

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**NUR SAKIRAH HUMAIRA**  
**NIM:223110303**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes  
Poltekkes Padang sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**NUR SAKIRAH HUMAIRA**

**NIM:223110303**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**









## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nur Sakirah Humaira  
Nim : 223110303  
Tempat/Tanggal Lahir : Batam/03 September 2004  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Agama : Islam  
Orang Tua : Ayah : Kamaruzzaman  
Ibu : Desi Masruhah  
Alamat : Taman Hang Tuah blok C3 no 2, Kel. Baloi  
Permai, Kec. Batam Kota, Kota Batam.

### Riwayat Pendidikan

No.	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	<b>TK</b>	<b>TK Islam Al-Kaffah</b>	<b>2009-2010</b>
2.	<b>SD</b>	<b>SD Islam Al-Kaffah</b>	<b>2010-2016</b>
3.	<b>SMP</b>	<b>SMP N 12 Batam</b>	<b>2016-2019</b>
4.	<b>SMA</b>	<b>SMA N 20 Batam</b>	<b>2019-2022</b>
5.	<b>D-III KEPERAWATAN</b>	<b>Kemenkes Poltekkes Padang</b>	<b>2022-2025</b>

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025  
Nur Sakirah Humaira**

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

**ABSTRAK**

Kanker payudara merupakan penyebab ke 2 kematian dari kanker dengan prevalensi mencapai (9,6%), sekitar 2,3 juta wanita terdiagnosis kanker payudara dan kejadian kematian sebanyak 685.000 (WHO, 2020). Tercatat 396.914 kasus di Indonesia dengan 1.650 kasus di Sumatera Barat (Dinkes Sumbar, 2020). Kanker payudara berdampak pada aspek kehidupan biopsikososial, bahkan menyebabkan komplikasi berupa penyebaran ke beberapa organ tubuh hingga kematian. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan desain penelitian studi kasus. Penelitian dilakukan di IRNA Bedah Wanita RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Januari 2025 - Juni 2025. Populasi berjumlah 3 orang, dan sample 1 pasien ditetapkan dengan cara *Purposive Sampling*. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara, pengukuran, observasi dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan data nyeri, sesak nafas, badan lemah, nafsu makan menurun. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis, pola nafas tidak efektif, gangguan integritas kulit dan jaringan, resiko infeksi, defisit nutrisi dan ansietas. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu, manajemen nyeri, manajemen jalan napas, perawatan luka, pencegahan infeksi, manajemen nutrisi dan reduksi ansietas. Masalah keperawatan dapat teratasi sebagian pada hari ke 4 hingga 5 penelitian.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan profesional sesuai dengan SDKI, SLKI dan SIKI sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan.

Isi : xvi+ 112 halaman + 2 tabel + 1 bagan + 11 lampiran  
Kata Kunci : Kanker Payudara, Asuhan Keperawatan  
Daftar Pustaka: 45 ( 2017 – 2024)



## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara di Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025”**. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

Peneliti menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bantuan, bimbingan serta arahan, oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada ibu Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M. Kep, Sp. KMB selaku dosen pembimbing utama dan ibu Ns. Netti, S. Kep, M.Pd, M. Kep selaku dosen pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga serta pikiran dalam membantu peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Pada kesempatan ini peneliti tidak lupa pula menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa Selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) Selaku Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang
3. Bapak Tasman, S.KP, M.Kep, Sp.Kom Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang
5. Bapak dan ibu dosen beserta staf yang telah membimbing serta membantu peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan, oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari segala pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti

berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 10 Juni 2025

Peneliti

## HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ya Allah...

Tuhanku yang maha kuasa, pengampun lagi maha penyayang, sang pemilik alam semesta dan seisinya, yang selalu menjadi tempat mengadu dikala ragu dari banyaknya harapan yang dipanjatkan. Terimakasih atas segala rahmat, pertolongan dan petunjuk serta kemudahan yang telah kau berikan kepada hamba, hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan dengan baik. Tak lupa pula salawat dan salam selalu terlimpahkan kepada junjungan nabi besar Muhammad SAW.

**“Keberhasilan bukanlah milik orang pintar, keberhasilan adalah milik mereka yang senantiasa berusaha”**

### Untuk Ayah dan Ibu Tercinta

Sebagai tanda bukti, segala hormat dan terimakasih yang teramat dalam maka Karya Tulis Ilmiah ini dipersembahkan kepada dua jiwa indah yang selalu mendorongku untuk terus mencoba dan meyakinku hingga berhasil menyelesaikan deretan tulisan yang penuh perjuangan ini yaitu ayah kebanggaanku (Kamaruzzaman) dan ibuku tersayang dan tercinta (Desi Masruhah), banyak terimakasih dariku telah memberikan semangat, motivasi, pengorbanan, kasih sayang yang tak pernah henti, dukungan besar berupa moril dan materil yang tak terhingga dan nasehat yang tak terlupakan. Terimakasih ayah-ibu telah mengusahakan apapun untukku, terimakasih sudah menjadi versi terbaik kalian untukku, terimakasih atas bahagiaku yang selalu kalian usahakan, tolong tetap disini dan tetap mendukung perjalanan dari proses panjangku kedepannya hingga nantinya aku bisa membahagiakan dan membalas semua pengorbanan kalian. Insyaallah semoga ini menjadi salah satu yang membuat ayah dan ibu bangga serta awal dari do'a dan harapan yang selalu mengiringi setiap langkah penentu kesuksesan ku, karena tiada do'a yang paling khusyuk selain do'a dari orang tua dan tiada restu seindah dan seajaib restunya orangtua. Untuk ayah dan ibu yang

selalu menjadi penyemangatku dan selalu menasihati untuk menjadi individu yang lebih baik terimakasih untuk segalanya, aku cinta kalian selamanya.

