

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CA MAMMAE DI RUANG H1 RSPAL dr.Ramelan SURABAYA**



Oleh :

NAVITA WULANSARI

NIM. 1920028

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS
CA MAMMAE DI RUANG H1 RSPAL dr.Ramelan SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

NAVITA WULANSARI

NIM. 1920028

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Februari 2022



NAVITA WULANSARI

NIM.1920028

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Navita Wulansari

NIM : 1920028

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N dengan diagnose medis

Ca Mammæ di Ruang H1 RSPAL dr.Ramelan

Surabaya

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 23 Februari 2022

Pembimbing



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

NIP. 03011

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Navita Wulansari
NIM : 192.0028
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny.N dengan diagnose medis Ca Mammae di ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan diharapkan dewan sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, Pada :

Hari,tanggal : Rabu, 23 Februari 2022
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. Setiadi, S.Kep.,M.Kep** (.....)
NIP.03001
Penguji II : **Muslimah, S.Kep., Ns.** (.....)
NIP.196702211988032004
Penguji III : **Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep** (.....)
NIP.03011

Mengetahui
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 23 Februari 2022

Kata Pengantar

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Laut (K) dr. Gigih Imanta J.,Sp.PD.,Finasim., M.M. Selaku Kepala RSPAL dr.Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn.) Dr. AV. Sri Suhardingsih, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di RSPAL dr.Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Dya Sustrami,S.Kep.,Ns.,M.Kes , selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak/Ibu, selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini
5. Dr.Setiadi, M.Kep, selaku Penguji dan Pembimbing, yang dengan tulis ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini
6. Dini Mei Widayanti,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji dan Pembimbing, yang dengan tulis ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini
7. Muslimah, S.Kep.,Ns, selaku Penguji dan Pembimbing, yang dengan tulis ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan nya.
9. Ny. N dan keluarga pasien yang telah bersedia untuk menjadi bagian dalam penelitian asuhan keperawatan ini

10. Suhardjito dan Putiah, selaku orang tua penulis yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini
11. Joko Hardianto Saputro, selaku kakak penulis yang juga tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini
12. Sanak keluarga dan saudara tercinta yang tanpa henti memberikan doa, semangat, serta motivasi kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini
13. Nabila Shafirah Dewidiya, selaku teman penulis yang telah memberikan doa, dukungan, semangat dan motivasi selama penyelesaian karya tulis ilmiah ini
14. Mbak-mbak perawat di ruang H1 RSPAL dr.RAMELAN SURABAYA yang telah memberikan kesempatan untuk belajar dalam melakukan tindakan kepada klien, memberikan kepercayaan kepada kami, doa, dukungan, semangat dan motivasi selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini
15. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini

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

Surabaya, 23 Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan.....	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Ca Mammae	8
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Payudara	8
2.1.2 Pengertian Ca Mammae	12
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Klasifikasi.....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis	16
2.1.6 Tanda dan Gejala.....	17
2.1.7 Patofisiologi.....	18
2.1.8 Komplikasi	19
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.10 Pencegahan.....	21
2.1.11 Penatalaksanaan.....	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	24
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	40
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	41
2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan.....	51
2.2.5 Evaluasi	51

2.2.6 WOC.....	53
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	55
3.1 Pengkajian.....	55
3.2 Analisa Data.....	67
3.3 Prioritas Masalah.....	70
3.4 Rencana Keperawatan.....	71
3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan	76
BAB 4 PEMBAHASAN.....	90
4.1 Pengkajian.....	90
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
4.3 Perencanaan.....	94
4.4 Pelaksanaan	96
4.5 Evaluasi	98
BAB 5 PENUTUP	102
5.1 Kesimpulan.....	102
5.2 Saran	104
DAFTAR PUSTAKA.....	106
LAMPIRAN.....	109

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri Ny. N.....	62
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium).....	63
Tabel 3.3 Terapi Obat.....	65
Tabel 3.4 Analisa Data.....	67
Tabel 3.5 Prioritas Masalah.....	70
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan.....	71
Tabel 3.7 Implementasi dan Catatan Perkembangan	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara.....	9
----------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 SOP PERAWATAN LUKA CA MAMMAE.....	109
LAMPIRAN II SOP PEMASANGAN TRANSFUSI DARAH.....	113
LAMPIRAN III SOP PEMBERIAN INJEKSI IV (Intra Vena) MELALUI INFUS.....	116

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ca mammae adalah suatu keadaan dimana sel telah kehilangan pengendalian dan fungsi normal, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak kendali. Sel-sel tersebut membelah diri dengan cepat dari sel yang normal dan berakumulasi, kemudian membentuk suatu benjolan atau massa pada payudara. Kanker payudara atau Carcinoma mammae merupakan tumor ganas yang menyerang pada daerah sekitar payudara dan menyebar ke seluruh tubuh (American Cancer Society, 2014) (Swasri, 2021). Pada kanker payudara ini banyak dialami oleh wanita di seluruh dunia. Kanker payudara ini bisa berdampak pada fisik maupun psikologis seseorang yang menderita kanker payudara tersebut (Haryati & Sari, 2019). Faktor risiko yang erat kaitannya dengan peningkatan insiden kanker payudara antara lain jenis kelamin wanita, usia > 50 tahun, riwayat keluarga dan genetik (Pembawa mutasi gen BRCA1, BRCA2, ATM atau TP53 (p53)), riwayat penyakit payudara sebelumnya (DCIS pada payudara yang sama, LCIS, densitas tinggi pada mamografi), riwayat menstruasi dini (< 12 tahun) atau menarche lambat (>55 tahun), riwayat reproduksi (tidak memiliki anak dan tidak menyusui), hormonal, obesitas, konsumsi alkohol, riwayat radiasi dinding dada, faktor lingkungan (Panigoro et al., 2019).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kanker payudara adalah yang terdepan kanker di kalangan wanita yang mempengaruhi sekitar 2,1 juta setiap tahun,

menyebabkan jumlah kematian terkait kanker terbesar di kalangan wanita (Kobina et al., 2021). Angka kejadian kanker payudara global mencapai 2,09 juta kasus baru pada tahun 2020. Menurut terhadap Insiden, Kematian, dan Prevalensi Kanker Global (GLOBOCAN) mencatat, kematian akibat kanker payudara telah mencapai 626.679 kasus. Secara umum, kanker payudara adalah tumor yang disebabkan oleh perkembangan jaringan payudara yang tidak diatur. Ini perkembangan yang tidak diatur disebabkan oleh beberapa penyebab, seperti: faktor internal (usia, genetik, hormon, dll) atau faktor eksternal (diet, kurang olahraga, obesitas, dll) (Rustamadji et al., 2021). Data dari Jawa Timur kasus kanker payudara ini klien rawat inap sebanyak 1.069 orang dan menjalani rawat jalan 970 orang. Data dari RSPAL dr.Ramelan Surabaya yang kami temukan selama praktek satu minggu sekitar 828 orang yang menderita kasus kanker payudara dan menjalani kemoterapi.

Penyebab dari kanker payudara ini adalah merokok dan terpapar asap rokok (perokok pasif), pola makanan yang buruk (tinggi lemak dan rendah serat, mengandung zat pengawet/pewarna), haid pertama pada umur kurang dari 12 tahun, melahirkan anak pertama setelah umur 35 tahun, tidak pernah menyusui anak, diantara keluarga ada yang terkena kanker sebelumnya, dll. Penatalaksanaan atau pengobatan dari kanker payudara ini dapat digolongkan 4 macam yaitu pembedahan, radioterapi, kemoterapi, dan terapi hormonal. Pada pengobatan kemoterapi terdapat dampak psikologis dari kemoterapi berupa ancaman terhadap body image, seksualitas, intimasi dari hubungan, dan konflik dalam pengambilan keputusan terkait pilihan pengobatan yang akan dipilih

(Haryati & Sari, 2019). Akibat dari kemoterapi atau efek dari kemoterapi yaitu mual, muntah, rambut rontok, diare, neuropati, dll (Haryati & Sari, 2019).

Peran perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting pasien mengetahui penyebab terbentuknya kanker payudara atau ca mammae ini. sehingga perawat melakukan pengkajian terhadap pasien tentang kondisinya, membentuk suatu diagnosa keperawatan tentang kondisi pasien, merencanakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, melakukan tindakan kepada pasien, mengevaluasi kondisi pasien, mendokumentasikan kondisi pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnose ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose medis ca mammae di ruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, ,maka tugas akhir ini di harapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien ca mammae.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien ca mammae dengan baik.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien ca mammae.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien ca mammae.

1.5 Metode Penulisan

1) Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2) Teknik Pengumpulan Data

a) Wawancara

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

b) Observasi

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

c) Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3) Sumber Data

a) Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

b) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dari tim kesehatan lain.

4) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing pengesahan, kata pengantar, daftar isi
2. bagian ini, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan ca mammae, serta woc (web of caution).

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan anatara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medical bedah ca mammae. Konsep penyakit ini diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit ca mammae dengan melakukan asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit ca mammae dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Ca Mammae

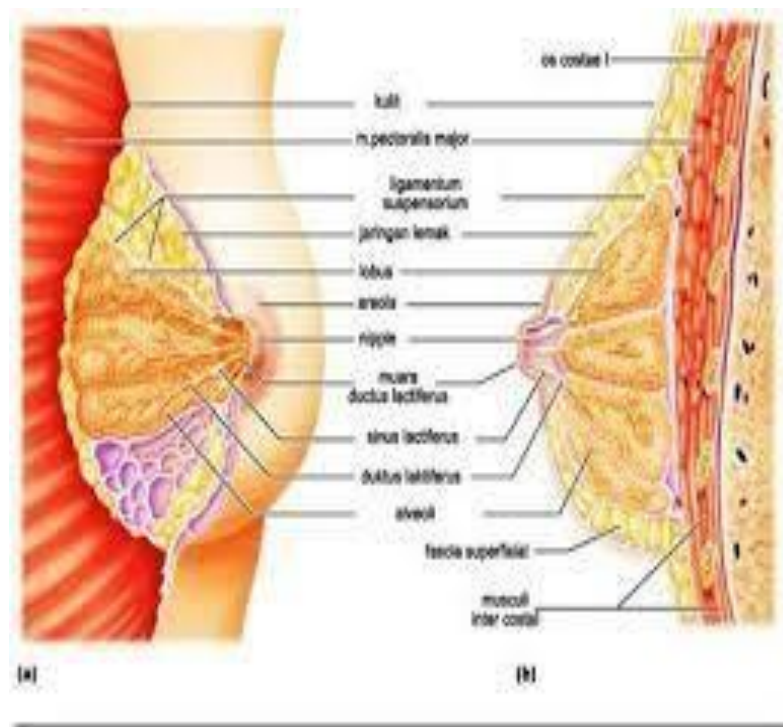
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi

Payudara adalah suatu organ/kelenjar yang mempunyai fungsi khusus yaitu memproduksi air susu, nutrisi yang disediakan untuk bayi (fungsi laktasi). Payudara pada wanita dewasa berada diatas muskulus pectoralis yang melekat pada tulang iga. Jaringan payudara ini melebar secara horizontal mulai dari pinggir tulang dada (os sternum) ke arah lateral sampai garis vertical yang melalui puncak ketiak (midaxillary line).(dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Jaringan payudara ini dibungkus oleh selaput tipis (fascia), dimana lapisan bagian bawah melekat pada bagian atas m.pectoralis dan lapisan bagian atas melekat pada bagian bawah kulit. Fascia yang menggantung massa payudara dan melekat pada dinding dada dikenal dengan nama ligament cooper. (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Komponen jaringan kelenjar payudara ini terdiri dari lobules (dmana air susu dibuat) yang dihubungkan dengan putting susu oleh ductus. Lobules-lobulus dan ductus tersusun menyebar diantara jaringan fibrous (*fibrous tissue*) dan jaringan lemak (*adipose tissue*) yang membentuk massa payudara ini (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Struktur payudara pada pria hampir sama dengan payudara wanita, hanya pada pria lobules tidak memproduksi air susu dan mengandung sedikit sekali jaringan fibrous dan lemak.



Gambar 2.1.1 anatomi payudara (Helena Diana Putri, 2014)

Secara keseluruhan payudara terdiri dari :

1. Kelenjar susu (lobulus), yang memproduksi air susu
2. Ductus, saluran yang mengalirkan air susu ke puting susu
3. Papilla mammae (puting susu/nipple) tersusun atas jaringan erektil berpigmen dan sangat sensitive. Permukaan papilla mammae berlubang-lubang berupa ostium papillare kecil-kecil yang merupakan ductus.
4. Areola mammae, pigmen berwarna gelap disekitar puting susu (coklat, hitam) atau merah muda pada orang kulit putih. Di areola ini ductus akan melebar dan disebut *Sinus Laktiferus*
5. Jaringan fibrous yang mengelilingi lobules dan ductus
6. Jaringan lemak

Suplai darah ke payudara terutama dari a.mammaria interna, cabang dari a.subclavia (salah satu cabang dari arcus aorta). Suplai darah lain berasal dari cabang a.axillaris dan dari a.intercostalis. Pembuluh limfe mengalirkan cairan limfe berlawanan dengan aliran darah, menuju ke kelenjar limfe (lymph nodes) dibawah ketiak, sedang sebagian kecil menuju ke kelenjar limfe di dalam payudara. Hal ini perlu diketahui karena metastase dari kanker payudara melalui aliran limfe ini yang ditandai dengan membesarnya kelenjar limfe di daerah ketiak. (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Perkembangan atau pembesaran payudara mulai terjadi pada masa puber dibawah pengaruh hormone estrogen dan pangesteron. Dimana pada saat ini wanita juga mulai mengalami siklus menstruasi. Masa puber pada wanita umumnya sekitar umur 10-13 tahun. (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Saat wanita hamil, kelenjar hipofise mengeluarkan hormone prolactin yang merangsang produksi air susu. Sekresi hormone prolactin ini dirangsang oleh hormone estrogen dan di hambat oleh hormone progesterone. Pada akhir kehamilan, setelah bayi dilahirkan, kadar progesterone menurun secara drastis, sehingga pengaruh estrogen lebih dominan untuk merangsang sekresi prolactin yang kemudian akan merangsang produksi air susu ibu (ASI). Selain itu rangsangan susu ini akan menimbulkan impuls pada syaraf yang dikirimkan ke otak (hipotalamus). Kemudian hipotalamus akan merangsang kelenjar hipofise untuk mengeluarkan hormone oxytocin yang juga akan merangsang pengeluaran ASI. (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

Menjelang menstruasi kelenjar mammae biasanya juga membesar dan kadang menimbulkan nyeri (*Cyclical Mastalgia*). Rasa nyeri akan menghilang begitu terjadi menstruasi. Besar dan bentuk payudara dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Faktor genetic (keturunan)
2. Jumlah lemak di dalam payudara
3. Tonus kulit diatas platysma yang berjalan dibawah rahang bawah sampai ke payudara (mengangkat payudara ke atas) sehingga efek ini dikenal dengan “natural bra effect”
4. Ligament Cooper, juga berpengaruh terhadap kekokohan payudara. Dapat ditingkatkan dengan latihan *push-up* dan renang
5. Konsumsi nutrisi/gizi yang sehat
6. Menopause, sesudah wanita mengalami masa menopause (berhenti menstruasi), payudara akan mengecil. (dr.Rusbandi Sarpini, 2017)

2.1.2 Pengertian Ca Mammae

Carcinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Rosida, 2020)

2.1.3 Etiologi

Penyebab kanker payudara sangat beragam, tetapi ada sejumlah faktor risiko yang dihubungkan dengan perkembangan penyakit ini yaitu asap rokok, konsumsi alkohol, umur pada saat menstruasi pertama, umur saat melahirkan pertama, lemak pada makanan, dan sejarah keluarga tentang ada tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit ini. Terdapat banyak factor yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara.

