



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI
IRNA BEDAH WANITA RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

SINDU AULIZAHRA
NIM : 203110192

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI
IRNA BEDAH WANITA RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan sebagai Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan di Pendidikan Diploma III Politeknik
Kesehatan Kemenkes Padang*

SINDU AULIZAHRA
NIM : 203110192

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Sinda Aulizahra

NIM : 203110192

Program Studi : D-III Keperawatan Padang

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara di
IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Sila Dewi Anggreni, S. Pd, M. Kep, Sp. KMB ()

Penguji 1 : Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp. KMB ()

Penguji 2 : Ns. Hj. Defa Rizka, S. Kep, M. Biomed ()

Penguji 3 : Ns. Yosi Suryarinih, M. Kep, Sp. KMB ()

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 30 Mei 2023

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep

NIP : 19750121 1999303 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya pada program studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang.

Peneliti menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini peneliti menghaturkan rasa hormat dan terimakasih atas bantuan dan bimbingan dari ibu Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep, M. Biomed selaku pembimbing I, kepada ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, M. Kep, Sp. KMB selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada, Yth :

1. Ibu Renidayati, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. H . Yusirwan Yusuf, Sp, BA(K), MARS selaku pimpinan RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Bapak Tasman, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Hj. Reflita, S. Kp, M. Kes selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu Dosen serta Staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalamannya selama perkuliahan.

7. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga yang telah memberikan banyak do'a serta semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang Program studi D-III keperawatan Padang Tahun 2020 serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan yang telah membantu dan memberi dukungan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga semua bimbingan, bantuan, dan amal kebaikan yang telah diberikan mendapat rahmat dan karunia dari Tuhan Yang Maha Esa. Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi tercapainya kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, Mei 2023

Sindu Aulizahra

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang, Politeknik Kesehatan Padang.

Padang, 23 Mei 2023

Menyetujui

Pembimbing I

Ns. Hj. Defia Rosa, S. Kep, M. Bioned
NIP : 19730503 199503 2 002

Pembimbing II

Ns. Yusi Survarinisih, M. Kep, Sp. KMB
NIP : 19750718 199803 2 003

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep
NIP : 19750121 199903 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik di kutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sindu Aulizatra

NIM : 203110192

Tanda Tangan :

A 10,000 Indonesian Rupiah stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10.000', 'METRAL LEMPAU', and 'REPUBLIK INDONESIA'. The signature is written in blue ink.

Tanggal :

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Sindu Aulizahra**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil
Padang Tahun 2023**

Isi : xi + 102 Halaman + 2 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Kanker payudara merupakan kasus kanker yang menempati posisi pertama di dunia dengan angka kejadian 68.858 kasus dan menjadi penyebab kematian keempat oleh kanker dengan angka kejadian 684.996 (*International Agency For Research On Cancer/IARC*) tahun 2020. Di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan Juli-September 2022 pada survey awal didapatkan data sebanyak 43 pasien yang dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosis kanker payudara. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dimulai bulan Oktober 2022 sampai Juni 2023 di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi berjumlah 2 orang sampel 1 orang diambil dengan teknik *Purposive Sampling*. Instrumen pengumpulan data berupa format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, pengukuran, wawancara, dan studi dokumentasi, data di analisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan diagnosis keperawatan yang muncul pada fase preoperatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, dan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Sedangkan pada fase post operatif diagnosis yang muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Rencana keperawatan pada pasien dengan kanker payudara yaitu terapi relaksasi nafas dalam, perawatan kenyamanan, perawatan integritas kulit, manajemen nyeri, pemberian analgetik, perawatan luka, dan pencegahan infeksi belum teratasi.

Diharapkan bagi perawat IRNA Bedah Wanita melakukan intervensi secara rutin dan berkala terhadap nyeri yang diderita pasien kanker payudara dengan teknik nonfarmakologis yaitu relaksasi nafas dalam agar pasien merasa nyeri nya berkurang dan merasa nyaman.

Kata Kunci : Kanker Payudara, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 36 (2013 – 2022)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR ORISINALITAS	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Kanker Payudara	7
1. Pengertian Kanker Payudara	7
2. Etiologi Kanker Payudara.....	7
3. Manifestasi Kanker Payudara	9
4. Klasifikasi Kanker Payudara	10
5. Grade dan Stadium Kanker Payudara	12
6. Patofisiologi Kanker Payudara	18
7. WOC Kanker Payudara	20
8. Penatalaksanaan Kanker Payudara	22
9. Pemeriksaan Penunjang	23
B. Asuhan Keperawatan Teoritis Kanker Payudara	26
1. Pengkajian Keperawatan	26
2. Diagnosis Keperawatan	32
3. Intervensi Keperawatan	33
4. Implementasi Keperawatan	51
5. Evaluasi Keperawatan	51

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain penelitian	52
B. Tempat dan Waktu penelitian	52
C. Populasi dan sampel	52
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan data	53
E. Teknik Pengumpulan Data	54
F. Jenis dan Pengumpulan Data	56
G. Rencana analisis	57

BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus.....	58
1. Pengkajian Keperawatan.....	58
2. Diagnosis Keperawatan.....	61
3. Intervensi Keperawatan	63
4. Implementasi Keperawatan	67
5. Evaluasi Keperawatan	70
B. Pembahasan Kasus	73
1. Pengkajian Keperawatan.....	74
2. Diagnosis Keperawatan.....	77
3. Intervensi Keperawatan	84
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	94

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	100
B. Saran.....	101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pre Operasi.....	33
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Post Operasi	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 2 Gannchart
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Surat Izin Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 10 Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 11 Daftar Hadir Penelitian

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Sindu Aulizahra
NIM : 203110192
Tempat/Tanggal : Kerinci, 16 Februari 2002
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum kawin
Nama Orang Tua :
 Ayah : Marino
 Ibu : Sutarmi
Alamat : Belakang TVRI, RT 03 RW 06, Kelurahan KPIK,
Kecamatan Koto Tangah, Padang

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK Ikhlas Padang	2008
2.	SD Negeri 13 Padang	2014
3.	SMP Islam Khaira Ummah Padang	2017
4.	MAN 3 Padang	2020
5.	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2023

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel yang tidak terkendali yang tumbuh secara tidak normal dan merusak bentuk dan fungsi aslinya (Suryani, 2020). Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya sel-sel yang abnormal yang dapat berkembang diluar terkendali dan memiliki kemampuan untuk menyerang dan berpindah antara sel dan jaringan tubuh. Kanker terdiri atas berbagai jenis tergantung dari organ tubuh yang menjadi tempat pertumbuhan dan perkembangan sel kanker tersebut salah satunya yaitu kanker payudara. Kanker payudara merupakan tumor ganas yang terbentuk akibat pertumbuhan sel yang tidak terkendali sehingga menyebar diantara jaringan didekat payudara (Laili Rahayuwati at al, 2020).

Faktor resiko yang dapat mempengaruhi terjadinya kanker payudara diantaranya yaitu genetik, penambahan usia, riwayat penyakit kanker payudara pada keluarga, *menarche* pada usia sebelum 12 tahun, melahirkan anak pertama pada usia lebih dari 30 tahun, monopouse pada usia lebih dari 55 tahun, terapi hormon, terpajan radiasi, mengalami obesitas pada usia dewasa awal, asupan alkohol dan diet tinggi lemak (Brunner and suddarth, 2017). Hal ini dinyatakan sejalan dengan penelitian yang di lakukan Rini Febrianti dkk yang menunjukkan dari 148 responden, terdapat sebanyak 70 orang (47,3%) mempunyai usia yang beresiko untuk menderita kanker payudara. Salah satu faktor kanker payudara adalah usia, semakin tinggi usia semakin tinggi faktor resiko terjadinya kanker payudara (Febrianti, 2021).

Kanker payudara stadium awal jika diraba umumnya tidak terdapat benjolan dan belum ada rasa sakit tetapi adanya ketidaknyamanan pada daerah tersebut. Stadium selanjutnya terdapat gejala yaitu jika diraba dengan tangan akan terasa ada benjolan, jika diamati bentuk dan ukurannya berbeda dari sebelumnya, ada luka di payudara ataupun puting, keluar darah atau cairan encer dari puting dan

kulit payudara berkerut (Suryani, 2020). Kanker payudara membutuhkan penanganan lebih lanjut secara tepat, jika tidak maka kanker payudara dapat bermetastasis ke jaringan disekitarnya dan dapat melalui aliran darah dan saluran limfe. Kanker payudara sering terjadi bermetastasis ke paru-paru, pleura, dan juga tulang, tetapi jika penyebarannya luas dapat berupa pembengkakan kelenjar getah bening, supraklavikula dan servikal, hasil rontgen dada abnormal, dan penurunan fungsi hati (Dartiwen. Aryanti, 2022). Hasil penelitian Ahmad Fakhrozi Helmi dkk pada tahun 2021, dengan melibatkan 260 pasien kanker payudara didapatkan kanker payudara yang sering bermetastasis pada paru sebanyak (48,5%), tulang (26,2%), hati (19,2%), otak (5,4%), dan tempat lain (0,8%) (fakhfozi Helmi, 2021).

Basis data online dari *International Agency For Research On Cancer (IARC)* tahun 2020, kanker payudara menjadi kasus kanker yang menempati posisi pertama di dunia dengan angka kejadian 68.858 kasus. Kanker payudara menempati urutan ke-4 penyebab kematian tertinggi di dunia yang disebabkan oleh kanker secara global dengan angka kematian sebanyak 684.996 kasus. Kemudian terdapat angka kejadian kanker payudara di Asia mencapai dan terus meningkat hingga 48%, dengan tingkat kematian mencapai 54.9%, dan juga bahkan diprediksi hingga tahun 2030 kasus kanker payudara di Asia akan sampai angka 10,6 juta orang, bagi wanita penyakit kanker payudara ini juga masih menjadi pembunuh nomor 1 di Asia (Haeriyah & Febriyanti, 2019). Menurut IARC (2018) Kanker payudara pada tahun 2017 di Asia sebesar 310.577 kasus (13.8%).

Berdasarkan Globocan prevalensi penyakit kanker di Indonesia sebanyak 136.2 per 100.000 penduduk dengan angka kejadian kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk yang diikuti kanker leher rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk. Hasil dari data RISKESDAS pada tahun 2018 menunjukkan bahwa kasus kanker pada tahun 2018 sebanyak 1.8% dengan daerah tertinggi yaitu Yogyakarta sebanyak 4,9%.

Pada tahun 2018 prevalensi kanker payudara tertinggi adalah provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 4,86 per 1000 penduduk, diikuti oleh Sumatera Barat 2.47 per 1000 penduduk dan posisi ketiga Gorontalo 2.44 per 1000 penduduk (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data dari dinas kesehatan Provinsi Sumatera Barat tahun 2020, kasus kanker di Sumatera Barat pada tahun 2017-2019 mengalami peningkatan. Untuk perempuan, kasus kanker payudara, kanker payudara berada pada urutan pertama yaitu meningkat sebanyak 39,27% dari 303 kasus pada tahun 2017 menjadi 422 tahun 2018 dan pada tahun 2019 meningkat 13,50% menjadi 479 kasus. Kesimpulan dari data dinas kesehatan diatas yaitu kasus kanker payudara mengalami pertumbuhan yang signifikan setiap tahunnya.

Data rekam medis RSUP. Dr. M. Djamil Padang, mencatat kasus dengan kanker payudara dalam 3 tahun terakhir. Didapatkan data pada tahun 2019 sebanyak 201 pasien dan angka tersebut mengalami penurunan pada tahun 2020 sebanyak 116 pasien dan mengalami peningkatan pada tahun 2021 sebanyak 146 pasien. Rata-rata umur pasien yang terkena kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu wanita yang berusia lebih dari 42 tahun.

Perawat mempunyai peran dalam memberikan asuhan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung kepada pasien, keluarga, dan masyarakat dengan metode proses keperawatan. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan yang harus dilakukan pada pasien kanker payudara yaitu pengkajian riwayat kesehatan, kaji reaksi terhadap diagnosis dan kemampuan untuk menghadapinya, dan tanyakan keterampilan coping, sistem pendukung, defisit pengetahuan, dan ketidaknyamanan (Smeltzer, S. C, & Bare, 2017).

Pasien kanker payudara memerlukan asuhan keperawatan yang holistik untuk memenuhi kebutuhan dasar yaitu kebutuhan biologis, psikologis, sosial,

kultural dan spiritual. Perawat berperan penting dan bertanggung jawab dalam melakukan penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara. Pada saat pre operatif perawat berperan dalam memberikan informasi mengenai kanker payudara serta edukasi mengenai pilihan pengobatan dan membantu pasien dalam mengevaluasi pengobatan pilihan pasien, serta perawat berperan penting dalam menurunkan kecemasan pasien, dengan mempertimbangkan keadaan emosional dan diagnosis (Nuryani, 2013).

Penatalaksanaan kanker payudara terbagi menjadi dua, yang pertama terapi lokal yaitu pembedahan konservatif, mastektomi, radikal yang dimodifikasi, mastektomi radikal dengan rekonstruksi. Keduanya terdapat jenis pengobatan terapi sistemik yaitu kemoterapi, terapi hormonal serta penggantian sumsum tulang belakang (Smeltzer, S. C, & Bare, 2017). Tindakan pada penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk kanker payudara seperti operasi, kemoterapi, dan mastektomi akan mempengaruhi tubuh pasien, pada pembedahan akan terjadi gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan hilangnya salah satu organ bagi wanita dan juga mengalami kebotakan saat kemoterapi. Pasien dengan kanker payudara akan mengalami dampak fisiologis maupun psikologis seperti depresi, gangguan citra tubuh, kecemasan sebelum dilakukan tindakan (B, S., Herbowo, S., Panigroro & H, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tria dan Syarifah pada tahun 2018 didapatkan hasil sebanyak 61,5% pasien mengalami gangguan citra tubuh setelah melakukan operasi. Penelitian yang dilakukan Utami, dkk pada tahun 2017 didapatkan hasil sebanyak 95,5% pasien mengalami depresi ringan, ansietas ringan sebanyak 79,6% dan ansietas sedang-berat sebanyak 20,4%. Penelitian yang dilakukan oleh Arif, dkk pada tahun 2020 didapatkan 60% dari 55 responden kanker payudara yang menjalani kemoterapi mengalami tingkat kecemasan sedang, dan sebanyak 63,6% mengatakan mengalami pola tidur yang buruk.

Survey awal yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang di IRNA Bedah Wanita pada tanggal 28 Oktober 2022 didapatkan data pada 3 bulan terakhir

yaitu pada bulan Juli, Agustus, dan bulan September sebanyak 43 orang pasien yang dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dan didapatkan 2 orang pasien kanker payudara dengan satu pasien post operatif mastektomi. Hasil wawancara dengan salah satu pasien post operatif mastektomi mengatakan merasakan nyeri disekitar luka operasi, pasien tampak meringis, pasien terpasang monitor TTV, terpasang WSD/drain pada sisi dadanya untuk menghisap cairan yang menumpuk didalam paru-paru dikarenakan kanker payudara sudah bermetastasis ke paru, dan juga tampak terpasang nasal canul 4 liter/jam. Saat dilakukan wawancara dengan perawat ruangan mengatakan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan kanker payudara adalah kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat analgesic untuk pereda nyeri dan juga melakukan perawatan luka pada pasien post operatif.

Berdasarkan data dan fenomena yang peneliti uraikan diatas, maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023

- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan tentang kanker payudara dan menambah kemampuan serta pengalaman peneliti tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara

b. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan sumbang pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil padang

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sumber pembelajaran di prodi D3 Keperawatan Padang khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peneliti selanjutnya sebagai tambahan informasi dan referensi khususnya dalam peneliti yang akan mengambil kasus asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KANKER PAYUDARA

1. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan penyakit dimana sel-sel telah kehilangan kontrol dan mekanisme normalnya, sehingga terjadi pertumbuhan jaringan payudara yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali. (Nuryani, 2013). Kanker payudara merupakan penyakit ganas yang paling banyak menyerang wanita. Kanker payudara disebabkan oleh pembelahan sel yang tidak teratur di dalam tubuh sehingga menyebabkan pertumbuhan sel tumbuh tidak terkendali dan akan tumbuh menjadi benjolan seperti tumor (Nugroho, 2015).

2. Etiologi Kanker Payudara

Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, namun ada beberapa faktor genetik. Kanker payudara memperlihatkan proliferasi keganasan sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Awalnya, hanya terdapat hiperplasia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal, yang kemudian berkembang menjadi karsinoma insitu dan sel menjadi massa. Hormon steroid yang diproduksi oleh ovarium juga berperan dalam perkembangan kanker payudara (estradiol dan progesterone mengalami perubahan dalam lingkungan seluler) (Smeltzer, S. C, & Bare, 2017).

Penyebab kanker payudara menurut Nuryani (2013), yaitu :

a. Faktor Usia

Semakin tua seorang wanita, semakin tinggi resiko terkena kanker payudara. Usia 50-59 tahun merupakan kelompok usia dengan resiko tertinggi terkena kanker payudara, terutama bagi mereka yang mengalami menopause terlambat.

b. Faktor Genetik

Ada dua jenis gen BRCA 1 dan BRCA 2, yang sangat mungkin menjadi faktor resiko kanker payudara. Jika seorang ibu atau saudara perempuan menderita kanker payudara, maka resiko kanker payudara

dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita lain tanpa ada riwayat keluarga yang menderita kanker payudara.

c. Gaya Hidup Tidak Sehat

Kurang berolahraga atau tidak aktif, kebiasaan makan yang tidak sehat dan tidak teratur, merokok dan mengkonsumsi alkohol dapat meningkatkan resiko kanker payudara.

d. Usia Saat Menarche

Jika seorang wanita mengalami menstruasi dini, maka wanita sebelum 12 tahun memiliki resiko lebih besar terkena kanker payudara. Karena semakin cepat seseorang pubertas, maka semakin lama jaringan payudara dapat terpapar oleh polutan penyebab kanker seperti bahan kimia, estrogen atau radiasi.

e. Riwayat Keluarga dengan Kanker Payudara

Jika seorang ibu, saudara perempuan, adik, kakak memiliki kanker payudara (terutama sebelum usia 40 tahun), resiko terkena kanker payudara lebih tinggi. Resiko dapat menjadi dua kali lipat jika ada lebih dari satu anggota keluarga inti yang menderita kanker payudara dan semakin muda ada anggota keluarga yang mengidap kanker maka semakin besar kemungkinan penyakit tersebut bersifat turun-temurun.

f. Riwayat Kanker Payudara

Seorang wanita yang pernah menderita kanker di satu payudaranya, memiliki resiko lebih tinggi terkena kanker di payudara lainnya.

g. Usia Saat Melahirkan Anak Pertama

Semakin tua usia saat anak pertama lahir, Semakin tinggi resiko terkena kanker payudara. Pada usia 30 tahun atau lebih dan belum pernah melahirkan anak resiko terkena kanker payudara juga akan lebih tinggi.

h. Obesitas setelah Menopause

Setelah menopause, wanita yang mengalami kelebihan berat badan memiliki resiko 1,5 kali lebih tinggi terkena kanker payudara daripada dengan wanita berat badan normal.

i. Mengonsumsi Alkohol

Wanita yang mengonsumsi alkohol memiliki resiko besar terkena kanker payudara karena alkohol menyebabkan perlemakan hati, yang membuat hati bekerja lebih keras dan juga lebih sulit memproses estrogen untuk keluar dari tubuh.