### **Untuk Teman-temanku**

Kepada teman terkhusus para sahabatku, terimakasih banyak sudah membantu dan kebersamai dari awal hingga akhir proses perkuliahan tiga tahun ini dan support selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, terimakasih deluck sudah menjadi teman, sahabat, bahkan keluarga dan menemani, menghiasi, mengukir tawa dan kenangan dalam perjalanan perkuliahan di kota rantauan yang tidak mudah ini, sangat beruntung dan bersyukur mengenal kalian di masa kuliah ini semoga nantinya kalian tetap menjadi pribadi yang baik bahkan lebih baik kedepannya, sukses dimanapun kalian berada, serta dikelilingi oleh orang-orang baik, semoga kita bisa bertemu lagi di lain kesempatan. Aku akan selalu mendoakan dan mendukung kalian. *Love u all...*

Terimakasih juga kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan dorongan motivasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung ataupun tidak langsung yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terimakasih banyak.

# Terimakasih Untuk Semuanya #

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iv
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
 <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Kanker Payudara .....	7
1. Definisi Kanker Payudara .....	7
2. Etiologi Kanker Payudara .....	8
3. Manifestasi Klinis Kanker Payudara .....	13
4. Jenis-Jenis Kanker Payudara.....	13
5. Grade dan Stadium Kanker Payudara.....	14
6. Patofisiologi Kanker Payudara .....	16
7. WOC Kanker Payudara .....	18
8. Penatalaksanaan Kanker Payudara .....	20
9. Pemeriksaan Penunjang Kanker Payudara .....	28
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	30
1. Pengkajian Keperawatan .....	30
2. Diagnosa Keperawatan.....	36
3. Intervensi Keperawatan.....	37
4. Implementasi Keperawatan.....	58
5. Evaluasi .....	58
 <b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	59
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	59
C. Populasi dan Sampel.....	59
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	61
E. Teknik Pengumpulan Data .....	62
F. Jenis dan Pengumpulan Data Dalam Studi Kasus .....	63
G. Rencana Analisis Data .....	64

<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>	<b>65</b>
A. Deskripsi Kasus .....	65
1. Pengkajian Keperawatan.....	65
2. Diagnosa Keperawatan.....	68
3. Intervensi Keperawatan.....	71
4. Implementasi Keperawatan.....	76
5. Evaluasi Keperawatan .....	78
B. Pembahasan Kasus.....	81
1. Pengkajian Keperawatan.....	81
2. Diagnosa Keperawatan.....	84
3. Intervensi Keperawatan.....	90
4. Implementasi Keperawatan.....	97
5. Evaluasi Keperawatan .....	102
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>106</b>
A. Kesimpulan .....	106
1. Pengkajian Keperawatan.....	106
2. Diagnosa Keperawatan.....	106
3. Intervensi Keperawatan.....	107
4. Implementasi Keperawatan.....	107
5. Evaluasi Keperawatan .....	107
B. Saran .....	107
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>109</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1	WOC Kanker Payudara.....	18
------------	--------------------------	----

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pre Operatif Kanker Payudara.....	37
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara .....	47



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Format Auan Keperawatan Medikal Bedah
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Proposal Penelitian dengan Pembimbing Utama
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Penelitian dengan Pembimbing  
Pendamping
- Lampiran 4 Surat Izin Survey Awal dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 6 Lembar Gantt Chart
- Lampiran 7 Surat Izin Melakukan Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 8 Surat Izin Melakukan Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 9 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Conccent*)
- Lampiran 10 Lembar Absensi Penelitian
- Lampiran 11 Surat Selesai Melakukan Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang tidak menular, dimana penderita mengalami pertumbuhan sel-sel yang tidak normal secara terus-menerus dan tidak terkendali sehingga dapat merusak jaringan sekitarnya dan dapat menjalar ke bagian lain. Penyakit ini juga dikenal sebagai tumor ganas yang artinya sel kanker yang muncul menghancurkan sel sehat di sekitarnya, menyebar dengan cepat, serta mengambil nutrisi dari sel sehat tersebut.<sup>1</sup>

Kejadian kanker pada tahun 2020 di seluruh dunia adalah 19,2 juta. Kemudian kematian yang disebabkan kanker pada tahun 2020 di seluruh dunia sekitar 9,9 juta orang.<sup>2</sup> Penyebab kedua kematian dari kanker adalah kanker payudara (9,6%) setelah kanker paru (13,2%).<sup>3</sup> Menurut *International Agency For Research On Cancer* (IARC) Pada tahun 2020, kanker payudara merupakan jenis kanker yang paling sering didiagnosis di dunia, dengan lebih dari 2,26 juta kasus baru kanker payudara di seluruh dunia.

Kanker payudara atau carcinoma mammae merupakan penyakit yang tidak menular, kanker ini terjadi akibat pertumbuhan sel-sel tubuh yang abnormal dan terus berlangsung tanpa pengendalian, sehingga dapat merusak jaringan sekitar dan menyebar ke bagian tubuh lainnya. Kanker ini mulai tumbuh di dalam kelenjar susu, jaringan lemak, maupun jaringan ikat pada payudara.<sup>4</sup>

Faktor resiko yang dapat menyebabkan seorang wanita menderita kanker payudara diantaranya yaitu usia, pernah menderita tumor payudara sebelumnya, riwayat keluarga yang menderita kanker payudara, faktor genetik dan hormonal, pernah menderita penyakit payudara non-kanker, pemakaian terapi hormon atau terapi sulih estrogen, usia menopause lebih tua >55 tahun, obesitas pasca menopause, pemakaian alkohol, penyinaran, dan faktor resiko lainnya, menarche (menstruasi pertama) < 12 tahun.<sup>4</sup> Namun pada usia 40-an ke atas

merupakan periode genting bagi seorang wanita untuk terserang kanker payudara.<sup>5</sup>

Sebagian besar pasien kanker payudara awalnya tidak menunjukkan gejala dan kanker tersebut ditemukan selama skrining mammografi. Namun dengan bertambahnya ukuran payudara, pasien mungkin akan merasakan benjolan dan penebalan pada payudaranya, nyeri di payudara bahkan keluar darah dari puting susu merupakan gejala tingkat lanjut dari kanker payudara, selain itu kulit payudara bisa mengalami peradangan atau iritasi bahkan bisa sampai mengoreng atau luka-luka karena adanya kerusakan pada kulit yang menutupi payudara.<sup>1</sup>