- a. Usia : Pada wanita yang berusia 60 tahun keatas memiliki resiko tinggi terjadinya kanker payudara.
- b. Riwayat penyakit : Penderita pernah memilii riwayat penyakit yang sama yaitu kanker payudara tetapi masih tahap awal dan sudah melakukan pengangkatan kanker, maka akan beresiko pula pada payudara yang sehat.
- c. Riwayat keluarga : Penderita memiliki riwayat keluarga yang mana ibu, atau saudara perempuan yang mengalami penyakit yang sama akan beresiko tiga kali lipat untuk menderita kanker payudara.

- d. Faktor genetik dan hormonal : Kadar hormonal yang berlebihan akan menumbuhkan sel-sel genetic yang rusak yang akan menyebabkan kanker payudara.
- e. Menarce, menopause, dan kehamilan pertama : Seseorang yang mengalami menarce pada umur kurang dari 12 tahun, 13 menopause yang lambat, dan kehamilan pertama pada usia yang tua akan beresiko besar terjadinya kanker payudara.
- f. Obesitas pascamenopause : Dimana seseorang yang mengalami obesitas itu akan meningkatkan kadar estrogen pada wanita yang akan beresiko terkena kanker.
- g. Dietilstilbestro : obat untuk mencegah keguguran akan beresiko terkena kanker.
- h. Penyinaran : Ketika masa kanak-kanak sering terkena paparan sinar pada dadanya, dapat menimbulkan resiko terjadinya kanker payudara.

(Rosida, 2020)

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi kanker payudara antara lain :

1. Karsinoma ductal in situ (DCIS) merupakan tipe paling sering dari noninvasive breast cancer, berkisar 15% dari semua kasus baru kanker payudara di USA, In situ berarti ditempat, sehingga duktal karsinoma in situ berarti pertumbuhan sel tak terkontrol yang masih dalam duktus. Oleh karena itu beberapa pakar

meyakini DCIS merupakan lesi precancer. Umumnya lesi tunggal, terjadi dalam satu payudara tapi pasien dengan DCIS risiko juga lebih tinggi untuk menderita kanker payudara kontra lateral. Sangat sedikit kasus DCIS muncul sebagai massa yang teraba, umumnya didiagnosis dengan mamografi gambaran yang sering berupa mikrokalsifikasi yang berkelompok (clustered microcalcifications). DCIS terkadang muncul sebagai pathologic nipple discharge dengan atau tanpa massa. Dengan terapi tepat dan segera, rata-rata survival lima tahun (five-year survival) untuk DCIS mencapai 100%.

2. Karsinoma lobular in situ (LCIS), ditandai oleh adanya perubahan sel dalam lobulus atau lobus. Insiden tidak sering (4200 kasus pertahun di USA) dan risiko untuk menderita kanker payudara invasif sedikit lebih kecil dibanding DCIS. Disebut juga lobular intraepithelial neoplasia, saat ini kebanyakan pakar meyakini LCIS bukan lesi premaligna, tapi merupakan marker untuk peningkatan risiko kanker payudara. Yang khas pada LCIS adalah lesi multipel dan sering bilateral, sering ditemukan insidental dari biopsi payudara. Jarang ditemukan secara klinis ataupun mamografi (tidak ada tanda khas).
3. Karsinoma invasif. Karsinoma payudara invasif merupakan tumor yang secara histologik heterogen. Mayoritas tumor ini adalah adenokarsinoma yang tumbuh dari terminal duktus. Terdapat lima varian histologik yang sering dari adenokarsinoma payudara.
 - a) Karsinoma duktal invasive, merupakan 75% dari keseluruhan kanker payudara. Lesi ini ditandai oleh tidak adanya gambaran histologik yang khusus. Tumor ini konsistensinya keras dan terasa berpasir ketika

dipotong. Sering terdapat komponen ductal carcinoma insitu (DCIS) di dalam specimen. Umumnya metastasis ke kelenjar getah bening aksila, metastasis jauh sering ditemukan di tulang, paru, liver dan otak. Prognosis lebih buruk dibanding subtype histologik yang lain (mucinous, colloid, tubular, dan medullar).

- b) Karsinoma lobular invasive merupakan 5%-10% dari keseluruhan kanker payudara. Secara klinis lesi sering memiliki area abnormal yang menebal (ill-defined thickening) di dalam payudara. Secara mikroskopis gambaran yang khas adalah sel kecil tunggal atau Indian file pattern. Karsinoma lobular invasif cenderung untuk tumbuh di sekitar duktus dan lobulus. Multisentris dan bilateral lebih sering terlihat pada karsinoma lobular dibanding karsinoma duktal. Juga metastasis ke kelenjar getah bening aksila, lebih sering metastasis jauh ke tempat yang tidak umum (mening dan permukaan serosa). Prognosis serupa dengan karsinoma duktal invasif.
- c) Karsinoma tubular, hanya merupakan 2% dari kanker payudara. Diagnosis ditegakkan bila lebih dari 75% tumor menunjukkan formasi tubule. Jarang metastasis ke kelenjar getah bening aksila. Prognosis sangat lebih bagus dibanding tipe lain.
- d) Karsinoma medullar, merupakan 5%-7% dari kanker payudara. Secara histologik lesi ditandai oleh inti dengan differensiasi buruk, a syncytial growth pattern, batas tegas, banyak infiltrasi limfosit dan plasma sel, dan sedikit atau tanpa DCIS. Prognosis untuk pasien yang mumi

karsinoma medullar adalah baik, tapi bila bercampur dengan komponen duktal invasif prognosisnya sama dengan karsinoma duktal.

- e) Karsinoma mucinous atau koloid, merupakan 3% dari kanker payudara. Ditandai oleh akumulasi yang menonjol dari mucin ekstraseluler melingkupi kelompok sel tumor. Karsinoma koloid tumbuh lambat dan cenderung untuk besar ukurannya (bulky). Bila terdapat predominan musinous, prognosis baik.

2.1.5 Manifestasi Klinis

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

Organ-organ yang umumnya terkena metastasis ca mammae ialah tulang, hati, paru-paru dan otak. Gejalanya tergantung pada lokasi metastasis, selain itu disertai dengan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, demam, menggigil, nyeri tulang, sakit kuning atau gejala neurologis

2.1.6 Tanda dan Gejala

Tanda carcinoma Kanker payudara kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, massa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat dan elips, adanya keluaran dari puting susu, puting eritema, mengeras, asimetik, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun dapat sebagai petunjuk adanya metastase (Nurarif & Kusuma, 2015). dapat sebagai petunjuk adanya metastase (Nurarif & Kusuma, 2015)

Adapun tanda dan gejala kanker payudara :

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

2.1.7 Patofisiologi

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

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi pada Ca Mammae menurut (Nurarif & Kusuma, 2018).

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

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan (Fayzun et al, 2018) :

- a. Laboratorium meliputi
 - 1) Morfologi sel darah
 - 2) Laju endap darah
 - 3) Tes faal hati
 - 4) Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma
 - 5) Pemeriksaan sitologik Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudar, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriiasi
- b. Mammagrafi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini

Memperlihatkan struktur internal mammae untuk mendeteksi kanker yang tidak

teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karena gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak.

c. Ultrasonografi

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

d. Thermography

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

e. Xerodiography

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

f. Biopsi

Untuk menentukan secara meyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

g. CT. Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain

h. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada speredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah.

2.1.10 Pencegahan

Menurut (Kebayantini et al., 2017) pencegahan kanker payudara sebagai berikut :

1. Memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit kanker payudara, karena payudara merupakan alat reproduksi yang vital untuk memberi asupan gizi bagi seorang bayi yang dilahirkan. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi belum tentu mampu mengatasi/mengobati penyakit kanker payudara, namun yang perlu dipahami adalah kanker payudara dapat disembuhkan, alangkah baiknya apabila dapat dicegah.
2. Menjalankan gaya hidup dan pola hidup sehat
 - a) Makan makanan sehat dan teratur seperti buah-buahan, sayuran, biji-bijian yang rendah lemak dengan mempertahankan lemak baik dan menghindari lemak jahat.
 - b) Hindari mengkonsumsi minuman beralkohol c.
 - c) Hindari asap rokok
 - d) Menjaga pola pikir dan manajemen stress yang baik
 - e) Menjaga berat badan dengan cara hidup sehat. Kelebihan berat badan setelah menopause meningkatkan resiko kanker payudara.

- f) Melakukan aktivitas fisik atau berolah raga secara teratur semisal naik turun tangga, jalan cepat, atau jogging. Berjalan 10 jam dalam seminggu dapat mengurangi resiko kanker payudara.
 - g) Menyusui anak dengan air susu sendiri (ASI) bagi yang sudah melahirkan.
3. Melakukan pemeriksaan payudara dengan metode SADARI dan SADANI
- a) Periksa payudara sendiri (Sadari) dapat dilakukan sendiri secara teratur, sekali dalam sebulan dengan periode yang sama bagi mereka yang mulai menginjak usia 20 tahun. Deteksi dini dapat memberi banyak pilihan dan kesempatan yang lebih baik untuk kesembuhan dan bertahan hidup.
 - b) Sadani, yaitu sadari pemeriksaan klinis. Dianjurkan bagi perempuan yang berusia di atas 40 tahun sadar dan mau melakukan pemeriksaan atau uji klinis dengan mendatangi tenaga kesehatan profesional sekali dalam setahun. Jika ada atau terjadi kelainan pada payudara dapat dilakukan tindakan medis sesegera mungkin sesuai dengan saran dokter.

2.1.11 Penatalaksanaan

a. Pembedahan

1. Mastektomi radikal yang dimodifikasi

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

2. Mastektomi total

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

3. Lumpektomi/tumor

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

4. Wide excision / mastektomi parsial.

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

b. Radioterapi

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

c. Kemoterapi

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

d. Manipulasi hormonal.

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

2.2 Asuhan Keperawatan pada Ny.N

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari pasien, untuk informasi yang diharapkan dari pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang menderita Ca Mammae adalah sebagai berikut:

1. Identitas

Kebanyakan pasien Ca Mammae terjadi pada wanita dewasa usia lebih dari 30 tahun, didukung dengan faktor-faktor predisposisi kanker payudara. Tetapi tidak menutup kemungkinan usia dibawah 30 tahun terkena kanker payudara, dikarenakan pola hidup yang tidak sehat. Risiko seorang wanita menderita kanker payudara dapat berubah seiring dengan waktu (Rosida, 2020)

2. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien Ca Mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri. Pada pasien

Pre Op Ca Mammae pasien akan mengeluh cemas serta khawatir bagaimana nanti ketika di operasi (Rosida, 2020)

3. Riwayat penyakit sekarang

Uraian mengenai penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain serta pengobatan yang telah diberikan dan bagaimana perubahannya. pada pasien Ca Mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri (Rosida, 2020).

4. Riwayat penyakit dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau ditanyakan pada pasien yaitu tentang penyakit apa saja yang pernah diderita. Apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya seperti penyakit payudara jinak, hiperplasia tipikal. Pasien mempunyai riwayat pemakaian terapi pengganti hormone dalam waktu yang lama (lebih dari 10-15 tahun) seperti estrogen suplemen dan apakah pasien juga mempunyai riwayat pemakaian kontrasepsi oral. Pada Klien Ca Mammae mempunyai riwayat menarche atau menstruasi pertama pada usia yang relative muda dan menopause pada usia yang relative tua dan pada riwayat obstetri, pasien mempunyai riwayat nulipara (belum pernah melahirkan) infertilitas dan melahirkan anak pertama pada usia yang relative lebih tua (lebih dari 35 tahun) serta tidak menyusui. (Swasri, 2021)

5. Riwayat penyakit keluarga

Adanya keluarga yang mengalami Ca Mammae berpengaruh pada kemungkinan pasien mengalami Ca Mammae atau pun keluarga pasien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks. (Rosida, 2020)

6. Riwayat psikososial Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari. Pada penderita kanker payudara akan terjadi perubahan tubuh sejak kanker mulai menyebar pada tubuh, menyebabkan perubahan persepsi sehingga pasien harus beradaptasi dari sisi fisiologis dan psikososial baik konsep diri, peran fungsi dan interdependensi. Adanya gejala fisik seperti kerontokan rambut dimana rambut merupakan identitas diri pasien sehingga ketika mengalami kebotakan akan mempengaruhi penampilan mereka dan kondisi ini akan menimbulkan persepsi serta harga diri yang negatif. Perubahan citra tubuh akibat perubahan fisik merupakan respon psikologis yang sangat menekan bagi klien kanker payudara, dimana payudara merupakan organ penyusuan bagi bayinya dan sebagai daya tarik bagi kaum pria. Payudara juga mempunyai fungsi sebagai simbol kewanitaan (body image) dan fungsi erotik atau seksual terhadap lawan jenis. Kehilangan payudara pada akhirnya dapat menciptakan disfungsi seksual yang parah sebagai bentuk hilangnya self image, rendahnya self

esteem, hilangnya perceived attractiveness, rasa malu dan kehilangan gairah. (Haryati & Sari, 2019)

7. Pola sehari-hari

- a) Nutrisi Mengkaji pola nutrisi saat pasien sebelum MRS dan saat MRS apakah ada perubahan yang signifikan dan kaji penyebab-penyebab yang mungkin muncul pada pasien akan mengalami rasa cemas dan khawatir sehingga hal tersebut dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan serta berat badan pada pasien.
- b) Eliminasi Mengkaji intake dan output BAK maupun BAB meliputi bau, warna, volume dan konsistensi.
- c) Tidur/istirahat Mengkaji istirahat sebelum MRS dan saat MRS, apakah terjadi perubahan misalnya tidak bisa tidur karena perasaan cemas ketika akan menjalani tindakan operasi dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien terkait tindakan selanjutnya sehingga pasien akan gelisah dan sulit untuk istirahat dengan tenang.
- d) Personal hygiene Merupakan upaya untuk menjaga kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas dan ganti baju. Tanyakan pada pasien bagaimana personal hygiene pasien sebelum dilakukan tindakan operasi dan apakah dilakukan secara mandiri ataupun dibantu oleh keluarga.