3. Manifestasi Klinis Kanker Payudara

Manifestasi klinis kanker payudara pada setiap wanita berbeda-beda. Tanda yang paling umum adalah perubahan bentuk payudara dan puting, perubahan yang bisa dirasakan dengan sentuhan dan keluarnya cairan dari puting (Savitri, 2015).

Beberapa gejala kanker payudara menurut Savitri (2015), yaitu :

a. Adanya benjolan di payudara

Biasanya terdapat benjolan pada payudara yang terasa keras dan tidak dapat dirasakan pada payudara yang lain.

b. Adanya benjolan di ketiak

Biasanya terasa adanya benjolan kecil yang keras di ketiak dan ini bisa menjadi tanda bahwa kanker payudara telah menyebar ke kelenjar getah bening.

c. Perubahan Bentuk dan Ukuran Payudara

Biasanya bentuk dan ukuran payudara tidak sama. Bisa lebih kecil atau lebih sebelahnya lebih besar.

d. Keluarnya Cairan pada Puting

Biasanya keluar cairan sendiri tanpa menekan puting susu, terjadi hanya muncul di salah satu payudara, disertai darah atau nanah berwarna kuning sampai kehijauan.

e. Perubahan Puting

Puting terasa seperti terbakar, gatal, dan muncul luka yang sulit sembuh atau bertahan lama. Selain itu, puting cenderung terlihat masuk kedalam, dan berubah bentuk atau posisi memerah.

f. Kulit Payudara keriput

Muncul kerutan seperti jeruk purut di kulit payudara. Tanda-tanda kanker payudara telah bermetastasis (Savitri, 2015) :

- 1) Nyeri pada tulang
- 2) Edema pada lengan atau luka disekitar kulit payudara
- 3) Penumpukan cairan di sekitar paru-paru
- 4) Mual
- 5) Tidak nafsu makan
- 6) Mengalami penurunan berat badan
- 7) Sesak saat bernafas
- 8) Penglihatan buram

4. Klasifikasi Kanker Payudara

Klasifikasi kanker payudara Menurut Nuryani (2013) :

a. Kanker payudara dibagi menjadi dua bagian menurut jenis serangannya, yaitu :

1) Kanker Payudara Invasif

Sel kanker payudara invasif merusak saluran serta kelenjar susu dan menyerang jaringan lemak serta jaringan ikat di sekitarnya. Kanker dapat bersifat invasif tanpa menyebar (metastasis) ke kelenjar getah bening atau organ tubuh lainnya.

2) Kanker Payudara Non-Invasif

Sel kanker terperangkap dalam saluran kelenjar susu dan tidak menyerang jaringan lemak dan jaringan ikat disekitarnya.

b. Kanker payudara dibagi menjadi dua bagian berdasarkan prevalensinya, yaitu :

1) Jenis kanker payudara yang sering terjadi

a) Lobular Carsinoma In Situ (LCIS)

LCIS sel kanker tumbuh di dalam kelenjar susu dan pertumbuhan sel jelas terlihat. Untuk pasien kanker payudara LCIS harus dimonitor dengan ketat dengan melakukan pemeriksaan rutin yaitu empat bulan sekali oleh dokter dengan melakukan uji klinis payudara dan juga mamografi.

b) Ductal Carcinoma In Situ (DCIS)

DCIS adalah tipe kanker payudara non-invasif yang paling umum terjadi. Dengan melakukan deteksi dini akan meningkatkan 100% tingkat bertahan hidup pasien yang menderita kanker payudara dengan DCIS karena tidak menyebar ke jaringan lainnya.

c) Infiltrating Lobular Carcinoma (ILC)

ILC bersifat invasive dengan angka kejadian 10-15% dari seluruh pasien dengan kanker payudara. ILC dimulai di kelenjar susu (Lobulus) payudara, tetapi sering menyebar ke bagian tubuh lainnya.

d) Infiltrating Ductal Carcinoma (IDC)

Dikenal sebagai kanker invasive, ini adalah kanker payudara invasif yang paling umum, terhitung sekitar 80% dari semua pasien kanker payudara dengan IDC. IDC terjadi pada saluran payudara dan menyerang dinding saluran payudara serta menyerang jaringan lemak payudara sehingga dapat muncul di bagian tubuh lain.

c. Jenis Kanker Yang Jarang Terjadi

1) Karsinoma Mukosa

Karsinoma lendir, juga dikenal sebagai karsinoma koloid, yaitu kanker payudara yang terdiri dari sel-sel kanker yang menghasilkan lender (mucus). Wanita dengan kanker jenis ini memiliki tingkat kelangsungan hidup yang cukup baik dibandingkan wanita dengan kanker invasif yang lebih umum.

2) Karsinoma Meduler

Jenis kanker ini menyumbang sekitar 5% dari semua kejadian kanker payudara dan merupakan salah satu kanker invasif yang menciptakan batas tidak biasa antara sel kanker dengan jaringan normal.

3) Karsinoma Tubular

Kanker ini terjadi sekitar 2% dari semua diagnosis kanker payudara. Karsinoma tubular adalah jenis kanker payudara invasif dan wanita dengan kanker payudara jenis ini cenderung memiliki harapan hidup yang cukup baik dibandingkan dengan jenis kanker payudara lainnya.

4) Inflammatory Breast Cancer

Jenis ini merupakan jenis yang langka, terhitung hanya sekitar 1% dari semua kejadian kanker payudara. Namun, karsinoma tubular adalah jenis khusus dari kanker payudara yang bersifat invasif ditandai dengan payudara yang tampak meradang (merah dan hangat) dan memiliki pinggirannya yang berongga atau tebal yang disebabkan oleh jaringan kanker yang menyerang pembuluh limfe di kulit yang menutupi payudara dan menyumbatnya.

5) Phylloides Tumor

Tumor phylloides ini terbentuk di jaringan ikat payudara dan dapat diobati dengan pembedahan.

6) Paget's Disease Of The Nipple

Jenis kanker ini jarang terjadi, hanya terjadi pada sekitar 1% orang. Jenis kanker ini dimulai di saluran susu kemudian menyebar ke kulit areola dan kulit puting. Pada kanker jenis ini kulit kanker payudara akan terkelupas, menjadi merah, mengkoreng, dan mengeluarkan cairan.

5. Grade dan Stadium Kanker Payudara

a. Grade Kanker Payudara

Grade kanker payudara menurut Nuryani (2013), yaitu :

1) Grade 1 : Low Grade (Rendah)

Merupakan tingkatan grade yang paling rendah, sel kanker lambat dalam perkembangannya dan biasanya tidak menyebar

2) Grade 2 : Intermediate Grade (Sedang)

Merupakan grade tingkat sedang

3) Grade 3 : High Grade (Tinggi)

Merupakan grade tertinggi, cenderung berkembang cepat dan biasanya menyebar pada sistem TNM. TNM merupakan singkatan dari “T” tumor size (ukuran tumor), “N” yaitu node (kelenjar getah bening), “M” yaitu metastasis (penyebaran jauh).

Klasifikasi sistem TNM dari American Joint Committee On Cancer (AJCC) tahun 2018 adalah :

a) Kategori T untuk kanker payudara

T diikuti dengan angka dari 0 sampai 4 menggambarkan ukuran tumor utama (primer) dan jika telah menyebar ke kulit atau ke dinding dada di bawah payudara. Angka T lebih tinggi berarti tumor yang lebih besar dan atau penyebaran yang lebih luas ke jaringan di dekat payudara.

TX : Tumor primer tidak dapat dinilai.

T0 : Tidak ada bukti tumor primer.

Tis : Karsinoma in situ (DCIS, atau penyakit paget payudara tanpa massa tumor terkait).

T1 (termasuk T1a, T1b, T1c) : Tumor berukuran 2 cm (3/4 inci) atau kurang.

T2 : Tumor lebih dari 2 cm tetapi tidak lebih dari 5 cm (2 inci).

T3 : Tumor lebarnya lebih dari 5 cm.

T4 (termasuk T4a, T4b, T4c, dan T4d) : Tumor dengan berbagai ukuran yang tumbuh di dinding dada atau kulit, ini termasuk kanker payudara inflamasi).

Catatan : Dinding dada adalah termasuk iga, otot intercostalis, dan serratus anterior tapi tidak termasuk otot pektoralis.

b) Kategori N untuk kanker payudara

N diikuti dengan angka dari 0 sampai 3 menunjukkan apakah kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di dekat

payudara dan, jika iya, berapa banyak kelenjar getah bening yang terlibat.

Penentuan stadium kelenjar getah bening untuk kanker payudara didasarkan pada tampilan kelenjar dibawah mikroskop, dan telah berubah seiring dengan kemajuan teknologi. Metode yang lebih terbaru telah memungkinkan untuk menemukan kumpulan sel kanker yang semakin kecil, tetapi para ahli belum yakin seberapa besar simpanan kecil sel kanker ini mempengaruhi pandangan.

Belum jelas berapa banyak kanker di kelenjar getah bening yang dibutuhkan untuk melihat perubahan pandangan atau pengobatan. Ini masih dipelajari, tetapi untuk saat ini, deposit sel kanker harus mengandung setidaknya 200 sel atau setidaknya berukuran 0,2 mm (kurang dari 1/100 inci) agar dapat mengubah stadium N. Area penyebaran kanker yang lebih kecil dari 0,2 mm (atau kurang dari 200 sel) tidak mengubah stadium, tetapi dicatat dengan singkatan (I + atau mol +) yang menunjukkan jenis tes khusus yang digunakan untuk menemukan penyebaran.

Jika luas penyebaran kanker sedikitnya 0,2 mm (atau 200 sel), tetapi masih lebih dari 2 mm, itu disebut mikrometastasis (satu mm kira-kira seukuran dengan sebutir beras). Mikrometastasis dihitung hanya jika tidak ada area penyebaran kanker lebih besar dari 2 mm diketahui mempengaruhi pandangan dan mengubah stadium N. Area yang lebih luas ini terkadang disebut makrometastasis, tetapi lebih sering disebut metastasis.

NX : Kelenjar getah bening di dekatnya tidak dapat dinilai (misalnya, jika sudah diangkat sebelumnya).

N0 : Kanker belum menyebar ke kelenjar getah bening didekatnya.

N0 (i +) : Area penyebaran kanker mengandung kurang dari 200 sel dan lebih kecil dari 0,2 mm. Singkatan “I +” berarti bahwa sejumlah kecil sel kanker (disebut sel tumor terisolasi) terlihat pada noda rutin atau ketika teknik pewarnaan jenis khusus, yang disebut imunohistokimia digunakan.

N0 (mol +) : Sel kanker tidak dapat dilihat di kelenjar getah bening ketiak (bahkan menggunakan pewarnaan khusus), tetapi jejak sel kanker dideteksi dengan menggunakan teknik yang disebut RT-PCR. RT-PCR adalah tes molekuler yang dapat menemukan sel kanker dalam jumlah yang sangat kecil. (Tes ini jarang digunakan untuk menemukan sel kanker payudara di kelenjar getah bening karena hasilnya tidak mempengaruhi keputusan pengobatan).

N1 : Kanker telah menyebar ke 1 hingga 3 kelenjar getah bening aksila (ketiak), dan atau sejumlah kecil kanker ditemukan di kelenjar getah bening mammae internal (didekat tulang dada) pada biopsi kelenjar getah bening sentinel.

N1 mic : Mikrometastase (area kecil penyebaran kanker) di kelenjar getah bening dibawah lengan. Area kanker yang menyebar di kelenjar getah bening setidaknya berukuran 0,2 mm, tetapi tidak lebih dari 2 mm.

N1a : Kanker telah menyebar ke 1 hingga 3 kelenjar getah bening di bawah lengan dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.

N1b : Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening payudara internal di sisi yang sama dengan kanker, tetapi penyebaran ini

hanya dapat ditemukan pada biospsi kelenjar getah bening sentinel (tidak menyebabkan kelenjar getah bening membesar).

N1c : Baik N1a dan N1b berlaku.

N2 : Kanker telah menyebar ke 4 hingga 9 kelenjar getah bening di bawah lengan, atau kanker telah membesar di kelenjar getah bening payudara bagian dalam.

N2a : Kanker telah menyebar ke 4 hingga 9 kelenjar getah bening di bawah lengan, dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih besar dari 2 mm.

N2b : Kanker telah menyebar ke satu atau lebih kelenjar getah bening mammae bagian dalam, menyebabkan.

N3 : salah satu dari berikut ini :

N3a : Kanker telah menyebar ke 10 atau lebih kelenjar getah bening ketiak, dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm atau kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening dibawah tulang selangka dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.

N3b : Kanker ditemukan setidaknya satu kelenjar getah bening ketiak dengan satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm, dan telah memperbesar kelenjar getah bening payudara internal atau kanker telah menyebar ke 4 atau lebih kelenjar getah bening aksila (setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm), dan sejumlah kecil kanker ditemukan di kelenjar getah bening mammae internal pada biopsi kelenjar getah bening sentinel.

N3c : Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di atas tulang selangka (supraclavicular node) dengan setidaknya satu area kanker menyebar lebih dari 2 mm.

c) Kategori M untuk kanker payudara

M diikuti dengan 0 atau 1 menunjukkan apakah kanker telah menyebar ke organ yang jauh misalnya, paru-paru, hati, atau tulang.

MX : Penyebaran jauh (metastasis) tidak dapat dinilai

M0 : Tidak ditemukan penyebaran jauh pada sinar-X (atau tes pencitraan lainnya) atau dengan pemeriksaan fisik.

M0 (I +) : Sejumlah kecil sel kanker ditemukan dalam darah atau sumsum tulang (hanya ditemukan dengan tes khusus), area kecil penyebaran kanker (tidak lebih dari 0,2 mm) ditemukan dikelenjar getah bening yang jauh dari ketiak, tulang selangka, atau area internal mammae.

M1 : Kanker telah menyebar ke organ yang jauh (paling sering ke tulang, paru-paru, otak, atau lainnya).

b. Stadium Kanker Payudara

Menurut (Wijaya, 2015) stadium kanker payudara dibagi menjadi :

- 1) Stadium 0 : Kanker insitu dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya di jaringan payudara yang normal
- 2) Stadium I: Tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar ke jaringan lain diluar payudara
- 3) Stadium IIA : Tumor dengan diameter 2-5 cm namun belum menyebar keluar jaringan payudara, atau tumor dengan diameter 2-5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- 4) Stadium IIB : Tumor dengan diameter lebih dari 5 cm namun belum menyebar keluar jaringan payudara, atau tumor dengan diameter 2-5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- 5) Stadium IIIA : Tumor dengan diameter lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak disertai dengan perlekatan antara satu sama lain atau perlekatan ke struktur payudara atau tumor dengan diameter 5 cm yang sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- 6) Stadium IIIB : Tumor telah menyebar sampai keluar payudara, yaitu ke dalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening di dalam dada dan tulang dada

- 7) Stadium IV : Tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, dan sudah menyerang ke organ lain seperti ke hati, tulang atau paru-paru

6. Patofisiologi Kanker Payudara

Menurut Smeltzer & Bare (2017), penyebab pasti kanker payudara tidak diketahui, kemungkinan penyebabnya antara lain mutasi genetik, bertambahnya usia, riwayat kanker payudara dalam keluarga, menarche pada usia sebelum 12 tahun, kelahiran anak pertama pada usia lebih dari 30 tahun, menopause pada usia diatas 55 tahun, terapi hormon, paparan radiasi, obesitas di masa dewasa awal, penggunaan alkohol dan diet tinggi lemak.

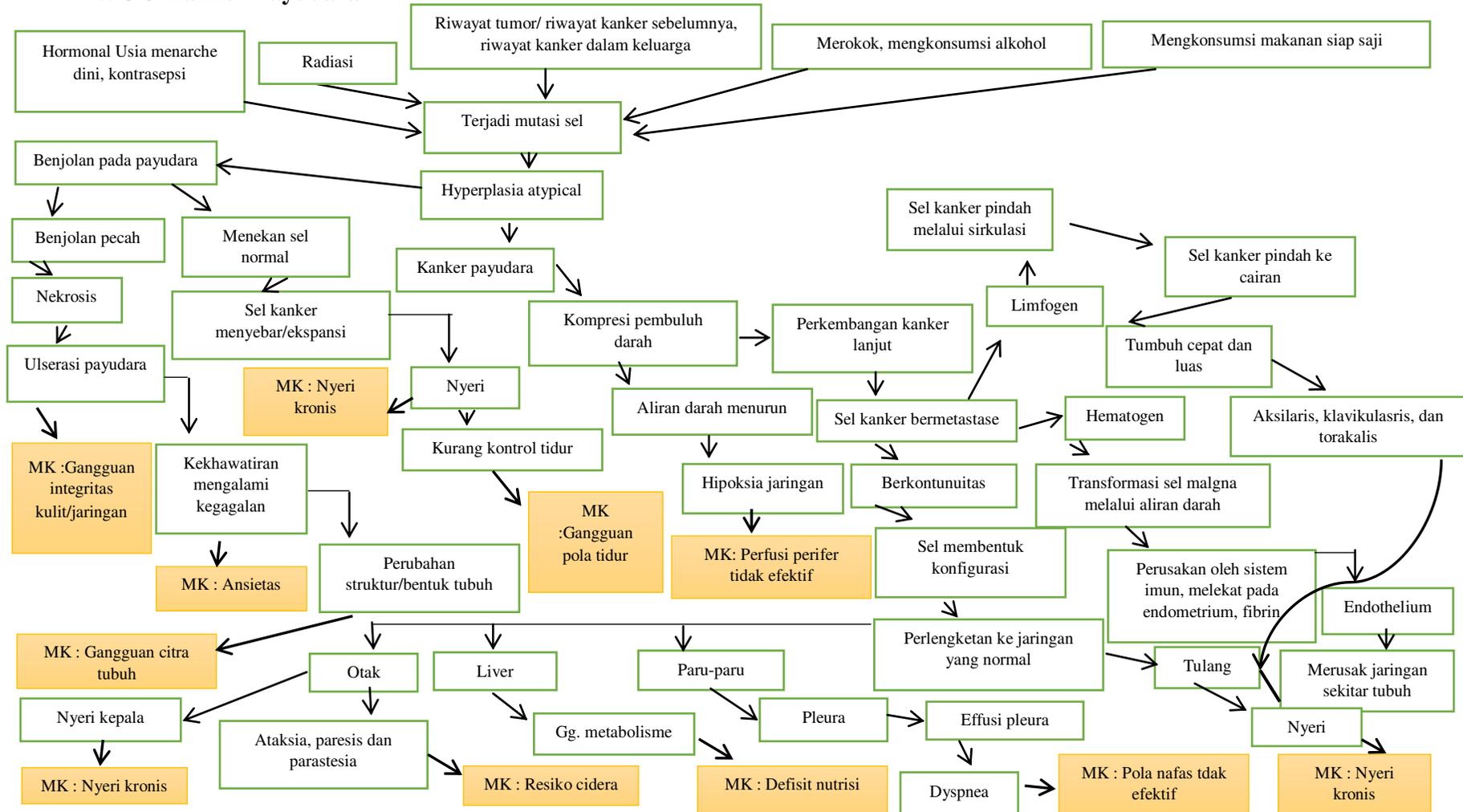
Dari penyebab tersebut akan mengakibatkan gangguan proliferasi mengakibatkan hyperplasia sel atypical yang akan menyebabkan terjadinya kanker payudara. Kanker payudara adalah penyakit yang terjadi ketika sel-sel telah kehilangan kendali dan mekanisme normalnya, sehingga terjadi pertumbuhan jaringan payudara yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali yang terjadi pada jaringan payudara (Nuryani, 2013).