Kanker payudara pertama kali bermetastasis ke kelenjar limfe aksila regional. Lokasi metastasi yang juga sering terjadi yaitu terdapat di tulang, hati, paru, pleura dan otak. 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%).<sup>6</sup> Lebih dari 90% kematian terkait kanker payudara disebabkan oleh tumor sekunder di organ yang jauh akibat metastasis, sel-sel kanker ini mampu menghindari respon imun inang yang kemudian menyerang organ jauh lainnya dan membentuk tumor sekunder.<sup>7</sup>

Menurut *World Health Organization* (WHO), Penyebab kedua kematian dari kanker adalah kanker payudara (9,6%) pada tahun 2020 terdapat 2,3 juta wanita di dunia terdiagnosis dengan kanker payudara dan kejadian kematian sebanyak 685.000, hingga akhir tahun 2020, terdapat 7,8 juta wanita yang hidup menderita kanker payudara dalam 5 tahun terakhir. Menurut *World Cancer Research Fund* pada tahun 2022 terdapat 2.296.840 kasus baru kanker payudara pada wanita di dunia.<sup>8</sup>

Berdasarkan basis data online *International Agency For Research On Cancer* (IARC) untuk kanker payudara pada tahun 2020 terdapat 2.261.419 kasus baru dengan 1.026.171 kasus adalah populasi benua asia. Kemudian angka kejadian

kanker payudara di Asia dapat 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. Negara di Asia dengan kanker payudara terbanyak adalah Jepang 142,2 kasus per 100.000 penduduk, diikuti oleh Singapura 131,3 kasus per 100.000 penduduk, sedangkan Indonesia berada di urutan ke 15 di Asia.

Di Indonesia, kasus kanker menempati urutan pertama serta menjadi salah satu penyumbang kematian terbesar. Dari data *Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) Pada tahun 2023, kanker payudara merupakan jenis kanker terbanyak di Indonesia, dengan jumlah kasus baru kanker payudara mencapai (16,7%) dari total 396.914 kasus baru kanker payudara di Indonesia. Sementara itu, untuk jumlah kematiannya mencapai lebih dari 22 ribu jiwa kasus.<sup>9</sup>

Berdasarkan data dari dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat (2020), kanker payudara meningkat sebanyak 39,27% dari 303 kasus pada tahun 2017 menjadi 422 kasus pada tahun 2018 dan pada tahun 2019 meningkat 13,50% menjadi 479 kasus. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa kejadian kanker payudara di Sumatera Barat terus meningkat dari tahun 2017-2019.

Peningkatan kasus kanker payudara juga dapat dilihat di RSUP Dr. M. Djamil Padang, melalui data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang mencatat kasus dengan kanker payudara 3 tahun terakhir didapatkan bahwa pada tahun 2021 sebanyak 86 pasien dan angka tersebut meningkat pada tahun 2022 sebanyak 134 pasien dan terus mengalami peningkatan pada tahun 2023 sebanyak 226 pasien. Rata-rata umur pasien yang terkena kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu wanita yang berusia lebih dari 40 tahun.

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien dengan 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<sup>10</sup>. 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.<sup>11</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Cheng dkk pada tahun 2021 dengan melibatkan 250 pasien didapatkan bahwa jenis operasi yang dilakukan pada pasien yaitu konservasi payudara 108 pasien (43,2%), mastektomi 142 pasien (56,8%). Sedangkan jenis terapi tambahan yang digunakan pasien berupa kemoterapi (11,6%), radioterapi (24,8%), kemoradioterapi (44%).<sup>12</sup>

Hasil observasi awal yang dilakukan peneliti pada tanggal 4 Desember 2024 didapatkan bahwa ada 1 orang pasien dengan diagnosa kanker payudara dan post operatif mastektomi yang dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan data bahwa, pasien mengeluh nyeri di sekitar luka operasi, pasien tampak meringis, pasien tampak melindungi luka operasi dengan tidak merubah posisi tidur, pasien juga mengatakan sulit tidur di malam hari karena nyeri pada lukanya. Hasil wawancara yang dilakukan dengan perawat ruangan diagnosis keperawatan yang ditegakkan untuk pasien dengan kanker payudara ini adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dan penatalaksanaan yang dilakukan untuk pasien dengan kanker payudara ini adalah kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat analgetik untuk pereda nyeri, kolaborasi untuk pemberian obat dan juga melakukan perawatan luka pada pasien post operatif.

Hasil penelitian Sindu Aulizahra (2023) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang, diagnosa yang diangkat pada pasien dengan kanker payudara fase preoperatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Sedangkan diagnosa yang diangkat pada fase post operatif kanker payudara adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.<sup>13</sup>

Berdasarkan uraian data dan fenomena diatas maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara di Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien kanker Payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr. M.Djamil Padang?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien kanker Payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025

### **2. Tujuan Khusus**

Berdasarkan tujuan umum dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut :

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025
- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025

- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2025

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Aplikatif**

###### **a. Bagi Peneliti**

Dapat menjadi pengalaman belajar dan menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr.M. Djamil Padang.

###### **b. Bagi RSUP Dr.M. Djamil Padang**

Dapat memberikan sumbangan pikiran dan masukan serta saran dalam pengaruh pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr.M Djamil Padang.

###### **c. Bagi institusi Pendidikan**

Dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam pengembangan ilmu pengetahuan Keperawatan Medikal Bedah pada umumnya dan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr.M. Djamil Padang.

##### **2. Bagi peneliti selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat diperoleh gambaran dan data dasar tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di ruangan IRNA bedah wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kanker Payudara**

##### **1. Definisi Kanker Payudara**

Kanker payudara merupakan salah satu kanker yang ditakuti oleh kaum Wanita. Kanker payudara pada prinsipnya merupakan tumor ganas yang berasal dari kelenjar kulit, saluran kelenjar, dan jaringan di sebelah luar rongga dada. Sel-sel dalam jaringan payudara mengalami perubahan dan membelah secara tidak terkendali, biasanya menghasilkan benjolan atau massa. Sebagian besar kanker payudara bermula di lobulus (kelenjar susu) atau di ductus yang menghubungkan lobulus ke puting susu. Kanker payudara mengacu pada pertumbuhan abnormal dan proliferasi sel yang tidak menentu yang berasal dari jaringan payudara. Sejumlah sel yang tumbuh dan berkembang dengan tidak terkendali inilah yang disebut kanker payudara. Kanker payudara dikenal sebagai salah satu kanker yang paling sering menyerang kaum wanita.<sup>3</sup>

