik

Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluarsontan dari putting mammae, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriiasi.

a) Mamografi payudara

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

b) Ultrasonografi (USG) payudara

Biasanya digunakan 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.

c) CT-Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma mammae pada organ lain.

d) Pemeriksaan patologi anatomi

Pemeriksaan patologi pada kanker payudara meliputi pemeriksaan sitologi, morfologi (histopatologi), pemeriksaan immunohistokimia, in situ hibridisasi dan gene array (hanya dilakukan pada penelitian dan kasus khusus).

e) Pemeriksaan Immunohistokimia

Pemeriksaan Immunohistokimia (IHK) adalah metode pemeriksaan menggunakan antibodi sebagai probe untuk mendeteksi antigen dalam potongan jaringan (tissue sections) ataupun bentuk preparasi sel lainnya. IHK merupakan standar dalam menentukan subtipe kanker payudara. Pemeriksaan IHK pada karsinoma payudara berperan dalam membantu menentukan prediksi respons terapi sistemik dan prognosis.

2.2.7 Penatalaksanaan

Terapi yang diberikan pada penderita kanker payudara harus didahului dengan diagnosa yang lengkap dan akurat (termasuk penetapan stadium). Diagnosa dan terapi pada kanker payudara haruslah dilakukan dengan pendekatan humanis dan komprehensif sehingga terapi yang diberikan dapat memberikan efek terapi yang diharapkan dan juga mempunyai beberapa efek yang buruk. Berikut beberapa tata laksanaan pada kanker payudara:

1. Pembedahan

Pembedahan merupakan terapi yang paling awal dikenal untuk pengobatan kanker payudara. Jenis pembedahan pada kanker payudara:

1) Mastektomi

- a) Modified radical mastectomy, yaitu operasi pengangkatan seluruh mammae, jaringan mammae di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga serta benjolan di sekitar ketiak.
- b) Total (simple) mastectomy, yaitu pengangkatan di seluruh mammae saja, tetapi bukan kelenjar ketiak.
- c) Radical mastectomy, yaitu operasi pengangkatan sebagian dari mammae. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh mammae.
- d) Mastektomi Subkutan (Nipple-skin-sparing mastectomy) adalah pengangkatan seluruh jaringan payudara, dengan preservasi kulit dan kompleks puting-areola, dengan atau tanpa diseksi kelenjar getah bening aksila

2) Breast Conserving Therapy (BCT)

BCT adalah pembedahan atas tumor payudara dengan mempertahankan bentuk (cosmetic) payudara, dibarengi atau tanpa dibarengi dengan rekonstruksi. Tindakan yang dilakukan adalah lumpektomi atau kuadrantektomi disertai diseksi kelenjar getah bening aksila level 1 dan level

3) Metastasektomi

Metastasektomi adalah pengangkatan tumor metastasis pada kanker payudara. Tindakan ini memang masih terjadi kontroversi diantara para ahli, namun dikatakan metastasektomi mempunyai angka harapan hidup yang lebih panjang bila memenuhi indikasi dan syarat tertentu. Tindakan ini dilakukan pada kanker payudara dengan metastasis kulit, paru, hati, dan payudara kontralateral. Pada metastasis otak, metastasektomi memiliki manfaat klinis yang masih kontroversi.

2. Terapi sistemik

1. Kemoterapi

- a) Kemoterapi yang diberikan dapat berupa obat tunggal atau berupa gabungan beberapa kombinasi obat kemoterapi.
- b) Kemoterapi diberikan secara bertahap, biasanya sebanyak 6 – 8 siklus agar mendapatkan efek yang diharapkan dengan efek samping yang masih dapat diterima
- c) Hasil pemeriksaan imunohistokimia memberikan beberapa pertimbangan penentuan regimen kemoterapi yang akan diberikan.

2. Terapi hormonal

- a. Terapi hormonal diberikan pada kasus-kasus dengan hormonal positif.
- b. Terapi hormonal bisa diberikan pada stadium I sampai IV

- c. Pada kasus kanker dengan luminal A (ER+,PR+,Her2-) pilihan terapi ajuvan utamanya adalah hormonal bukan kemoterapi. Kemoterapi tidak lebih baik dari hormonal terapi.
- d. Pilihan terapi tamoxifen sebaiknya didahulukan dibandingkan pemberian aromatase inhibitor apalagi pada pasien yang sudah menopause.
- e. Lama pemberian ajuvan hormonal selama 5-10 tahun.

3. Radioterapi

Radioterapi merupakan salah satu modalitas penting dalam tatalaksana kanker payudara. Radioterapi dalam tatalaksana kanker payudara dapat diberikan sebagai terapi kuratif ajuvan dan paliatif.

4. Dukungan Nutrisi

Saat ini, prevalensi obesitas meningkat di seluruh dunia, dan obesitas diketahui akan meningkatkan risiko kanker, termasuk kanker payudara. Obesitas dapat memengaruhi hasil klinis terapi kanker. meskipun demikian, pasien tetap memerlukan tatalaksana nutrisi secara adekuat.

5. Skrining

Status gizi merupakan salah satu faktor yang memegang peranan penting Tentang kualitas hidup pasien kanker. Sangat memperhatikan pengobatan pasien kanker. Oleh karena itu, lebih banyak skrining dan diagnosis perlu dilakukan. Kemitraan Eropa untuk Pengendalian Kanker Berkelanjutan (EPAAC) Dan Masyarakat Eropa untuk Nutrisi

dan Metabolisme Klinis (ESPEN) mengatakan pasien kanker perlu dilakukan Skrining gizi untuk mendeteksi gangguan gizi, Gangguan makan dan penurunan berat badan (BB) Indeks massa tubuh (IMT) sejak usia dini, yaitu sejak pasien Didiagnosis sebagai kanker dan berulang tergantung pada kondisi klinis Sabar. Pasien kanker dengan hasil skrining abnormal, perlu Catatan objektif dan kuantitatif dari asupan makanan, Fungsi dan derajat peradangan sistemik.

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

1. Anamnesa

a) Identitas Klien

Pada identitas klien dengan ca mammae banyak terjadi pada jenis kelamin perempuan dan usia lebih dari 50 th.

b) Keluhan Utama

Kebanyakan dari kanker ditemukan jika telah teraba , oleh wanita itu sendiri. Pasien datang dengan keluhan rasa sakit , tidak enak atau tegang didaerah sekitar payudara.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak dan nyeri.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat karsinoma mammae sebelumnya atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit

pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks. Pemakaian obat-obatan, hormon, termasuk pil kb jangka waktu yang lama. Riwayat menarche, jumlah kehamilan, abortus, riwayat menyusui.

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya keluarga yang mengalami karsinoma mammae berpengaruh pada kemungkinan klien mengalami karsinoma mammae atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

2. Perubahan pola fungsi

Data yang diperoleh dalam kasus katarak, menurut (gordon) adalah sebagai berikut:

a) Persepsi terhadap kesehatan

Bagaimana manajemen pasien dalam memelihara kesehatan, adakah kebiasaan merokok, mengkonsumsi alkohol, dan apakah pasien mempunyai riwayat alergi terhadap obat, makanan atau yang lainnya.

b) Pola aktifitas dan latihan

Anoreksia dan muntah dapat membuat pola aktivitas dan latihan klien terganggu karena terjadi kelemahan dan nyeri.

c) Pola istirahat tidur

Berapa lama waktu tidur pasien, apakah ada kesulitan tidur seperti insomnia atau masalah lain. Apakah saat tertidur sering terbangun.

d) Pola nutrisi

Adakah diet khusus yang dijalani pasien, jika ada anjuran diet apa yang telah diberikan. Kaji nafsu makan pasien sebelum dan setelah sakit mengalami perubahan atau tidak, adakah keluhan mual dan muntah, adakah penurunan berat badan yang drastis dalam 3 bulan terakhir.