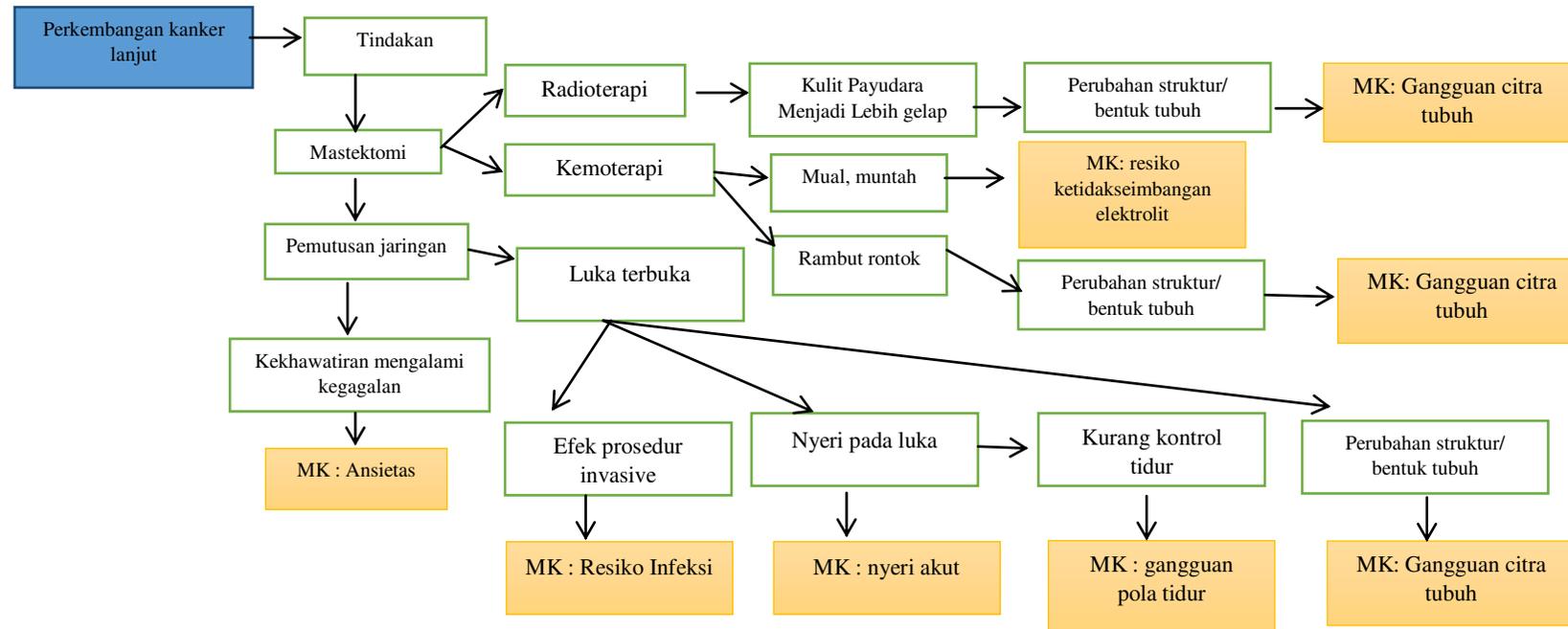
Selain itu, kanker payudara ini menekan jaringan di sekitarnya dan menekan jaringan di payudara sehingga menyebabkan payudara yang terkena kanker membengkak dan juga menekan jaringan diluar payudara seperti paru-paru. Infiltrasi pleura terjadi di paru-paru, yang kemudian menjadi efusi pleura, yang mempengaruhi ekspansi lapangan paru dan dapat juga menyebabkan sesak nafas. Penekanan payudara pada jaringan luar juga dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan payudara yang mengakibatkan nekrosis dan ulserasi pada payudara. Payudara yang asimetris dapat menyebabkan beberapa hal seperti ketidaktepatan interpretasi karena kurangnya pengetahuan tentang kanker payudara dan menimbulkan ansietas serta gangguan citra tubuh. Sel kanker tersebut

dapat mendesak sel syaraf yang selanjutnya akan mempengaruhi sel syaraf yang peka terhadap nyeri dan terjadilah nyeri (Wijaya, 2015).

Jika kanker telah memasuki stadium lanjut maka tindakan yang dapat dilakukan yaitu pengangkatan atau mastektomi payudara, dan kemoterapi. Jika pasien kanker payudara tidak mengetahui prosedur dan efek dari pembedahan maka masalah keperawatan yang dapat terjadi yaitu ansietas, lalu tindakan mastektomi akan terjadi pemutusan jaringan syaraf maka pasien akan mengeluh nyeri dan juga mengakibatkan terjadinya luka terbuka selanjutnya masalah keperawatan yang dapat terjadi yaitu resiko infeksi dan kerusakan integritas kulit. Saat payudara diangkat, pasien merasa malu dan tidak percaya diri dengan kondisinya saat ini, maka masalah keperawatan yang dapat diangkat yaitu gangguan citra tubuh (Nuryani, 2013).

7. WOC Kanker Payudara





Sumber : SDKI (2018), (Wijaya, 2015), (Smeltzer, S. C, & Bare, 2017), (Nuryani, 2013).

8. Penatalaksanaan Kanker Payudara

Penatalaksanaan kanker payudara menurut (Savitri, 2015), yaitu :

a. Penatalaksanaan Medis

Ada beberapa pilihan pengobatan kanker payudara yang digunakan sesuai dengan stadium klinis payudara. Pengobatan kanker payudara biasanya meliputi operasi/pembedahan, radioterapi/radiasi, kemoterapi, dan terapi hormon. Biasanya Penatalaksanaan medis tidak dalam satu bentuk, melainkan dalam beberapa kombinasi.

1) Operasi/pembedahan

Pembedahan dilakukan untuk mengangkat sebagian atau seluruh payudara untuk mencegah kanker payudara. Pembedahan paling utama dilakukan untuk kanker payudara stadium I dan II. Pembedahan bersifat kuratif (menyembuhkan) atau paliatif (menghilangkan gejala penyakit).

Tindakan pembedahan kanker payudara dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu :

- a) Mastektomi radikal (lumpektomi), yaitu operasi pengangkatan sebagian dari payudara. Prosedur ini selalu diikuti dengan pemberian terapi. Biasanya lumpektomi direkomendasikan pada penderita yang ukuran tumornya kurang dari 2 cm dan terletak di pinggir payudara.
- b) Mastektomi total (simple), yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara yang terkena kanker, tetapi bukan kelenjar ketiak.
- c) *Modified* mastektomi radikal, dimana seluruh payudara, jaringan payudara di tulang, dada, tulang selangka, dan tulang rusuk, serta benjolan disekitar ketiak diangkat.

2) Radioterapi

Proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan menggunakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara setelah operasi kanker payudara. Prosedur ini memiliki efek samping

kurang baik seperti melemahnya tubuh, hilangnya nafsu makan, warna kulit disekitar payudara menjadi gelap, serta Hb dan leukosit cenderung menurun sebagai akibat dari penyinaran. Pengobatan ini biasanya diberikan bersamaan dengan lumpektomi atau mastektomi.

3) Kemoterapi

Proses pemberian obat kanker berupa pil cair atau kapsul atau melalui infus yang bertujuan untuk membunuh sel kanker. Sistem ini diharapkan dapat mencapai tujuannya dalam mengobati kanker yang mungkin telah menyebar ke bagian tubuh lainnya. Efek dari kemoterapi ini adalah pasien mengalami mual dan muntah serta rambut rontok akibat pengaruh obat-obatan yang diberikan selama kemoterapi.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wijaya, 2015) pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada pasien dengan kanker payudara meliputi :

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap

- a) Hemoglobin, pada pasien kanker payudara akan ditemukan hasil Hb yang rendah dikarenakan pada saat menjalani kemoterapi yang bertujuan untuk membunuh sel kanker, tetapi juga akan mengakibatkan kadar Hb yang menjadi turun.
- b) Leukosit, pada pasien kanker payudara akan ditemukan kadar leukosit yang tinggi dikarenakan sebagai bentuk pertahanan tubuh untuk melawan benda asing.
- c) Eritrosit, pada penderita kanker payudara akan ditemukan jumlah eritrosit yang rendah karena pembentukannya terhambat oleh aliran darah yang tersumbat sel kanker.
- d) Trombosit, jumlah trombosit pada penderita kanker payudara akan menjadi rendah dikarenakan kanker payudara akan

menyebabkan terjadinya trombositopenia melalui penekanan produksi akibat kemoterapi atau infiltrasi sel ganas.

- 2) LED(Laju Endap Darah) : pada penderita kanker payudara sering ditemukan kadar LED yang tinggi dikarenakan sering disertai penyakit infeksi menahun yang disebabkan daya tahan tubuh penderita menurun
 - 3) Test fal marker, Carcino Embryogenic Antigen (CEA) dalam serum/plasma, jika nilai dari CEA lebih dari 20 ng/mL pre operasi keganasan tingkat tinggi, nilai lebih dari 2,5 ng/mL post operasi maka menandakan adanya kekambuhan dari sel kanker.
 - 4) MCA dan AFP (alfa fetoprotein), akan ditemukan peningkatan hasil MCA dan AFP pada pasien yang mengalami kanker payudara.
 - 5) Pemeriksaan sitologis (FNA dari tumor, cairan kista dan pleura effusion, secret puting susu), akan ditemukan hasil yang positif pada pasien kanker payudara.
 - 6) Enzym alkali sosphate, untuk mengetahui adanya gangguan pada hati dan tulang yang diakibatkan oleh penyebaran dari kanker payudara.
 - 7) Peningkatan LDH(Laktat Dehidrogenase), menandakan adanya kerusakan jaringan.
 - 8) Aktifitas esterogen/ vaginal smear, hormonreseptor ER,PR biasanya ditemukan peningkatan hormone estrogen pada pasien.
- b. Monografi
- Menemukan kanker insitu yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik.
- c. SCAN (CT, MRI, Galfum), ultrasound
- Bertujuan untuk diagnostic, identifikasi metastasik, respon pengobatan.

d. Biopsi (aspirasi, eksisi)

Untuk diagnosis banding dan deskripsi pengobatan. Biopsi ada dua macam tindakan yaitu dengan menggunakan jarum dan dua macam tindakan pembedahan :

- 1) Aspirasi biopsy (FNAB), dengan menggunakan jarum halus untuk membedakan antara kistik dan massa padat
- 2) True cut/care biopsy, dilakukan dengan perlengkapan stereotatic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa
- 3) Insisi biopsy, pengambilan sampel jaringan melalui pemotongan dengan pisau bedah, kulit akan disayat hingga menemukan massa dan diambil sedikit untuk pemeriksaan
- 4) Eksisi biopsy, hasil biopsy dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologis di bagian

e. Tes screening kimia : elektrolit, tes hepar, hitung sel darah

f. Foto Thoraks : untuk mengetahui adanya penyebaran kanker ke paru-paru

g. USG, digunakan untuk membedakan kista (kantong berisi cairan) dengan benjolan pada atau tumor

h. Mammografi, mamografi menggunakan sinar X dengan dosis rendah untuk menemukan daerah abnormal pada payudara

i. Termografi, digunakan untuk mendeteksi suhu panas untuk menemukan kelainan yang ada pada kanker payudara

j. Staging (penentuan stadium kanker), penentuan stadium kanker, keputusan pengobatan, tindak lanjut dan menentukan prognosis

B. ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS KANKER PAYUDARA

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien dengan kasus kanker payudara :

a. Identitas Pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, suku bangsa, agama, alamat, status perkawinan, No.MR, tanggal masuk, dan Diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut (Wijaya, 2015) kemungkinan klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak serta nyeri. Pengkajian pada masalah nyeri dengan memperhatikan tanda-tanda verbal dan nonverbal, secara umum mencakup lima hal, yaitu :

- a) P (Pemicu) : tumor menekan tulang syaraf, atau organ tubuh serta pengobatan kanker seperti pembedahan, kemoterapi, dan radioterapi.
- b) Q (Kualitas nyeri) : rasa nyeri kanker terasa menusuk-nusuk, terbakar, rasa tajam atau tumpul.
- c) R (Lokasi) : nyeri menetap, menjalar atau menyebar.
- d) S (Keparahan) : intensitas nyeri.
- e) T (Waktu) : nyeri dapat berlangsung terus-menerus, berangsur atau tiba-tiba dan bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan pada pasien pernah menderita penyakit payudara jinak. Perlu dikaji faktor-faktor resiko seperti riwayat kanker payudara dalam keluarga, usia pasien saat menarche dan menopause, riwayat pemakaian kontrasepsi oral, usia saat

melahirkan anak pertama dan riwayat mengkonsumsi alkohol (Nuryani, 2013).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji kemungkinan adanya riwayat kanker dalam keluarga. Pada kanker payudara, telah diketahui beberapa gen yang dikenali mempunyai kecenderungan untuk terjadinya kanker payudara yaitu gen BRCA1, BRCA2, dan juga pemeriksaan hispatologi faktor proliferasi (Rasjidi, 2013).

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kaji keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, berat badan, tinggi badan, tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.

2) Kepala

a) Rambut

Dapat ditemukan rambut pasien mengalami kerontokan akibat kemoterapi, dan kulit kepala tidak bersih (B, S., Herbowo, S., Panigoro & H, 2019).

b) Wajah

Tidak ada pembengkakan dan hematoma

c) Mata

Biasanya, konjungtiva pasien anemis yang di sebabkan nutrisi yang kurang, tidak terdapat edema palpebral. Pada pasien dengan metastase sel kanker ke hepar akan ditemukan ikterik pada sklera.

d) Hidung

Biasanya ditemukan pernapasan cuping hidung yang disebabkan oleh sesak nafas pada pasien dengan kanker yang bermetastase ke paru-paru.

e) Telinga

Biasanya tidak terjadi gangguan pendengaran, tidak ada cairan yang keluar dari telinga.

f) Mulut

Dapat ditemukan mukosa bibir kering dan tampak pucat.

3) Leher

Biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjer getah bening, tidak terjadi distensi vena jugularis, dan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, kecuali pada pasien kanker payudara yang sudah mengalami metastase ke kelenjar getah bening.

4) Thoraks

a) Inspeksi

Pada pasien kanker payudara dengan stadium 3 dan 4, biasanya dada tidak simetris antara kiri dan kanan akibat pembengkakan salah satu atau kedua payudara yang sudah menyebar dan mencapai dinding dada.

b) Palpasi

Biasanya pada stadium 3 fremitus kiri dan kanan masih sama karena sel kanker belum bermetastasis ke organ lain, sedangkan pada stadium 4 fremitus kiri dan kanan tidak sama karena sel kanker sudah bermetastasis ke organ lain.

c) Perkusi

Pada stadium 3 perkusi paru masih terdengar pekak karena di paru-paru terjadi effusi pleura jika sel kanker telah bermetastase ke paru-paru.

d) Auskultasi

Suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing biasanya terdengar pada stadium 3 dan 4 (Debora, 2013).

5) Jantung

a) Inspeksi

Ictus cordis biasanya tidak terlihat

b) Palpasi

Ictus cordis teraba satu jari midklavikula sinistra RIC ke V

c) Auskultasi

Jarang ditemukan terjadinya disaritmia, bunyi jantung normal, tidak ada murmur atau gallop.

6) Mammae (Payudara)

a) Inspeksi

Perhatikan kesimetrisan payudara kiri dan kanan. Biasanya kulit payudara tampak halus, jika ditemukan *Pea'u d Orange* (tekstur kulit seperti kulit jeruk), kemungkinan pasien terkena kanker payudara (Debora, 2013).

b) Palpasi

Prosedur pemeriksaan payudara menurut Debora (2013), yaitu :

- 1) Palpasi kelenjar limfe yang ada di atas dan dibawah klavikula dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah. Biasanya kelenjar limfe yang teraba tidak lebih dari 1 cm diameternya dan tidak ada pembesaran abnormal lainnya..
- 2) Dalam posisi duduk, minta klien untuk meletakkan tangan kirinya di bahu kanannya. Anjurkan klien untuk rileks dan menarik napas dalam sebelum melakukan palpasi. Gunakan tangan kanan untuk meraba kelenjar limfe yang ada di sekitar aksila, sedangkan tangan kiri digunakan untuk menyangga tangan klien.
- 3) Minta klien untuk berdiri atau duduk dengan kepala menunduk sedangkan pemeriksa berdiri di sisi kanan

klien. Gunakan tangan nondominan untuk menopang payudara, sementara tangan yang dominan untuk memalpasi payudara. Mulailah dengan memalpasi dari bagian luar payudara ke bagian dalam.

- 4) Minta klien untuk berbaring dengan tangan di belakang kepala, jika perlu ganjal bagian punggung atasnya dengan bantal tipis. Posisi ini berguna untuk membuat payudara menyebar dengan merata. Lakukan palpasi dengan gerakan melingkar mulai dari bagian luar hingga bagian dalam payudara. Gerakan melingkar bisa diganti dengan gerakan lurus mulai dari pinggir ke arah puting susu.
- 5) Tekan puting susu secara perlahan dan lihat apakah ada cairan yang keluar. Jika keluar cairan tidak normal, telusuri dengan memalpasi payudara untuk menemukan dari mana keluarnya cairan tersebut.

7) Abdomen

a) Inspeksi

Pembengkakan perut biasanya tidak terjadi, begitu pula asites.

b). Palpasi

Biasanya tidak teraba pembesaran hepar.

c) Perkusi

Biasanya bunyi abdomen tympani.

d) Auskultasi

Biasanya bising usus (+)

8) Ekstremitas

Pada beberapa kejadian, biasanya terdapat bengkak pada bagian lengan pasien.

d. Pola Konsep Diri

Pada pasien kanker payudara biasanya mengalami gangguan konsep diri. Pasien merasa sudah tidak bisa melakukan peran sebagaimana mestinya. Pasien merasa cemas dan takut ditinggal pasangannya dan merasa tidak berdaya serta tidak berguna lagi (Smeltzer, S. C, & Bare, 2017).

e. Data Psikologis

Pasien kanker payudara bias mengalami masalah psikologis. Biasanya pasien merasa takut, terjadi masalah citra tubuh, dan disfungsi seksual (Lemone, 2016).

f. Pemeriksaan Penunjang Klinis

Menurut (Wijaya, 2015) Pemeriksaan penunjang pada kanker payudara, yaitu :

1) Pemeriksaan Radiologi

Mammografi/USG *mammae* untuk mengetahui benjolan itu adalah kanker, tumor jinak atau kista. X-foto thoraks untuk mengetahui adanya penyebaran ke paru-paru. *Bone scan* untuk mengetahui adanya penyebaran kanker payudara ke tulang.

2) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah rutin lengkap untuk mengetahui adanya anemia yang menandakan kanker payudara menyebar ke sumsum tulang. Kemungkinan Hb pada penderita kanker payudara akan mengalami penurunan dan hormone reseptor ER akan (+), dan PR (+).

2. **Diagnosis Keperawatan**

a. **Diagnosis Keperawatan Pre Operatif Kanker Payudara**

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operatif kanker payudara (SDKI, 2018) :

- 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- 2) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- 3) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan hormonal
- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
- 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 7) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh

b. **Diagnosis Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara**

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operatif kanker payudara (SDKI, 2018) :

- 1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan
- 5) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek samping terapi radiasi
- 6) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur berkaitan dengan nyeri

3. Intervensi Keperawatan

a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif Kanker Payudara

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan Pre Operatif

No	Diagnosis (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan dengan Penurunan Ekspansi Paru (SDKI, hal 26)</p> <p>Definisi : Inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Penggunaan otot bantu pernapasan 3. Fase ekspirasi memanjang 4. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan 2. Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi 3. Frekuensi nafas membaik 4. Pernapasan cuping hidung tidak ada 5. Ventilasi semenit meningkat 6. Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat 	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne stokes, biot, ataksik) 3. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 4. Auskultasi bunyi nafas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor nilai AGD 7. Monitor hasil x-ray thoraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan

	<p>hiperventilasi)</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Pernapasan cuping hidung 3. Ventilasi semenit menurun 4. Tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun 		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>
2.	<p>Nyeri Kronis Berhubungan dengan Infiltrasi Tumor (SDKI, hal 174)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 	<p>Perawatan Kenyamanan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan terapi hipnotis 5. Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi</p>

<p>konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) 3. Tampak meringis 4. Gelisah 5. Tidak mampu menuntaskan aktifitas <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang 2. Bersikap protektif(mis. Posisi menghindari nyeri) 3. Waspada 4. Pola tidur berubah 5. Anoreksia 6. Fokus 7. Berfokus pada 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernafasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, <i>jika perlu</i> <p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, <i>jika perlu</i> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan
--	--	--

	diri sendiri		<p>analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)
3.	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (hal : 180)</p> <p>Defenisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : (hal 19)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang 	<p>Reduksi Ansietas (hal :387)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pahami situasi yang membuat ansietas 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan

<p>yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Tanda dan Gejala mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur <p>Tanda dan gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 	<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Konsentrasi membaik 5. Pola tidur membaik 	<p>meyakinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
---	--	--

	<p>4. Merasa tidak berdaya</p> <p>5. Frekuensi nafas meningkat</p> <p>6. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>7. Tekanan darah meningkat</p> <p>8. Tremor</p> <p>9. Muka tampak pucat</p>		
4.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan hormonal (hal :282)</p> <p>Definisi: Kerusakan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan (membrane, mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligamen).</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil (hal 33) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Suhu membaik 	<p>Perawatan Integritas Kulit (hal :316) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan

	<p>Tanda dan gejala mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan tau kulit <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 		<p>asupan nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan menghindari suhu ekstrem
5.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (hal :56)</p> <p>Definisi :</p> <p>Asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (hal : 121) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Sariawan menurun 3. Rambut rontok menurun 4. Berat badan membaik 5. IMT membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (hal : 200)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet 2. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein

	<p>minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun 4. Bising usus hiperaktif 5. Otot pengunyah lemah 6. Otot menelan lemah 7. Membrane mukosa pucat 8. Sariawan 9. Serum albumin turun 10. Rambut rontok berlebihan 11. Diare 		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
6.	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan</p>	<p>Edukasi Kesehatan (hal : 65)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan

	<p>informasi (hal : 246)</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dihadapi 2. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran 3. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 4. Menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi) 	<p>kriteria hasil (hal : 146) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>menerima informasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat dan bersih <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	<p>Gangguan Citra Tubuh</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24</p>	<p>Promosi Citra Tubuh (hal : 359)</p>

<p>berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (hal : 186)</p> <p>Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang <p>Gejala dan tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan perasaan negative tentang perubahan tubuh 2. Mengungkapka 	<p>jam maka diharapkan tingkat citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil (hal 19) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun 2. Melihat bagian tubuh membaik 3. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Latih fungsi tubuh yang dimiliki
--	---	--

	<p>n penolakan/reaksi orang lain</p> <p>3. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan</p>		
--	--	--	--

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara

Table 2.2

Intervensi Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara

No	Diagnosis (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, hal 37)</p> <p>Defenisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyembuhan luka meningkat 2. Nyeri ekstremitas menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Kram otot menurun 	<p>Perawatan Sirkulasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada

	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paresthesia 2. Nyeri ekstremitas 3. Edema <p>Penyembuhan luka lambat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pengisian kapiler membaik 6. Akral membaik 7. Turgor kulit membaik <p>Status Sirkulasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Pucat menurun 4. Akral membaik 5. Fatigue menurun 6. Paresthesia menurun 	<p>ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area cedera 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku 5. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 2. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit yang kering pada kaki) 3. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 4. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
--	--	--	--

			<p>Pemantauan Hasil Laboratorium (hal :242)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan 2. Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 3. Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah sesuai dengan protocol 2. Interpretasikan hasil laboratorium <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media
2.	<p>Resiko Infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (hal 304)</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p>	<p>Pencegahan Infeksi (hal : 278)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p>

	<p>peningkatan terserang organisme patigenik</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi <p>Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan tangan dan badan 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk berkurang 6. Kultur area luka membaik 7. Kadar sel darah putih membaik <p>Status Imun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit meningkat 2. Tier antibody meningkat 3. Imunisasi meningkat 4. Infeksi berulang menurun 5. Tumor menurun <p>Suhu tubuh membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
3.	<p>Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencidera Fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri</p>	<p>Manajemen Nyeri (hal:201)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi,

<p>(SDKI, hal 172)</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang kurang dari 3 bulan.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan 	<p>menurun dengan kriteria hasil (SLKI hal 145) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola nafas membaik 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi music, terapi pijat, imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor
--	---	--

	<p>berubah</p> <p>4. Menarik diri</p> <p>5. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>6. Diaforesis</p>		<p>nyeri secara mandiri</p> <p>4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
4.	<p>Gangguan Citra Tubuh berhubungan efek tindakan/pengobatan(hal : 186)</p> <p>Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>1. Mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh</p> <p>2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang</p> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>1. Mengungkapkan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil (hal 19)</p> <p>:</p> <p>1. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun</p> <p>2. Melihat bagian tubuh membaik</p> <p>3. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik</p>	<p>Promosi Citra Tubuh (hal : 359)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</p> <p>2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</p> <p>3. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p>

	<p>perasaan negative tentang perubahan tubuh</p> <p>2. Mengungkapkan penolakan/reaksi orang lain</p> <p>3. Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan</p>		<p>2. Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p>
5.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan efek samping terapi radiasi (hal :282)</p> <p>Definisi: Kerusakan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan (membrane, mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligamen).</p> <p>Tanda dan gejala mayor :</p> <p>1. Kerusakan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil (hal 33) :</p> <p>1. Perfusi jaringan meningkat</p> <p>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>3. Nyeri menurun</p> <p>4. Kemerahan menurun</p> <p>5. Suhu membaik</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit (hal :316) :</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>2. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4. Anjurkan menghindari suhu ekstrem</p>

	<p>jaringan dana tau kulit</p> <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 		
6.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur berkaitan dengan nyeri (hal : 126)</p> <p>Defenisi :</p> <p>Gangguan kualitas tidur dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil (hal: 96) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (hal:48)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Fasilitasi untuk menghilangkan stress sebelum tidur 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pengaturan posisi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman pengganggu tidur 4. Ajarkan relaksasi otot autogenic/cara nonfarmakologi lainnya

	<p>tidur berubah</p> <p>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p>		
--	---	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh perawat untuk pasien dengan tujuan hasil yang diharapkan bisa tercapai. Tindakan keperawatan yang dilakukan harus konsisten antara rencana keperawatan dengan pelaksanaan agar tujuan hasil yang telah ditetapkan bisa terwujud (Damanik, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses akhir dari hasil dari mengkaji respon pasien setelah dilakukan beberapa intervensi keperawatan yang telah diberikan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dilakukan secara kontinuitas dalam menentukan rencana keperawatan yang efektif dan bagaimana rencana keperawatan yang efektif dan bagaimana rencana yang akan dilanjutkan, direvisi atau dihentikan setelah masalah diselesaikan dengan baik (Damanik, 2020).

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan peristiwa penting berdasarkan fenomena yang didapatkan melalui studi kasus (Kartika, 2017). Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup penelitian secara intensif (Nursalam, 2016). Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023. Waktu penelitian dimulai dari bulan Oktober 2022 sampai Juni 2023. Waktu pengambilan data dan pemberian asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 7-11 Februari 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan Diagnosis kanker payudara yang dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan sebanyak 2 pasien.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, atau sampel adalah elemen-

elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Kartika, 2017). Sampel penelitian ini adalah satu orang pasien dengan Diagnosis kanker payudara yang ada pada saat penelitian di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2016).

Adapun kriteria sampel dari penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Nursalam, 2016).

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Pasien setuju berpartisipasi dalam penelitian
- 2) Pasien yang kooperatif dan bisa berkomunikasi verbal dengan baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017).

Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Pasien pindah ke ruangan lain/dirujuk ke RS lain
- 2) Pasien dengan hari rawat kurang dari 5 hari dengan sebab meninggal atau pulang paksa
- 3) Pasien kanker payudara yang telah bermetastase ke organ lain dan sudah mengalami penurunan kesadaran.
- 4) Pasien kanker payudara yang sedang kemoterapi.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, sampel diambil 1 dari 2 orang dengan Diagnosis kanker payudara dimana sampel pada tanggal 7 Februari 2023 didapatkan 1 sampel masuk ke dalam

kriteria inklusi dan 1 orang populasi yang tidak diambil terdapat salah satu faktor yaitu telah bermetastase ke organ lainnya sehingga masuk ke dalam kriteria eksklusi, sehingga didapatkan Ny. R menjadi partisipan dalam penelitian.

D. Alat dan Instrumen Penelitian

Alat dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah berupa (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi), alat pelindung diri yang terdiri dari masker, handscoon, dan gown pelindung baju, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, thermometer, meteran, timbangan berat badan, arloji detik.

Instrumen pengumpulan data meliputi :

- 1) Format pengkajian keperawatan meliputi : identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
- 2) Format analisa data meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, masalah, dan etiologi.
- 3) Format diagnosis keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikannya masalah.
- 4) Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan SDKI, intervensi SIKI dan luaran SLKI.
- 5) Format implementasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- 6) Format evaluasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan data disesuaikan dengan masalah, tujuan penelitian, serta objek yang diteliti. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara, observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi serta menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah sebagai alat acuan yang digunakan peneliti.

1) Observasi

Observasi adalah kegiatan mengumpulkan data dengan cara melakukan pengamatan langsung terhadap aktivitas, perilaku dan keadaan partisipan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan partisipan.

Yang di observasi pada pasien kanker payudara adalah keadaan umum, pemantauan tanda-tanda vital seperti suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan, keadaan nyeri dan ansietas pada pasien kanker payudara. Serta melakukan observasi tindakan apa saja yang telah dilakukan pada pasien.

2) Pengukuran

Metoda pengukuran yang dilakukan pada pasien kanker payudara yaitu dapat menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik seperti mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, lingkar perut, LILA. Melakukan pengukuran nyeri dengan menggunakan skala nyeri numerik.

3) Wawancara

Pada penelitian pasien kanker payudara yang dilakukan adalah wawancara bebas terpimpin. Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari pasien dibantu keluarga atau biasa melakukan aktifitas secara mandiri. Selain itu ditanyakan juga pada pasien riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, dan jantung serta riwayat kanker sebelumnya. Selanjutnya menanyakan pola hidup pasien sebelum sakit, menanyakan apakah keluarga memiliki riwayat penyakit

kanker dan menanyakan pola coping stress pasien dalam menghadapi penyakit kanker payudara yang dialaminya.

4) Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli berupa gambar, dan tabel atau daftar periksa. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yaitu data dari rekam medik pasien. Untuk pasien kanker payudara yang dibutuhkan seperti hasil laboratorium (Hb, leukosit, LED, fungsi hati, LDH, alkali fosfate, gula darah puasa, *mammografi*/USG payudara, foto thoraks (Wijaya, 2015).

F. Jenis dan Pengumpulan Data dalam Studi Kasus

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden seperti pengkajian kepada responden yang meliputi : identitas pasien, keluhan utama ada benjolan pada payudara dan lain-lain, keluhan sejak kapan dirasakan, riwayat kesehatan yang dirasakan, riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pengobatan apa saja yang dilakukan, faktor resiko, pola aktifitas sehari-hari. Dan juga melakukan pemeriksaan fisik payudara melalui inspeksi dan palpasi.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan status pasien. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, catatan atau laporan perkembangan pasien yang tersusun dalam arsip dan tidak dipublikasikan.

2. Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah dalam pengumpulan data studi kasus adalah :

- a. Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- b. Peneliti memasukkan surat izin penelitian yang diberikan kepada instalasi penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Setelah mendapatkan surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang surat tersebut diserahkan ke pihak instalasi.
- d. Meminta izin kepada kepala instalasi IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Meminta izin kepada kepala ruangan bedah wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Melakukan pemilihan sampel satu orang dengan kanker payudara dengan cara *purposive sampling*.
- g. Peneliti mendatangi pasien dan menjelaskan tujuan penelitian tentang asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada responden.
- h. Peneliti memberikan informed consent kepada responden dan menandatangani untuk bersedia jika diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti.

G. Analisis

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien kanker payudara. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan implementasi sampai evaluasi hasil dari tindakan keperawatan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada kanker payudara. Analisis yang dilakukan untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi pasien.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. R (54 th) dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang, masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang. Ny. R masuk pada hari Jum'at tanggal 3 Februari 2023 pukul 09.07 WIB dengan keluhan banyak darah keluar dari payudara kiri.

Saat dilakukan pengkajian pre operasi kanker payudara pada tanggal 7 Februari 2023 pukul 09.30 WIB pasien mengatakan sudah selesai melakukan biopsi di RS Restu Ibu pada tahun 2022. Setelah selesai melakukan biopsi pasien mengatakan sudah tidak terdapat benjolan pada payudara kirinya, namun pada bulan Mei tahun 2022 Ny. R merasakan terdapat benjolan pada payudara kirinya yang sudah dilakukan biopsy setelah Ny. R melakukan vaksin covid-19. Pasien mengatakan saat ini payudara kiri terasa gatal dan nyeri. Saat ditanya pasien mengatakan skala nyeri 3 dengan durasi 5-10 menit, Ny. R mengatakan nyeri dirasakan berkurang setelah diberikan obat pereda nyeri.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi mastektomi pada tanggal 9 Februari 2023 pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, luka bekas operasi tampak melintang dengan panjang 20 cm, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan Ny. R memiliki riwayat kanker payudara sejak tahun 2020, dan sudah pernah melakukan biopsy di RS

Restu Ibu pada awal tahun 2022. Pada akhir tahun 2022 kembali muncul benjolan pada payudara kiri. Ny. R mengatakan saat masih muda sering mengkonsumsi makanan yang berpenyedap seperti bakso, mie ayam, dan juga selalu menambahkan bahan penyedap pada masakannya.

Pengkajian keluarga didapat ibu dan keluarga lainnya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan Ny. R dan juga tidak memiliki penyakit keturunan lainnya seperti Hipertensi dan DM.

Kegiatan aktivitas sehari-hari didapatkan data Ny. R memiliki kebiasaan makan saat sehat 2-3 kali sehari lengkap dengan sayuran dan lauk dengan porsi sedang dan selalu habis serta sering mengkonsumsi makanan berpenyedap. Pada saat dirawat sebelum operasi Ny. R makan 3 kali sehari dengan porsi sedang lengkap dengan sayuran dan lauk dan selalu habis, setelah operasi Ny. R diberikan diet MB TKTP. Pola istirahat dan tidur Ny. R lebih kurang 8 jam sehari dan setelah dilakukan operasi Ny. R mengatakan sulit tidur malam karena nyeri pada luka post operasi. Dalam sehari Ny. R BAK 5-6 kali sehari dan setelah dilakukan operasi kanker payudara pasien menggunakan kateter.

Hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum baik, berat badan 45 kg, dan tinggi badan 159 cm, hasil pengukuran suhu 36,7°C, Tekanan darah 128/80 mmHg, Nadi 95x/i, Ny. R sedang menunggu jadwal untuk melakukan operasi mastektomi total.

Pemeriksaan kepala ditemukan bentuk kepala normal, mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, refleks pupil baik positif pada kedua mata. Hidung bersih dan tidak ada pernapasan cuping hidung, mukosa bibir lembab, leher tidak ada pembesaran

kelenjar tiroid. Pemeriksaan thoraks, pada inspeksi ditemukan dada simetris dan tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada, pada saat dilakukan palpasi fremitus kiri-kanan, pada saat perkusi terdengar sonor, pada auskultasi terdengar vesikuler. Pemeriksaan jantung pada inspeksi ditemukan ictus cordis tidak ditemukan ictus cordis tidak terlihat, pada saat palpasi ictus cordis teraba pada IRC 5, pada auskultasi tidak ada bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan payudara pada inspeksi ditemukan payudara kiri tidak simetris, pada saat dilakukan palpasi teraba benjolan pada payudara kiri. Pemeriksaan abdomen, pada inspeksi tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, saat perkusi terdengar tympani, pada saat auskultasi bising usus normal 12x/menit.

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 6 Februari 2023 (pre op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit $7,23 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit $289 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400), hematokrit 40 % (37,0-43,0), albumin 2.3 g/dL(3.8 – 5.0), globulin 2,8 g/Dl (1.3-2.7), SGOT 30 U/L (< 32), SGPT 33 U/L (<31). Pemeriksaan penunjang pada tanggal 10 Februari 2023 (post op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 6,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit $14,30 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit $39,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400), hematokrit 14 % (37,0-43,0).