- e) **Aktivitas** Apakah terjadi perubahan yang signifikan seperti melakukan aktivitas dengan dibantu keluarga atau secara mandiri.

8. **Pemeriksaan fisik (Head to toe)**

- a) **Keadaan Umum** : Pada pasien Pre Op Ca Mammae biasanya tidak terjadi penurunan kesadaran (composmentis), untuk pemeriksaan tanda-tanda vital yang dikaji yaitu tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.

- b) **Kepala dan Wajah**

- 1) **Inspeksi Lihat** apakah kulit kepala dan wajah terdapat lesi atau tidak, apakah ada edema atau tidak. Pada rambut terlihat kotor, kusam dan kering. Lihat apakah wajah simetris atau tidak

- 2) **Palpasi Raba** dan tentukan ada benjolan atau tidak di kepala, tekstur kulit kasar/halus, ada nyeri tekan atau tidak dan raba juga apakah rambut halus/kasar maupun adanya kerontokan.

- c) **Mata**

- 1) **Inspeksi Lihat** bentuk mata simetris atau tidak, apakah ada lesi dikelopak mata. Pada pemeriksaan mata terdapat konjungtiva yang tampak anemis disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, amati reaksi pupil terhadap cahaya isokor/anisokor dan amati sklera ikterus/tidak.

- 2) Palpasi Raba apakah ada tekanan intra okuler dengan cara ditekan ringan jika ada peningkatan akan teraba keras, kaji apakah ada nyeri tekan pada mata

d) Hidung

- 1) Inspeksi Lihat apakah hidung simetris/tidak, lihat apakah hidung terdapat secret/tidak, apakah terdapat lesi/tidak, adanya polip/tidak, adanya pernafasan cuping hidung yang disebabkan klien sesak nafas terutama pada pasien yang kankernya sudah bermetastase ke paru-paru.
- 2) Kaji adanya nyeri tekan pada sinus

e) Telinga

- 1) Inspeksi Cek apakah telinga simetris/tidak, terdapat lesi/tidak, melihat kebersihan telinga dengan adanya serumen/tidak.
- 2) Palpasi Adanya nyeri tekan pada telinga atau tidak

f) Mulut

- 1) Inspeksi Mengamati bibir apakah ada kelainan kongenital (bibir sumbing), mukosa bibir biasanya tampak pucat dan kurang bersih, pada gusi biasanya mudah terjadi pendarahan akibat rapuhnya pembuluh darah dan caries positif
- 2) Palpasi Apakah ada nyeri tekan pada daerah sekitar mulut

g) Leher

- 1) Inspeksi Mengamati adanya bekas luka, kesimetrisan, ataupun massa yang abnormal
- 2) Palpasi Mengkaji adakah pembesaran vena jugularis, kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

h) Payudara dan Ketiak

- 1) Inspeksi Biasanya ada benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus dan berwarna merah, keluar cairan dari puting. Serta payudara mengerut seperti kulit jeruk.
- 2) Palpasi Teraba benjolan payudara yang mengeras dan teraba pembengkakkan, teraba pembesaran kelenjar getah bening diketiak atau timbul benjolan kecil di bawah ketiak. Dan pada penderita Ca Mammae yang sudah parah akan terdapat cairan yang keluar dari puting ketika ditekan.

i) Thorax

1) Jantung

Inspeksi Amati kesimetrisan, Ictus cordis tampak atau tidak. Palpasi Apakah Ictus cordis teraba di ICS 5 midklavikula sinistra Perkusi Normalnya terdengar pekak Auskultasi Normalnya BJ I dan BJ II terdengar tunggal 'up dup'. dengarkan apakah

ada bunyi jantung tambahan seperti murmur/gallop/friction-rub

2) Paru-paru

- a. Inspeksi : bentuk dada simetris atau tidak, ada pembengkakkan atau tidak, luas pembengkakkan
- b. Palpasi : biasanya taktil fremitus pada paru-paru kiri dan kanan karena kanker belum bermetastase ke organ lain
- c. Perkusi : biasanya terdengar bunyi redup yang dapat ditemukan pada infiltrate paru dimana parenkim paru lebih padat/mengandung sedikit udara dan bunyi pekak paru-paru klien didapatkan berisi cairan disebut dengan efusi pleura. Jika kanker lebih bermetastase pada organ paru.
- d. Auskultasi : terdengar vesikuler pada paru-paru atau tidak

j) Abdomen

- a. Inspeksi Amati kesimetrisan perut, bentuk, warna dan ada tidaknya lesi
- b. Perkusi Suara perut biasanya timpani (normal)

- c. Palpasi Tidak ada distensi abdomen, dan tidak terdapat nyeri tekan pada area abdomen.
 - d. Auskultasi Dengarkan peristaltic usus selama satu menit (normalnya 5-35 x/menit)
- k) Sistem integument
- a. Inspeksi Amati warna kulit, kulit kering/tidak, terdapat gatal-gatal pada kulit atau tidak, terdapat lesi/tidak.
 - b. Palpasi Biasanya terjadi perubahan pada kelembaban kulit pasien dan turgor kulit pasien tidak elastic, Capillary Refill Time (CRT) pada jari normalnya < 2 detik, rasakan akral hangat/tidak.
- l) Ekstremitas
- a. Inspeksi Mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas dan bawah, lihat ada tidaknya lesi, lihat ada tidaknya cyanosis, periksa kekuatan otot lemah/kuat
 - b. Palpasi Mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas maupun bawah.
- m) Genitalia dan sekitarnya
- a. Inspeksi Apakah terpasang kateter atau tidak.
- n) Status Neurologis
- 1) Status neurologis
 - a. Pemeriksaan Nervus (Rosida, 2020)

1. Nervus olfaktorius Fungsinya untuk penciuman. Cara pemeriksaannya yaitu pasien memejamkan mata kemudian instruksikan pasien untuk membedakan bau yang diciumnya seperti teh, kopi, dll. Lihat apakah ada gangguan pada penciuman pasien
2. Nervus optikus Fungsinya untuk penglihatan. Cara pemeriksaannya yaitu dengan menggunakan snellen card dan lapang pandang. Lihat apakah pasien dapat melihat dengan jelas.
3. Nervus okulomotoris Fungsinya untuk melihat pergerakan kelopak mata dan bola mata, kontriksi dilatasi pupil. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata, mengangkat kelopak mata kearah atas, cek reflek pupil. Lihat apakah pasien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, kemudian lihat apakah pasien dapat mengangkat kelopak mata keatas jika tidak itu menunjukkan bahwa ada ptosis, lihat apakah refleks pupil normal/tidak
4. Nervus trochlearis Fungsinya untuk melihat pergerakan mata. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata. Lihat apakah pasien dapat

menggerakkan bola mata keatas, kebawah maupun kesamping kanan dan kiri.

5. Nervus trigeminus Fungsinya untuk melihat gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kedip. Cara pemeriksaanya yaitu dengan menggerakkan rahang ke semua sisi, pasien disuruh untuk memejamkan mata kemudian sentuh menggunakan benda yang ujungnya tumpul/tajam pada dahi dan pipi untuk melihat sensasi wajah sebelah kanan dan kiri kemudian sensasi raba atau nyeri, menyentuh permukaan kornea dengan menggunakan kapas untuk melihat reflek kedip klien normal/tidak.
6. Nervus abduksen Fungsinya untuk melihat gerakan bola mata. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata. Lihat apakah pasien dapat menggerakkan bola mata keatas, kebawah maupun kesamping kanan dan kiri.
7. Nervus facialis Fungsinya untuk melihat ekspresi wajah dan fungsi pengecap. Cara pemeriksaanya yaitu melihat apakah wajah pasien bagian kanan dan kiri simetris/tidak, minta pasien untuk mengerutkan dahi bagian yang lumpuh lipatannya tidak dalam,

minta pasien mengangkat alis, minta pasien menutup mata kemudian pemeriksa membuka dengan tangan, minta pasien memoncongkan bibir atau nyengir, minta pasien mengembungkan pipi lalu tekan pipi kanan dan kiri lihat apakah kekuatannya sama bila ada kelumpuhan maka angin akan keluar dari bagian yang lumpuh, kemudian cek fungsi pengecap dengan meminta pasien menjulurkan lidah kemudian letakkan gula/garam/sesuatu yang asam maupun pahit lihat apakah pasien dapat membedakan rasa tersebut

8. Nervus akustikus Fungsinya untuk pendengaran.

Cara pemeriksaanya yaitu dengan menggunakan weber, rine dan schwabach.

9. Nervus glosofaringeus Fungsinya untuk melihat reflek platum (menelan). Cara pemeriksaanya yaitu minta pasien membuka mulut kemudian tekan lidah kebawah dengan menggunakan tongue spatel kemudian minta pasien untuk mengucapkan a...a...a... dengan panjang lihat apakah pasien mampu mengucapkan atau terbata-bata amati kesimetrisan uvula, minta pasien menelan ludah

tanyakan apakah ada gangguan menelan seperti terasa nyeri/tidak.

10. Nervus vagus Fungsinya untuk melihat reflek platum (menelan) dan reflek muntah. Cara pemeriksaanya yaitu minta pasien membuka mulut lihat apakah uvula berada di tengah, kemudian minta pasien untuk memasukkan jari di belakang lidah lihat reflek muntah pada klien baik/tidak, minta pasien menelan ludah tanyakan apakah ada gangguan menelan seperti tersa nyeri/tidak.
11. Nervus asesorius Fungsinya untuk melihat pergerakan kepala dan bahu. Cara pemeriksaanya yaitu minta pasien mangangkat kepala keatas, menundukkan kepala dan menggelengkan kepala kesamping kanan dan kiri lihat apakah pasien mampu menggerakkan bahu dan berikan tahanan minta pasien untuk menahan tahanan tersebut lihat apakah pasien mampu menahan tahanan yang diberikan.
12. Nervus hipoglosus Fungsinya untuk melihat keadaan lidah. Cara pemeriksaannya yaitu minta pasien membuka mulut kemudian lihat bentuk lidah

kemudian apakah terdapat kelumpuhan maka lidah akan tertarik ke sisi yang sakit.

b. Pemeriksaan Refleks (Rosida, 2020)

- 1) Refleks bicep Caranya yaitu dengan merefleksikan siku klien kemudian letakkan lengan bawah klien diatas paha dengan posisi telapak tangan keatas, letakkan ibu jari kiri diatas tendon bicep pasien, perkusi ibu jari pemeriksa dengan reflek hammer, amati adanya fleksi ringan yang normal pada siku pasien dan rasakan kontraksi otot bicep.
- 2) Reflek tricep Caranya yaitu dengan memfleksikan siku pasien kemudian sangga lengan pasien dengan tangan non dominan, palpasi tendon tricep sekitar 2-5 cm diatas siku, perkusi menggunakan reflek hammer pada tendon tricep, amati adanya ekstensi ringan yang normal pada siku pasien.
- 3) Reflek brakioradialis Caranya yaitu dengan meletakkan lengan pasien dalam posisi istirahat atau pronasi, ketukkan reflek hammer secara langsung pada radius 2-5 cm diatas pergelangan tangan, amati adanya fleksi dan supinasi normal pada lengan pasien dan jari-jari tangan sedikit ekstensi

- 4) Reflek patella Caranya yaitu dengan meminta pasien untuk duduk di tepi meja kemudian periksa agar kaki pasien dapat menggantung dengan bebas tidak menginjak lantai, tentukan lokasi tendon patella, ketukkan hammer langsung pada tendon, amati adanya ekstensi kaki atau tendangan kaki yang normal.
- 5) Reflek Achilles Caranya yaitu dengan meminta pasien untuk duduk di tepi meja kemudian periksa agar kaki pasien dapat menggantungkan dengan bebas tidak menginjak lantai, dorsofleksikan sedikit pergelangan kaki pasien dengan menopang kaki pasien pada tangan pemeriksa, ketukkan hammer pada tendon Achilles tepat diatas tumit, amati dan rasakan plantar fleksi (sentakan ke bawah) yang normal pada kaki pasien.
- 6) Reflek Abdominal Caranya yaitu dengan memposisikan pasien supine dan buka area abdomen, lakukan pemeriksaan dengan cara menggoreskan sikat pemeriksa secara vertical, horizontal dan diagonal pada daerah epigastrik sampai umbilicus (normalnya dinding abdomen akan kontraksi).
- 7) Reflek Babinski atau Plantar Caranya yaitu dengan menggunakan bagian jarum dan reflek hammer kemudian goreskan tepi lateral telapak kaki pasien mulai

dari tumit melengkung sampai pangkal ibu jari, babinski (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari.