e) Pola eliminasi

Kaji kebiasaan BAK dan BAB pasien, apakah ada gangguan atau kesulitan. Untuk BAK kaji warna, bau dan frekuensi sedangkan untuk BAB kaji bentuk, warna, bau dan frekuensi.

f) Pola kognitif perseptual

Status mental pasien atau tingkat kesadaran, kemampuan bicara, mendengar, melihat, membaca serta kemampuan pasien berinteraksi. Adakah keluhan nyeri karena suatu hal, jika ada kaji kualitas nyeri.

g) Pola konsep diri

Bagaimana pasien mampu mengenal diri dan menerimanya seperti harga diri, ideal diri pasien dalam hidupnya, identitas diri dan gambaran akan dirinya.

h) Pola koping

Masalah utama pasien masuk rumah sakit, cara pasien menerima dan menghadapi perubahan yang terjadi pada dirinya dari sebelum sakit hingga setelah sakit.

i) Pola seksual reproduksi

Pola seksual pasien selama di rumah sakit, menstruasi terakhir dan adakah masalah saat menstruasi.

j) Pola peran hubungan

Status perkawinan pasien, pekerjaan, kualitas bekerja, sistem pendukung dalam menghadapi masalah, dan bagaimana dukungan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Apa agama pasien, sebagai pendukung untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan atas sakit yang diderita.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses pemeriksaan fisik dengan cara metode head to toe yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi:

1) Keadaan Umum

2) Kaji tingkat kesadaran pasien

Tanda-tanda vital : Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan.

3) Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kepala dan rambut : lihat kebersihan kepala dan keadaan rambut.

b. Mata : lihat konjungtiva anemis, pergerakan bola mata simetris

c. Hidung : lihat kesimetrisan dan kebersihan, lihat adanya pembengkakan konka nasal/tidak.

- d. Telinga : lihat kebersihan telinga.
- e. Mulut : lihat mukosa mulut kering atau lembab, lihat kebersihan rongga mulut, lidah dan gigi, lihat adanya pembesaran tonsil.
- f. Leher dan tenggorokan : raba leher dan rasakan adanya pembengkakan kelenjar getah bening/tidak.
- g. Dada atau thorax : paru-paru/respirasi, jantung/kardiovaskuler dan sirkulasi, ketiak dan abdomen.
- h. Payudara : bentuk, ada masa atau tidak
- i. Abdomen
- j. Infeksi: bentuk dan ukuran, adanya lesi, terlihat menonjol, Palpasi: terdapat nyeri tekan pada abdomen
- k. Perkusi: timpani, pekak Auskultasi: bagaimana bising usus
- l. Ekstremitas/ muskuloskeletal terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah pasien mioma uteri
- m. Genetalia dan anus perhatikan kebersihan, adanya lesi, perdarahan diluar siklus menstruasi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker payudara yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan pada diafragma D.0005.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi. D.0077.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien ke jaringan D.0019.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan massa kanker D.0139.
5. Gangguan cina tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh. D.0083.
6. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian D.0080.
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur D.0055.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi D.0111.
9. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko tindakan invasif D.0142.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan pada diafragma (SDKI,26)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24jam menit diharapkan pola napas membaik, dengan kriteria hasil: 1. Dipsnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik (SLKI,95) (Dewi, 2020)	Manajemen pola nafas Observasi 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Pertahankan kepatenan jalan napas Terapeutik 4. Posisikan semifowler atau fowler 5. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi 6. Anjurkan asupan cairan 2000cc/hari Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator (SIKI, 187)
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (kanker mammae) (SDKI,172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Kesulitan tidur menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik (SLKI, 145) (Dewi, 2020)	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi 4. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 5. Kolaborasikan analgetik, <i>jika perlu</i> (SIKI, 201)
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas	Perawatan luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis:

	<p>dengan faktor mekanik (penekanan massa kanker D.0139).</p>	<p>kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Tekstur membaik <p>(Dewi, 2020)</p>	<p>drainase,warna,ukuran,bau</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda –tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahan kan teknik seteril saat perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tandan dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement(mis: enzimatik biologis mekanis,autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu <p>(SIKI I.14564)</p>
--	---	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen tahap implementasi :

- 1) Tindakan keperawatan mandiri.
- 2) Tindakan Keperawatan edukatif.
- 3) Tindakan keperawatan kolaboratif.
- 4) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

2.3.5 Evaluasi keperawatan

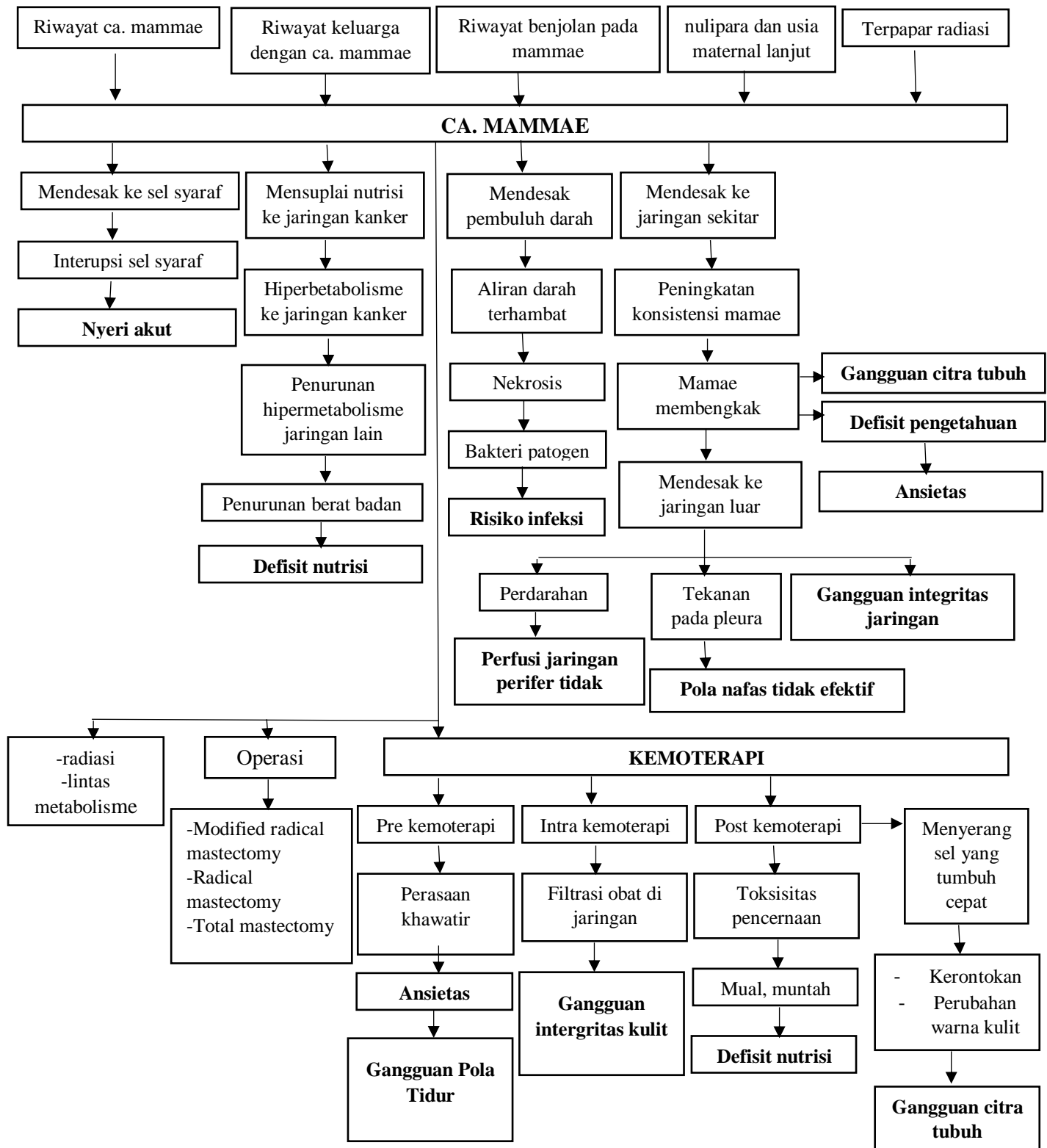
Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