Program pengobatan IVFD ringer lactate 20 tpm pada tangan kanan, ketorolac 3 x 30 ml (IV), Ceftriaxone 2 x 1g (IV), Ranitidin 3 x 25 mg (IV), Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif, data objektif dan data penunjang seperti data

pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah, data pemeriksaan diagnostik dan data pengobatan pasien. Berikut ini merupakan Diagnosis keperawatan yang ditegakkan peneliti pada partisipan :

a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

1) Diagnosis Keperawatan I

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 7 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri dan telah menjalani biopsi pada tahun 2022. Ny. R mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

2) Diagnosis Keperawatan II

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis pada tanggal 7 Februari 2023 ditemukan data subjektif Ny. R mengatakan ada bekas luka operasi tahun 2022 lalu, Ny. R mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi melintang sepanjang 10 cm, dan luka operasi menjadi keloid, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti kulit jeruk. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

1) Diagnosis Keperawatan I

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada tanggal 10 Februari 2023 ditemukan data subjektif Ny. R mengatakan lemas. Data

objektif didapatkan Ny. R tampak pucat, konjungtiva anemis, dan didapatkan data penunjang yaitu hemoglobin 6,0 g/dL (12.0 – 14.00), pasien mendapat obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV). Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

2) Diagnosis Keperawatan II

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada tanggal 9 Februari 2023 ditemukan nyeri pada bekas operasi, nyeri dengan skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri pada luka operasi yang tampak sepanjang 20 cm, data objektif yang ditemukan pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat, pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak banyak bergerak, pasien mendapat terapi obat ketorolac 3 x 30 ml (IV). Dari data tersebut peneliti mengangkat Diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

3) Diagnosis Keperawatan III

Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive pada tanggal 9 Februari 2023 ditemukan data subjektif dan objektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara kiri, luka operasi masih dibalut perban dan terpasang drain, pasien tampak pucat dan lemah, suhu 36,7⁰C, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 30,0 mm³ (50.0-10.0). Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 3 x 10 ml. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

4) Diagnosis Keperawatan IV

Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme pada tanggal 9 Februari ditemukan data subjektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makanannya, data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak lemas, terdapat penurunan berat badan yang drastis, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan serum albumin sebanyak 2.3 g/dL(3.8 – 5.0). dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan Diagnosis keperawatan seperti yang telah dijelaskan di atas, maka intervensi keperawatan yang terdapat pada Diagnosis keperawatan partisipan adalah :

a. Intervensi Keperawatan Pre Operasi

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Intervensi keperawatan pada Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah perawatan kenyamanan dan manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya, berikan posisi yang nyaman, berikan kompres dingin atau hangat, ciptakan lingkungan yang nyaman, berikan pemijatan, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, ajarkan terapi relaksasi, ajarkan latihan pernapasan, ajarkan teknik distraksi

dan imajinasi terbimbing, dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan nyeri dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Intervensi keperawatan pada Diagnosis gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Intervensi keperawatan pada Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin adalah pemantauan hasil laboratorium dengan mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, monitor hasil

laboratorium yang diperlukan, periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, ambil sampel darah, interpretasikan hasil laboratorium, kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : denyut nadi meningkat, penyembuhan luka meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik.

2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur Operasi)

Intervensi keperawatan pada Diagnosis nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Intervensi keperawatan pada Diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Intervensi keperawatan pada Diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme adalah manajemen nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah ditentukan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari dari tanggal 7-11 Februari 2023, maka didapatkan :

a. Implementasi Keperawatan Pre-Operasi

- 1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri yaitu mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal), mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya, memposisikan pasien posisi yang nyaman, memberikan teknik relaksasi nafas dalam kepada pasien, menjelaskan, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara, kolaborasi pemberian ketorolac 1 x 30 mg (IV).

- 2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Implementasi dilakukan pada tanggal 7 – 8 Februari 2023 pada Diagnosis gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah perawatan integritas kulit yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit yaitu (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas, menganjurkan minum air putih yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

b. Implementasi Keperawatan Post Operasi

- 1) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 – 11 Februari 2023 pada Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin adalah Melakukan pemantauan hasil laboratorium dengan mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, monitor hasil laboratorium yang diperlukan, periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, ambil sampel darah, interpretasikan hasil laboratorium, kolaborasi dengan memberikan 4 kantong produk darah (PRC) 4 x 250cc dan pemberian obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV).

- 2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 – 11 Februari 2023 pada Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV).

- 3) Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 – 11 Februari 2023 pada Diagnosis Resiko Infeksi ditandai dengan

efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, kolaborasi dalam pemberian obat antibiotik ceftriaxon 2 x 1 gr (IV).

- 4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 – 11 Februari 2023 pada Diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme adalah manajemen nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi pemberian serum albumin 100 ml (IV).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 7 – 11 Februari 2023 dengan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). Hasil evaluasi didapatkan :

- a. Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis nyeri kronis berhubungan

dengan infiltrasi tumor pada tanggal 7 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri dan telah menjalani biopsi pada tahun 2022. Ny. R mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit, dan setelah dilakukan teknik nafas dalam Ny. R mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik rileksasi napas dalam yang didemonstrasikan, assesment masalah teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : teknik rileksasi napas dalam.

- 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik
Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik pada tanggal 7 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif Ny. R mengatakan ada bekas luka operasi tahun 2022 lalu, Ny. R mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi melintang sepanjang 10 cm, dan luka operasi menjadi keloid, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti kulit jeruk. Assesment masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : pencegahan infeksi.

b. Evaluasi Keperawatan Post Operasi

- 1) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada

tanggal 9 - 11 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif Ny. R mengatakan lemas. Data objektif didapatkan Ny. R tampak pucat, konjungtiva anemis, dan didapatkan data penunjang yaitu hemoglobin 6,0 g/dL (12.0 – 14.00), pasien mendapat obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV). Setelah Ny. R diberikan 4 katong produk darah hasil laboratorium pada tanggal 14 Februari perfusi perifer meningkat pada angka 11.5 g/dL (12.0 – 14.00) . Assesment masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : pemantauan hasil laboratorium.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada tanggal 9 - 11 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : ditemukan nyeri pada bekas operasi, nyeri dengan skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri pada luka operasi yang tampak sepanjang 20 cm, data objektif yang ditemukan pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat, pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak banyak bergerak, pasien mendapat terapi obat ketorolac 3 x 30 ml (IV). dan setelah dilakukan teknik nafas dalam dan obat ketorolac 3 x 30 ml (IV) Ny. R mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik rileksasi napas dalam yang didemonstrasikan. Assesment masalah teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : teknik rileksasi napas dalam.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive pada tanggal 9 - 11 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif dan objektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara kiri, luka operasi masih dibalut perban dan terpasang drain, pasien tampak pucat dan lemah, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit $30,0 \text{ mm}^3$ (50.0-10.0). Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 3 x 10 ml. Assesment resiko infeksi teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : pencegahan infeksi, yaitu dengan cara monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, kolaborasi dalam pemberian obat antibiotik ceftriaxon 2 x 1 gr (IV).

4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme pada tanggal 9 - 11 Februari 2023 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makanannya, data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak lemas,

terdapat penurunan berat badan yang drastis yaitu dari berat badan 54 kg turun sampai 45 kg, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan serum albumin sebanyak 2.3 g/dL(3.8 – 5.0). Assesment Defisit Nutrisi teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan :manajemen nutrisi. yaitu dengan cara tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi pemberian serum albumin.

B. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus ini akan membahas korelasi antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada Ny. R dengan penyakit kanker payudara yang telah dilakukan di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil dari penelitian pada fase pre operasi kanker payudara partisipan pada pertengahan tahun 2022 Ny. R merasakan terdapat benjolan pada payudara kirinya yang sudah dilakukan biopsi. Pasien mengatakan saat ini payudara kiri terasa gatal dan nyeri. Saat ditanya pasien mengatakan skala nyeri 3 dengan durasi 5-10 menit, partisipan mengatakan nyeri dirasakan berkurang setelah diberikan obat pereda nyeri.

Menurut Wijaya dan Yessi (2013) penyebab pasien kanker payudara masuk RS dikarenakan adanya benjolan pada payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, payudara bengkak dan terasa nyeri.

Pada penelitian Endang, dkk (2019) nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada pasien kanker. Pada kanker payudara terjadi nyeri karena peradangannya atau terjepit oleh pembengkakan. Pasien kanker payudara mengalami nyeri ringan, sedang sampai dengan berat sebanyak 45 – 100%.

Berdasarkan pada kasus partisipan ditemukan benjolan pada payudara kiri dan nyeri disertai rasa gatal-gatal. Keluhan yang dirasakan partisipan sama dengan, timbulnya nyeri pada pasien kanker payudara diakibatkan oleh terjadinya peradangan dan infiltrasi sel kanker sehingga menyebabkan terkenanya sistem saraf dan organ dalam tubuh.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi kanker payudara pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, luka bekas operasi tampak melintang dengan panjang 20 cm, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitasnya saat ini dibantu oleh perawat dan anaknya.

Menurut Smeltzer & Bare (2016), pasien post operasi akan merasakan nyeri pada luka bekas operasi, hal ini sejalan dengan penelitian sjamsuhijat (2013) nyeri akan timbul setelah melakukan operasi yang disebabkan oleh luka operasi serta kemungkinan lain yang perlu dipertimbangkan. Penelitian yang dilakukan kardiuyani ddk (2018) pasien post operasi mastektomi akan merasakan nyeri dari skala sedang sampai berat.

Berdasarkan kasus partisipan keluhan yang dirasakan oleh partisipan setelah operasi sama dengan teori, yaitu partisipan merasakan nyeri pada luka bekas operasi. Dari sikap dan perilaku partisipan juga menunjukkan nyeri yang dirasakan yaitu partisipan tampak meringis, gelisah dan tampak melindungi area bekas luka operasi dengan tidak menggerakkan badan. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif akibat kerusakan jaringan. Perbedaan rentang skala nyeri pada pasien kanker payudara berbeda-beda mulai dari nyeri yang sangat nyeri, nyeri sedang hingga ringan, tergantung bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri sebelumnya.

Hasil pengkajian lainnya didapatkan partisipan memiliki riwayat kanker payudara sejak tahun 2020, dan sudah pernah melakukan biopsy di RS Restu Ibu pada awal tahun 2022. Pada akhir tahun 2022 kembali muncul benjolan pada payudara kiri. partisipan mengatakan saat masih muda sering mengkonsumsi makanan yang berpenyedap seperti bakso, mie ayam, dan juga selalu menambahkan bahan penyedap pada masakannya.

Menurut Savitri (2015), faktor resiko yang menyebabkan kanker payudara adalah gender, penambahan usia, genetic, tidak punya anak dan tidak menyusui, tidak menikah, menarche dini, riwayat kanker payudara pada keluarga, riwayat pribadi kanker payudara, paparan hormone estrogen, dan asupan nutrisi, dan pola makan. Menurut Wijaya & Yessi (2013) faktor yang berkaitan dengan munculnya kanker payudara adalah usia diatas 30 tahun, memiliki riwayat keluarga yang pernah mengalami kanker payudara, gaya hidup tidak sehat, mengkonsumsi makanan berpenyedap, merokok.

Kanker payudara yang kembali kambuh atau residif setelah dilakukan pengobatan diakibatkan oleh faktor rekurensi kanker payudara yaitu

derajat differensiasi dan stadium klinis. Derajat differensiasi merupakan hasil penilaian mikroskopis sel kanker berdasarkan jumlah sel yang mengalami mitosis, kemiripan bentuk sel ganas dengan sel asal, dan susunan homogenitas dari sel. Kemiripan bentuk sel ini dan jumlah mitosis menjadi poin utama dalam sistem derajat differensiasi ini, dimana sel akan dianggap semakin ganas apabila bentuk semakin tidak mirip dari sel asalnya sehingga besar kemungkinan akan terjadi kanker payudara berulang (Agustina, 2015).

Berdasarkan kasus partisipan faktor penyebab kanker payudara sama dengan teori. Ditemukan beberapa faktor resiko seperti sering mengkonsumsi makanan berpenyedap, riwayat pribadi kanker payudara yaitu sebelumnya partisipan menderita kanker payudara pada tahun 2020 dan kembali muncul pada tahun 2022. Hingga saat ini penyebab utama kanker payudara belum diketahui secara pasti, diduga banyak faktor resiko seperti faktor genetic, lingkungan, gaya hidup (pola konsumsi lemak, kurang serat) dan hormonal yaitu kadar hormone estrogen yang tinggi di dalam tubuh.

Dari hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 6 Februari 2023 (pre op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit $7,23 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit $289 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400), hematokrit 40 % (37,0-43,0), albumin 2.3 g/dL (3.8 – 5.0), globulin 2,8 g/Dl (1.3-2.7), SGOT 30 U/L (< 32), SGPT 33 U/L (<31). Pemeriksaan penunjang pada tanggal 10 Februari 2023 (post op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 6,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit $14,30 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit $39,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400), hematokrit 14 % (37,0-43,0).

Berdasarkan kasus partisipan terjadi perubahan antara pemeriksaan hematologi sebelum dan sesudah operasi, hal ini dikarenakan saat operasi tubuh bisa terpapar kuman, baik dari lingkungan, dari jaringan

tubuh sendiri (darah, cairan lain) dan alat yang digunakan. Hal ini bisa mempengaruhi kadar leukosit dalam tubuh namun biasanya akan kembali normal dari 2 – 5 hari setelah operasi dengan pemberian antibiotik. Kadar hemoglobin dalam tubuh juga bisa menurun diakibatkan oleh terjadinya perdarahan selama operasi.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada partisipan, peneliti menegakkan 6 diagnosis, 2 diagnosis keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, dan 4 diagnosis keperawatan post operatif yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi ditandai dengan prosedur operatif, dan defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

a. Diagnosis Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Diagnosis nyeri kronis dapat ditegakkan pada partisipan berdasarkan data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri. partisipan mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit. Dari data tersebut peneliti menegakkan Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Menurut Brunner & Suddarth (2013) Diagnosis keperawatan yang muncul sebelum operasi adalah ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, dan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Menurut analisa peneliti, diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada partisipan sejalan dengan teori. diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor juga dapat ditegakkan pada kasus partisipan karena ditunjang oleh data subjektif dan objektif sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia. Nyeri pada pasien kanker payudara diakibatkan oleh tumor pada pasien kanker payudara akan menekan reseptor nyeri (tulang, saraf, atau organ tubuh) sehingga menjadi sumber stimulasi nyeri (Lyndon, 2013).

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 7 Februari 2023 didapatkan data subjektif partisipan mengatakan ada bekas luka operasi tahun 2022 lalu, partisipan mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi melintang sepanjang 10 cm, dan luka operasi menjadi keloid, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti kulit jeruk.

Diagnosis ini sejalan dengan penelitian Rizovi (2022) yang menegaskan diagnosis gangguan integritas kulit pada pasien pre operasi. Menurut analisis peneliti pada kasus partisipan bisa ditegakkan diagnosis gangguan integritas kulit/jaringna berhubungan dengan faktor mekanis karena ditunjang dengan data subjektif dan objektif yang sesuai, dan karena partisipan sebelumnya sudah menjalani operasi kanker payudara yang mengakibatkan kulit pada payudara meninggalkan bekas dan menjadi keloid.

Fase inflamasi yang memanjang diduga menjadi salah satu penyebab timbulnya scar hipertrofik atau keloid.

Meningkatnya sel-sel imun pada keloid meningkatkan aktifitas fibroblast dan terus terjadi pembentukan matriks ekstraseluler. Hal ini juga diduga menyebabkan scar timbul melebihi batas luka pada keloid. Proses ini mulai terjadi sejak hari ke-12 pasca luka (Sinto,2018).

b. **Diagnosis Keperawatan Post Operatif**

1) **Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin**

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi ditemukan data subjektif partisipan mengatakan lemas. Data objektif didapatkan partisipan tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT > 2 detik, dan didapatkan data penunjang yaitu hemoglobin 6,0 g/dL (12.0 – 14.00), pasien mendapat obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV). Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Hal ini sesuai dengan teori (SDKI,2018) tanda dan gejala mayor/minor yaitu pengisian kapiler > 2 detik, akral dingin, warna kulit pucat, konjungtiva anemis.

Menurut analisis peneliti, diagnosis Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin bisa ditegakkan pada partisipan karena sesuai dengan teori dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif.

2) **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis**

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi kanker payudara pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan

durasi 5-10 menit, luka bekas operasi tampak melintang dengan panjang 20 cm, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak pucat, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak berubah posisi tidur. Dari data tersebut maka peneliti menegakkan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi).

Menurut sjamsuhijat (2013) masalah keperawatan yang timbul setelah operasi adalah nyeri. Nyeri setelah operasi mungkin disebabkan oleh luka operasi, tetapi penyebab lain harus mempertimbangkan juga. Dimensi kesadaran nyeri, pengalaman nyeri dan tingkah laku pasien sangat dipengaruhi oleh persepsi pasien tersebut terhadap nyeri.

Penelitian yang dilakukan Rizovi (2022) menegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi). Ditunjang dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit dan pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari akibat nyeri.

Menurut analisis peneliti, Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi) bisa ditegakkan pada partisipan karena sesuai dengan teori dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka operasi pada payudara kiri dan nyeri luka operasi, data objektif tampak luka

pada payudara kiri pasien melintang sepanjang 20 cm, luka masih terbalut perban, leukosit $14,30 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), dan pasien mendapat terapi ceftriaxon. Berdasarkan data subjektif dan objektif yang ada peneliti menegakkan Diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

Menurut Herdman (2015) resiko infeksi didefinisikan rentan mengalami serangan dan organisme patogenik yang berkembang dengan cepat yang dapat mengganggu kesehatan, beberapa faktor resiko yang menyebabkan infeksi adalah kurangnya pengetahuan untuk menghindari terkena pathogen, malnutrisi, obesitas, memiliki penyakit kronis dan juga tindakan prosedur invasive.

Penelitian yang dilakukan oleh Mursalina (2019) menegakkan Diagnosis resiko infeksi ditunjang dengan data subjektif dan objektif yaitu tingginya leukosit pada pasien yaitu 14. 980 (5.000- 10.000) dan juga tampak luka operasi berukuran sekitar 10 cm melintang pada payudara kiri.

Menurut analisis peneliti, Diagnosis keperawatan resiko infeksi bisa ditegakkan pada partisipan dikarenakan sesuai dengan data subjektif dan objektif dalam SDKI. Hal ini juga didukung dengan hasil laboratorium yaitu nilai leukosit $14.30 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0). tingginya leukosit dalam darah disebut dengan leukositosis. Leukositosis didalam tubuh berfungsi untuk mempertahankan tubuh terhadap benda-benda asing termasuk kuman-kuman penyebab infeksi. Setelah melakukan operasi normal terjadi peningkatan leukosit karena pada saat operasi tubuh bisa terpapar oleh kuman baik dari lingkungan, dari jaringan tubuh sendiri dan alat yang digunakan saat operasi.

Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien kanker payudara menurut Wijaya & Putri (2015) sesuai dengan standar Diagnosis keperawatan Indonesia yaitu : Nyeri akut, nyeri kronis, gangguan pola napas, perfusi perifer tidak efektif, resiko infeksi, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, ansietas, defisit pengetahuan, disfungsi seksual, gangguan citra tubuh.