Kanker payudara termasuk penyakit yang mendominasi menyebabkan kematian pada wanita, kanker payudara ini terjadi karena kerusakan pada gen pertumbuhan dan diferensiasi sehingga sel tersebut bisa tumbuh dan berkembang tanpa dapat dikendalikan, sel ini dapat menyebar melalui darah didalam tubuh. Kanker 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.<sup>1</sup>



## 2. Etiologi Kanker Payudara

Penyebab pasti kanker payudara belum dapat dijelaskan. Akan tetapi, banyak penelitian yang menunjukkan adanya beberapa faktor yang berhubungan dengan peningkatan risiko atau kemungkinan untuk terjadinya kanker payudara. Secara umum, faktor risiko kanker payudara dikategorikan sebagai faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak lebih tua, dan genetik termasuk dalam faktor yang tidak bisa dimodifikasi. Obesitas, olahraga, terapi pengganti hormon, alkohol, laktasi, kontrasepsi oral, dan diet diperkirakan merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi.<sup>14</sup>

### a. Genetik

#### 1) Jenis Kelamin

Wanita : laki-laki memiliki perbandingan 100:1, kanker payudara pada laki-laki sangat jarang namun bila terjadi mempunyai prognosis yang buruk karena laki-laki tidak memiliki jaringan payudara yang banyak seperti wanita sehingga cepat berkembang.

#### 2) Usia

Insiden kanker payudara bertambah seiring pertambahan usia dan grafiknya melandai ketika usia menopause oleh karena pengaruh estrogen berkurang. Kanker payudara pada usia muda lebih banyak mutasinya dibandingkan usia tua sehingga sering memerlukan kemoterapi.

#### 3) Riwayat Keluarga

Hasil penelitian dari American Cancer Society menunjukkan perempuan dengan riwayat keluarga kanker payudara, terutama dalam tingkat pertama, memiliki peningkatan risiko kanker payudara, dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki riwayat keluarga. Risiko kanker payudara 1,8 kali lebih tinggi bagi perempuan yang memiliki keluarga kerabat terutama pada first degree yang telah didiagnosis kanker payudara.

#### 4) Mutasi Genetik

Kanker payudara diturunkan secara autosomal dominant dengan penetrasi terbatas. Sebanyak 5-10% kanker payudara merupakan *hereditary breast cancer* (HBC) yang diturunkan dari orangtuanya. Beberapa gen yang dapat bermutasi dan dapat diturunkan adalah :

##### a) Gen BRCA1 dan BRCA2

Pada sel normal, gen ini membantu mencegah kanker dengan cara memproduksi protein yang menjaga agar sel tidak tumbuh abnormal. Jika seseorang mewarisi gen yang bermutasi dari orangtuanya maka ia berisiko tinggi menderita kanker payudara. Wanita yang memiliki gen BRCA1 memiliki risiko kanker payudara sebesar 80%, sedangkan mereka yang memiliki gen BRCA2 memiliki risiko kejadian sebesar 45%. Kanker payudara yang berhubungan dengan mutasi gen ini lebih sering terjadi pada wanita muda, kanker pun biasanya muncul di kedua payudara

##### b) Gen TP53

Gen ini bertugas memberi instruksi pada tubuh untuk memproduksi protein yang biasa disebut p53, protein ini bertugas untuk menghentikan pertumbuhan sel-sel abnormal. Mutasi gen TP53 dapat menyebabkan pembawanya mengidap sindrom *Li-Fraumeni*, dimana orang yang memiliki sindrom ini memiliki risiko tinggi untuk menderita kanker payudara, serta beberapa jenis kanker lainnya.

##### c) Gen CHEK2

Sindroma *Li-Fraumeni* juga dapat disebabkan oleh mutasi gen ini yang diwariskan dari orang tua. Bahkan jika mutasi gen ini tidak menyebabkan penderitanya mengalami sindrom tersebut, risiko kanker payudara tetap naik dua kali lipat.

d) Gen PTEN

Gen PTEN bertugas membantu mengatur pertumbuhan sel. Orang yang mewarisi mutasi gen ini mungkin menderita sindroma *cowden*, sindrom ini merupakan gangguan langka, dimana penderitanya berada pada tingkat resiko tinggi terkena tumor payudara jinak dan ganas.

e) Gen CDH1

Pewaris mutasi gen CDH1 menderita kemungkinan menderita kanker lambung sejak usia dini, wanita dengan mutasi gen ini juga memiliki peningkatan risiko kanker payudara lobular invasif (menyebar).

f) Gen PALB2

Gen PALB2 membuat protein yang berinteraksi dengan protein yang dibuat oleh gen BRCA2. Mutasi pada gen ini dapat menyebabkan peningkatan resiko kanker.<sup>5</sup>

5) Riwayat Pribadi Kanker Payudara

Wanita yang pernah menderita kanker payudara cenderung memiliki peluang mengalami penyakit ini lagi suatu saat. Seorang wanita dengan kanker pada satu payudara memiliki 3-4 kali lipat peningkatan risiko mengembangkan kanker baru pada payudara di sebelahnya atau di bagian yang lain pada payudara yang sama.

6) Seseorang dengan riwayat pernah melakukan operasi tumor payudara atau tumor ginekologi.

7) Densitas Payudara

Pasien dengan densitas payudara 75% memiliki risiko 4,7 kali dibandingkan payudara dengan densitas 10% karena dapat menyamarkan kanker yang kecil. Sensitivitas dan spesifitas mammografi mendeteksi kanker payudara adalah 62% dan 89% pada payudara dengan densitas tinggi dibandingkan 88% dan 96% pada payudara normal.