1. Masalah teratasi
Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
2. Masalah sebagian teratasi
Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
3. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru

2.4 WOC



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan ca mammae, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis mulai tanggal 13 Januari 2022 sampai tanggal 15 Januari 2022 dengan data yang dikaji 13 Januari 2022 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut:

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Ny.M bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 81 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah menikah. Pasien tidak bersekolah, pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya pada tanggal 21 Juli 2021 kurang lebih lama tinggal di panti selama \pm 1,3 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien datang di Panti Wreda Jambangan Bersama dengan suaminya dan pasien tidak memiliki anak.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama : pasien mengatakan nyeri

P: nyeri terasa di malam hari

Q: di area payudara (ca mammae)

R: seperti terbakar

S: skala 6

T: hilang timbul

2. Keluhan Yang Dirasakan 3 Bulan Terakhir: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan selama 3 bulan terakhir ini dan terkadang sering terbangun dimalam hari karena rasa gatal dan nyeri akibat pembengkakan pada Ca mammae yang dialami saat ini. Dan mendapatkan terapi asam mefenamat 1x1.
3. Penyakit Saat Ini: Ca Mammae

3.1.3 Status Fisiologis

1. Kondisi umum: baik dan kesadaran: konposmentis
2. tanda-tanda vital dan status Gizi
 - a. Suhu : 36.7
 - b. Tekanan Darah : 120/90
 - c. Nadi : 88 x/Menit
 - d. Respirasi : 20 x/Menit
 - e. Berat Badan : 40 Kg
 - f. Tinggi Badan : 145 Cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Kepala

Kepala Ny. M bentuk simetris, bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan rontok sedikit. Tidak keluhan

2. Mata

Pada Ny.M kongjativa tidak anemis, sklera tidak ikteris, penglihatan sedikit kabur, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus, pasien memiliki Riwayat penyakit katarak. Tidak ada keluhan

3. Hidung

Pada Ny.M bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat sinus, tidak mempunyai Riwayat alergi dan tidak ada gangguan dalam penciuman.

4. Mulut Dan Tenggorokan

Pada Ny.M kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak ada nyeri telan, tidak ada kesulitan menelan/ menguyah, tidak menggunakan gigi palsu, dan melakukan perawatan sikat gigi 2x sehari. Tidak ada keluhan

5. Telinga

Pada Ny.M kebersihan telinga baik, ada sedikit gangguan pada pendengaran, dan tidak menggunakan alat bantu dengar. Tidak ada keluhan.

6. Leher

Pada Ny.M tidak ada kekauan pada leher, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

7. Dada

Pada Ny.M bentuk dada normochest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, terdapat massa pada payudara sebelah kanan dengan diameter \pm 6 cm.

8. Abdomen

Pada Ny.M Bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada massa, tidak asa distensi abdomen, pasien BAB 1x sehari.

9. Genetalia

Pada Ny,M kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pada pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia, pasien sudah mengalami masa menopause.

10. Ekstermitas

Pada Ny.M ada kelamahan pada otot ekstremitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot bawah 3333/3333, ada nyeri sendi, ada kekakuan pada sendi, ada nyeri punggung, tidak ada edeme, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas.

11. Integumen

Pada Ny. M kulit lembab hangat, turgor kulit elastis, terdapat lesi/ luka di bagian payudara sebelah kanan karakteristik luka, warna pigmen kulit pink segar, luka lembab, adanya pembengkakan luka, adanya kemerahan pada luka dan dibagian luka keluar darah.

12. Sistem neurologis

GCS : E4 V5 M6, pemeriksaan pulpasi di dapatkan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

NI : Ny. M dapat mencium bau minyak kayu putih

NII : lapang pandang +/-

NIII, NIV, NVI: Pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas

NV : reflek kornea langsung NVII: pasien dapat mendengar suara tepuk tangan pada kedua telinga .

NIX, NX: Gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI: sternocleidomastoid terlihat

3.1.5 Pengkajian Psikososial

Hubungan dengan Ny.M dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Ny.M orang lain di panti hanya sebatas kenal karena Ny.M jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Ny.M selalu berinteraksi dengan orang sekitarnya. Stabilitas emosi Ny.M stabil. Motivasi anggota keluarga kemampuan sendiri. Ny M menerima dengan penyakit yang dialami saat ini dan ny M mengetahui kondisi penyakitnya saat ini.

3.1.6 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Ny. M ditemukan data bahwa pasien mengalami sakit ca mammae dan mendapatkan perawatan luka pada ca mammae setiap hari. Ny. M mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 22.00/23.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB dan mandi pukul 05.00 WIB dan tidak tidur siang. Saat melakukan patrol malam pukul 23.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar dan bermain dengan kucing. Ny. M makan 3x/hari dengan porsi habis. Ny. M minum \pm 1600cc/hari . Frekuensi BAB Ny. M yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari mampu melakukan toileting secara mandiri dan tidak ada gangguan saat BAK. Ny.M mandi 2 x/ hari. Memakai lotion, minyak kayu, putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari. Tidak ada dampak ADL pada pasien dan pasien mampu melakukan aktivitas mandiri.

3.1.7 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pemukiman UPTD Griya Wreda Surabaya mempunyai luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genteng, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

Di panti werdha tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung

3.1.8 Pengkajian *Negative functional consequences*

1. kemampuan ADL (activity daily living)

Tabel 3.1 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15

Interprestasi hasil: Total Skor 95, pada Ny. M termasuk dalam kategori ketergantungan ringan dikarenakan lansia masih memerlukan bantuan saat naik turun tangga.

2. Tes keseimbangan

Tabel 3.2 *Time Up Go Test*

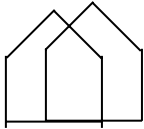
No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	13 Januari 2022	Pasien hanya mengangkat satu kaki selama detik
2	14 Januari 2022	Pasien jalan kaki dari tempat tidur ke pintu 10,5 detik

Interprestasi hasil: pada Ny.M didapatkan total 13 detik yaitu Resiko jatuh rendah.

3. Aspek Kognitif

Tabel 3.3 MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar : Tahun : Tahun 2021 Hari: Senin Musim : Kemarau Bulan: - Tanggal : -
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara:Indonesia Panti : Wreda Propinsi: Jawa Timur Kabupaten/kota : Jawa Timur, Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi √ 2). Meja √ 3). Kertas √
4	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93√ 2). 86√ 3). 79√ 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poinke- 2 (tiap poin nilai 1)

6	Bahasa	9	6	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <p>1) bulpoin 2) hp 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi)</p> <p>Klien menjawab : tidak ada,dan,jika, tapi</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda ✓ 5). Lipat dua ✓ 6). Taruh dilantai. ✓</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <p>7). “Tutup mata anda” ✓ 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total		30	23	

Interprestasi Hasil: gangguan kognitif sedang (23 poin) fungsi kognitif lansia masih berfungsi dg baik lansia mampu menjawab dan mengingat.

4. Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 3.4 SPMSQ (*Short Portable Mental Status Quesioner*)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?
√		2	Hari apa sekarang ?
√		3	Apa nama tempat ini ?
√		4	Dimana alamat anda ?
√		5	Berapa umur anda ?
√		6	Kapan anda lahir ?
√		7	Siapa presiden Indonesia ?
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
√		9	Siapa nama ibu anda ?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH			Benar : 7, Salah : 3

Interprestasi hasil: : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil fungsi intelektual utuh

5. Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

Tabel 3.5 Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	1
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	1
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	1
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				4

(*Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*)

Interpretasi Hasil : Di dapatkan skor 4 dikarenakan lansia merasa puas, senang dengan keadaan yang sekarang meski harus hidup di panti tetapi lansia merasa senang karena memiliki teman sesama lansia.

6. Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Tabel 3.6 Pengukuran Kemandirian dengan Indeks KATZ

Skor	Interpretasi
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah tempat, kamar mandi/kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut

C	Kemandirian dalam semua aktivitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi/kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi/kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
H	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D dan E

Interprestasi hasil: Pada Ny. M didapatkan skore “A” mampu dengan mandiri memenuhi kebutuhan ADL seperti makan, BAK/BAB, berpindah, mandi dan berpakaian.

3.1.9 Terapi

Tabel 3.7 Lembar Pemberian Terapi Pada Ny. M

Obat	Dosis	Indikasi
Asam Mefenamat	1x1	Untuk mengurangi rasa nyeri

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS : pasien mengatakan nyeri. Nyeri di rasakan saat malam hari akibat dari pembengkakan pada ca Mammae nyeri terjadi pada payudara sebelah kanan dengan skala nyeri 6 dan nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak memegang area yang terkena ca mammae - Pasien tampak menghindari nyeri - terdapat luka ca mammae di payudara sebelah kanan - pasien tampak gelisah - pola tidur yang berubah - pasien tampak meringis 	Keruskaan jaringan fungsional	Nyeri Kronis D.0078 SDKI
2.	<p>DS : Ny. S mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 22.00/23.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB karena nyeri di payudara yang tidak bisa tahan.</p> <p>DO : Saat melakukan patrol malam pukul 23.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman teman sekamarnya sedang tertidur. Pola tidur siang : 2jam Pola tidur malam : 3jam</p>	Gatal dan ketidaknyamanan	Gangguan pola tidur D. 0055 SDKI
3.	<p>DS : Pasien mengeluh gatal dan keinginan untuk menggaruk daerah yang</p>	Kerusakan kulit area payudara	Gangguan integritas kulit D. 0139 SDKI

<p>gatal (payudara) tersebut akibatnya terjadi pembengkakan pada area tersebut.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pembengkakan pada payudara sebelah kanan.- Adanya kerusakan lapisan kulit karena ca mammae, adanya kemerahan dan pendarahan pada payudara- luka pada ca mammae terdapat lesi dan darah- diameter ca mammae \pm 6 cm		
--	--	--

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Kronis b.d kerusakan jaringan fungsional	13 Januari 2022	Teratasi Sebagian	<i>Adinda</i>
2.	Gangguan integritas kulit b.d Kerusakan kulit area payudara	13 Januari 2022	15 Januari 2022	<i>Adinda</i>
3.	Gangguan pola tidur b.d Gatal dan ketidaknyamanan	13 Januari 2022	15 Januari 2022	<i>Adinda</i>

3.4 Intervensi Keperawatan

Kriteria hasil dan Intervensi keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI :

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan











No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut b.d Pembesaran dan pembengkakan mammae Ca	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Sikap protektif menurun 3. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 4. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat (SLKI.L.08066) (Dewi, 2020)	Manajemen Nyeri (SIKI I.14518) Observasi 1. Identifikasi penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri Terapeutik 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul 6. Anjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri 7. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 8. Ajarkan tehnik nonfarmakologis terapi musik . Kolaborasi	1. Agar lansia mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri 2. Agar lansia mengetahui peningkatan penurunan nyeri 3. Untuk mengurangi rasa nyeri 4. Mencegah timbulnya rasa nyeri 5. Mencegah terjadinya overdosis 6. Untuk mengurangi rasa nyeri

			Kolaborasi dengan pemberian analgetik asam mefenamat 1x1	
2.	Gangguan integritas kulit b.d Kerusakan kulit area payudara	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit membaik Kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Tekstur membaik (SLKI. L.14125) (Dewi, 2020)	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase,warna,ukuran,bau) 2. Monitor tanda –tanda infeksi Terapeutik 3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 9. Pertahan kan teknik seteril saat perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	1. Untuk mengetahui jenis luka 2. Untuk mencegah terjadi infeksi pada luka 3. Untuk menghindari rasa sakit 4. Untuk membersihkan luka 7. Untuk menjaga luka agar tetap kering
3.	Gangguan pola tidur b.d Gatal dan ketidaknyamanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pola tidur membaik. Kriteria hasil :	Dukungan Tidur (SIKI. I.05174) Observasi 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 2. Tetapkan jadwal tidur rutin	1. Untuk mengetahui penyebab sulit tidur 2. Untuk memperbaiki pola tidur

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (SLKI. L.05045.) (Dewi, 2020) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Batasi waktu tidur siang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia 5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 6. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Agar pasien mengetahui pentingnya tidur yang cukup 4. Untuk memperbaiki pola tidur 5. Untuk mengetahui penyebab sulit tidur 6. Meningkatkan rasa nyaman dan rileks
--	--	--	--	--

3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan

NO DX	HARI/TGL JAM	IMPLEMENTASI	PARAF	HARI/TGL JAM	NO DX	EVALUASI FORMATIF SOAP / CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF		
	Kamis, 13-01-2021			Senin, 08-11-2021					
1,2,3	14.00	Melakukan pengkajian ke lansia Ny. M		18.00	1	DX 1: S: pasien mengatakan masih nyeri saat malam hari. Nyeri malam hari terjadi Pembengkakan Ca Mammae, Nyeri bagian payudara sebelah kanan dengan Skala 6 dan nyeri yang di rasakan hilang timbul O: <ul style="list-style-type: none"> - Wajah lansia tampak biasa saja - Ny.M mendapat terapi Asam mefenamat 1x1 - Pasien tampak melakukan menghirup aroma minyak kayu putih yang disukai pasien sebagai aroma terapi A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6			
1,2,3	14.10	Melakukan observasi TTV TD: 120/80 S: 36.5 N: 88 RR: 20							
1	14.20	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.							
1	14.25	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri							
1	14.30	Memfasilitas istirahat tidur							
2	14.40	Memonitor karakteristik luka warna luka merah, terdapat pus, bau luka khas		18.30	2		DX 2 S: Pasien mengatakan berterima kasih karena luka sudah dirawat		
2	14.45	Memonitor tanda –tanda infeksi							
2	14.50	Melakukan perawatan luka pada							

3	15.00	pasien dan memberikan salep antibiotik.					
3	15.30	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Menetapkan jadwal tidur rutin.	<i>Juf</i> <i>Juf</i>	18.45	3	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak berdarah - Lansia tampak senang <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8</p> <p>DX 3</p> <p>S: pasien mengatakan tentang faktor penyebab kesulitan untuk tidur</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menjawab dengan antusias - Pasien tampak lesuh - Ny. M dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi Nafas dalam <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6</p>	<i>Juf</i>
1,2,3	Jum'at, 14-01- 2022 06.00	Melakukan observasi TTV TD: 120/80	<i>Juf</i>	Jum'at 14-01- 2022 13.30	1	DX 1	<i>Juf</i>

		S: 36.5 N: 88 RR: 20					
1	06.30	Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri	<i>Juf</i>				
1	07.00	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	<i>Juf</i>				
1	08.00	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul	<i>Juf</i>				
1	08.30	Menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri	<i>Juf</i>				
1	10.00	Memberikan kolaborasi obat dengan pemberian analgetik asam mefenamat 1x1 sehari	<i>Juf</i>				
1	11.00	Memfasilitas istirahat tidur	<i>Juf</i>	13.40	2		
2	11.30	Memonitor tanda –tanda infeksi	<i>Juf</i>				
2	11.35	Melakukan perawatan luka pada pasien dan memberikan salep antibiotik.					
3	11.40	Menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia					
3	12.00	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur					
				13.50	3		

S: pasien mengatakan masih nyeri saat malam hari Nyeri malam hari dikarenakan adanya Ca Mamae, Nyeri seperti terbakar, Nyeri bagian payudara kanan Skala 5, Hilang timbul

O:

- Wajah lansia tampak biasa saja
- Ny.M mendapat terapi Asam mefenamat 1x1
- Pasien tampak melakukan teknik terapi musik dan menghirup aroma minyak kayu putih yang disukai pasien sebagai aroma terapi

A: masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 2,,3,4,5,6

DX 2

S: pasien mengatakan gatal sudah mulai hilang dan kesulitan tidur sudah berkurang

O:

- pasien tampak menjawab dengan antusias
- Pasien tampak senang
- Ny. M dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi autogenik

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6

DX 3

Juf

					<p>S: pasien mengatakan berterima kasih karena luka sudah dirawat</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Luka tampak berdarah- Lansia tampak senang <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6,7,8</p>	
--	--	--	--	--	--	--

1,2,3	Sabtu, 15-01- 2022	Melakukan observasi TTV TD: 120/80 S: 36.5 N: 88 RR: 20	<i>Juf</i>	Sabtu, 15- 01-2022 13.30	1	<p>DX 1 S: pasien mengatakan masih nyeri saat malam hari Nyeri malam hari dikarenakan adanya Ca Mamae, Nyeri seperti terbakar, Nyeri bagian payudara kanan Skala 6, Hilang timbul</p> <p>O: P: Nyeri malam hari Q: Pembengkakan Ca Mammae, R: Nyeri bagian payudara sebelah kanan S: Skala 5 T: Hilang timbul - Wajah lansia tampak biasa saja - Ny.M mendapat terapi Asam mefenamat 1x1 - Pasien tampak melakukan teknik terapi musik dan menghirup aroma minyak kayu putih yang disukai pasien sebagai aroma terapi</p> <p>A: masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	<i>Juf</i>
1	07.00	Melakukan observasi TTV TD: 120/80 S: 36.5 N: 88 RR: 20	<i>Juf</i>	Sabtu, 15- 01-2022 13.30	1		<i>Juf</i>
1	08.00	Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri	<i>Juf</i>				
1	08.30	menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	<i>Juf</i>				
1	10.00	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul		13.40			
1	11.00	Menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat	<i>Juf</i>				
1	11.35	menimbulkan rasa nyeri Mengkolaborasi dengan pemberian analgetik asam mefenamat 1x1 sehari					

1	11.40	Memfasilitas istirahat tidur					
2	11.45	Memonitor tanda –tanda infeksi					
2	11.55	Melakukan perawatan luka pada pasien dan memberikan salep antibiotik.		13.50	2	<p>DX 2</p> <p>S: pasien mengatakan gatal sudah mulai hilang dan kesulitan tidur sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak menjawab dengan antusias - Pasien tampak senang <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
3	11.58	Menetapkan jadwal tidur rutin.					
3	12.00	Menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia					
3	12.30						
3	13.00	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			3	<p>DX 3</p> <p>S: pasien mengatakan berterima kasih karena luka sudah dirawat</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak berdarah - Lansia tampak senang <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Ca Mammae di UPTD Griya Wreda Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Ca Mammae di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Surabaya adalah sebagai berikut:

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemeriksaan dengan latihan fisik dan mendapatkan data dari data observasi pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan pustaka lansia Ca Mammae sering terjadi pada lain jenis kelamin perempuan, usia > 50 tahun dan Wanita berisiko lebih tinggi terkena kanker payudara daripada pria karena wanita memiliki hormon estrogen yang mendumain (Sari et al., 2018). Data yang dipatkan, Nama Ny.M bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 81 tahun. Antara

tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan kesenjangan. Karena Kanker payudara terutama menyerang wanita paruh baya dan lansia. Seperti kanker lainnya, risiko kanker payudara meningkat seiring bertambahnya usia, terus meningkat tajam antara usia 40 dan 45 tahun, dan cenderung bertahan setelah menopause (Sari et al., 2018).

Penting bagi lansia melakukan penyesuaian terhadap perubahan diri yang dihadapi, agar lansia tidak merasa lemah dan tidak berdaya yang dapat dilakukan dengan cara melakukan aktivitas ringan atau bersosialisasi.

Pada tinjauan pustaka didapatkan data bahwa lansia yang tidak dapat menyesuaikan penurunan pendapatan dan tetap mengikuti gaya hidup semasa bekerja, maka lansia dapat berisiko mengalami hutang dan gelisah dalam hidupnya. Sehingga akan menyebabkan timbul beberapa penyakit seperti ca mammae . pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa pasien tidak bekerja , sehingga lansia tidak memiliki penghasilan uang sehingga lansia memutuskan untuk tinggal di panti Wreda Jambangan Surabaya. Jadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Pada tinjauan pustaka menurut Padila (2012) keluhan utama yang biasa dirasakan pasien ca mammae adalah rasa nyeri akut atau kronik (Laksono, 2018). Pada tinjauan kasus Didapatkan data pemeriksaan bahwa Ny.M mengeluh Nyeri pada malam hari karena adanya pembengkakan Ca Mammae Nyeri yang rasakan pada bagian payudara sebelah kanan dengan Skala 6 dan nyeri hilang timbul. Nyeri yang timbul dapat terjadi karena adanya kerusakan

integritas kulit dan pembengkakan luka di payudara yang semakin membesar, karena adanya trauma atau luka maka rangsangan ini diubah menjadi impuls dan dihantarkan ke pusat nyeri di korteks otak dan dikembalikan pada perifer dalam bentuk nyeri yang kita alami. Pasien dengan ca mammae juga mengalami gangguan pola tidur yang terjadi karena rasa nyeri dan gatal yang timbul (Laksono, 2018).

Pada tinjauan pustaka dijelaskan untuk penatalaksanaan menurut kemenkes 2019 pasien dengan ca mammae dapat melakukan tata laksana: pembedahan, kemoterapi, radioterapi, skrining gizi, dukungan status gizi, dan melakukan terapi hormon lain (Kemenkes RI, 2019). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa pasien hanya mengkonsumsi obat asam mefenamat dengan dosis 1x1, asam mefenamat merupakan obat untuk meredakan nyeri dan memberi rasa nyaman. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka dijelaskan bahwa Kemitraan Eropa untuk Pengendalian Kanker Berkelanjutan (EPAAC) Dan Masyarakat Eropa untuk Nutrisi dan Metabolisme Klinis (ESPEN) mengatakan pasien kanker perlu dilakukan Skrining gizi untuk mendeteksi gangguan gizi, Gangguan makan dan penurunan berat badan (BB) Indeks massa tubuh (IMT) sejak usia dini, yaitu sejak pasien Didagnosis sebagai kanker dan berulang tergantung pada kondisi klinis Sabar (Kemenkes RI, 2019). Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengatakan makan sudah terjadwal frekuensi 1 porsi 3x sehari dengan jenis makanan yang sesuai kebutuhan gizi pada lansia. Maka diantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesinambungan terkait pola makan pada lansia.

Dengan adanya pola makan yang baik maka dapat meningkatkan kualitas hidup pada lansia dengan Ca Mammae

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny. M. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1. Pemeriksaan dada

Di tinjauan pustaka didapatkan data pada untuk ca mammae ditemukan Bentuk dan ukuran salah satu payudara mungkin terlihat berubah, terjadi pada salah satu payudara disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan, Puting susu terasa seperti terbakar, gatal dan muncul luka yang sulit/lama sembuh, Adanya kerutan-kerutan seperti jeruk purut pada kulit payudara (Astrid Savitri dkk, 2015). Pada tinjauan kasus pasien didapatkan data bentuk dada normochest, terdapat massa pada payudara dengan diameter ± 6 cm. terdapat lesi dan darah. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Karena menurut Irianto (2015), gejala pada dada yang khas memiliki adanya keganasan antara lain ; adanya retraksi/*inversi nipple* (puting susu tertarik ke dalam) berwarna merah atau kecoklatan sampai menjadi edema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk, atau timbul ulkus pada payudara (Laksono, 2018).

2. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia dengan ca mammae pada stadium lanjut dapat muncul tanda dan gejala yang dapat melihat bahwa kanker telah tumbuh membesar atau menyebar ke bagian lain dari tubuh lainnya. Tanda yang dapat muncul seperti nyeri di tulang, adanya oedem di lengan atau luka pada kulit, penumpukan cairan disekitar paru-paru (efusi pleura), mual, kehilangan nafsu makan, berat badan yang lama-lama menurun, penyakit kuning, sesak napas, atau penglihatan ganda (Astrid Savitri dkk, 2015). Pada tinjauan kasus didapatkan data Ny.M ada kelamahan pada otot ekstremitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot bawah 3333/3333, ada nyeri sendi, ada kekakuan pada sendi, ada nyeri punggung, tidak ada edeme, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan. Karena bertambahnya usia pada lansia yang menjadi penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan, dan masalah psikologis. Beberapa informasi penting meliputi lamanya menderita disabilitas yang menyebabkan imobilisasi, penyakit yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi, dan pemakaian obat-obatan untuk mengeliminasi masalah iatrogenesis yang menyebabkan imobilisasi (Kemenkes RI, 2017). Hal ini dapat disimpulkan klien mengalami penurunan kekuatan otot pada kedua kaki dan ketika berjalan klien sedikit sempoyongan.

4.1.4 Pengkajian Konsep Lansia

Pada tinjauan pustaka didapatkan data bahwa lansia mengalami masalah kesehatan pada gangguan tidur Insomnia, dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan hiperaktivitas kelenjar thyroid, gangguan neurotransmitter di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya. Pada tinjauan kasus didapatkan data pengkajian perilaku kesehatan Pada Ny. M mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 22.00/23.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB dan mandi pukul 05.00 WIB dan tidak tidur siang. Saat melakukan patrol malam pukul 23.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman teman sekamarnya. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus mengalami kesenjangan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data masalah kesehatan lansia terkait infeksi pada usia lanjut (usila) merupakan penyebab kesakitan dan kematian no. 2 setelah penyakit kardiovaskular di dunia. Hal ini terjadi akibat beberapa hal antara lain: adanya penyakit komorbid kronik yang cukup banyak, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini (Kemenkes RI, 2017). Pada tinjauan kasus pada pasien didapatkan data bahwa klien mengalami sakit ca mammae yang semakin besar

dengan adanya pembengkakan, lesi dan darah pada payudara pasien. Namun dengan itu klien mendapatkan perawatan luka pada ca mammae setiap hari untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi pada lansia. Maka antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kanker payudara yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi. D.0077.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ke jaringan D.0019.
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan massa kanker) D.0139.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri D.0054.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh. D.0083.
6. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian D.0080.
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur D.0055.
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi D.0111.
9. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko tindakan invasif D.0142.

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan pada Ny.M Diagnosa keperawatan menurut SDKI dengan data objektif dan subjektif yang sesuai terdapat 3 diagnosa berdasarkan buku tandar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), sebagai berikut:

1. Nyeri Kronis b.d kerusakan jaringan fungsional
2. Gangguan pola tidur b.d Gatal dan ketidaknyamanan
3. Gangguan integritas kulit b.d Kerusakan kulit area payudara

Berikut pembahasan diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada buku SDKI dan pasien :

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional.

Menurut SDKI (PPNI, 2017), Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual tau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: Mengeluh nyeri. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi: Tampak meringis, Gelisah, Pola tidur berubah.

Pada Ny. M semua data tanda gejala mayor yang muncul adalah nyeri skala 6 dan sulit tidur ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi Tampak meringis, Gelisah, Pola tidur berubah. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan nyeri Kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak kesenjangan.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gatal dan ketidaknyamanan

Menurut SDKI (PPNI, 2017) gangguan pola tidur adalah Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga. Disertai tanda dan gejala minor meliputi: Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun karena rasa gatal yang dirasakan.

Pada pengkajian Ny.M didapatkan tanda dan gejala yang muncul meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, dan mengeluh pola tidur berubah, disertai tanda minor mengeluh kemampuan beraktivitas menurun karena rasa gatal yang dirasakan. Dengan ditemukannya data tersebut penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan gatal dan ketidaknyamanan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kerusakan kulit area payudara

Menurut SDKI (PPNI, 2017), Gangguan integritas kulit adalah Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Ditandai dengan tanda dan gejala mayor tidak tersedia. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, kemerahan, perdarahan, hematoma.

Berdasarkan pengkajian pada Ny.M didapatkan tanda dan gejala yang muncul meliputi tanda gejala minor yaitu Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, kemerahan, perdarahan, hematoma. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan.

4.3 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar luaran keperawatan indonesia dan SIKI (standar intervensi keperawatan indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Nyeri Kronis Berhubungan Dengan Kerusakan Jaringan Fungsional.

Penyusunan perencanaan pada Ny.M bertujuan mengurangi rasa nyeri dan kemampuan Ny.M dalam mengontrol nyeri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, melaporkan nyeri terkontrol meningkat kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keprawatan pada Ny.M dengan nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional diantaranya Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Ajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, Anjurkan

mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan Ajarkan tehnik nonfarmakologis terapi musik. Musik dapat memberikan sentuhan untuk individu baik secara fisik, psikososial, dan spiritual. Penelitian yang dilakukan McCaffrey menemukan bahwa intensitas nyeri menurun sebanyak 33% setelah terapi musik dengan menggunakan musik klasik Mozart terhadap pasien osteoarthritis selama 20 menit dengan musik Mozart (Di et al., 2015). Dan Diperlukan pemahaman yang benar dan diagnosis yang tepat agar pemilihan terapi yang adekuat untuk memperbaiki kualitas hidup penderita.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis membeikan edukasi manajemen nyeri bertujuan untuk meningkatkan kemandirian lansia untuk mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, melakuakn teknik non farmakologis dengan terapi musik dalam saat nyeri muncul, mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menggunakan analgetik secara tepat.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gatal dan ketidaknyamanan

Penyusunan perencanaan pada Ny. M bertujuan supaya pola tidur kembali membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan isirahat tidak cukup menurun.

Rencana keperawatan pada Ny.M. dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan gatal dan ketidaknyamanan diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai.

3. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Kerusakan Kulit Area Payudara

Penyusunan perencanaan pada Ny. M bertujuan supaya Integritas kulit kembali membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil: kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun dan tekstur membaik

Rencana keperawatan pada Ny.M. gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit area payudara diantaranya: monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan nacl, bersihkan salep yang sesuai ke kulit, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

4.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat panti Werdha dan proses lainnya.. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi selama 3x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift/jaga. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional.

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri, mengobservasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi dan menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri kepala yang dialaminya, mengajarkan kepada klien teknik relaksasi napas dalam dan pijatan, melakukan kolaborasi dalam pemberian antihipertensi analgesic.

2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Gatal Dan Ketidaknyamanan

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi factor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menetapkan jadwal rutin tidur, melakukan

prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menganjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan untuk menghindari makanan dan minuman pengganggu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, mengajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

3. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Kerusakan Kulit Area Payudara

Memonitor Karakteristik Luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau), Memonitor Tanda-Tanda Infeksi, melepaskan Balutan Dan Plester Secara Perlahan, Bersihkan Dengan Cairan NaCl, membersihkan Salep Yang Sesuai Ke Kulit, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka menkolaborasi pemberian antibiotic,

4.5 Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional.

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi sebagian pada hari ke-3 karena belum tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. M masih merasakan rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Ny. M mengatakan nyeri pada luka ca mammae turun menjadi skala 5, Ny. M mengatakan sambil mendengarkan musik saat nyeri dan Ny. M mendapat terapi) asam mefenamat dikonsumsi sesuai resep.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gatal dan ketidaknyamanan

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Ny. S teratasi sebagian pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Ny. M mengatakan tadi malam tidur sekitar pukul 22.00 WIB dan terbangun pukul 04.00 WIB dengan pola tidur sudah mulai membaik yaitu 7 jam tidur malam dan 1 jam tidur siang, Ny. M dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi nafas dalam, menetapkan jadwal tidur malam pukul 22.00 – 05.00 WIB dan menetapkan jadwal tidur siang pukul 13.00 – 14.00 WIB. Dan rasa gatal pada luka Ca mammae juga mulai berkurang.