Berdasarkan Diagnosis yang ada pada teori, peneliti menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan penelitian yaitu tidak semua Diagnosis yang ada pada teori muncul pada kasus peneliti. Diagnosis yang tidak muncul yaitu gangguan pola napas, ansietas, defisit pengetahuan, disfungsi seksual dan gangguan citra tubuh, hal ini dikarenakan tidak ditemukan data untuk menegakkan Diagnosis tersebut. Diagnosis keperawatan merupakan respon seseorang terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun dari luar (lingkungan), rangsangan tersebut muncul akibat proses penyakit yang setiap orang akan mengalami keluhan yang berbeda sehingga akan terjadi perbedaan Diagnosis antara satu individu dengan individu lain yang mengalami kanker payudara.

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Pada saat pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makanannya, data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak lemas, terdapat penurunan berat badan yang drastis sebesar 10% yaitu dari berat badan partisipan 54 kg turun sampai 45 kg, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan serum albumin sebanyak 2.3 g/dL(3.8

– 5.0). dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

Hal ini sesuai dengan teori berdasarkan (SDKI,2018) dapat ditegakkan bila pasien mengalami penurunan berat badan minimal 10 % dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, serum albumin menurun.

Menurut analisis peneliti, Diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme bisa ditegakkan pada partisipan karena sesuai dengan teori dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif.

3. Intervensi Keperawatan

a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah perawatan kenyamanan dan manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya, berikan posisi yang nyaman, berikan kompres dingin atau hangat, ciptakan lingkungan yang nyaman, berikan pijatan, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, ajarkan terapi relaksasi, ajarkan latihan pernapasan, ajarkan teknik distraksi dan imajinasi

terbimbing, dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan nyeri dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

Amita et al, (2018) menjelaskan bahwa perawat berperan penting dalam menanggulangi nyeri, yaitu dengan terapi nonfarmakologis. Penelitian yang dilakukan oleh Anifah & Yumni, (2019) mengatakan bahwa teknik napas dalam terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien karena dengan melakukan napas dalam pasien menjadi lebih rileks dan nyaman.

Penurunan nyeri oleh relaksasi dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormon endorfin. Hormon ini berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak, terjadi pertemuan antara neuron perifer dan neuron sensorik yang menuju otak untuk mengirim impuls nyeri ke otak. Pada saat itu maka hormon endorfin akan memblokir impuls nyeri ke neuron sensorik. Hal ini yang membuat pasien merasakan tenang sehingga sensasi nyeri pada pasien menjadi berkurang (Hendorson, 2016).

Menurut peneliti pelaksanaan teknik nonfarmakologis napas dalam bermanfaat pada pasien kanker payudara di iringi dengan pemberian analgetik. Dengan relaksasi napas dalam dapat membuat pasien menjadi lebih rileks dan tenang.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Intervensi keperawatan pada Diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

Minyak zaitun dipilih karena mengandung vitamin E dan merupakan produk yang dibuat dari ekstrasi buah *olea europeae L*. Minyak zaitun mengandung asam oleat akan bertindak sebagai pelembab yang menjadikan kulit lebih lembut dan liat sehingga meningkatkan hidrasi. Antioksidan utama dalam bentuk minyak zaitun adalah karetenoid dan senyawa fenolik, yang keduanya senyawa lipofilik dan hidrofobik. Tokoferol dalam minyak zaitun bersifat lipofilik, sedangkan flavonoid, fenolat dan asamnya, dan secoiriod bersifat hidrofobik. Flanoid berfungsi untuk melindungi sel dan meningkatkan penyerapan vit C (Pratami, 2014).

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Intervensi keperawatan pada Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

(SDKI,2018) adalah pemantauan hasil laboratorium dengan mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, monitor hasil laboratorium yang diperlukan, periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, ambil sampel darah, interpretasikan hasil laboratorium, kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : denyut nadi meningkat, penyembuhan luka meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik.

Menurut analisis peneliti Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin bisa diatasi dengan cara pemantauan laboratorium.

2) Nyeri Akut berhubungan dengan infiltrasi tumor

Intervensi keperawatan pada Diagnosis nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri

menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun.

Smelzer & Bare (2017) mengatakan bahwa perawat berperan penting dalam mengatasi nyeri dengan cara non farmakologis yaitu dengan cara melatih teknik relaksasi napas dalam yang merupakan bentuk dari asuhan keperawatan. Relaksasi napas dalam bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk mengurangi ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anifah & Yumni, (2019) mengatakan bahwa teknik napas dalam terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien karena dengan melakukan napas dalam pasien menjadi lebih rileks dan nyaman.

Penurunan nyeri oleh relaksasi dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormon endorphen. Hormon ini berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak, terjadi pertemuan antara neuron perifer dan neuron sensorik yang menuju otak untuk mengirim impuls nyeri ke otak. Pada saat itu maka hormon endorphen akan memblokir impuls nyeri ke neuron sensorik. Hal ini yang membuat pasien merasakan tenang sehingga sensasi nyeri pada pasien menjadi berkurang (Hendorson, 2016).

Menurut asumsi peneliti pelaksanaan teknik nonfarmakologis napas dalam bermanfaat pada pasien kanker payudara di iringi dengan pemberian analgetik. Dengan relaksasi napas dalam dapat membuat pasien menjadi lebih rileks dan tenang.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Intervensi keperawatan pada Diagnosis resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

Menurut savitri, 2015 tindakan yang dilakukan untuk mencegah komplikasi infeksi adalah dengan cara melakukan perawatan luka operasi. Pelaksanaan pencegahan infeksi merupakan tindakan keperawatan yang sering dilakukan di rumah sakit dan dilakukan sesuai dengan standar operasional pelayanan agar tidak terjadi komplikasi pada luka operasi tersebut.

Menurut analisis peneliti resiko infeksi bisa dicegah dengan perawatan luka karena dengan melakukan perawatan luka bisa membersihkan luka apabila ada kuman atau pathogen penyebab infeksi.

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Intervensi keperawatan pada Diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (SDKI,2018) adalah manajemen nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis

nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, serum albumin meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, berat badan membaik, indeks massa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik.

Menurut hasil penelitian Ambarwati & Wardani, (2015) tindakan yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi ialah dengan memberikan makan dengan porsi sedikit namun sering, pertahankan pola makan teratur, pilih minuman dan makanan berkalori tinggi, tinggi protein, dan konsultasikan dengan dokter dan ahli gizi.

Menurut analisis peneliti Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dapat diatasi dengan cara adalah manajemen nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

4. Implementasi Keperawatan

a. Implementasi Keperawatan Pre Operatif

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Implementasi keperawatan pada Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV).

Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Relaksasi napas dalam itu sendiri bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk mengurangi ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri.

- 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis
Implementasi pada Diagnosis gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah perawatan luka dengan tindakan yaitu monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, pasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka : redresing, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien, menjelaskan

tanda dan gejala infeksi, berkolaborasi memberikan antibiotik ceftriaxone 2 x 1 gr (IV).

Penelitian yang dilakukan Winarti (2018) mengatakan bahwa implementasi yang dilakukan pada Diagnosis gangguan integritas kulit adalah memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dan mengajarkan perawatan luka secara mandiri dan memberikan edukasi kepada keluarga tentang perawatan luka.

b. Implementasi Keperawatan Post Operatif

- 1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin adalah Melakukan pemantauan hasil laboratorium dengan mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, monitor hasil laboratorium yang diperlukan, periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, ambil sampel darah, interpretasikan hasil laboratorium, kolaborasi dengan memberikan 4 kantong produk darah dan pemberian obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV).

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Implementasi keperawatan pada Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala

nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV).

Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Relaksasi napas dalam itu sendiri bermanfaat untuk mendapatkan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk mengurangi ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Diagnosis Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive adalah pencegahan infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, kolaborasi dalam pemberian obat antibiotik ceftriaxon 2 x 1 gr (IV).

Menurut Donna L et al, (2012) pertahankan pertama melawan infeksi adalah pencegahan. Saat pasien dirawat dirumah sakit, perawat harus menggunakan segala cara untuk mencegah dan

mengendalikan penularan infeksi. Cara ini meliputi pemakaian ruang rawat pribadi, membatasi semua pengunjung, mempertahankan teknik steril, dan mengajarkan teknik mencuci tangan pada pasien dan keluarga.

Keberhasilan pengendalian infeksi pada tindakan keperawatan luka post operasi ditentukan oleh kesempurnaan petugas dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara benar, karena sumber bakteri infeksi luka operasi dapat berasal dari pasien, perawat, lingkungan dan termasuk alat yang digunakan (Molina,2012).

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme adalah manajemen nutrisi dengan tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi pemberian serum albumin.

Menurut hasil penelitian Ambarwati & Wardani, (2015) tindakan yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi ialah dengan memberikan makan dengan porsi sedikit namun sering, pertahankan pola makan teratur, pilih minuman dan makanan berkalori tinggi, tinggi protein, dan konsultasikan dengan dokter dan ahli gizi.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor didapatkan hasil : data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri dan telah menjalani biopsi pada tahun 2022. partisipan mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit, dan setelah dilakukan teknik nafas dalam partisipan mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik rileksasi napas dalam yang didemonstrasikan.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada Diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor teratasi sebagian karena keluhan nyeri yang dirasakan merupakan nyeri yang disebabkan oleh pertumbuhan kanker itu sendiri, dimana sel kanker tumbuh secara tidak terkendali dan menyebar secara abnormal dan akan menimbulkan nyeri. Pasien akan melakukan tindakan operasi mastektomi radikal modifikasi yang bertujuan untuk mengangkat seluruh bagian payudara yang terserang kanker dan diharapkan kanker tidak lagi berkembang di jaringan payudara.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada partisipan dengan Diagnosis Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik didapatkan hasil : data subjektif partisipan mengatakan ada bekas luka operasi tahun

2022 lalu, partisipan mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi melintang sepanjang 10 cm, dan luka operasi menjadi keloid, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti kulit jeruk.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada Diagnosis gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik belum teratasi karena akan menimbulkan luka baru pada payudara karena akan dilakukan mastektomi radikal dan akan dilanjutkan dengan intervensi yang berbeda yaitu dengan perawatan luka post operasi.

b. Evaluasi Keperawatan Post Operatif

1) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada partisipan dengan Diagnosis Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin didapatkan hasil : data subjektif partisipan mengatakan lemas. Data objektif didapatkan partisipan tampak pucat, conjungtiva anemis, dan didapatkan data penunjang yaitu hemoglobin 6,0 g/dL (12.0 – 14.00), pasien mendapat obat Fitomenadion (Vitamin K1) 3 x 10 mg/ml (IV). Setelah partisipan diberikan 4 katong produk darah hasil laboratorium pada tanggal 14 Februari perfusi perifer meningkat pada angka 11.5 g/dL (12.0 – 14.00) .

Hasil analisa peneliti hasil evaluasi pada Diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian, perfusi meningkat setelah diberikan 4 kantong produk darah.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- 3) Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada partisipan dengan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

didapatkan hasil : ditemukan nyeri pada bekas operasi, nyeri dengan skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena pasien merasakan nyeri pada luka operasi yang tampak sepanjang 20 cm, data objektif yang ditemukan pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat, pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak banyak bergerak, pasien mendapat terapi obat ketorolac 3 x 30 ml (IV). dan setelah dilakukan teknik nafas dalam dan obat ketorolac 3 x 30 ml (IV) partisipan mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik rileksasi napas dalam yang didemonstrasikan.

Hasil analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian, nyeri pada pasien turun apabila diberikan obat analgetik, partisipan mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah dilakukan asuhan keperawatan namun akan kembali nyeri beberapa waktu setelahnya.

Penelitian yang dilakukan (Handayani et al, 2019) dari 31 pasien, 26 pasien dengan nyeri sedang (skala 4-6) dan 5 pasien dengan nyeri berat (skala 7-10), setelah mendapatkan ketorolac injeksi 30 mg/8jam berubah menjadi nyeri ringan sebanyak 14 pasien, nyeri sedang 16 pasien, dan masih merasakan nyeri berat 1 pasien.

Ketorolac merupakan suatu analgetik non narkotik, obat ini merupakan OAINS yang menunjukkan aktivitas antipiretik yang lemah dan antiinflamasi. Ketorolac menghambat biosintesis prostaglandin, kerjanya menghambat enzim siklooksigenasi, ketorolac memberikan efek inflamasi dengan cara menghambat pelekatan granulosit ke pembuluh darah yang rusak dan menstabilkan membrane lisosom dan menghambat migrasi leukosit ke tempat peradangan (Hardman et al, 2012).

4) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada partisipan dengan diagnosis Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur didapatkan hasil : data subjektif dan objektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara kiri, luka operasi masih dibalut perban dan terpasang drain, pasien tampak pucat dan lemah, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit $30,0 \text{ mm}^3$ (50.0-10.0). Pasien mendapat terapi obat ceftriaxone 3 x 10 ml. Assesment resiko infeksi teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : pencegahan infeksi, yaitu dengan cara monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, kolaborasi dalam pemberian obat antibiotik ceftriaxon 2 x 1 gr (IV).

Menurut analisa peneliti didapatkan hasil evaluasi pada Diagnosis Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive teratasi sebagian, luka operasi masih tampak basah

namun luka tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi seperti memar pada tepi luka, tidak ada nanah, dan tidak ada ruam kemerahan pada luka. Pasien masih mendapatkan terapi ceftriaxone 2 x 1 gr.

Pelaksanaan prosedur pencegahan infeksi yang benar akan mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien post operasi, dengan melakukan proses perawatan luka yang berkualitas dan selalu memperhatikan *universal precautions* yang telah ditetapkan seperti mencuci tangan, alat-alat yang digunakan harus steril sebelum digunakan pasien. Infeksi luka operasi terjadi karena adanya gangguan penyembuhan luka kemungkinan terinfeksi apabila luka tersebut mengalami tanda-tanda inflamasi atau mengeluarkan *rabas serosa* (Heri & Maelina, 2013).

5) Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada partisipan dengan diagnosis Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme didapatkan hasil : data subjektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makanannya, data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak lemas, terdapat penurunan berat badan yang drastis, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan serum albumin sebanyak 2.3 g/dL(3.8 – 5.0). Assesment Defisit Nutrisi teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan :manajemen nutrisi. yaitu dengan cara tindakan mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis

nutrien, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan berserat tinggi untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi pemberian serum albumin.

Hasil analisa evaluasi peneliti pada Diagnosis difisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme masalah belum teratasi pada hari rawatan hari ke 5, pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makan pada hari ke 4, belum terjadi peningkatan berat badan dan serum albumin.

Menurut hasil penelitian Sari (2019) tujuan memberikan perencanaan kebutuhan nutrisi adalah untuk meningkatkan nafsu makan, membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan mempertahankan nutrisi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang, dapat disimpulkan :

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien kanker payudara didapatkan keluhan pasien pada fase pre operatif yaitu terdapat benjolan pada payudara kiri, terasa nyeri dengan skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pada luka post operatif pasien kanker payudara mengalami nyeri bekas luka operasi, dan juga terpasang drain untuk mengontrol perdarahan dan mengeluarkan darah sisa operasi. Pasien kanker payudara juga akan mengalami masalah gangguan aktifitas karena sulit jika bergerak dan akan menimbulkan nyeri pada luka bekas operasi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker payudara saat fase pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Sedangkan pada fase post operatif Diagnosis yang muncul yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien dengan kanker payudara yaitu terapi relaksasi, perawatan kenyamanan, perawatan integritas kulit, manajemen nyeri, pemberian analgetik, perawatan luka, dan pencegahan infeksi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien kanker payudara dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan keperawatan yang telah disusun yaitu melakukan terapi relaksasi nafas dalam, kolaborasi memberikan analgetik ketorolac, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan operasi kanker payudara mastektomi dan pengobatan lebih lanjut : melakukan perawatan luka dan melakukan pencegahan infeksi. Sebagian besar tindakan keperawatan dapat dilakukan pada implementasi keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi dalam bentuk SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu tingkat kenyamanan meningkat, integritas kulit membaik, tingkat nyeri menurun, penyembuhan luka meningkat, dan tingkat infeksi menurun.

B. Saran

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui direktur rumah sakit diharapkan perawat yang ada diruangan agar dapat lebih memperhatikan intervensi manajemen nyeri bagi pasien kanker payudara yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan dengan optimal, yaitu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan analgetik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti merekomendasikan agar institusi pendidikan menyediakan dan memperbanyak sumber buku dan jurnal kesehatan yang terbaru dan kepustakaan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker

payudara dikarenakan tidak adanya sumber terbaru mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.

3. Perawat Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang
Saran peneliti bagi perawat ruangan diharapkan melakukan intervensi secara rutin dan berkala terhadap nyeri yang diderita pasien kanker payudara dengan teknik nonfarmakologis yaitu relaksasi nafas dalam agar pasien merasa nyeri nya berkurang dan pasien merasa nyaman.
4. Peneliti Selanjutnya
Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data pembandingan dalam penerapan asuhan keperawatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R. (2015). *Peran Derajat Differensiasi Histopatologik dan Stadium Klinis Pada Rekurensi Kanker Payudara*. *Majority*, 4(7),129-134
- Amita, D., Fernalia & Yulendasari, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 12, 26-28.
- Brunner, & Suddarth. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah edisi 12*. Penerbit Buku Kedokteran :EGC.
- B, S., Herbowo, S., Panigroro & H, P. (2019). *Panduan Penatalaksanaan kanker payudara (Breast Cancer Treatment Guideline)* (4th ed.). Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Damanik, R. K. (2020). *Pengembangan Desain Sistem Informasi Manajemen Keperawatan* (P. N (ed.)). Ahli Media Press.
- Dartiwen. Aryanti, M. (2022). *Buku Asuhan Kebidanan Remaja dan Primenopause* (W. Cahyo N (ed.)). CV. Budi Utama.
- Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan fisik*. Salemba Medika.
- Donna L, W., Marilyn L, W., & Patricia (2012). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC.
- fakhfozi Helmi, A. (2021). *Hubungan Subtipe Kanker Payudara dengan Kejadian Metastasis*. 78.
- Febrianti, R. dkk. (2021). *Hubungan Usia dan Riwayat Keluarga dengan Kejadian Kanker Payudara*. 3(1), 16–23.
- Firmana, D. (2020). *Keperawatan Onkologi : Penyakit Kanker Pada Perempuan*. Salemba Medika.
- Kartika. (2017). *Dasar-dasar Riset Keperawatan dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Medika.
- Lemone, P. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Hardman, J. G., Limbird, L. E., Gilman & Goodman, A. (2012). *Dasar Farmakologi Terapi*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Henderson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan* (1st ed). EGC
- Nugroho, T. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Nuha Medika.