Densitas payudara dipengaruhi oleh :

- a) Genetik
  - b) Faktor reproduktif seperti kehamilan, laktasi, dan menopause
  - c) Tinggi badan
  - d) Paparan hormon endogen
- 8) Lingkungan
- Kondisi lingkungan tempat tinggal lebih berpengaruh.<sup>5</sup>

b. Karsinogen

1) Hormonal

Dimana terdapat paparan estrogen yang lebih lama atau berlebihan. Hormon estrogen ada beberapa macam yaitu, estrone, estradiol, dan estriol. Estrone dan estradiol merupakan karsinogen sedangkan estriol merupakan antikarsinogen. Sel payudara yang tidak berdiferensiasi akan lebih rentan terhadap rangsangan karsinogenik seperti pada kondisi berikut :

a) *Early Menarche*

kurang dari 12 tahun, memiliki rasio relatif 1,7-3,4 kali. Penundaan menarche setiap 1 tahun menunda resiko kanker payudara sebesar 9% dan 4% pada premenopause dan postmenopause.

b) *Late menopause*

Lebih dari 55 tahun, memiliki rasio 1,5 kali. Risiko kanker payudara meningkat 3% setiap penundaan menopause tiap 1 tahunnya.

c) Oral kontrasepsi

Lebih dari 10 tahun memiliki resiko sebesar 10%. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa yang memiliki resiko adalah pasien yang sedang atau baru saja menghentikan oral kontrasepsi. Risiko ini akan hilang setelah penghentian kontrasepsi selama 10 tahun, sedangkan durasi penggunaan

kontrasepsi sendiri bukanlah faktor resiko independen kanker payudara.<sup>5</sup>

c. Lingkungan / life style

1) Obesitas

Wanita yang mengalami obesitas atau berat badan berlebih setelah memasuki masa menopause memiliki resiko lebih tinggi menderita kanker payudara. Wanita menopause yang mengalami obesitas memiliki tingkat estrogen yang jauh lebih tinggi dari yang seharusnya dimana hal itu dianggap menjadi peningkatan resiko kanker payudara.

2) Alkohol dan merokok

Konsumsi alkohol jelas terkait dengan peningkatan resiko terkena kanker payudara yang seiring dengan jumlah alkohol yang dikonsumsi. Wanita yang mengonsumsi 1 gelas minuman beralkohol sehari memiliki peningkatan resiko yang sangat kecil, namun wanita yang minum 2-5 gelas setiap hari memiliki resiko sekitar 1½ kali dibandingkan wanita yang tidak minum alkohol. Perokok berat yang sudah merokok dalam jangka panjang memiliki resiko lebih tinggi terkena kanker payudara. Wanita yang mulai merokok sebelum memiliki anak pertama juga beresiko menderita kanker payudara karena asap rokok mengandung bahan kimia dalam konsentrasi tinggi yang menyebabkan kanker payudara.

3) Tidak punya anak dan tidak menyusui

Wanita yang tidak pernah mempunyai anak dan tidak pernah menyusui memiliki resiko lebih tinggi terkena kanker payudara. Pasalnya masa menyusui secara aktif menjadi periode bebas kanker dan memperlancar sirkulasi hormonal. Pada masa menyusui, peran hormon estrogen menurun dan didominasi oleh hormon prolaktin.<sup>5</sup>

### 3. Manifestasi Klinis Kanker Payudara

Para penderita kanker payudara stadium awal sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita kanker payudara sebelum munculnya benjolan atau rasa sakit yang berlebihan disekitar payudara. Mereka bahkan tidak mengalami gejala-gejala yang signifikan. Namun, setelah stadium lanjut, gejala tersebut mulai banyak bermunculan seperti berikut ini :

- a. Sakit disekitar payudara.
- b. Timbulnya benjolan yang semakin membesar, jaringan payudara membentang hingga ke daerah lengan bawah, sehingga memungkinkan adanya pembesaran hingga ketiak.
- c. Perubahan bentuk dan ukuran pada payudara.
- d. Timbulnya koreng atau eksim pada payudara.<sup>1</sup>
- e. Jika kulit pada payudara memiliki tekstur seperti kulit jeruk (*Pea'u d Orange*), kemungkinan pasien terkena kanker payudara.<sup>15</sup>
- f. Perubahan pada puting susu, seperti puting mulai mengarah ke dalam (terbenam)
- g. Keluar cairan dari puting tanpa memeras dan terkadang disertai darah.<sup>16</sup>

### 4. Jenis-jenis Kanker Payudara

- a. *Ductal Carsinoma In Situ* (DCIS)

*Ductal carsinoma in situ* atau dikenal juga dengan *intraductal carsinoma*, dianggap sebagai kanker payudara non-invasif (tidak menyebar) atau pre-invasif (belum menyebar). DCIS ini berarti sel pembentuk saluran susu berubah bentuk seperti sel kanker. Perbedaan antara DCIS dan kanker invasif adalah sel-selnya belum menyebar melalui dinding saluran susu atau jaringan sekitar payudara.

- b. *Invasive (Infiltrating) Ductal Carsinoma* (IDC)

*Invasive Ductal carsinoma* (IDC) merupakan jenis kanker payudara yang paling umum terjadi. IDC berawal pada saluran susu, lalu menembus dinding saluran dan tumbuh pada jaringan lemak payudara.

Pada tahap ini IDC dapat menyebar (metastasis) ke bagian lain dari tubuh melalui kelenjar getah bening dan aliran darah. Sekitar 8 dari 10 kanker payudara invasif adalah *infiltrating ductal carcinomas*.

c. *Invasive (Infiltrating) Lobular Carcinoma*

*Invasive lobular carcinoma* (ILC) dimulai dari lobules yaitu jaringan yang memproduksi susu, dan menyebar ke bagian lain dari tubuh. Sekitar 1 dari 10 kanker payudara adalah ILC. *Invasive lobular carcinoma* mungkin jauh lebih sulit dideteksi melalui mammogram dibandingkan *invasive ductal carcinoma*.<sup>5</sup>

## 5. Grade dan Stadium Kanker Payudara

Grade Kanker Payudara Grade kanker payudara yaitu :

a. Grade 1 : Low Grade (Rendah)

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

b. Grade 2 : Intermediate Grade (Sedang)

Merupakan grade tingkat sedang.

c. 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).<sup>17</sup>

Sedangkan stadium kanker payudara, terbagi menjadi :

a. Stadium 0

Kanker payudara pada stadium ini disebut juga dengan *carcinoma in situ*. Ada tiga jenis *carcinoma in situ* yaitu *ductal carcinoma in situ* (DCIS), *lobular carcinoma in situ* (LCIS) dan penyakit paget puting susu.

b. Stadium I

Pada stadium ini, kanker umumnya sudah mulai terbentuk. Stadium I kanker payudara dibagi ke dalam dua bagian, yaitu :

- 1) Stadium IA : tumor berukuran 2 cm atau lebih kecil dan belum menyebar keluar payudara.
- 2) Stadium IB : Tumor berukuran sekitar 2 cm dan tidak berada pada payudara melainkan pada kelenjar getah bening.