- 8) Reflek Chaddock Caranya yaitu dengan menggoreskan bagian maleolus lateral (buku tali) dari arah lateral ke arah medial sampai dibawah ibu jari kaki, chaddock (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari.
- 9) Reflek Openhim Caranya yaitu dengan melakukan pengurutan Krista anterior tibia dari proksimal ke distal, openhim (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari
- 10) Reflek Gordon Caranya yaitu dengan melakukan penekanan pada daerah betis pasien secara keras, amati respon Gordon (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari.
- 11) Reflek Schaffer Caranya yaitu dengan memencet tendon Achilles secara keras, amati respon schaffer (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari.
- 12) Reflek Gonda Caranya yaitu dengan melakukan penekanan (plantar fleksi) maksimal jari ke empat,

kemudian amati respon gonda (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari-jari.

- 13) Reflek Hoffman Caranya yaitu dengan menggoreskan sesuatu pada kuku jari tengah pasien kemudian amati respon ibu jari, telunjuk dan jari lainnya fleksi

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada diagnose keperawatan ca mammae sebagai berikut :

1. Nyeri kronis (D.0077) berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis (neoplasma)
2. Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
3. Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan perubahan pada bentuk tubuh karena proses penyakit (mammae asimetris)
4. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan perubahan sirkulasi
5. Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan penyakit kronis (Ca Mammae)
6. Harga diri rendah kronis (D.0086) berhubungan dengan gangguan citra tubuh

2.2.3 Rencana Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) pada rencana keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri kronis (D.0077) berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis (neoplasma)
 - 1) Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun.
 - 2) Kriteria hasil :
 - a) keluhan nyeri menurun
 - b) meringis menurun
 - c) gelisah menurun
 - d) frekuensi nadi membaik
 - e) pola nafas membaik
 - f) tekanan darah membaik
 - g) nafsu makan membaik
 - h) pola tidur membaik
 - 3) Intervensi :

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

 - a) Identifikasi lokasi, karekteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R : agar mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas pada nyeri

b) Identifikasi skala nyeri

R : agar mengetahui skala nyeri pada pasien

c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R : agar mengetahui apa yang menjadi faktor memperberat dan memperingankan nyeri

Terapeutik :

a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.

TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

R : untuk mengalihkan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien

b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

R ; mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri pada pasien

Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

R : Agar pasien dan keluarga pasien mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R : untuk meredakan nyeri pada pasien

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

R : untuk mempercepat proses penyembuhan pasien

2. Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ekspektasi status nutrisi (L.03030) membaik

- 2) Kriteria hasil :

- a) Perasaan cepat kenyang menurun
- b) Berat badan membaik
- c) IMT membaik
- d) Membrane mukosa membaik
- e) Nafsu makan membaik

- 3) Intervensi

Manajemen nutrisi (I.03119)

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi

R : Agar mengetahui status nutrisi pada pasien

- b) Identifikasi makanan yang disukai

R : agar mengetahui makanan yang disukai oleh pasien

- c) Monitor asupan makanan

R : Agar mengetahui asupan makanan pasien

- d) Monitor berat badan

R : agar mengetahui berat badan pasien ada perubahan atau tidak

Terapeutik

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

R : agar saat makan dalam kondisi oral bersih

- b) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

R : agar pasien ingin makan dengan cara makanan yang menarik perhatian pasien

- c) Berikan suplemen makanan, jika perlu

R : agar nafsu makan pada pasien membaik

Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu

R : agar pasien nyaman saat makan

Kolaborasi

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

R; untuk mengetahui jumlah kalori dan nutrient yang dibutuhkan oleh pasien

3. Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan perubahan pada bentuk tubuh karena proses penyakit (mammas asimetris)

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan ekspektasi citra tubuh (L.09067) meningkat

2) Kriteria hasil :

- a) verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun
- b) verbalisasi kekhawatiran terhadap penolakan/reaksi orang lain menurun
- c) respon non verbal pada perubahan tubuh membaik
- d) hubungan sosial membaik

3) Intervensi :

Promosi citra tubuh (I.09305)

Observasi

- a) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial

R : agar mengetahui perubahan citra tubuh yang mengakibatkan pasien isolasi sosial

- b) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

R : agar mengetahui apakah ada yang berbeda dari tubuh pasien

Terapeutik :

- a) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya

R : agar mengetahui perubahan tubuh dan fungsinya pada pasien

- b) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri

R ; untuk mengetahui perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri pasien

Edukasi

- a) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh

R : agar keluarga pasien dan pasien mengerti cara perawatan perubahan citra tubuh

- b) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh

R: agar pasien mengungkapkan gambaran dirinya terhadap tubuhnya

- c) Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan)

R : agar pasien bisa berdandan walaupun dengan perubahan tubuhnya

4. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan perubahan sirkulasi

1) Tujuan umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ekspektasi integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat.

2) Kriteria hasil :

- a) Kemerahan menurun
- b) Suhu kulit membaik
- c) Tekstur membaik
- d) Pertumbuhan rambut membaik

3) Intervensi :

Perawatan luka (I.14564)

Observasi

a) monitor karakteristik luka

R : agar mengetahui karakteristik luka pasien

b) monitor tanda-tanda infeksi

R : agar mengetahui tanda-tanda infeksi pada luka pasien

Terapeutik

a) lepaskan balutan dan plester secara perlahan

R ; agar balutan dan plester terlepas dengan secara perlahan

b) bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai

kebutuhan

R : Agar luka tidak terjadi infeksi

c) pasang balutan sesuai jenis luka

R : agar luka tertutup dan tidak terkena bakteri atau infeksi pada kulit

d) pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

R : agar saat melakukan perawatan luka dalam keadaan steril

mencegah terjadinya infeksi atau terkontaminasi dengan lainnya

Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

R : Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi

b) ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

R : agar pasien dan keluarga bisa perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

a) kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

R : untuk mencegah infeksi pada luka

5. Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan penyakit kronis (Ca Mammae)

1) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ekspektasi tingkat infeksi (L.14137) menurun.

2) Kriteria hasil :

- a) kebersihan tangan meningkat
- b) kebersihan badan meningkat
- c) nafsu makan meningkat
- d) kemerahan menurun
- e) bengkak menurun
- f) cairan berbau busuk menurun
- g) kadar sel darah putih membaik

3) Intervensi

 pencegahan infeksi (I.14539)

 observasi

- a) monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 R ; untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
 pada pasien

 terapeutik

- a) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan
 lingkungan pasien
 R : agar pasien sebelum dan sesudah berkontak dengan pasien
 tidak terjadi infeksi

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
R ; agar mengetahui tanda dan gejala pada infeksi
- b) ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
R ; agar mencuci tangan dengan benar
- c) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
R : agar mengetahui cara memeriksa atau melihat kondisi luka atau luka operasi
- d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
R ; agar nutrisi pasien terpenuhi

kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
R: untuk mencegah terjadinya infeksi
6. Harga diri rendah kronis (D.0086) berhubungan dengan gangguan citra tubuh
- 1) Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ekspektasi harga diri (L.09069) meningkat
 - 2) Kriteria hasil :
 - a) Konsentrasi meningkat
 - b) Kontak mata meningkat
 - c) Perasaan malu menurun
 - d) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun

3) Intervensi :

Observasi :

- a) Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri

R : agar mengetahui budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri pasien

- b) Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan

R : untuk mengetahui tingkat harga diri pasien dalam kondisi yang dialaminya

Terapeutik :

- a) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri

R : mendiskusikan untuk memulai memunculkan kepercayaan pada dirinya

- b) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri

R : agar pasien bisa nyaman dengan lingkungannya dan melakukan aktivitas dengan perasaan percaya diri pada pasien

Edukasi :

- a) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri pasien

R : menjelaskan kepada keluarga agar dapat dukungan dari keluarga pasien dan pasien bisa percaya diri walaupun dengan kondisinya saat ini

- b) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

R : untuk meningkatkan kepercayaan dan kemampuan pasien dalam menangani situasi

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu. Pelaksanaan rencana keperawatan berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Pada pelaksanaan atau implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi dan tindakan rujukan/ketergantungan. Pelaksanaan atau implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan sesuai atau tidak.

2.2.5 Evaluasi

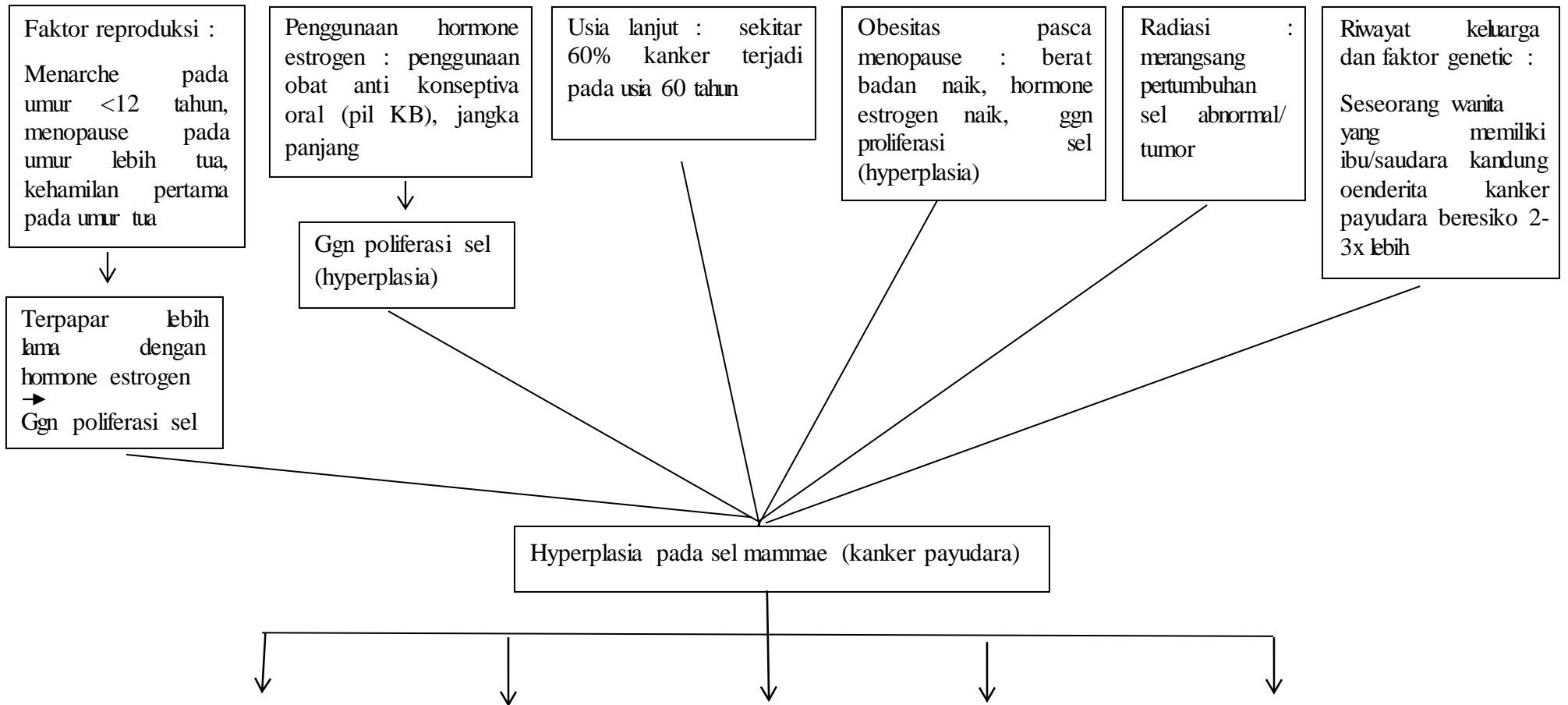
Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai.

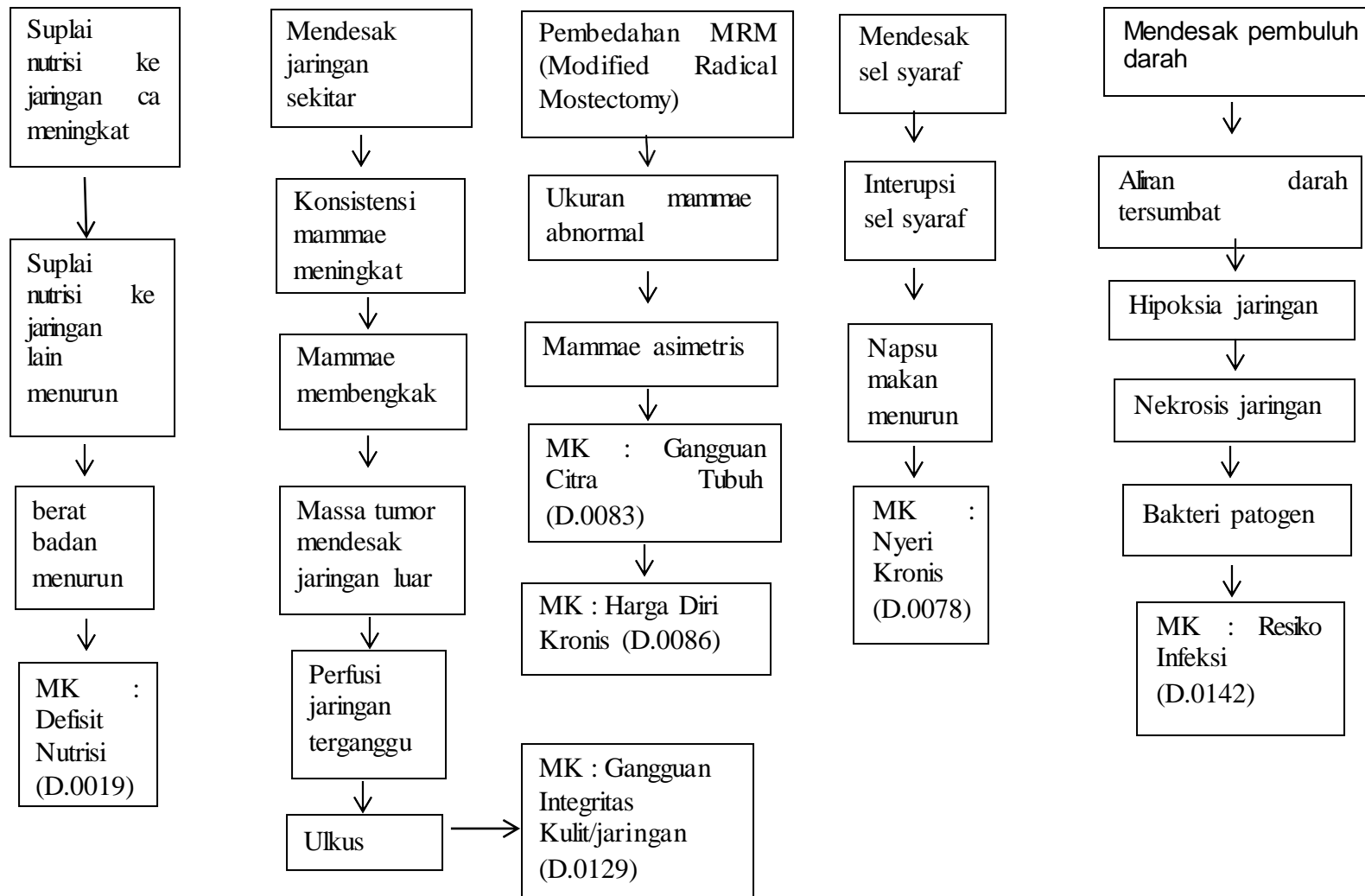
Pada bagian ini apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga menimbulkan masalah baru. Hasil yang diharapkan:

1. nyeri kronis menurun dan nyeri teratasi
2. deficit nutrisi terpenuhi atau teratasi
3. promosi citra tubuh teratasi
4. perawatan luka teratasi
5. pencegahan infeksi teratasi
6. promosi harga diri teratasi

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

2.2.4 WOC (Web Of Causation)





BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada ca mammae, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17- 22 Januari 2022 dengan data pengkajian tanggal 17 Januari 2022 pukul 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari ibu pasien, suami pasien, dan file No. register 677xxx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian pada Ny. N

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seseorang perempuan bernama Ny. N berumur 26 tahun, beragama islam, status sudah menikah, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien tinggal di Sidoarjo, pendidikan terakhir pasien SMA, pasien tidak bekerja dan menjadi ibu rumah tangga, penanggung jawab BPJS, pasien dikaruniai 1 anak perempuan berumur 6 tahun. Pasien tinggal serumah dengan suami dan anaknya. Pasien MRS tanggal 15 Januari 2022 pukul 10.30 WIB

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan saat ini badannya lemas

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 15 Januari 2022 pasien datang ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya pukul 08.00 WIB dengan keluhan lemas. Di IGD RSPAL dr. Ramelan

Surabaya dilakukan pemeriksaan darah dengan Hb = 5,90 g/dl TD = 119/64 mmHg Nadi = 102 x/menit, Suhu =36,2°C, SPO2= 98%, RR=20 x/menit. Pasien mengatakan badannya lemas karena Hbnya turun yang seharusnya melakukan kemoterapi tidak jadi atau ditunda. Pasien juga mengatakan bahwa ia merasakan adanya benjolan di payudaranya dan di diagnose Ca Mammae stadium 3. Kemudian pasien masuk ruangan H1 RSPAL dr.RAMELAN SURABAYA pukul 10.30 WIB.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

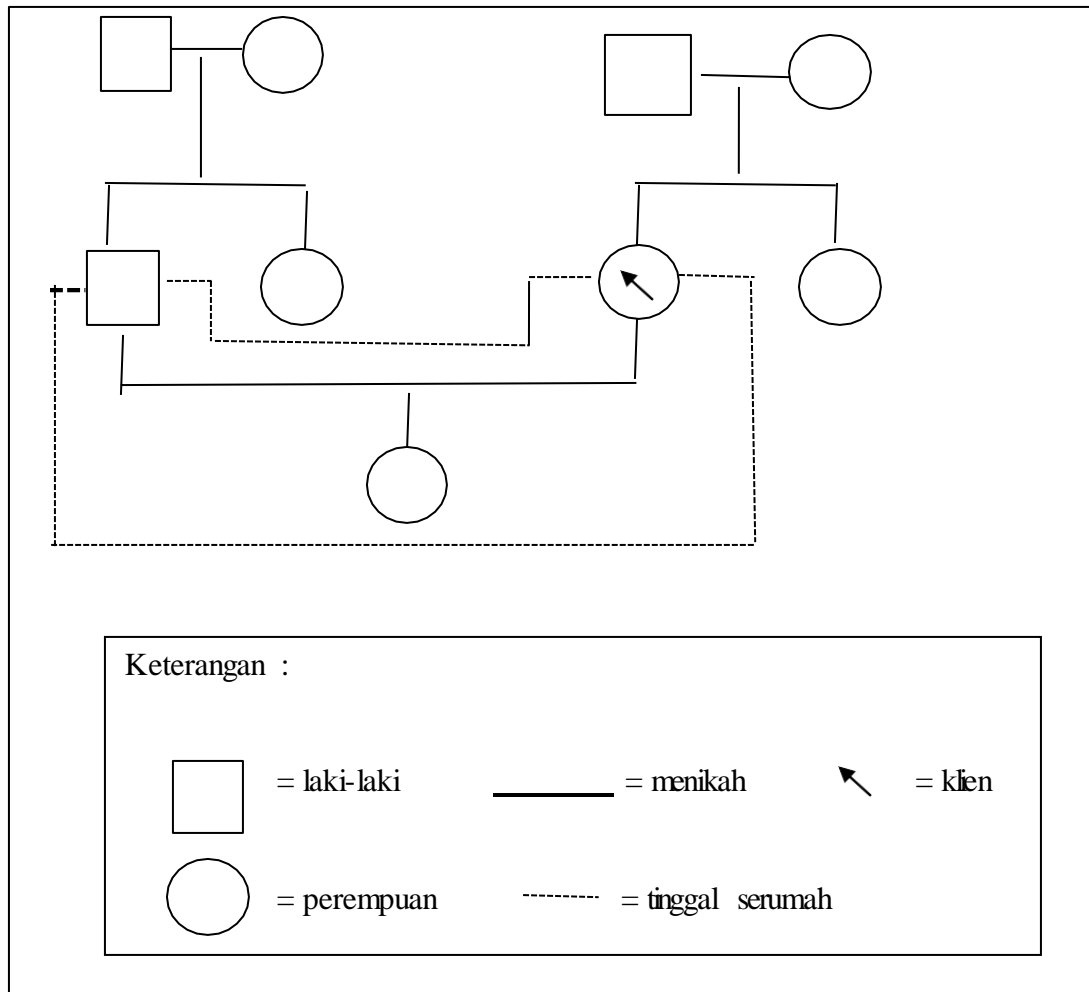
Pasien mengalami penyakit Ca Mammae sejak tahun 2021

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada keturunan keluarga dari penyakit yang sama (Ca Mammae)

3.1.6 Genogram

Genogram Ny. N



3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan ataupun obat

3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 119/64 mmHg, nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,2°C,

SPO2 98%, GCS 456. Berat badan pasien sebelum dan sesudah sakit 45 kg, tinggi badan pasien 158 cm

1) B1 Pernapasan (Breath)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan bebas, tidak ada otot bantu napas tambahan, irama nafas regular, tidak ada kehinan, pola nafas spontan, tidak ada taktil/vocal fremitus, pasien tidak sesak napas, tidak batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat sianosis pada pasien. Pada pemeriksaan palpasi pasien tidak ada nyeri pada dada. Pemeriksaan perkusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR 20 x/menit. Kemampuan aktivitas dibantu oleh suaminya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2) B2 Kardiovaskuler (Blood)

Pada pemeriksaan inspeksi terdapat edema, tidak ada hepatomegaly, tidak ada pendarahan. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba, tidak terdapat nyeri pada dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, TD : 119/64 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Suhu : 36,2°C, SPO2 ; 98%, RR : 20 x/menit, GCS : 456. Pada pemeriksaan perkusi suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung regular. Hemoglobin pasien rendah yaitu 5,90 g/dl, pasien terpasang transfuse darah PRC target >10 g/dl

Masalah keperawatan : Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

3) B3 Persyarafan (Brain)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, bentuk hidung simetris, tidak terdapat sputum, tidak terdapat polip, tidak ada kelainan, bentuk mata simetris, pupil isokor, tidak ada kelainan pada mata, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, visus normal, pendengaran normal, kebersihan telinga bersih, pasien tidak memakai alat bantu, tidak ada gangguan pada telinga, kebersihan lidah bersih tidak kotor, tidak ada palatum, tidak ada afasia, tidak ada uvula, tidak ada kesulitan telan, tidak ada nyeri kepala, tidak ada paralisis. Pada pemeriksaan palpasi reflek fisiologis biceps normal, triceps normal, patella normal, kaku kuduk (-), bruzinski I (-), bruzinski II (-), kemig (-), reflek baik. Pada pemeriksaan nervus kranial :

1. NI : Ny. N dapat mencium bau
2. NII : Ny. N dapat melihat dengan normal
3. NIII : Ny. N dapat mengangkat kelopak mata
4. NIV : Ny. N mampu menggerakkan bola mata
5. NV : Ny. N dapat mengunyah dan menelan
6. NVI : Ny. N dapat menggerakkan bola mata ke arah lateral
7. NVII : Wajah Ny.N berbentuk simetris
8. NVIII : Ny. N dapat mendengarkan dengan baik
9. NIX : Sensorik dan motoric pada Ny. N berfungsi dengan baik
10. NX : Ny. N dapat membedakan rasa manis, asin, pahit, asam, dll
11. NXI : Ny. N mampu menggerakkan bahu

12. NXII : Ny. N mampu menggerakkan lidah

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4) B4 Perkemihan (Blader)

Pada pemeriksaan inspeksi pasien tidak terpasang kateter, BAK sebelum sakit sering dan sesudah sakit 3-4 x/hari, frekuensi BAK sebelum sakit 650 cc/hari sesudah sakit frekuensi BAK 1000 cc/hari, warna kencing sebelum dan sesudah sakit kuning jernih, tidak ada nyeri tekan, kandung kemih tidak ada masalah.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5) B5 Pencernaan (Bowel)

Pada pemeriksaan inspeksi mulut pasien bersih tidak kotor, gigi pasien lengkap, tidak memakai gigi palsu, membrane mukosa kering, faring tidak ada, diit (makan dan minum) SMRS makanan biasa (Nb), diit di RS makanan biasa (Nb), nafsu makan pasien menurun, frekuensi makan 3 x/hari, pasien tidak mual, jenis makanan nasi, porsi makanan yang dihabiskan pasien hanya ½ porsi, pasien tidak terpasang NGT, frekuensi minum pasien 1 botol jumlah 1000 cc/hari, jenis minuman air mineral, BAB sebelum dan sesudah sakit 1-2x/hari, konsistensi lunak, warna BAB kuning kecoklatan, tidak ada colostomi. Pada pemeriksaan palpasi bentuk perut simetris, postur tubuh kurus, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lien, peristaltic tidak ada, hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri pada abdomen.

Masalah keperawatan : Defisit Nutrisi (D.0019)

6) B6 Muskuloskeletal dan Integumen (Bone)

Pada pemeriksaan inspeksi warna kulit pasien kuning langsung, terdapat kemerahan pada kulit, kuku bersih, turgor kulit kering, tidak ada fraktur, tidak ada deformitas, terdapat mammae membesar dan membengkak, terdapat massa di mammae kanan, terdapat ulkus, mengeluarkan cairan bau busuk, luka pada mammae dextra bleeding aktif, fixed, massa padat keras uk 15 cm. pada pemeriksaan palpasi teraba mammae sebelah kanan membesar dan membengkak, mengeluarkan cairan bau busuk.

ROM : bebas

Kekuatan otot :

5	5
5	5

Masalah keperawatan :

1. Gangguan Integritas Kulit/Jariugan (D.0129)

2. Resiko Infeksi (D.0142)

7) Endokrin

Tidak ada pembesaran KGB pada pasien, tidak ada hiperglikemia pada pasien, tidak ada hipoglikemia pada pasien, tidak ada DM (Diabetes Melitus)

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8) Seksual Reproduksi

Menstruasi terakhir pada pasien tidak terkaji, sudah tidak menstruasi, pap smear terakhir pasien tidak terkaji, pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan tidak terkaji, masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit tidak ada.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9) Kemampuan Perawatan Diri pada Ny.N

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri Ny. N

AKTIVITAS	SMRS	MRS	Keterangan Skor : 1. Mandiri 2. Alat bantu 3. Dibantu orang lain dan alat 4. Tergantung/tidak mampu
Mandi	1	3	
Berpakaian/dandan	1	3	
Toileting/eliminasi	3	3	
Mobilitas ditempat tidur	3	3	
Berjalan	3	3	
Niak tangga	3	3	
Berbelanja	1		
Memasak	1		
Pemeliharaan rumah	1		
Berpindah	3	3	

Masalah keperawatan : Keletihan (D. 0057)

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang pada Ny.N

Labotarium :

Tanggal pemeriksaan : 18 Januari 2022

Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium)

NO	PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN	
1	HEMATOLOGI				
	Darah Lengkap				
	Leukosit	H	15,90	$10^3/\mu\text{L}$	4,00-10,00
	Hitung jenis leukosit :				
	• Eosinophil#		0,06	$10^3/\mu\text{L}$	0,02-0,50
	• Eosinophil%	L	0,40	%	0,5-0,50
	• Basophil#		0,06	$10^3/\mu\text{L}$	0,00-0,10
	• Basophil%		0,4	%	0,0-1,0
	• Neutrophil#	H	13,18	$10^3/\mu\text{L}$	2,00-7,00
	• Neutrophil%	H	82,90	%	50,0-70,0
	• Limfosit#		1,75	$10^3/\mu\text{L}$	0,80-4,00
	• Limfosit%	L	11,00	%	20,0-40,0
	• Monosit#		0,85	$10^3/\mu\text{L}$	0,12-1,20
	• Monosit%		5,30	%	3,0-12,0
	IMG#		0,17	$10^3/\mu\text{L}$	0,00-999,99
	IMG%		1,10	%	0,00-100,0
	Hemoglobin	L	11,40	g/dl	12-15
	Hematocrit	L	35,20	%	37,0-47,0
	Eritrosit		4,33	$10^6/\mu\text{L}$	3,50-5,00
	Indeks Eritrosit :				
	• MCV		81,2	Fmol/cell	80-100
	• MCH		26,4	Pg	26-34
	• MCHC		32,5	g/dl	32-36
	RDW_CV	H	21,3	%	11,0-16,0
	RDW_SD	H	61,1	fL	35,0-56,0
	Trombosit		411,00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Indeks Trombosit :				
• MPV		6,9	fL	6,5-12,0	
• PDW		15,0	%	15-17	
• PCT	L	0,283	$10^3/\mu\text{L}$	1,08-2,82	
P-LCC		31,0	$10^3/\mu\text{L}$	30-90	