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kerusakan kulit area payudara

Evaluasi pada pemberian intervensi kerusakan integritas kulit teratasi sebagian pada hari ke 3 karena luka yang semakin membesar dan terdapat darah pada darah kemudian luka harus tetap mendapatkan perawatan luka yang rutin setiap harinya.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Ca Mammae di UPTD Griya Wreda Surabaya, maka penulis apat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

5.1 Simpulan

Berdasarkan melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Ca Mammae di UPTD Griya Wreda Surabaya, mendapatkan hasil simpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian tidak semua tanda dan gejala Ca mammae muncul pada Ny.M dan pasien mengeluh nyeri pada malam hari kerana adanya pembengkakan Ca Mammae yang dirasakan pada bagian payudara sebelah kanan dengan Skala frekunesi nyeri dirasakan hilang timbul. Dan pasien mengeluh sering terbangun saat malam hari karena rasa gatal akibat luka yang ada pada payudara. Hasil TTV saat pengkajian Suhu :36,5°C Nadi : 88 x/mnt, Tekanan Darah :120/90, Repirasi : 20x/mnt.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu: Nyeri Kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan fungsional, Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gatal dan ketidaknyamanan dan

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kerusakan kulit area payudara.

3. Perencanaan keperawatan pada Ny. M disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama tingkat nyeri menurun, pola tidur yang membaik, tingkat integritas kulit membaik.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, perawatan luka, monitor tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dalam pemberian obat analgesik.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 15 Januari 2022, Ny. M mengatakan nyeri pada ca mammae sudah berkurang dan skala nyeri turun menjadi 5, pola tidur pasien membaik menjadi 7-8 jam dalam sehari, perawatan luka pasien tetap dilakukan setiap hari dan pasien mampu menunjukkan perilaku yang sesuai dengan anjuran perawat seperti patuh dalam minum obat dan mengikuti terapi kativitas yang terselenggara di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

5.2 Saran

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan.

2. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan menerapkan relaksasi autogenik agar memiliki kualitas tidur lebih baik.

3. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia agar lansia mampu meningkatkan derajat kesehatan pada lansia

4. Bagi Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien, terutama pasien lansia dengan Ca Mammae. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerjasama yang baik guna mempercepat kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Astrid Savitri dkk. (2015). *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim dan Rahim*. Pustaka Baru Press.
- Darwati, L., Nikmah, K., & Aziz, M. N. A. (2021). Sosialisasi SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) sebagai upaya awal pencegahan Ca Mamae. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(2), 325–331.
<https://doi.org/10.30994/jceh.v4i2.236>
- Dewi, N. L. A. (2020). KARYA ILMIAH AKHIR ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S. DENGAN MASALAH KESEHATAN FRAKTUR RADIUS SINISTRA DAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI UPTD GRIYA WERDHA SURABAYA [STIKES Hang Tuah Surabaya]. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 4, Issue 1).
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-20203177951%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z%0Ahttps://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193%0Ahttp://serisc.org/journals/index.php/IJAST/article>
- Dewi, & Rhosma, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Penerbit Deepublish.
- Di, F., Rsup, I. A., & Kandou, P. R. D. (2015). Pengaruh Terapi Musik Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Fraktur Di Irina a Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2).

- Kemenkes RI. (2017). Pengkajian Paripurna Pada Pasien Geriatri. In *Indonesia Ministry of Health*. [http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Juknis P3G.pdf](http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Juknis_P3G.pdf)
- Kemenkes RI. (2019). Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline). In *Jurnal Kesehatan Masyarakat* (Vol. 4, Issue 4, pp. 1–50). <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- Laksono, S. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Ny E Dengan Karsinoma Mamae Di Ruang Bougenvile Rsud Kota Yogyakarta. In *Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*. [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2147/1/KTI_SUGENG_2 fIXS.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2147/1/KTI_SUGENG_2_fIXS.pdf)
- Marfianti, E. (2021). Peningkatan Pengetahuan Kanker Payudara dan Ketrampilan Periksa Payudara Sendiri (SADARI) untuk Deteksi Dini Kanker Payudara di Semutan Jatimulyo Dlingo. *Jurnal Abdimas Madani Dan Lestari (JAMALI)*, 3(1), 25–31. <https://doi.org/10.20885/jamali.vol3.iss1.art4>
- NIngrum, M. P., & Rahayu, R. S. R. (2021). Determinan Kejadian Kanker Payudara pada Wanita Usia Subur (15-49 Tahun). *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3), 362–370. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Nuryaningsih, S., Wulandari, I., & ZA, D. (2020). *Pengaruh Gerakan Sholat Terhadap Perubahan Status Hemodinamika Lansia dengan Hipertensi di Puskesmas Plupuh II Sragen*. 1–12.

Nyoman, A. (2021). Sop Terapi Relaksasi Autogenik. *Skripsi Poltekes Denpasar*, 1, 65–74.

PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2018). PROFIL

KESEHATAN INDONESIA 2018. In *Science as Culture* (Vol. 1, Issue 4).

<https://doi.org/10.1080/09505438809526230>

Retnaningsih, D., Khoirunnisa, V. A., Rohana, N., Widya, U., & Semarang, H.

(2022). *DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PERAWATAN PALLIATIVE*

Email korespondensi : dwiretnaningsih81@yahoo.co.id. 13(1), 49–64.

Rita, N., & Susanti, M. (2019). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Pasien*

Penderita Ca Mamae Dengan Motivasi Pasien Dalam Menjalani

Kemoterapy. 4(1), 417–424.

Rumahorbo, L. J., Fanggidae, R. S., Pakpahan, M., & Purimahua, D. I. (2020).

Kajian Literatur: Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Hipertensi

Pada Lansia [Literature Review: Factors That Affect the Incidence of

Hypertension in Elderly]. *Nursing Current Jurnal Keperawatan*, 8(1), 1.

<https://doi.org/10.19166/nc.v8i1.2711>

Sari, S. E., Harahap, W. A., & Saputra, D. (2018). Pengaruh Faktor Risiko

Terhadap Ekspresi Reseptor Estrogen Pada Penderita Kanker Payudara Di

Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), 461.

<https://doi.org/10.25077/jka.v7.i4.p461-468.2018>

Widiyana, E. (2021). *Kasus Kanker di Surabaya Tahun 2020 Sebanyak 2.619 Pasien*.

Winarti, T. (2018). KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CARCINOMA MAMMAE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA [POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATA Samarinda].

In *World Development* (Vol. 1, Issue 1).