Perawatan yang sistematis diperlukan dalam stadium ini agar sel kanker tidak menyebar dan berlanjut pada stadium selanjutnya. Kemungkinan 70% bisa sembuh total pada stadium ini.

c. Stadium II

Pada stadium II, kanker umumnya telah tumbuh membesar, Stadium II dibagi dalam dua bagian yaitu :

- 1) Stadium IIA : Kanker berukuran sekitar 2-5 cm dan ditemukan pada 3 lajur kelenjar getah bening
- 2) Stadium IIB : Kanker berukuran sekitar 2-5 cm dan ditemukan menyebar pada 1-3 lajur kelenjar getah bening atau terletak di dekat tulang dada.

Kemungkinan 30-40% pasien bisa sembuh. Untuk mengangkat sel-sel kanker yang ada pada seluruh bagian penyebaran, biasanya dilakukan operasi. Dan setelah operasi dilakukan penyinaran untuk memastikan tidak ada lagi sel-sel kanker yang tersisa.

d. Stadium III

Pada tahap ini kanker dibagi menjadi tiga stadium yaitu :

- 1) Stadium IIIA : Kanker berukuran lebih dari 5 cm dan ditemukan pada 4-9 lajur kelenjar getah bening atau di area dekat tulang dada.
- 2) Stadium IIIB : Ukuran kanker sangat beragam dan umumnya telah menyebar ke dinding dada hingga mencapai kulit sehingga menimbulkan infeksi pada kulit payudara (*inflammatory breast cancer*).



- 3) Stadium IIIC : Ukuran kanker sangat beragam dan umumnya telah menyebar ke dinding dada atau kulit payudara sehingga mengakibatkan pembengkakan atau luka. Kanker mungkin juga sudah menyebar ke 10 lajur kelenjar getah bening atau kelenjar getah bening di bawah tulang selangka atau tulang dada.

d. Stadium IV

Pada stadium ini sel-sel kanker telah menyebar dari kelenjar getah bening menuju aliran darah dan mencapai ke organ tubuh lainnya, seperti tulang, paru-paru, hati dan otak.<sup>5</sup>

## 6. Patofisiologi Kanker Payudara

Kanker terbentuk karena terjadi perubahan yang disebut dengan mutasi, mutasi ini terjadi pada gen yang mengatur pertumbuhan sel. Mutasi menyebabkan sel membelah diri dan berkembang biak secara tidak terkendali. Pada kanker payudara, biasanya sel kanker terbentuk di lobulus atau saluran payudara. Lobulus adalah kelenjar yang menghasilkan susu, sedangkan saluran payudara adalah jalur dari pembawa susu. Sel kanker juga dapat terbentuk pada jaringan lemak atau jaringan fibrosa. Sel-sel kanker yang tidak terkontrol sering menyerang jaringan payudara sehat lainnya. Kelenjar getah bening adalah jalur utama yang membuat sel-sel kanker bergerak ke bagian lain.<sup>1</sup>

Penyebab lain dari kanker payudara 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.<sup>10</sup>

Pada kanker payudara, sel kanker terbentuk melalui beberapa proses. Kanker payudara terbentuk yaitu berawal dari sel yang normal kemudian selanjutnya mengalami perubahan.

a. Fase Insisi

pada fase inisiasi ini akan terjadi perubahan pada bahan genetik sel yang menyebabkan sel menjadi ganas. Perubahan yang terjadi dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu faktor yaitu karsinogen yang dapat berupa bahan kimia, virus, radiasi (penyinaran) atau sinar matahari. Tidak semua sel juga dapat terpengaruh oleh karsinogen. Selain itu, bahan gangguan fisik menahun pun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan.