	P-LCR	L	7,6	%	11,0-45,0
2	KIMIA KLINIK ELEKTROLIT & GAS DARAH				
	Natrium (Na)		139,5	mEq/L	135-147
	Kalium (K)		4,12	mEq/L	3,0-5,0
	Clorida (Cl)	H	107,8	mEq/L	95-105

Keterangan :

L = Rendah LL=Rendah kritis H=Tinggi HH=Tinggi Kritis

Photo thorax : Tanggal pemeriksaan : 15 Januari 2022

Hasil photo thorax AP :

Aorta dan mediastinum tidak melebar, trachea ditengah

Cor : besar dan bentuk normal

Pulmo : tak tampak infiltrate, corokan bronchovascular baik

Sinus costophrenicus dan diafragma baik

Scoliosis thoracalis dengan konveksitas kiri, tampak massa di mammae kanan

Terapi/tindakan lain-lain :

Tabel 3.3 terapi obat

Tanggal : 17 Januari 2022

NO	NAMA OBAT	DOSIS	RUTE	INDIKASI
1	Infus Nacl 3%	10-17 tpm	IV	Untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebih atau penyebab lainnya
2	Inj. Cinam	4x1,45 gram	IV	Untuk mengobati infeksi kulit dan struktur kulit
3	Transfuse darah PRC Target Hb >10 g/dl	1 bag	Infus	Untuk mengatasi anemia yang kadar Hb <7 g/dl
4	Inj. Ranitidine	2x1 ampul	IV	Tukak lambung
5	Inf. Gabaxa	1x1 mg/ml	Fls	Suplemen larutan asam amino atau rejimen infus yang menggantung asam amino untuk pasien dengan kondisi yang membutuhkan glutamin tambahan

Tanggal 18 Januari 2022

NO	NAMA OBAT	DOSIS	RUTE	INDIKASI
1	Infus NaCl 3%	10-17 tpm	Infus	Untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebihan atau penyebab lainnya
2	Inj. Cinam	4x1,5 gram	IV	Untuk mengobati infeksi pada kulit
3	Transfuse darah PRC Target Hb >10 g/dl	1 bag	Infus	Untuk mengatasi anemia yang kadar Hb <7 g/dl
4	Inj, ranitidine	2x1 ampul	IV	Tukak lambung

Tanggal 19 Januari 2022

NO	NAMA OBAT	DOSIS	RUTE	INDIKASI
1	Infus NaCl 3%	10-17 tpm	Infus	Untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebihan atau penyebab lainnya
2	Inj. Cinam	4x1,5 gram	IV	Untuk mengobati infeksi pada kulit
3	Inj, ranitidine	2x1	IV	Tukak lambung
4	MST	2x1 mg	IV	Untuk mengurangi rasa nyeri

Surabaya, 23 Februari 2022

Ttd perawat



(Navita Wulansari)

NIM.1920028

32 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

Tabel 3.4 Analisa data

NO	DATA/FAKTOR RESIKO	ETIOLOGI	MASALAH (PROBLEM)
1	<p>DS : Pasien mengatakan badannya lemas</p> <p>DO : Pasien Nampak lemas Terdapat luka pada mammae dextra Luka bleeding Terpasang transfuse darah PRC Tekanan darah : 119/64 mmHg Nadi : 102 x/menit Hb : 5,90 g/dl Konjungtiva tidak anemis Sklera putih Keperluan dibantu sebagian</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) (SDKI, Hal : 37)</p>
2	<p>DS : Pasien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>DO : Mukosa bibir kering Turgor kulit kering Porsi makan ½ dari yang telah disiapkan RS Berat badan 45 kg Tinggi badan 158 cm</p>	<p>Faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>Deficit Nutrisi (D.0019) (SDKI, Hal : 56)</p>
3	<p>DS : Pasien mengatakan terdapat kemerahan dikulitnya dan mengeluarkan cairan</p>	<p>Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit/jaringan (D.0129) (SDKI, Hal : 282)</p>

	<p>DO : Terdapat kemerahan pada kulit Terdapat mammae membesar dan membengkak Mengeluarkan - cairan bau busuk Terdapat ulkus Luka bleeding aktif Massa padat keras ukuran 15 cm</p>		
4	<p>Faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae)</p>		Resiko Infeksi (D.0142) (SDKI, Hal : 304)
5	<p>DS : Pasien mengatakan badannya lemas DO : Pasien Nampak lesu Pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</p>	Kondisi fisiologis (penyakit kronis)	Keletihan (D. 0057) (SDKI, Hal : 130)
6	<p>DS : Pasien mengatakan malu karena payudara yang membesar DO : Pasien Nampak malu Terdapat mammae yang membesar dan membengkak Ukuran mammae abnormal</p>	Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan	Harga Diri Kronis (D.0086) (SDKI, Hal : 192)

Diagnose keperawatan :

1. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37)
2. Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56)

3. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282)
4. Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304)
5. Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)
6. Harga diri kronis (D.0086) berhubungan dengan ketidakefektifan menghadapi masalah kehilangan (SDKI, Hal : 192)

33 Prioritas Masalah

Tabel 3.5 perioritas masalah

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF
		DITEMUKAN	TERATASI	
1	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37)	17-01-2022	19-01-2022	
2	Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56)	17-01-2022	19-01-2022	
3	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282)	17-01-2022	19-01-2022	
4	Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304)	17-01-2022	19-01-2022	
5	Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)	17-01-2022	19-01-2022	

34 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Turgor kulit membaik 5. Tekanan darah diastolic dan siastolik membaik 6. Hemoglobin membaik (SLKI, Hal : 84)	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor nadi perifer, suhu, tekanan darah, hemoglobin, warna kulit pasien Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan pencegahan infeksi (mencuci tangan sebelum dan sesudah berkontak tangan dengan pasien ataupun keluarga, perawatan luka pada pasien) Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan air hangat untuk mandi atau kebutuhan ADL pasien 4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui nadi perifer, suhu, tekanan darah, hemoglobin, warna kulit pada pasien 2. Agar tidak terjadi infeksi 3. Untuk kebutuhan ADL pasien 4. Agar ditangani segera bila terjadi tanda dan gejala darurat 5. Untuk mengatasi anemia

			<p>luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>5. Transfuse darah PRC target >10 g/dl (SIKI, Hal : 345)</p>	
2	<p>Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang 3. Berat badan membaik 4. IMT membaik 5. Nafsu makan membaik <p>(SLKI, Hal ; 121)</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan, makanan yang disukai, nafsu makan 2. Monitor berat badan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, cuci tangan sebelum makan 4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang disesuaikan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan posisi duduk saat makan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus b) Inj, ranitidine 2x1 ampul melalui IV 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui asupan makanan klien 2. Untuk mengetahui berat badan klien apakah ada perubahan atau tidak 3. Agar saat makan dengan keadaan oral bersih, tangan bersih 4. Agar klien ingin makan 5. Agar saat makan klien dalam posisi duduk 6. Untuk Suplemen larutan asam amino atau rejimen infus yang menggantung asam amino untuk pasien dengan kondisi yang membutuhkan glutamin tambahan 7. Untuk tukak lambung



			(SIKI, Hal : 200)	
3	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Suhu kulit membaik 4. Tekstur kulit membaik <p>(SLKI, Hal : 33)</p>	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor warna luka, ukuran luka, cairan yang keluar, kemerahan pada kulit <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Ciprofloxacin 4x1,5 gram melalui IV 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui warna luka, ukuran luka, cairan yang keluar, kemerahan pada kulit pasien 2. Agar balutan dan plester terlepas secara perlahan 3. Agar kuman atau bakteri pada luka tidak terjadi infeksi 4. Agar luka tertutup dan tidak terjadi infeksi pada luka 5. Agar tidak terkontaminasi pada luka 6. Agar klien bisa perawatan luka secara mandiri saat di rumah 7. Untuk mencegah infeksi 8. Untuk mencegah infeksi 9. Untuk tukak lambung atau menetralkan

			<p>dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV (SIKI, Hal : 328)</p>	
4	<p>Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Kemerahan menurun 5. Bengkak menurun 6. Cairan berbau busuk menurun 7. Kadar sel darah putih membaik <p>(SLK, Hal : 139)</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor luka pada pasien, kemerahan pada kulit pasien, cairan yang keluar pada mammae <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Ciprofloxacin 4x1,5 gram melalui IV 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui luka pasien, kemerahan pada kulit pasien, cairan yang keluar pada mammae 2. Agar terhindar dari infeksi 3. Agar mencuci tangan dengan benar dan terhindar dari bakteri ataupun kuman 4. Agar pasien bisa memeriksa kondisi lukanya 5. Untuk mencegah infeksi 6. Untuk mencegah infeksi 7. Untuk tukak lambung atau menetralkan

			<p>dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV</p> <p>(SIKI, Hal: 278)</p>	
5	<p>Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, maka diharapkan tingkat keletihan (L.05046) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 2. Lesu menurun 3. Selera makan membak 4. Pola istirahat membak <p>(SLKI, Hal : 141)</p>	<p>Manajemen energy (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus b) Inj, ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>(SIKI, Hal : 176)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui pola dan jam tidur pasien 2. Agar pasien lebih mudah untuk berpindah 3. Agar pasien beristirahat dengan cukup 4. Untuk meningkatkan asupan ,makan pasien 5. Untuk tukak lambung

35 Implementasi dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 implementasi dan catatan perkembangan



NO DX	WAKTU (TGL DAN JAM)	TINDAKAN KEPERAWATAN	TT	WAKTU (TGL DAN JAM)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT
1,2,3,4,5	17-01-2022 08.00	1. Sebelum dan sesudah berkontak dengan pasien mencuci tangan Hasil : perawat sudah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien		18-01-2022 08.00 WIB	Dx 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) S. pasien mengeluh badannya masih lemas O. Pasien Nampak lemas Turgor kulit kering Membrane mukosa kering TD : 103/63 mmHg Nadi : 101 x/menit Suhu : 36,4°C Hb ; 5,90g/dl Klien terpasang transfuse darah PRC 1 bag ke 2 A. masalah sebagian teratasi P. intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4,5	08.10	2. Membina hubungan saling percaya kepada pasien Hasil : pasien percaya dengan perawat			1. Monitor nadi perifer, suhu, tekanan darah, hemoglobin, warna kulit pasien	
1,2,3	09.00	3. Melakukan observasi tanda-tanda vital pada pasien Hasil : TD : 119/64 mmHg Nadi : 102 x/menit Suhu : 36,2°C SPO2 : 98% RR : 20 x/menit			2. Lakukan pencegahan infeksi (mencuci tangan sebelum dan sesudah berkontak tangan dengan	

1	11.00	<p>GCS : 456 Porsi makan : ½</p> <p>4. Mengganti cairan infus NaCl 3% 10 tpm Hasil : sudah diganti dengan cairan infus NaCl 3% setelah pasien transfuse darah yang ke 1</p>			<p>pasien ataupun keluarga, perawatan luka pada pasien)</p> <p>3. Berikan air hangat untuk mandi atau kebutuhan ADL pasien</p> <p>4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>5. Transfuse darah PRC target >10 g/dl</p>	
2,3,4,5	12.00	<p>5. Memberikan terapi sesuai advise inj.cinam, inj.ranitidine, inf gabaxa Hasil : Terapi sesuai advis telah diberikan ke klien melalui IV infus yang pasien dapatkan yaitu inj. Cinam, inj. Ranitidine, inf.gabaxa</p>			<p>Dx 2 Defisit Nutrisi (D.0019)</p> <p>S. pasien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>O. Pasien menghabiskan makanan yang telah diberi dari RS ½ porsi BB : 45 kg TB : 158 cm Nafsu makan pasien menurun A. masalah belum teratasi P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan, makanan yang disukai, nafsu makan 2. Monitor berat badan 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, cuci tangan sebelum makan 	

					<p>4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang disesuaikan</p> <p>5. Anjurkan posisi duduk saat makan</p> <p>6. Berikan obat sesuai resep dokter :</p> <p>a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus</p> <p>b) Inj. ranitidine 2x1 ampul melalui IV</p> <p>Dx 3 Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p> <p>S. pasien mengatakan mengeluarkan cairan bau busuk pada mammae</p> <p>O. Nampak mengeluarkan cairan bau busuk Nampak membesar dan bengkak pada mammae</p> <p>Suhu tubuh pasien 36,4°C</p> <p>A. masalah belum teratasi</p> <p>P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor warna luka, ukuran luka, cairan yang keluar, kemerahan pada kulit 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 	
--	--	--	--	--	--	--

					<ol style="list-style-type: none"> 3. Bersihkan dengan cairan NaCl 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 7. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Cinam 4x1,5 gram melalui IV dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>Dx 4 Resiko Infeksi (D.0142)</p> <p>S. pasien mengatakan mengeluarkan cairan bau busuk pada mammae</p> <p>O. Nampak mengeluarkan cairan bau busuk Nampak mammae membesar dan membekak sebelah kanan Nafsu makan menurun A. masalah belum teratasi</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor luka pada pasien, kemerahan pada kulit pasien, cairan yang keluar pada mammae 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Cinam 4x1,5 gram melalui IV dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>Dx 5 Keletihan (D.0057)</p> <p>S. pasien mengatakan badannya masih lemas</p> <p>O.</p> <p>Pasien Nampak lesu Tidak nafsu makan Pola tidur membaik Hb : 5,90 g/dl A. masalah belum teratasi</p>	
--	--	--	--	--	--