- Kartika, I. I. (2017). *Dasar-dasar Riset Keperawatan dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Medika.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 1-582 <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/laporan-Riskesda-2018-Nasional.pdf>
- Khasanah. (2013). *Karsinoma Mammar Stadium IV dengan Tanda-tanda Dyspnoe dan Paraplegi Ekstremitas Inferior*. 1 (September), 72-78
- Ladesvita, F., Sucipto, U, Linawati, K, Santi, R, D., & Pratiwi, C. J. (2021). *Asuhan Keperawatan Onkologi Berdasarkan Teori Virginia Henderson*. CV. Nas Media Pustaka.
- Lyndon, S. (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Binarupa Aksara.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Nugroho, T. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Nuryani, M. &. (2013). *Kanker Payudara dan PMS pada Kehamilan* (N. Medika (ed.)).
- Rasjidi, I. (2013). *Deteksi Dini & Pencegahan Kanker Payudara pada Wanita*. Sagung Seto.
- RI, Kemenkes. (2020). *Angka Kejadian Kanker Payudara*.
- Rizovi, A. G. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUD. Dr. M. Djamil Padang tahun 2022*. Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- Savitri, A. (2015). *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim, dan Rahim*. Pustaka Baru Press.
- Smeltzer, S. C, & Bare, B. G. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah* (A. Mardella (ed.)). EGC.
- Suryani, Y. (2020). *Kanker Payudara*(7th ed.). PT. Freeline Cipta Granesia.
- Wijaya, P. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Nuha Medika.

Lampiran 1 : Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identitas Klien

Nama : Ny. R
Umur : 54 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Kawin : Kawin
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Ganting, Padang
Diagnosis Medis : Ca Mammae Residif
No. MR : 01.12.52.26
Tanggal Masuk RS : 3 Februari 2023
Tanggal Pengkajian : 7 Februari 2023
Alasan Masuk : Banyak darah yang keluar dari payudara kiri dan akan dilakukan operasi mastektomi

b. Identifikasi Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 23 Tahun
Pekerjaan : Juru masak
Alamat : Ganting, Padang
Hubungan : Anak

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk :

Pasien mengatakan masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien masuk pada hari Jum'at tanggal 3 Februari 2023 pukul 09.07 WIB dengan keluhan banyak darah keluar dari payudara kiri. Pasien merupakan pasien kanker payudara post biopsi pada tahun 2022. Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 3.

b) Keluhan Saat Ini (Saat Pengkajian)

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 7 Februari 2023 pukul 09.30 WIB pasien mengatakan payudara kiri terasa nyeri dengan skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan akan menjalani operasi mastektomi pada hari rabu tanggal 8 Februari 2023 pukul 11.00 WIB. Pasien mengatakan daerah payudara kiri nya gatal-gatal.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi pada tanggal 9 Februari 2023 pukul 10.00 WIB, pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, panjang luka melintang sekitar 20 cm, pasien mengatakan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien tampak meringis apabila menggerakkan badannya, pasien juga tampak melindungi area payudara kiri agar tidak terhimpit saat tidur.

2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien mengatakan sudah menderita kanker payudara sejak tahun 2020 terasa benjolan pada payudara kiri dan gatal-gatal pada payudara, dan sudah dilakukan biopsy pada tahun 2022 dan dinyatakan Ny. R terkena kanker payudara.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan memiliki 4 orang anak, 3 anak laki-laki dan 1 anak perempuan. Anak perempuan memiliki faktor resiko keturunan lebih besar terkena kanker payudara karena ibunya memiliki riwayat kanker payudara. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit kanker payudara, dan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi atau penyakit lainnya.

d. Kebutuhan Dasar

1) Pola Nutrisi dan Cairan

a) Makan

Sehat

: Pasien mengatakan saat sehat ia Makan 3x sehari dengan porsi sedang, lengkap dengan nasi, lauk dan sayur. Serta menambahkan penyedap pada makanan. Pasien juga sering mengkonsumsi makanan berpenyedap seperti bakso.

Sakit

:Pasien mendapatkan diit MB TKTP 3 kali dalam sehari dan hanya menghabiskan paling banyak setengah porsi makanannya.

b) Minum

Sehat :Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 6-8 gelas sehari (1500cc-2000cc).

Sakit : Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 5-6 gelas 1000cc-1500cc).

2) Pola Tidur dan Istirahat

Sehat :Pasien mengatakan tidur 8 jam saat malam dan 2 jam saat tidur siang. Kualitas tidur baik.

Sakit : Pasien mengatakan tidur 7 jam saat malam namun sering terbangun ketika nyeri dan tidur siang selama dua jam namun juga sering terbangun ketika nyeri.

3) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan berbau khas.

Sakit : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, setelah operasi dibantu oleh keluarga.

b) BAK

Sehat : Pasien BAK 5-6 kali sehari berwarna kekuningan dan berbau khas.

Sakit :Pasien BAK 5 kali sehari berwarna kekuningan dan berbau khas.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

Sehat : Pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Sakit : Pasien mengatakan setelah dilakukan operasi pasien takut untuk banyak beraktivitas dan semua aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya.

5) Pola Bekerja

Sehat : Pasien mengatakan pada saat sehat pasien mengatakan mampu melakukan pekerjaan rumah secara mandiri.

Sakit : Pasien mengatakan pada saat sakit semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) Kesadaran : Compos mentis
- GCS : 15
- 3) Tinggi Badan : 159 cm
- 4) Berat Badan : 45 kg
- 5) IMT : 17,30
- 6) TTV
 - Nadi : 95x/i
 - Pernapasan : 20x/i
 - Tekanan Darah : 128/80 mmHg
 - Suhu : 36,7⁰C
- 7) Kepala

Rambut	: Kepala simetris, rambut hitam, rambut tidak mudah rontok, kulit kepala bersih, tidak ada lesi dan tidak ada edema pada kepala.
Wajah	: Wajah simetris, tidak ada edema.
Mata	: Mata simetris kanan-kiri, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik.
Hidung	: Hidung simetris, hidung bersih dan tidak ada pernapasan cuping hidung.
Mulut	: Mukosa bibir lembab
Telinga	: Telinga simetris dan bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pendengaran baik.
8) Leher	: Tidak ada pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid.
9) Toraks	
I	: Dada tidak simetris
Pa	: Fremitus kanan-kiri
Pe	: Sonor
A	: Vesikuler
10) Jantung	
I	: Ictus cordis tidak terlihat
Pa	: Ictus cordis teraba pada IRC 5
A	: Tidak ada bunyi jantung tambahan
11) Payudara	
I	: Payudara kiri tidak simetris, tampak bekas operasi biopsy tahun 2022 lalu pada payudara, keluar darah dan nanah pada payudara kiri.
Pa	: Teraba benjolan pada payudara kiri
12) Abdomen	

I	: Tidak ada distensi abdomen
Pa	: Bising usus normal
Pe	: Tympani
A	: Bising usus normal
13) Kulit	: Turgor kulit kering
14) Genetalia	: Tidak dilakukan pemeriksaan
15) Ekstremitas	
Atas	: Ekstremitas atas simetris kiri-kanan, tampak edema, CRT >3 detik, tidak ada benjolan pada aksila, terpasang IVFD Ringer Lactate pada tangan kanan 20 tpm.
Bawah	: Ekstremitas bawah simetris kiri-kanan, tidak ada edema, CRT >3 detik, dan tidak ada terdapat varises.

f. Data Psikologis

1) Status Emosional	: Status emosional pasien baik, pasien bisa diajak komunikasi dan mau menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti.
2) Kecemasan	: Pasien mengatakan cemas saat akan menjalani operasi mastektomi tetapi ia yakin dengan kesembuhannya.
3) Pola Koping	: Pasien mengatakan ia mendapat dukungan dari seluruh keluarganya untuk operasi mastektomi yang dijalani.
4) Gaya Komunikasi	: Pasien berkomunikasi menggunakan bahasa minang,

pasien berbicara jelas dan dapat dimengerti dengan baik.

5) Konsep Diri

: Pasien yakin bahwa ia bisa segera sembuh dari penyakit kanker payudara yang dideritanya.

g. Data Sosial Ekonomi

Pasien merupakan ibu rumah tanggadan suaminya bekerja sebagai wiraswasta, dan untuk biaya pengobatan rumah sakit pasien menggunakan BPJS.

h. Data Spiritual

Pasien beragama islam dan selalu menjalankan ibadah sholat lima waktu dan pasien senantiasa selalu berzikir dan berdo'a kepada Allah untuk kesembuhannya.

i. Pemeriksaan Laboratorium/pemeriksaan penunjang

- Hasil Labor Pre Operasi

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
6 Februari 2023	Hemoglobin	11.0	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	7.23	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 – 10.0
	Trombosit	289	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
	Hematokrit	40	%	37.0 – 43.0
	Eritrosit	4.87	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 – 4.50
	Total Protein	4.8	g/dL	6.6 – 8.7
	Albumin	2.3	g/dL	3.8 – 5.0
	Globulin	2.8	g/dL	1.3 – 2.7
	SGOT	30	U/L	< 32
	SGPT	33	U/L	< 31
	Ureum Darah	20	mg/dL	10 – 50
	Kreatinin Darah	0.8	mg/dL	0.6 – 1.2

- Hasil Labor Post Operasi

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
10 Februari 2023	Hemoglobin	9.0	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	14.30	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 – 10.0
	Trombosit	39,3	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
	Hematokrit	14	%	37.0 – 43.0

j. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ketorolac	3 x 30 ml	Injeksi
2.	Ceftiaxone	2 x 1g	Injeksi
3.	Ranitidine	3 x 25 mg	Injeksi
4.	Fitomenadion (Vit K)	3 x 10 mg/ml	Injeksi

Padang, 11 Februari 2023

Mahasiswa,

(Sindu Aulizahra)

NIM : 203110192

2. ANALISA DATA

- Analisa Data Pre Operasi (7 Februari 2023)

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri- Pasien mengatakan nyeri pada payudara dengan skala nyeri 3- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul- Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 5-10 menit- Pasien mengatakan gatal-gatal pada payudara kiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis dan gelisah- Pasien mendapat terapi ketorolac 1 x 30 ml	Agen Pencedera Fisiologis (Infiltrasi Tumor)	Nyeri Kronis
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan ada luka bekas biopsy tahun 2022- Pasien mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi- Pasien mengatakan kulit sekitar payudara tidak mulus, kering seperti kulit jeruk	Faktor Mekanik	Gangguan Integritas Kulit

	DO : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka bekas operasi melintang sepanjang 10 cm - Luka bekas operasi tampak kering - Kulit payudara seperti kulit jeruk 		
--	---	--	--

- **Analisa Data Post Operasi (9 Februari 2023)**

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas DO : <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Akral teraba dingin - Kulit tampak pucat - Turgor kulit menurun - Tampak edema pada tangan pasien - Hb : 0.6 g/dL (12.0 -14.0) 	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif
2.	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi - Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 6 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 5-10 menit - Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri pada luka operasi 	Agen pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	Nyeri Akut

	<p>terutama pada malam hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan anaknya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melindungi area luka operasi - Pasien tampak tidak banyak bergerak - Pasien tampak pucat - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah 		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ada luka operasi pada payudara kiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka operasi pada payudara kiri - Luka operasi tampak dibalut perban - Leukosit 14.30 (5.0-10.0) - Pasien tampak pucat 	Efek Prosedur Invasif	Resiko Infeksi
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan - Sebelum sakit pasien 	Peningkatan Kebutuhan Metabolisme	Defisit Nutrisi

	<p>mengatakan berat badannya biasanya 56 kg</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak pucat - Terdapat penurunan albumin 2.3 g/dL(3.8- 5.0) - Pasien mengalami penurunan berat badan - BB : 45 kg - TB : 159 cm 		
--	---	--	--

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1) Diagnosis Keperawatan Pre Operasi (7 Februari 2023)

NO	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditandai dengan pasien mengatakan sudah terkena kanker payudara sejak tahun 2020, dan nyeri sudah lebih dari 3 bulan.	7 Feb 2023	9 Februari 2023 (belum teratasi)	
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik ditandai dengan luka bekas operasi kanker payudara tahun 2022	7 Feb 2023	9 Februari 2023 (belum teratasi)	

2) Diagnosis Keperawatan Post Operasi (9 Februari 2023)

NO	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan pasien mengeluh lemas, pasien tampak pucat , CRT >3 detik, Akral teraba dingin, Turgor kulit menurun, Tampak edema pada tangan pasien, Hb : 0.9 g/dL (12.0 -14.0)	9 Feb 2023	11 Feb 2023 (Teratasi sebagian)	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infiltrasi tumor) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis dan bersikap protektif	9 Feb 2023	11 Februari 2023 (Teratasi Sebagian)	
3.	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive ditandai dengan jumlah leukosit 3.000 mm ³	9 Feb 2023	11 Februari 2023 (Teratasi Sebagian)	
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan	9 Feb 2023	11 Februari 2023 (Teratasi Sebagian)	

kebutuhan metabolisme ditandai dengan Pasien mengeluh tidak nafsu makan, Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan, Pasien tampak lemas, Pasien tampak pucat, Terdapat penurunan albumin 2.3 g/dL(3.8- 5.0), Pasien mengalami penurunan berat badan			
---	--	--	--

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

1. Perencanaan Keperawatan Pre Operatif

NO	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor (SDKI :174)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 5. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 6. Keluhan nyeri menurun 7. Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (hal :201) Observasi 5. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6. Identifikasi skala nyeri 7. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

		<p>8. Gelisah menurun</p>	<p>nyeri</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi music, terapi pijat, imajinasi terbimbing)</p> <p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri)</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri</p> <p>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>8. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	---------------------------	---

			<p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Perawatan</p> <p>Kenyamanan</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>3. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri)</p> <p>4. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>6. Berikan posisi yang nyaman</p> <p>7. Berikan kompres dingin atau hangat</p> <p>8. Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>9. Berikan terapi hipnotis</p> <p>10. Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan yang diinginkan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>5. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan</p>
--	--	--	--

			<p>terapi/pengobatan</p> <p>6. Ajarkan terapi relaksasi</p> <p>7. Ajarkan latihan pernafasan</p> <p>8. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, <i>jika perlu</i></p> <p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>4. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>5. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>6. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan</p>
--	--	--	--

			<p>pencahayaannya dan suhu ruangan nyaman, <i>jika perlu</i></p> <p>6. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>7. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>8. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i></p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>7. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih</p> <p>8. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>9. Anjurkan sering</p>
--	--	--	--

			<p>mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>10. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)</p>
2.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik (hal :282)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil (hal 33) :</p> <p>6. Perfusi jaringan meningkat</p> <p>7. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>8. Nyeri menurun</p> <p>9. Kemerahan menurun</p> <p>10. Suhu membaik</p>	<p>Pencegahan Infeksi (hal : 278)</p> <p>Observasi</p> <p>2. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>6. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>8. Ajarkan etika batuk</p> <p>9. Anjurkan meningkatkan asupan</p>

			<p>nutrisi</p> <p>10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>2. Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu</p> <p>Perawatan Luka (hal : 328)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>2. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>4. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>
--	--	--	---

			<p>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--	--

2. Perencanaan Keperawatan Post Operatif

NO	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin(SDKI, hal 37)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>8. Penyembuhan luka meningkat</p> <p>9. Nyeri ekstremitas menurun</p> <p>10. Kelemahan otot menurun</p> <p>11. Kram otot menurun</p> <p>12. Pengisian kapiler membaik</p> <p>13. Akral membaik</p> <p>14. Turgor kulit membaik</p>	<p>Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <p>3. Periksa sirkulasi perifer</p> <p>4. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>7. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>8. Hindari penekanan</p>

		<p>Status Sirkulasi :</p> <p>7. Kekuatan nadi meningkat</p> <p>8. Saturasi oksigen meningkat</p> <p>9. Pucat menurun</p> <p>10. Akral membaik</p> <p>11. Fatigue menurun</p> <p>Paresthesia menurun</p>	<p>dan pemasangan tourniquet pada area cedera</p> <p>9. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>10. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit yang kering pada kaki)</p> <p>8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>9. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
--	--	--	--

			<p>Pemantauan Hasil Laboratorium (hal :242)</p> <p>Observasi</p> <p>4. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</p> <p>5. Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>6. Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Ambil sampel darah sesuai dengan protocol</p> <p>4. Interpretasikan hasil laboratorium</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media (pemberian produk darah)</p>
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) (SDKI :174)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan	<p>Manajemen Nyeri (hal :201)</p> <p>Observasi</p>

		<p>tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Meringis menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi music, terapi pijat, imajinasi terbimbing) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu
--	--	--	---

			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Identifikasi kesiapan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan
--	--	--	--

			<p>suhu ruangan nyaman, <i>jika perlu</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau
--	--	--	---

			<p>melatih teknik yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)</p>
3.	<p>Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive (hal: 304)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>8. Menjaga kebersihan tangan dan badan</p> <p>9. Kemerahan menurun</p> <p>10. Nyeri menurun</p> <p>11. Bengkak menurun</p> <p>12. Cairan berbau busuk berkurang</p> <p>13. Kultur area luka membaik</p> <p>14. Kadar sel darah putih membaik</p> <p>Status Imun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>6. Integritas kulit meningkat</p> <p>7. Tier antibody meningkat</p>	<p>Pencegahan Infeksi (hal : 278)</p> <p>Observasi</p> <p>3. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>8. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>9. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>12. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>13. Ajarkan etika batuk</p> <p>14. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>

		<p>8. Imunisasi meningkat</p> <p>9. Infeksi berulang menurun</p> <p>10. Tumor menurun</p> <p>11. Suhu tubuh membaik</p>	<p>15. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>3. Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu</p> <p>Perawatan Luka (hal : 328)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>3. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p>
--	--	---	--

			<p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotic</p>
4.	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (hal :56)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (hal : 121) :</p> <p>6. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>7. Sariawan menurun</p> <p>8. Rambut rontok menurun</p> <p>9. Berat badan membaik</p> <p>IMT membaik</p>	<p>Manajemen Nutrisi (hal : 200)</p> <p>Observasi</p> <p>5. Identifikasi status nutrisi</p> <p>6. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>7. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>8. Monitor asupan makanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Fasilitasi menentukan pedoman diet</p> <p>4. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</p> <p>Edukasi</p> <p>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p>

			<p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>
--	--	--	--

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Selasa, 7 Februari 2023 (Pre Op)	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal) 2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 3) Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 4) Mengidentifikasi teknik relaksasi nafas dalam yang pernah digunakan sebelumnya 5) Berikan posisi yang nyaman 6) Memberikan pemijatan dengan teknik hand massage kepada pasien 7) Menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara 8) Mendapatkan terapi obat ketorolac 1 x 30 ml 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 3 2) Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit 3) Ny. R mengatakan terasa rileks saat akan dilakukan hand massage <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat benjolan pada payudara kiri 2) Ny. R tampak meringis saat nyeri 3) Ny. R tampak rileks saat dilakukan hand massage 4) TD : 128/80 5) Suhu 36,7⁰C 6) HR : 95 X/i 7) Pernapasan : 20 x/i <p>A :</p>	