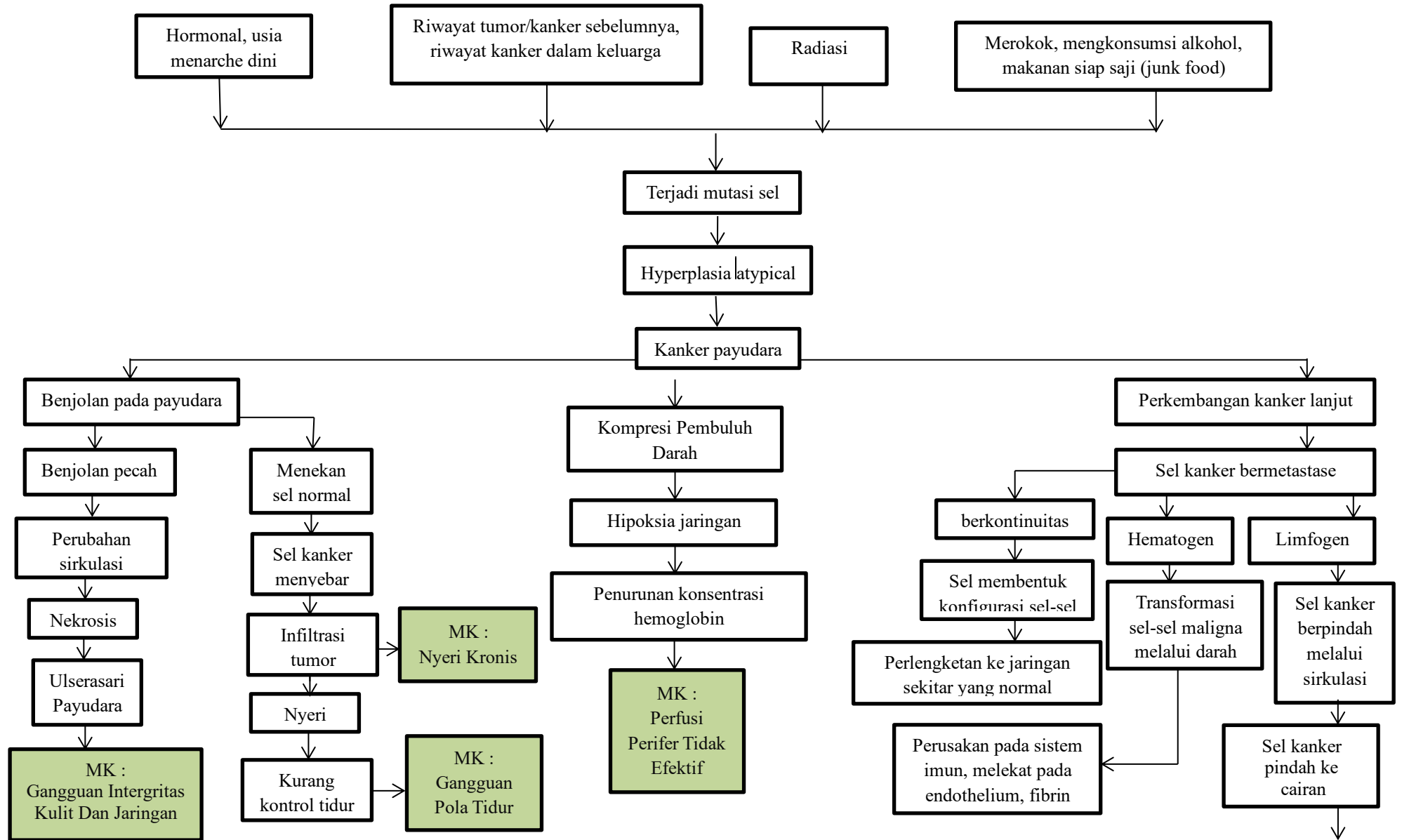
b. Fase Promosi

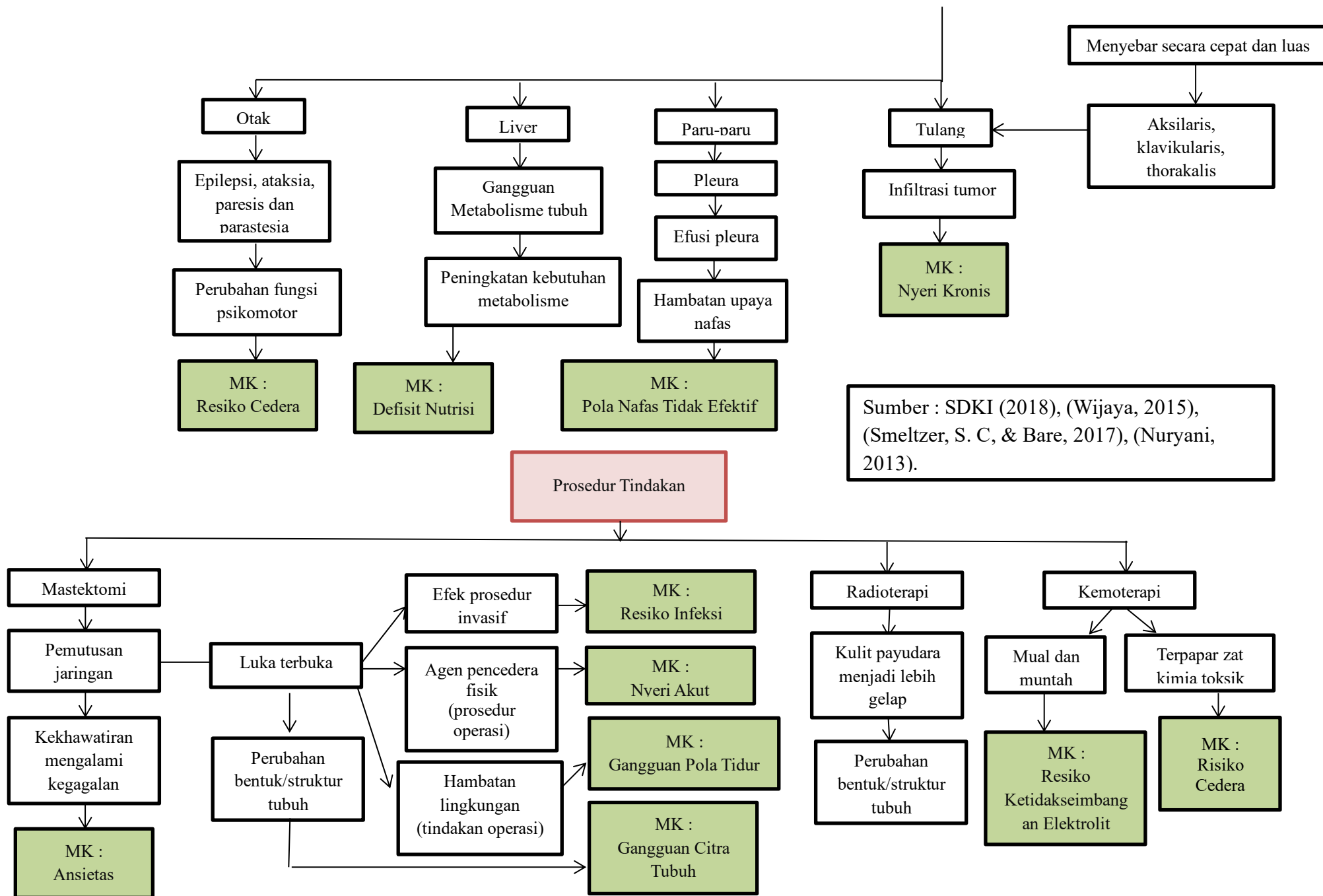
Pada tahap promosi ini sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Tetapi sel yang tidak berubah karena fase inisiasi tidak akan terpengaruh oleh fase promosi.

c. Fase Metastasis

Metastasis adalah Bergeraknya sel kanker dari satu organ atau jaringan ke organ atau jaringan lainnya. Sel kanker biasanya menyebar melalui darah atau kelenjar getah bening. Penyebaran kanker bisa terjadi di mana saja, baik di dalam jaringan, di organ terdekat maupun organ yang jauh. Namun, metastasis menuju tulang merupakan hal yang sering terjadi pada kanker payudara, kadang kala beberapa diantaranya juga disertai dengan komplikasi lain seperti simtoma hiperkalsimia, pathological fractures atau spinal cord compresson.<sup>1</sup>

## 7. WOC Kanker Payudara





## 8. Penatalaksanaan Kanker Payudara

Terapi pada kanker payudara harus didahului dengan diagnosa yang lengkap dan akurat (termasuk penetapan stadium). Diagnosa dan terapi pada kanker payudara haruslah dilakukan dengan pendekatan humanis dan komprehensif.<sup>18</sup>

### d. Prosedur Utama

#### 1) Pembedahan

Pembedahan merupakan terapi yang paling awal dikenal untuk pengobatan kanker payudara. Pembedahan pada kanker payudara bervariasi menurut luasnya jaringan yang diambil dengan tetapi berpatokan pada kaidah onkologi.