					<p>P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3. Anjurkan tirah baring 4. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus b) Inj, ranitidine 2x1 ampul melalui IV 	
1,2,3,4,5	18-01-2022 08.00 WIB 08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum dan sesudah berkontak dengan pasien mencuci tangan Hasil : perawat sudah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 		19-01-2022 08.00 WIB	<p>Dx 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)</p> <p>S. pasien mengatakan sudah tidak lemas O. Pasien tidak Nampak lemas Turgor kulit membaik Membrane mukosa bibir lembab TD : 117/64 mmHg Nadi : 102 x/menit Suhu : 36,2°C Hb : 11,40 g/dl Transfuse darah PRC 3 bag habis</p> <p>A. masalah sebagian teratasi</p> <p>P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor nadi perifer, suhu, tekanan darah, hemoglobin, warna kulit pasien 	
1,2,3,4,5	08.30	<ol style="list-style-type: none"> 2. Membina hubungan saling percaya kepada pasien Hasil : pasien percaya dengan perawat 				
1,4,5	09.00	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan air hangat untuk kebutuhan ADL pasien Hasil : perawat sudah memberikan air hangat 				

1,2,3	10.00	<p>untuk kebutuhan ADL pasien</p> <p>4. Observasi tanda-tanda vital pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 120/69 mmHg</p> <p>Nadi : 101 x/menit</p> <p>Suhu : 36,3°C</p> <p>SPO2 : 98%</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Porsi makan ½</p> <p>GCS 456</p>			<p>2. Lakukan pencegahan infeksi (mencuci tangan sebelum dan sesudah berkontak tangan dengan pasien ataupun keluarga, perawatan luka pada pasien)</p> <p>3. Berikan air hangat untuk mandi atau kebutuhan ADL pasien</p> <p>4. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>5. Transfuse darah PRC target >10 g/dl</p>	
3,4	12.30	<p>5. Melakukan perawatan luka</p> <p>Hasil : sudah dilakukan perawatan luka pada pasien</p>			<p>Dx 2 Defisit Nutrisi (D.0019)</p> <p>S. pasien mengatakan nafsu makan membaik</p> <p>O. Pasien nampak menghabiskan makanan 1 porsi Nafsu makan membaik BB: 45 kg TB ; 158 cm Suhu : 36,3°C</p> <p>A. masalah sebagian teratasi</p> <p>P. intervensi dilanjutkan</p>	

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makanan, makanan yang disukai, nafsu makan 2. Monitor berat badan 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, cuci tangan sebelum makan 4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang disesuaikan 5. Anjurkan posisi duduk saat makan 6. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus b) Inj. ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>Dx 3 Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p> <p>S. pasien mengatakan masih mengerluarkan cairan berbau busuk</p> <p>O. Nampak mengeluarkan cairan berbau busuk Terdapat membengkak dan membesar pada luka mammae Terdapat kemerahan pada kulit Luka bleeding aktif Sudah dilakukan perawatan luka pada mammae dextra</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>A. masalah sebagian teratasi P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor warna luka, ukuran luka, cairan yang keluar, kemerahan pada kulit 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 7. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Cinam 4x1,5 gram melalui IV dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>Dx 4 Resiko Infeksi (D.0142)</p> <p>S. pasien mengatakan masih mengeluarkan cairan berbau busuk</p> <p>O. Nampak mengeluarkan cairan berbau busuk Terdapat bengkak dan membesar pada mammae</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Terdapat kemerahan pada kulit dikarenakan terkena cairan berbau busuk Luka bleeding aktif</p> <p>A. masalah sebagian teratasi P. intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor luka pada pasien, kemerahan pada kulit pasien, cairan yang keluar pada mammae 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Cairan metronidazole 500 mg/100 ml b) Inj. Cinam 4x1,5 gram melalui IV dioplos 10 cc dengan nacl 3% c) Inj. Ranitidine 2x1 ampul melalui IV <p>Dx 5 Keletihan (D.0057)</p> <p>S. pasien mengatakan sudah tidak lemas O. Pasien tidak Nampak lesu Nafsu makan membaik Pola tidur membaik</p>	
--	--	--	--	--	--

					<p>Hb 11,40 g/dl</p> <p>A. masalah sebagian teratasi</p> <p>P intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola dan jam tidur 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3. Anjurkan tirah baring 4. Berikan obat sesuai resep dokter : <ol style="list-style-type: none"> a) Inf. Gabaxa 1x1 mg/ml melalui infus b) Inj, ranitidine 2x1 ampul melalui IV 	
1,2,3,4,5	19-01-2022 08.00 WIB 08,00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum dan sesudah berkontak dengan pasien mencuci tangan Hasil : perawat sudah melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 		19-01-2022 15.00 WIB	<p>Dx 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)</p> <p>S. pasien mengatakan sudah tidak lemas</p> <p>O.</p> <p>Pasien tidak Nampak lemas</p> <p>Turgor kulit membaik</p> <p>Membrane mukosa bibir lembab</p> <p>TD : 117/64 mmHg</p> <p>Nadi : 102 x/menit</p> <p>Suhu : 36,2°C</p> <p>Hb : 11,40 g/dl</p> <p>Transfuse darah PRC 3 bag habis</p> <p>A. masalah teratasi</p> <p>P. intervensi dihentikan</p>	
1,2,3,4,5	08.30	<ol style="list-style-type: none"> 2. Membina hubungan saling percaya kepada pasien Hasil : pasien percaya dengan perawat 				
3,4	09.00	<ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan perawatan luka pada mammae dextra 				

2,3,4	10.00	<p>Hasil : sudah dilakukan perawatan luka oleh perawat</p> <p>4. Melakukan up infus Hasil : sudah dilepas infus klien oleh perawat</p>		<p>Dx 2 Defisit Nutrisi (D.0019)</p> <p>S.pasien mengatakan nafsu makan membaik</p> <p>O.</p> <p>Pasien Nampak menghabiskan makanan 1 porsi</p> <p>Nafsu makan pasien membaik</p> <p>BB 45 Kg</p> <p>TB 158 cm</p> <p>Pasien KRS hari ini</p> <p>A. masalah teratasi</p> <p>P. intervensi dihentikan</p>	
1,2,3,4	11.00	<p>5. Observasi tanda-tanda vital pada pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 111/64 mmHg</p> <p>Nadi : 109 x/menit</p> <p>Suhu : 36,5</p> <p>SPO2 : 97%</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>GCS : 456</p> <p>Porsi makan : 1 porsi</p>		<p>Dx 3 Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p> <p>S. pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O.</p> <p>Luka pasien bleeding aktif</p> <p>Ukuran mammae abnormal</p> <p>Balutan sudah diganti</p> <p>Pasien KRS hari ini</p> <p>A. masalah teratasi</p> <p>P. intervensi dihentikan dan dilakukan perawatan luka secara mandiri</p> <p>Dx 4 Resiko Infeksi (D.0142)</p> <p>S. klien mengatakan sudah tidak ada keluhan</p> <p>O.</p> <p>Luka bleeding aktif</p>	

				<p>Kemerahan pada kulit menurun Sudah dilakukan perawatan luka pada mammae dextra Balutan atau perban pada luka mammae dextra sudah diganti Pasien KRS hari ini A. masalah teratasi P. intervensi dihentikan dan dilakukan perawatan luka secara mandiri</p> <p>Dx 5 : Keletihan (D.0057) S. pasien mengatakan sudah tidak lemas O. pasien tidak Nampak lesu Nafsu makan membaik Pola tidur membaik Hb 11,40 g/dl A. masalah teratasi P intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis ca mammae diruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak banyak persejangan yaitu tinjauan pustaka yang didapatkan pada keluhan utama pasien Ca Mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak (Rosida, 2020) sedangkan pada tinjauan kasus keluhan utama pasien mengeluh badannya lemas. Riwayat penyakit dahulu pasien mengalami Ca Mammae sejak tahun 2021. Riwayat penyakit sekarang pada pasien Ca Mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak (Rosida, 2020).

Pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan fisik :

1. **B2 Kardiovaskuler (Blood)** Pada pemeriksaan inspeksi terdapat edema, tidak ada hepatomegaly, tidak ada pendarahan. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba, tidak terdapat nyeri pada dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, TD : 119/64 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Suhu : 36,2°C, SPO2 ; 98%, RR : 20 x/menit, GCS : 456. Pada pemeriksaan perkusi suara pekak. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, mur-mur (-), gallop (-), irama jantung regular. Hemoglobin klien rendah yaitu 5,90 g/dl, klien terpasang transfuse darah PRC target >10 g/dl
2. **B5 Pencernaan (Bowel)** Pada pemeriksaan inspeksi mulut pasien bersih tidak kotor, gigi pasien lengkap, tidak memakai gigi palsu, membrane mukosa kering, faring tidak ada, diit (makan dan minum) SMRS makanan biasa (Nb), diit di RS makanan biasa (Nb), nafsu makan pasien menurun, frekuensi makan 3 x/hari, pasien tidak mual, jenis makanan nasi, porsi makanan yang dihabiskan pasien hanya ½ porsi, pasien tidak terpasang NGT, frekuensi minum klien 1 botol jumlah 1000 cc/hari, jenis minuman air mineral, BAB sebelum dan sesudah sakit 1-2x/hari, konsistensi lunak, warna BAB kuning kecoklatan, tidak ada colostomi. Pada pemeriksaan palpasi bentuk perut simetris, postur tubuh kurus, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada lien, peristaltic tidak ada, hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri pada abdomen.
3. **B6 Muskuluskeletal dan Integumen (Bone)** Pada pemeriksaan inspeksi warna kulit pasien kuning langsung, terdapat kemerahan pada kulit, kuku

bersih, turgor kulit kering, tidak ada fraktur, tidak ada deformitas, terdapat mammae membesar dan membengkak, terdapat massa di mammae kanan, terdapat ulkus, mengeluarkan cairan bau busuk, luka pada mammae dextra bleeding aktif, fixed, massa padat keras uk 15 cm. pada pemeriksaan palpasi teraba mammae sebelah kanan membesar dan membengkak, mengeluarkan cairan bau busuk. ROM : bebas Kekuatan otot : 5555

Pada pengkajian didapatkan 5 masalah keperawatan yaitu Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37), Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56), Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282), Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304), Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130). Ke lima masalah keperawatan sudah teratasi dan klien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 6 yaitu

1. Nyeri kronis (D.0077) b.d Agen pencedera Fisiologis (neoplasma)
2. Deficit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
3. Gangguan citra tubuh (D.0083) b.d perubahan pada bentuk tubuh karena proses penyakit (mammae asimetris)

4. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) b.d perubahan sirkulasi
5. Resiko infeksi (D.0142) d.d penyakit kronis (Ca Mammae)
6. Harga diri rendah kronis (D.0086) berhubungan dengan gangguan citra tubuh

Dari 6 diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus.

Terdapat 6 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yang muncul yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37)
2. Deficit nutrisi (D.0019) b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56)
3. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282)
4. Resiko infeksi (D.0142) d.d faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304)
5. Keletihan (D.0057) b.d kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)
6. Harga diri kronis (D.0086) b.d ketidakefektifan menghadapi masalah kehilangan (SDKI, Hal : 192)

Sedangkan diagnose keperawatan yang diprioritaskan sesuai kasus lapangan ada 5 yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37)
2. Deficit nutrisi (D.0019) b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56)
3. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282)
4. Resiko infeksi (D.0142) d.d faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304)
5. Keletihan (D.0057) b.d kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan secara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun

masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan.

1. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil Denyut nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Kelemahan otot menurun, Turgor kulit membaik, Tekanan darah diastolic dan siastolik membaik, Hemoglobin membaik.
2. Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Perasaan cepat kenyang, Berat badan membaik, IMT membaik, Nafsu makan membaik.
3. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil Kemerahan menurun, Kerusakan lapisan kulit menurun, Suhu kulit membaik, Tekstur kulit membaik.
4. Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304). Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, Nafsu makan meningkat, Kemerahan menurun, Bengkak menurun, Cairan berbau busuk menurun, Kadar sel darah putih membaik.

5. Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI. Hal : 130). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, Lesu menurun, Selera makan membaik, Pola istirahat membaik.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegritasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien. Dalam melaksanakan tindakan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim

kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Pada diagnose pertama Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37) dilakukan tindakan pemeriksaan nadi perifer pada pasien, transfuse darah PRC target Hb >10 g/dl dalam 3 bag, observasi tanda-tanda vital, memberikan air hangat untuk kebutuhan ADL pasien.
2. Pada diagnose kedua Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56) dilakukan tindakan memonitor status nutrisi pasien, memonitor asupan makan pasien, mengidentifikasi makanan kesukaan pasien, memberikan terapi pada pasien sesuai advise yaitu inf.gabaxa atau memberikan suplemen pada pasien.
3. Pada diagnose ketiga Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (SDKI, Hal : 282) dilakukan tindakan perawatan luka pada pasien, mengganti balutan pada luka, membersihkan luka pada mammae, memberikan terapi pada pasien sesuai advise yang telah dikolaborasikan oleh dokter.
4. Pada diagnose keempat Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304) dilakukan tindakan keperawatan dengan mengganti balutan yang terkena cairan agar tidak terjadi infeksi, mengidentifikasi luka pada

mammae, mengganti pakaian pasien yang terkena cairan agar tidak terjadi infeksi pada kulit, mempertahankan ke steril pada perawatan luka, memeriksa membrane mukosa bibir, memperhatikan cairan asupan pada pasien.

5. Pada diagnose ke lima Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI. Hal : 130) dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi akibat kelelahan fisik dan emosional pada pasien, faktor kelelahan kondisi pasien, memfasilitasi lingkungan yang nyaman pada pasien.
6. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari mulai tanggal 17 Januari 2022 diruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya yaitu jenis evaluasi formatif, adapun data yang diperoleh yaitu evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 pukul 08.00 WIB dengan diagnose keperawatan :

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) S: pasien mengeluh badannya masih lemas, O: pasien Nampak lemas, Turgor kulit kering, Membrane mukosa kering, TD : 103/63 mmHg Nadi : 101 x/menit, Suhu : 36,4°C, Hb ; 5,90 g/dl, Klien terpasang transfuse darah PRC 1 bag ke 2, A. masalah sebagian teratasi, P. intervensi dilanjutkan (Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, warna, suhu), Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas, Lakukan pencegahan infeksi, Anjurkan mengecek air mandi

untuk menghindari kulit terbakar, Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)). Berdasarkan tindakan yang sudah dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin sudah teratasi hal tersebut dapat dilihat tercapai tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya yaitu Ny. N sudah tidak lemas, Turgor kulit membaik, Membrane mukosa bibir lembab, TD : 117/64 mmHg, Nadi : 102 x/menit, Suhu : 36,2°C, Hb : 11,40 g/dl, Transfuse darah PRC 3 bag habis.