<http://www.fao.org/3/I8739EN/i8739en.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.007>
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1224023>
<http://pdx.sagepub.com/lookup/doi/10>

Zamrodah, Y. (2016). *BAB II TINJAUAN PUSTAKA 2.1 Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Teknik Relaksasi Benson*. 15(2), 1–23.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Adinda Noer Yulia
Nim : 2130098
Tempat,tanggal lahir : Surabaya, 22 September 1999
Agama : Islam
Alamat : Jl. Tambak deres 4 No 18 RT 03 RW 01
Kota Surabaya, Jawa Timur
Program studi : Pendidikan Profesi Ners
Email : adindanur73@gmail.com

Riwayat pendidikan :

TK. KH. Romly Tamim Surabaya	Tahun 2005
MI. KH Romly Tamim Surabaya	Tahun 2011
SMP. KH Romly Tamim Surabaya	Tahun 2014
SMK Kesehatan Bina Husada Surabaya	Tahun 2017
Strata S1 STIKES Hang Tuah Surabaya	Tahnu 202

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Siapa Yang Bersungguh-Sungguh, Maka Dialah Yang Akan Jadi Pemenangnya”

PERSEMBAHAN

Karya imiah akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga Karya imiah akhir ini telah selesai dengan waktu yang tepat.
2. Almarhun ayah Saya Moch.Sofwan dan ibu saya Alfi Nuro tercinta, yang selalu mendukung keputusanku dalam melanjutkan pendidikan tanpa memberi beban terhadap keputusanku. Serta kakak saya Eko Praseyo, Kakak Ipar saya Nita dan Adikku tersayang Diana Noviani yang selalu memahami situasiku.
3. Saabat-sahabatku yang sudah mau membantu memberi saran dan dukungan (Mia, Mega, Caca) Terimakasih banyak.
4. Terima kasih untuk teman-teman seperjuang Neni,Mellysa,Arum,Uci dan Mareta telah mendukung dan mensupport saya.
5. Teman - teman Ners A12 yang selalu membantu mencari solusi saat menemukan kendala selama perkuliahan.

LAMPIRAN 3



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PERAWATAN LUKA CA MAMAE

1) Pengertian

Melakukan tindakan perawatan terhadap luka, mengganti balutan dan membersihkan luka.

2) Tujuan

- a. Mencegah infeksi
- b. Membantu penyembuhan luka
- c. Meningkatkan harga diri klien

3) Peralatan dan bahan

- a. Bak instrumen yang berisi:
 1. 2 buah pinset anatomi
 2. 2 buah pinset chirugis
 3. Gunting jaringan
 4. Cacing 2 buah
- b. Peralatan lain:
 1. Trolley
 2. Kasa steril
 3. Korentang
 4. 1 pasang sarung tangan bersih
 5. 1 pasang sarung tangan steril
 6. Hipafiks secukupnya
 7. Gunting plester
 8. Perlak kecil
 9. H₂O₂ (Perhidrol)
 10. NaCl 0,9 %
 11. Bengkok
 12. Tas kresek
 13. Obat sesuai advis

4) Prosedur Pelaksanaan

- a. Tahap Pra Interaksi
 1. Melakukan verifikasi terapi
 2. Mencuci tangan
 3. Memakai sarung tangan bersih
 4. Menempatkan alat ke dekat pasien

- b. Tahap orientasi
 - 1. Mengucapkan salam dan menyapa klien
 - 2. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien
 - 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan
 - 4. Memberi kesempatan bertanya pada klien sebelum tindakan
- c. Tahap kerja
 - 1. Menjaga privacy klien
 - 2. Mengatur posisi klien sehingga luka dapat terlihat dan terjangkau oleh perawat
 - 3. Membuka bak instrumen
 - 4. Menuangkan NaCl 0,9% ke dalam cucing
 - 5. Mengambil kasa steril secukupnya, kemudian masukan ke dalam cucing yang berisi larutan NaCl 0,9%
 - 6. Mengambil sepasang pinset anatomis dan cirugis
 - 7. Memeras kasa yang sudah di tuangkan ke dalam cucing
 - 8. Taruh perasan kasa di dalam bak instrumen atau tutup bak instrumen bagian dalam
 - 9. Pasangkan perlak di bawah luka klien
 - 10. Buka balutan luka klien, sebelumnya basahi dulu plester atau hipafiks dengan NaCl atau semprot dengan alkohol
 - 11. Masukan balutan tadi ke dalam bengkok atau tas kresek
 - 12. Observasi keadaan luka klien, jenis luka, luas luka, adanya pus atau tidak dan kedalaman luka Buang jaringan yang sudah membusuk (jika ada) menggunakan gunting jaringan
 - 13. Ganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan streil
 - 14. Lakukan perawatan luka dengan kasa yang sudah di beri larutan NaCl 0,9%
 - 15. Oleskan obat luka (jika ada)
 - 16. Tutup luka dengan kasa kering streil secukupnya
 - 17. Fiksasi luka dengan hipafiks
 - 18. Rapikan Alat
- d. Tahap terminasi
 - 1. Bereskan peralatan
 - 2. Sampaikan pada klien bahwa tindakan sudah selesai
 - 3. Sampaikan terimakasih atas kerjasamanya
 - 4. Lepas sarung tangan
 - 5. Cuci tangan
 - 6. Dokumentasikan kegiatan

LAMPIRAN 4



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI AUTOGENIK

1) Pengertian

Relaksasi autogenic merupakan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat pendek yang bisa membuat pikiran menjadi tenang.

2) Tujuan

- a) Meredakan nyeri akut, memberikan perasaan nyaman
- b) Mengurangi stress, khususnya stress ringan/sedang
- c) Memberikan ketenangan
- d) Mengurangi ketegangan

3) Prosedur Pelaksanaan

A. Persiapan klien

1. Beritahu dan jelaskan pada klien/pasien
2. Atur posisi duduk atau berbaring bahu dan kepala disangga dengan bantal yang lembut

B. Persiapan alat

Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan.

C. Persiapan lingkungan

1. Atur lingkungan senyaman dan setenang mungkin agar
2. klien/pasien mudah berkonsentrasi

D. Prosedur kerja

1. Tubuh berbaring, kepala disanggah dengan bantal, dan mata terpejam.
2. Atur napas hingga napas menjadi lebih pelan dan teratur
3. Tarik napas sekuat-kuatnya lalu buang secara perlahan-lahan sambil katakan dalam hati 'saya damai dan tenang'.
4. Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur, ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan 'saya merasa damai dan tenang sepenuhnya'.
5. Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher, dan kaki.
6. Fokus pada aliran darah di tubuh bayangkan darah mengalir ke seluruh tubuh dan rasakan hawa hangatnya aliran darah, seperti merasakan minuman yang hangat, sambil mengatakan dalam diri 'saya merasa senang dan hangat'. 'saya merasa damai, dan tenang'

7. ulangi sebanyak enam kali
8. Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut.
9. Fokus pada denyut jantung, bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang. Sambil katakan 'jantung saya berdenyut dengan teratur dan tenang, saya merasa damai dan tenang (Ulangi enam kali)
10. Fokus pada pernafasan, katakan dalam diri 'nafasku longgar dan tenang, saya merasa damai dan tenang'.(Ulangi enam kali)
11. Fokus pada perut, rasakan pembuluh darah dalam perut mengalir dengan teratur dan terasa hangat. Katakan dalam diri "darah yang mengalir dalam perutku terasa hangat, saya merasa damai dan tenang".(Ulangi enam kali)
12. Kedua tangan kembali pada posisi awal.
13. Fokus pada kepala, katakan dalam hati "Kepala saya terasa benar-benar dingin, saya merasa damai dan tenang".(Ulangi enam kali).
14. Mengakhiri latihan relaksasi autogenik dengan melekatkan (mengepalkan) lengan bersamaan dengan napas dalam, lalu buang napas pelan-pelan sambil membuka mata dan kepalan tangan.
(Nyoman, 2021)

LAMPIRAN 5



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM

- 1) Pengertian
Suatu bentuk asuhan keperawatan berupa teknik bernapas secara lambat, dalam, dan rileks, yang dapat memberikan respon relaksasi ketenangan.
- 2) Tujuan
 - a. Meningkatkan dan mengontrol pertukaran gas
 - b. Untuk mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal
 - c. Meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas,
 - d. Mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.
- 3) Persiapan
 - a. Memberi tahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga prosedur yang akan dilakukan
 - b. Menjaga privasi pasien
 - c. Menciptakan suasana nyaman
- 4) Prosedur pelaksanaan
 1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk ditempat tidur atau dikursi
 2. Letakkan satu tangan pasien diatas abdomen (tepat bawah iga) dan tangan lainnya berada di tengah-tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas
 3. Keluarkan nafas dengan perlahan-lahan
 4. Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas
 5. Tahan nafas selama 3 detik
 6. Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik
 7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan).

(Zamrodah, 2016)