			<p>Nyeri Kronis belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4) - Meringis sedang (skala 3) - Gelisah sedang (skala 3) <p>P : Intervensi dilanjutkan (pemijatan : hand massage)</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 4) Menganjurkan menggunakan pelembab 5) Menganjurkan minum air putih yang cukup 6) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R mengatakan luka post operasi terasa gatal <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kulit sekitar payudara tampak kering 2) Kulit payudara seperti kulit jeruk <p>A :</p> <p>Gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidrasi sedang (skala 3) - Pigmentasi abnormal menurun (skala 5) <p>P : Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)</p>	
<p>Rabu, 8 Februari 2023 (Pre Op)</p>	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal) 2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 3) Mengidentifikasi pemahaman tentang 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 3 2) Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit 	

		<p>kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>4) Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya</p> <p>5) Berikan posisi yang nyaman</p> <p>6) Memberikan pemijatan dengan teknik hand massage kepada pasien</p> <p>7) Menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara</p> <p>8) Mendapatkan terapi obat ketorolac 1 x 30 ml</p>	<p>3) Ny. R mengatakan terasa rileks saat akan dilakukan hand massage</p> <p>O :</p> <p>1) Terdapat benjolan pada payudara kiri</p> <p>2) Ny. R tampak meringis saat nyeri</p> <p>3) Ny. R tampak rileks saat dilakukan hand massage</p> <p>4) TD : 120/70</p> <p>5) Suhu 37,0⁰C</p> <p>6) HR : 85 X/i</p> <p>7) Pernapasan : 19 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri Kronis belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 3) - Meringis sedang (skala 3) - Gelisah sedang (skala 3) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (pemijatan : hand massage)</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik</p>	<p>1) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien</p> <p>2) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>3) Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>4) Menganjurkan minum air putih yang cukup</p> <p>5) Menganjurkan meningkatkan asupan</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. R mengatakan luka post operasi terasa gatal</p> <p>O :</p> <p>1) Kulit sekitar payudara tampak kering</p> <p>2) Kulit payudara seperti kulit jeruk</p> <p>A :</p>	

		buah dan sayur	<p>Gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidrasi sedang (skala 3) - Pigmentasi abnormal menurun (skala 5) <p>P : Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)</p>
Kamis, 9 Februari 2023 (Post Op)	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor nyeri atau bengkak pada ekstremitas 2) Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium 3) Memonitor hasil laboratorium 4) Mengambil sampel darah sesuai dengan protocol 5) Memberikan produk darah 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan lemas 2) Ny. R mengatakan nyeri skala 6 3) Ny. R mengatakan sulit tidur 4) Ny. R mengatakan aktifitas dibantu oleh anaknya dan perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak pucat 2) Pasien tampak lemas 3) Hb : 0.9 g/dL 4) TD : 118/90 mmHg 5) Suhu : 36,6⁰C 6) HR : 100 x/i 7) Pernapasan : 21 x/i <p>A :</p> <p>Perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>15. Penyembuhan luka meningkat (skala 3)</p> <p>16. Nyeri ekstremitas menurun (skala 2)</p> <p>17. Pengisian kapiler</p>

			<p>membaik (skala 3)</p> <p>18. Akral membaik(skala 4)</p> <p>19. Turgor kulit membaik(skala 3)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (pemantauan hasil labor)</p>	
	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Mengidentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam 6) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam 7) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam 8) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam 9) Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2) Ny. R mengatakan skala nyeri 6 3) Ny. R mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4) Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit 5) Ny. R mengatakan sulit tidur malam karena nyeri 6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak meringis 2) Ny. R tampak pucat 3) Ny. R tampak melindungi luka operasinya 4) TD : 118/90 mmHg 5) Suhu : 36,6⁰C 6) HR : 100 x/i 	

			<p>7) Pernapasan : 21 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 5) - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4) - Meringis menurun (skala 5) - Kesulitan tidur menurun (skala 5) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam</p>	
	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga 5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 6) Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R mengatakan luka post operasi masih terasa basah 2) Ny. R mengatakan nyeri pada luka post operasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak meringis 2) Luka bekas operasi masih tampak basah 3) Luka masih tampak dibalut perban 4) Leukosit 3.000 (5.000-10.000) 5) Hb : 9.0 g/dL <p>A :</p> <p>Resiko infeksi belum</p>	

			<p>teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan sedang (skala 3) - Nyeri sedang (skala 3) - Drainase meningkat (skala 1) - Kadar sel darah putih cukup memburuk (skala 2) <p>P : Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)</p>	
	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat dan bersih 2) Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 3) Mengajarkan perilaku hidup sehat dan bersih 4) Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2) Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak lemas 2) Pasien tampak pucat 3) Terdapat penurunan albumin 2.3 g/dL(3.8- 5.0) 4) Pasien mengalami penurunan berat badan 5) TD : 118/90 mmHg 	

			<p>6) Suhu : 36,6⁰C</p> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat (skala 4) - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (skala 3) - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (skala 3) - Persepsi keliru terhadap masalah menurun (skala 4) <p>P : Intervensi dilanjutkan (Pemantauan nutrisi)</p>	
Jum'at, 10 Februari 2023 (Post Op)	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor nyeri atau bengkak pada ekstremitas 2) Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium 3) Memonitor hasil laboratorium 4) Mengambil sampel darah sesuai dengan protocol Memberikan produk darah 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan lemas 2) Ny. R mengatakan nyeri skala 6 3) Ny. R mengatakan sulit tidur 4) Ny. R mengatakan aktifitas dibantu oleh anaknya dan perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak pucat 2) Pasien tampak lemas 3) Hb : 0.9 g/dL 4) TD : 130/90 mmHg 	

			<p>5) Suhu : 36,5⁰C</p> <p>6) HR : 98 x/i</p> <p>7) Pernapasan : 22 x/i</p> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>1) Penyembuhan luka meningkat(skala 4)</p> <p>2) Nyeri ekstremitas menurun (skala 4)</p> <p>3) Pengisian kapiler membaik (skala 3)</p> <p>4) Akral membaik(skala 4)</p> <p>5) Turgor kulit membaik(skala 3)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (pemantauan hasil laboratorium)</p>	
	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam</p> <p>6) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas</p>	<p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>2) Ny. R mengatakan skala nyeri 6</p> <p>3) Ny. R mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>4) Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>5) Ny. R mengatakan sulit tidur malam karena nyeri</p> <p>6) Pasien</p>	

		<p>dalam</p> <p>7) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>8) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam</p> <p>9) Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam</p> <p>10) Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml</p>	<p>mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya</p> <p>O :</p> <p>1) Ny. R tampak meringis</p> <p>2) Ny. R tampak pucat</p> <p>3) Ny. R tampak melindungi luka operasinya</p> <p>4) TD : 130/90 mmHg</p> <p>5) Suhu : 36,5⁰C</p> <p>6) HR : 98 x/i</p> <p>7) Pernapasan : 22 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 5) - Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4) - Meringis menurun (skala 4) - Kesulitan tidur menurun (skala 4) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam)</p>	
	Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive	<p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. R mengatakan luka post operasi masih terasa basah</p> <p>2) Ny. R mengatakan</p>	

		<p>dan lingkungan pasien</p> <p>3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga</p> <p>5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</p> <p>Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter</p>	<p>nyeri pada luka post operasi</p> <p>O :</p> <p>1) Ny. R tampak meringis</p> <p>2) Luka bekas operasi masih tampak basah</p> <p>3) Luka masih tampak dibalut perban</p> <p>4) Leukosit 3.000 (5.000-10.000)</p> <p>5) Hb : 9.0 g/dL</p> <p>A :</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan sedang (skala 4) - Nyeri sedang (skala 3) - Drainase meningkat (skala 4) - Kadar sel darah putih cukup memburuk (skala 5) <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)</p>	
	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme	<p>1) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat dan bersih</p> <p>2) Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>3) Mengajarkan perilaku hidup sehat dan bersih</p> <p>Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>2) Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan</p> <p>O :</p> <p>1) Ny. R tampak</p>	

			<p>lemas</p> <p>2) Pasien tampak pucat</p> <p>3) Terdapat penurunan albumin 2.3 g/dL(3.8- 5.0)</p> <p>4) Pasien mengalami penurunan berat badan</p> <p>5) TD : 130/90 mmHg</p> <p>6) Suhu : 36,5⁰C</p> <p>7) HR : 98 x/i</p> <p>8) RR : 22 x/i</p> <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat (skala 4) - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (skala 3) - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (skala 3) - Persepsi keliru terhadap masalah menurun (skala 4) <p>P : Intervensi dilanjutkan (pemantauan status nutrisi)</p>	
--	--	--	---	--

<p>Sabtu, 11 Februari 2023 (Post Op)</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>1) Memonitor nyeri atau bengkak pada ekstremitas 2) Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium 3) Memonitor hasil laboratorium 4) Mengambil sampel darah sesuai dengan protocol Memberikan produk darah</p>	<p>S : 1) Pasien mengatakan lemas 2) Ny. R mengatakan nyeri skala 6 3) Ny. R mengatakan sulit tidur 4) Ny. R mengatakan aktifitas dibantu oleh anaknya dan perawat O : 1) Pasien tampak pucat 2) Pasien tampak lemas 3) Hb : 0.9 g/dL 4) TD : 124/80 mmHg 5) Suhu : 36,4⁰C 6) HR : 102x/i 7) Pernapasan : 21 x/i A : Perfusi perifer teratasi sebagian 1) Penyembuhan luka meningkat(skala 4) 2) Nyeri ekstremitas menurun (skala 5) 3) Pengisian kapiler membaik (skala 4) 4) Akral membaik(skala 4) 5) Turgor kulit membaik(skala 4) P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Mengidentifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan teknik napas dalam 6) Mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam 7) Menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam 8) Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam 9) Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi pemberian ketorolac 3 x 30 ml</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2) Ny. R mengatakan skala nyeri 4 3) Ny. R mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4) Ny. R mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit 5) Ny. R mengatakan sulit tidur malam karena nyeri 6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh perawat dan anaknya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak meringis 2) Ny. R tampak pucat 3) Ny. R tampak melindungi luka operasinya 4) TD : 124/80 mmHg 5) Suhu : 36,4⁰C 6) HR : 102x/i 7) Pernapasan : 21 x/i <p>A :</p> <p>Nyeri akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 4) - Keluhan nyeri cukup menurun 	
--	--	--	--	--

			<p>(skala 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meringis menurun (skala 3) - Kesulitan tidur menurun (skala 4) <p>P : Intervensi dilanjutkan (manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam)</p>	
	Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Memepertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga 5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi <p>Memberikan obat ceftriaxone 2 x 1 gr atas orderan dari dokter</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R mengatakan luka post operasi masih terasa basah 2) Ny. R mengatakan nyeri pada luka post operasi\ <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak meringis 2) Luka bekas operasi masih tampak basah 3) Luka masih tampak dibalut perban <p>A :</p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan sedang (skala 5) - Nyeri sedang (skala 3) - Drainase meningkat (skala 3) - Kadar sel darah putih cukup memburuk (skala 5) <p>P :</p>	

			Intervensi dilanjutkan	
	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat dan bersih 2) Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 3) Mengajarkan perilaku hidup sehat dan bersih Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidak nafsu makan 2) Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ny. R tampak lemas 2) Pasien tampak pucat 3) Terdapat penurunan albumin 2.3 g/dL(3.8- 5.0) 4) Pasien mengalami penurunan berat badan 5) TD : 124/80 mmHg 6) Suhu : 36,4⁰C 7) HR : 102x/i 8) Pernapasan : 21 x/i <p>A :</p> <p>Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 	

			(skala 4) 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (skala 3) 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (skala 4) 4) Persepsi keliru terhadap masalah menurun (skala 4) P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	---	--

Lampiran 2 : Gannchart

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI IRNA BEDAH WANITA RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Konsultasi dan ACC judul Proposal								
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal								
3.	Pendaftaran Sidang Proposal								
4.	Sidang proposal								
5.	Perbaikan Proposal								
6.	Penelitian dan Penyusunan								
7.	Pendaftaran Ujian KTI								
8.	Sidang KTI								
9.	Perbaikan KTI								
10.	Pengumpulan perbaikan KTI								
11.	Publikasi								

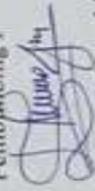
Padang, Mei 2023

Mahasiswa

 Sinda Aulizahra
 203110192

Pembimbing II

 Ns. Yosi Suryatnulisih, M. Kep. Sp. KMB
 NIP. 19730718 199803 2 003

Pembimbing I

 Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep. M. Biomed
 NIP. 19730503 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
 POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Sindu Aulizahra

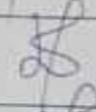
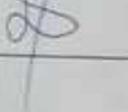
NIM : 203110192

Pembimbing I : Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep, M. Biomed

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA

Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023

NO	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	17 Oktober 2022	Konsultasi Judul & ACE Judul	
2	19 Okt 2022	Perbaiki latar belakang Tambahkan data terbaru	
3	20 Okt 2022	Tambahkan data survey awal - Lanjutkan ke BAB II	
4	25 Okt 2022	Perbaiki BAB II (WOC, SIKI, - Askep kritis tulis lengkap	
5	27 Okt 2022	Perbaiki BAB III	
6	21 Des 2022	Perbaiki BAB III lengkap kata penyantun	
7	27 Des 2022	Acc sth igram	
8	14-2-2023	Perbaiki hasil penelitian (format askep pd pasien)	

9	22-2-2023	Tambahkan pembahasan	
10	09-5-2023	Tambahkan pembahasan	
11	22-5-2023	Perbaiki abstrak	
12	23-5-2023	Daftar uji nisan	
13			
14			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep
NIP. 19750121 199903 2 002

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi Pembimbing II

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

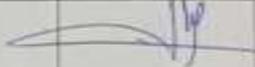
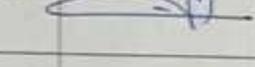
Nama : Sindu Aulizahra

NIM : 203110192

Pembimbing II : Ns. Yossi Suryarinilsih, M. Kep, Sp. KMB

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA

Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023

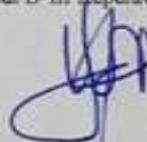
NO	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	10 Oktober 2022	Acc Judul	
2	16 Desember 2022	Bimbingan BAB I	
3	22 Desember 2022	Bimbingan BAB I, II, III	
4	27 Desember 2022	Bimbingan BAB II	
5	28 Desember 2022	Acc Usun proposal	
6	3 Mei 2023	Bimbingan ASKEP	
7	12 Mei 2023	Bimbingan BAB IV, V, Pertanyaan ASKEP	
8	16 Mei 2023	Bimbingan BAB IV, V	

9	18 Mei 2023	Perbaikan Bab IV dan V	
10	19 Mei 2023	Perbaikan Abstrak dan BAB IV	
11	23 Mei 2023	Perbaikan Abstrak dan BAB IV	
12	25 Mei 2023	Perbaikan Abstrak	
13	26 Mei 2023	Perbaikan Abstrak dan Bab 1-2	
14	26 Mei 2023	ACC Ujian Hasil	

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah syarat pendaftaran sidang

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep
NIP. 19750121 199903 2 002

Lampiran 5 : Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG 

Jl. SIMPANG PONDOK KOPPI NANGGAL TERP.07511 791130 PADANG (0751) 7911311 PADANG 22144
Jurusan Keperawatan (0751) 7911349, Prodi Keperawatan Anak (0751) 20941, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7911317-0448
Jurusan Gizi (0751) 7911709, Jurusan Kebidanan (0751) 443120 Prodi Kebidanan Bidan/Hubung (0751) 52474,
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 23485-23471, Jurusan Promosi Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes-pkpadang.ac.id>

Nomor : PP.03.01/07049/2022
Lamp : 1 eks
Perihal : Izin Survey Data 28 Oktober 2022

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir):

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Dr. Buchan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 196101131986031002

Lampiran 6 : Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP Dr. M.Djamil Padang

**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 245
Email : dkiat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS
Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/1910 /X/2022

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
2. Ka. IRNA Bedah (Bedah Wanita)

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 28 Oktober 2022

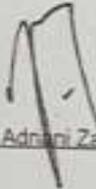
Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Sindu Aulizahra
NIM/BP : 203110192
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.


dr. Adnani Zanir

Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG 

DL, SIMPANG PONDOK WISPI BANGGALU TELP (0751) 701334 FAX (0751) 701338 PADANG 20136
Jurusan Keperawatan (0751) 701336, Prodi Keperawatan Tesis (0751) 20445, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 701317-5648
Jurusan Gigi (0751) 7013749, Jurusan Radiologi (0751) 443320 Prodi Radiologi Radiografi (0751) 20474
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 25881-23871, Jurusan Pronevi Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes.padang.ac.id>

Nomor : PP.03.01/ ~~910~~ / 2023 06 Januari 2023
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Sinidu Aslizahra / 203110192	Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M.Djamil Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Direktur, 
Renidavati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa
NIP. 19720328199503 2 001

Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810251, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsupdjamil@yahoo.com



Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/It/II/2023 07 Februari 2023
Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. **Sindu Aulizahra**

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00147/2023 tanggal 06 Februari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada

Nama : Sindu Aulizahra
NIM/BP : 203110192
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M Djamil Padang "

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikit RSUP Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk soft copy/upload link: bit.ly/itbangrsupmdjamil)
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adrian Zanir
NIP. 197308112008012008

Tembusan :
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan

 TERAKREDITASI NARS
INTERNASIONAL
★★★★★



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext 246
Email : dkkat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor: LB.01.02/XVI.1.3.2/166 /II/2023

Yth. : Ka. IRNA Bedah (Bedah Wanita)
Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 07 Februari 2023

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor. PP.03.01/00147/2023 tanggal 06 Februari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Sindu Aulizahra
NIM/BP : 203110192
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara IRNA Bedah Wanita
RSUP Dr. M Djamil Padang "**

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

cc: peneliti 7/2/2023

asal menguluti ah

dr. Adriani Zanir

Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian

Lampiran 9 : Surat Izin Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsdjamil.co.id, Email : rsupdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
DP.03.01/XVI.1.3.2/001/V/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Sindu Aulizahra
NIM/BP : 203110192
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 07 Februari 2023 s/d 11 Februari 2023, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/diseriasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M Djamil Padang "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 15 Mei 2023

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zanir
NIP. 197309112008012008

 TERAKREDITASI KARS
INTERNASIONAL

Lampiran 10 : Surat Persetujuan Menjadi Responden

INFORMED CONCENT
(Lembar Persetujuan)

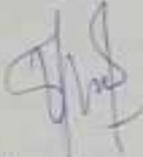
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Raita Dewi
Umur/Tgl. Lahir : 54/ 05 Juni 1968
Penanggung Jawab : Amrol
Hubungan : Anak

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Sindu Aulizahra, Nim 203110192, Mahasiswa Prodi D 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 7 Feb. 2023

Responden

(Raita Dewi)

Lampiran 11 : Daftar Hadir Penelitian

POLTEKKES KEMENKES PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Sindu Aulizahra
NIM : 203110192
Institusi : Poltekkes Kemenkes Padang
Ruangan : IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	Hari/ Tanggal	Tanda Tangan Petugas
1.	1 Selasa / 7 Februari 2023	
2.	2 Rabu / 8 Februari 2023	
3.	3 Kamis / 9 Februari 2023	
4.	4 Jumat / 10 Februari 2023	
5.	5 Sabtu / 11 Februari 2023	
6.		
7.		

Mengetahui :
Kepala Ruangan


(Irisan, And Kep)