2. Pada diagnose kedua Defisit Nutrisi (D.0019) S : pasien mengatakan nafsu makan menurun, O: pasien menghabiskan makanan yang telah diberi dari RS ½ porsi, BB : 45 kg, TB : 158 cm, Nafsu makan pasien menurun, A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan (Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Lakukan oral hygiene sebelum makan, Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang disesuaikan, Berikan suplemen, Anjurkan posisi duduk, jika perlu, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu). Berdasarkan tindakan yang sudah dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir dengan masalah keperawatan deficit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan) sudah teratasi hal tersebut dapat dilihat tercapai tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya yaitu nafsu makan Ny. N membaik dan menghabiskan 1 porsi makan.

3. Pada diagnose ketiga Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) S: pasien mengatakan mengeluarkan cairan bau busuk pada mammae, O: Nampak mengeluarkan cairan bau busuk, Nampak membesar dan bengkak pada mammae, Suhu tubuh klien $36,4^{\circ}\text{C}$, A: masalah belum teratasi, P. intervensi dilanjutkan (Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), Monitor tanda-tanda infeksi, Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, Bersihkan dengan cairan NaCl, Pasang balutan sesuai jenis luka, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka), Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, Kolaborasi pemberian antibiotic. Berdasarkan tindakan yang sudah dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan sudah teratasi hal tersebut dapat dilihat tercapai tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya yaitu Luka pasien bleeding aktif, Ukuran mammae abnormal, Balutan sudah diganti dan sudah dilakukan perawatan luka pada pasien.
4. Pada diagnose keempat Resiko Infeksi (D.0142) S: pasien mengatakan mengeluarkan cairan bau busuk pada mammae, O: Nampak mengeluarkan cairan bau busuk, Nampak mammae membesar dan membekak sebelah kanan, Nafsu makan menurun, A : masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan

benar, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu). Berdasarkan tindakan yang sudah dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir dengan masalah keperawatan resiko infeksi dibuktikan dengan faktor resiko: penyakit kronis (Ca Mammae) sudah teratasi hal tersebut dapat dilihat tercapai tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya yaitu luka pasien bleeding aktif, kemerahan pada kulit menurun, sudah dilakukan perawatan luka pada mammae dextra dan sudah diganti balutan yang ada pada luka.

5. Pada diagnose ke lima Keletihan (D.0057) S: pasien mengatakan badannya masih lemas, O:pasien Nampak lesu, Tidak nafsu makan, Pola tidur membaik, Hb : 5,90 g/dl, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan), Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, Anjurkan tirah baring, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan).

Pada evaluasi akhir semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan. Hasil evaluasi akhir pada Ny.N sudah sesuai harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Ca Mammae diruang H1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan kasus Ca Mammae.

5.1 Kesimpulan

Dari uraian yang telah menguraikan asuhan keperawatan pada pasien Ca Mammae, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien didapatkan data focus pasien mengeluh badannya lemas, nafsu makan menurun, mengeluarkan cairan berbau busuk, kemerahan pada kulit, luka bleeding aktif, mammae membesar dan membengkak, turgor kulit kering. Riwayat penyakit dahulu pasien mengalami Ca Mammae sejak tahun 2021. Riwayat penyakit sekarang pada pasien Ca Mammae merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, mengeras, bengkak.
2. Diagnose keperawatan yang muncul pada kasus pasien Ca Mammae yaitu Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37), Deficit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (SDKI, Hal : 56), Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi

- integritas jaringan (SDKI, Hal : 282), Resiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan faktor resiko : penyakit kronis (Ca Mammae) (SDKI, Hal : 304), Keletihan (D.0057) berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) (SDKI, Hal : 130)
3. Pada Perencanaan keperawatan Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil Denyut nadi perifer meningkat, Warna kulit pucat menurun, Kelemahan otot menurun, Turgor kulit membaik, Tekanan darah diastolic dan siastolik membaik, Hemoglobin membaik.
 4. Pada pelaksanaan, diagnose pertama Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, Hal : 37) dilakukan tindakan pemeriksaan nadi perifer pada pasien, transfuse darah PRC target Hb >10 g/dl dalam 3 bag, observasi tanda-tanda vital, memberikan air hangat untuk kebutuhan ADL pasien.
 5. Pada evaluasi, semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 19 Januari 2022.
 6. Pada dokumentasi, perawat telah melakukan pengkajian pada pasien Ca Mammae, melakukan perencanaan tindakan terhadap pasien Ca Mamme, melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien Ca

Mamme, melakukan evaluasi terhadap pasien Ca Mammae hingga pasien KRS.

5.2 Saran

Dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan maka penulis mengemukakan saran yang mungkin bermanfaat untuk penanganan khususnya terhadap pasien Ca Mammae. Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien Ca Mammae.

2. Bagi pendidikan

Diharapkan berperan dalam meningkatkan kualitas perawat dengan cara menyediakan akses yang mudah bagi perawat untuk memperoleh ilmu pengetahuan tentang medical bedah yang sesuai dengan perkembangan dalam mengatasi masalah.

3. Bagi pasien/keluarga pasien

Diharapkan untuk pasien/keluarga pasien memiliki pengetahuan tentang penyakitnya, tidak menolak saat perawat melakukan tindakan kepada pasien, seharusnya keluarga mendukung atau membantu untuk pengobatan pasien.

4. Bagi mahasiswa

Diharapkan untuk mahasiswa memiliki pengetahuan atau wawasan tentang keperawatan. Bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. 2014. *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta:
American Cancer Society.1110
- dr.Rusbandi Sarpini. (2017). *Anotomi dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis* (Edisi Revi). IN MEDIA.
- Fayzun., F., Muna., A., Y., D. A. R., Novitasari, E., & Baihaqi, I. (2018). Kanker Payudara.
- Haryati, F., & Sari, D. N. A. (2019). Hubungan body image dengan kualitas hidup pada pasien kanker payudara yang menjalankan kemoterapi. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 3(2), 54. <https://doi.org/10.32504/hspj.v3i2.138>
- Helena Diana Putri. (2014). Asuhan Kebidanan Ibu Menyusui Dengan Abses Payudara Di Pmb Kusmini Lampung Utara. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- Kebayantini, N. L. N., Purnia, I. N., Zuryani, N., Nugroho, W. B., Kamajaya, G., & S.M, N. M. A. (2017). Sadari dan perilaku hidup sehat sebagai upaya pencegahan kanker dikalangan mahasiswi UNUD (sebuah laporan pengabdian masyarakat). *Jurnal Ilmiah Widya Sosiopolitika*, 3(1), 107–116. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/widya/article/download/61430/37953/>
- Kobina, E., Edzie, M., Dzefi-tettey, K., Gorleku, P. N., Amankwa, A. T., Aidoo, E., Agyen-mensah, K., Idun, E. A., Quarshie, F., Kpobi, J. M., Kusodzi, H., Edzie, R. A., & Asemah, A. R. (2021). *Evaluation of the Clinical and Imaging Findings of Breast Examinations in a Tertiary Facility in Ghana*.

2021.

Nurarif, amin huda, & Kusuma, H. (2015). cancer mammae.

Nurarif,amin huda, & Kusuma, H. (2018). Cancer Mammae.

<http://www.perawatciamik.com/2018/03/laporan-pendahuluan-ca-mamae-nanda-nic.html?view=timeslide>

Panigoro, S., Hernowo, B. S., & Purwanto, H. (2019). Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 1–50.

<http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>

Rosida, A. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien dengan CA Mammae yang Di Rawat Di Rumah Sakit. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1047/1/K-TI-Amalia-Rosida.pdf>

Rustamadji, P., Wiyarta, E., & Bethania, K. A. (2021). *CD44 Variant Exon 6 Isoform Expression as a Potential Predictor of Lymph Node Metastasis in Invasive Breast Carcinoma of No Special Type. 2021.*

Swasri, A. A. K. (2021). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. Y Dengan Carsinoma Mammae Post Operasi Modified Radical Mastectomy Di Ruang Angsoka 1105–1112.* <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/id/eprint/7579>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Lampiran I

Standar Operasional Prosedur (SOP)

Perawatan Luka Ca Mammae

1. Definisi

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 instrument yang berisi :
 - 1) 2 buah pinset anatomi
 - 2) 2 buah pinset chirugis
 - 3) Gunting jaringan
 - 4) Cacing 2 buah
- b) Peralatan lain :
 - 1) Trolly
 - 2) Tromol berisi 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 (cairan metronidazole 500 mg/100ml)

4. Prosedur pelaksanaan

a. Tahap pra interaksi

- 1) Melakukan verifikasi program terapi
- 2) Mencuci tangan
- 3) Memakai sarung tangan bersih
- 4) Menempatkan alat ke depan pasien

b. Tahap orientasi

- 1) Mengucapkan salam dan menyapa pasien
- 2) Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada pasien
- 3) Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan
- 4) Memberi kesempatan bertanya pada pasien sebelum tindakan

c. Tahap kerja

- 1) Menjaga privacy pasien
- 2) Mengatur posisi pasien sehingga luka dapat terlihat dan terjangkau oleh perawat

- 3) Membuka bak instrument
- 4) Menuangkan cairan metronidazole 500 mg/100ml ke dalam cucing
- 5) Mengambil kasa steril secukupnya, kemudian masukkan ke dalam cucing yang berisi cairan metronidazole 500 mg/100 ml
- 6) Mengambil sepasang pinset anatomis dan cingis
- 7) Memeras kasa yang sudah di tuangkan ke dalam cucing
- 8) Taruh perasan kasa ke dalam bak instrument atau tutup bak instrument bagian dalam
- 9) Pasangkan perlak di bawah luka pasien
- 10) Buka balutan luka pasien, sebelumnya basahi dulu plester atau hipafiks dengan cairan NaCl 0,9%
- 11) Masukkan balutan tadi ke dalam bengkok atau kresek
- 12) Observasi keadaan luka pasien, jenis luka, luas luka, adanya pus atau tidak dan kedalaman luka
- 13) Buang jaringan yang sudah membusuk (jika ada) menggunakan gunting jaringan
- 14) Ganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan steril
- 15) Lakukan perawatan luka dengan kasa yang sudah di beri larutan cairan metronidazole 500 mg/100 ml
- 16) Setelah dilakukan perawatan luka ditutup dengan kasa steril secukupnya
- 17) Kemudian di fiksasi luka dengan plester atau hipafiks

18) Rapihan pasien

d. Tahap terminasi

- 1) Membereskan peralatan yang digunakan
- 2) Sampaikan kepada pasien bahwa tindakan sudah selesai
- 3) Sampaikan terimakasih atas kerja samanya
- 4) Lepas sarung tangan
- 5) Cuci tangan
- 6) Dokumentasikan tindakan

Lampiran II

SOP (Standar Operasional Prosedur)

PEMASANGAN TRANSFUSI DARAH

I Pengertian :

Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.

II Tujuan :

1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan).
2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada pasien anemia berat.
3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi sulih (misalnya, faktor pembekuan untuk membantu mengontrol perdarahan pada pasien hemofilia).

III Peralatan

1. Kateter besar (18G atau 19G)
2. Cairan IV salin normal (Nacl 0.9%)
3. Set infuse darah dengan filter
4. Produk darah yang tepat
5. Hand scoon bersih
6. Alcohol swab
7. Plester

8. Manset tekanan darah
9. Stetoskop
10. Thermometer
11. Format persetujuan pemberian transfusi yang ditanda tangani

IV. Prosedur

1. Jelaskan prosedur kepada pasien kaji pernah atau tidak pasien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul
2. Minta klien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera
3. Pastikan bahwa pasien telah menandatangani surat persetujuan
4. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan
5. Pasang selang IV dengan menggunakan kateter berukuran besar
6. Gunakan selang infuse yang memiliki filter didalam selang
7. Gantungkan botol larutan salin normal 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai
8. Ikuti protokol lembaga dalam mendapatkan produk darah dari bank darah
9. Identifikasi produk darah dan pasien dengan benar
10. Ukur tanda vital dasar pasien
11. Berikan dahulu larutan salin normal. Mulai berikan transfuse secara perlahan diawali dengan pengisian filter didalam selang
12. Atur kecepatan sampai 2ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetapkan bersama pasien

13. Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfuse, selanjutnya ukur setiap jam
14. Pertahankan kecepatan infuse yang di programkan dengan menggunakan pompa infuse
15. Lepas dan buang sarung tangan, cuci tangan

Lampiran III

SOP (Standar Operasional Prosedur)

Pemberian Injeksi IV (Intra Vena) Melalui Infus

I. Pengertian

Memasukan cairan atau obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dengan melalui saluran infus

II. Tujuan

Infus Intravena, digunakan untuk memberikan obat-obatan ke pembuluh darah secara konstan namun sedikit demi sedikit, terdiri atas infus pompa dan infus tetes.

III. Alat dan bahan

1. Baki obat
2. Spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.
3. Kapas alkohol/alkohol swab
4. Buku obat/catatan
5. Bengkok obat
6. Sarung tangan
7. Tempat sampah medis khusus

IV. Prosedur

1. Tahap pre interaksi

- a) Melakukan verifikasi program pengobatan klien (cek 7 benar)
- b) Menempatkan alat didekat pasien

2. Tahap orientasi

- a) Memberi salam dan menanyakan identitas pasien
- b) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan

3. Tahap kerja

- a) Menjaga privasi
- b) Pasang alas di area yang akan dilakukan penyuntikan
- c) Cuci tangan
- d) Pasang sarung tangan
- e) Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
- f) Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab
- g) Matikan aliran cairan infus ke vena pasien
- h) Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu
- i) Masukkan jarum spit ketempat penusukan
- j) Secara perlahan suntikkan obat ke dalam selang infus
- k) Setelah obat asuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand lalu letakkan pada bengkok dan kemudian buang ke tempat sampah medis alat tajam
- l) Buka kembali aliran infus ke vena, atur kembali tetesan sesuai program
- m) Amati kelancaran tetesan infus
- n) Lepaskan sarung tangan
- o) Rapikan alat-alat dan bantu pasien dalam posisi nyaman

4. Tahap terminasi

- a) Melakukan evaluasi tindakan
- b) Berpamitan dengan pasien
- c) Mencatat kegiatan dalam lembar catatan perawatan