Jenis pembedahan pada kanker payudara meliputi :

##### a) Mastektomi Radikal Modifikasi (MRM)

adalah tindakan pengangkatan tumor payudara dan seluruh payudara termasuk kompleks puting-areola, disertai diseksi kelenjar getah bening aksilaris level I sampai level II secara *en bloc*. Indikasi MRM antara lain kanker payudara stadium I, II, IIIA dan IIIB. Bila diperlukan pada stadium IIIB, dapat dilakukan setelah terapi neo adjuvan untuk pengecilan tumor.

##### b) Mastektomi Radikal Klasik (Classic Radical Mastectomy)

adalah tindakan pengangkatan payudara, kompleks puting areola, otot pektoralis mayor dan minor, serta kelenjar getah bening aksilaris level I, II, III secara *en bloc*. Indikasi mastektomi radikal klasik antara lain kanker payudara stadium IIIB yang masih operable, dan tumor dengan infiltrasi ke muskulus pectoralis major.

##### c) Mastektomi simpel

Adalah pengangkatan seluruh payudara beserta kompleks puting areolar, tanpa diseksi kelenjar getah bening aksila. Indikasi mastektomi simpel antara lain tumor phyllodes besar,

keganasan payudara stadium lanjut dengan tujuan paliatif menghilangkan tumor, penyakit Paget tanpa massa tumor, dan DCIS.

d) Breast Conserving Therapy (BCT)

Secara klasik meliputi Breast Conserving Surgery (BCS) dan Radioterapi (whole breast dan tumor site). BCS adalah pembedahan atas tumor payudara dengan mempertahankan bentuk (cosmetic) payudara, dibarengi atau tanpa dibarengi dengan rekonstruksi. Tindakan yang dilakukan adalah lumpektomi atau kuadrantektomi disertai diseksi kelenjar getah bening aksila level 1 dan level 2. Tujuan utama dari BCT adalah eradikasi tumor secara onkologis dengan mempertahankan bentuk payudara dan fungsi sensasi. BCT merupakan salah satu pilihan terapi lokal kanker payudara stadium awal. Kontra indikasi BCT meliputi kanker payudara yang multisentris, terutama multisentris yang lebih dari 1 kuadran dari payudara, kanker payudara dengan kehamilan, penyakit vaskuler dan kolagen (relatif), tumor di kuadran sentral (relatif).

e) Metastasektomi

Adalah pengangkatan tumor metastasis pada kanker payudara. Tindakan ini memang masih terjadi kontroversi diantara para ahli, namun dikatakan metastektomi mempunyai angka harapan hidup yang lebih panjang bila memenuhi indikasi dan syarat tertentu. Tindakan ini dilakukan pada kanker payudara dengan metastasis kulit, paru, hati, dan payudara kontralateral. Indikasi metastektomi yaitu tumor metastasis tunggal pada satu organ atau terdapat gejala dan tanda akibat desakan terhadap organ sekitar.<sup>18</sup>

## 2) Terapi Radiasi

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. Radioterapi merupakan salah satu modalitas penting dalam tata laksana kanker payudara. Radioterapi dalam tata laksana kanker payudara dapat diberikan sebagai terapi kuratif ajuvan dan paliatif.<sup>18</sup>

### a) Radioterapi Kuratif Ajuvan

Tata laksana utama pada kanker payudara adalah terapi bedah. Terapi bedah dapat digolongkan menjadi 2 yaitu pembedahan konservasi payudara (Breast Conservation Surgery/BCS) dan mastektomi radikal termodifikasi (Modified Radical Mastectomy/MRM).

#### (1) Radioterapi pasca BCS (Radioterapi Seluruh Payudara)

Radioterapi seluruh payudara pada pasca BCS diberikan pada semua kasus kanker. Radioterapi seluruh payudara dapat diabaikan pada pasien kanker payudara pasca BCS berusia > 70 tahun dengan syarat reseptor estrogen +, klinis N0, dan T1 yang mendapat terapi hormonal.

#### (2) Radioterapi pasca mastektomi (Radioterapi Dinding Dada)

Radioterapi dinding dada pada pasca MRM diberikan pada:

- (a) Tumor T3-4.
- (b) KGB aksilla yang diangkat  $\geq 4$  yang mengandung sel tumor dari sediaan diseksi aksilla yang adekuat.
- (c) Batas sayatan positif atau dekat dengan tumor.
- (d) KGB aksilla yang diangkat 1-3 yang mengandung sel tumor dari sediaan diseksi aksila yang adekuat dengan

faktor risiko kekambuhan, antara lain derajat tinggi (diferensiasi jelek) atau invasi limfo vaskuler.

### (3) Radioterapi Paliatif

Radioterapi paliatif diberikan pada kanker payudara yang bermetastasis ke tulang dan menimbulkan rasa nyeri, metastasis otak, kanker payudara inoperable yang disertai ulkus berdarah dan berbau, dan kanker payudara inoperable setelah kemoterapi dosis penuh. Radioterapi pada metastasis tulang dapat diberikan atas indikasi nyeri, ancaman fraktur kompresi yang sudah distabilisasi, dan bila menghambat kekambuhan pasca operasi reseksi.<sup>18</sup>

### 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.<sup>13</sup> Kemoterapi yang diberikan dapat berupa obat tunggal atau berupa gabungan beberapa kombinasi obat kemoterapi. Kemoterapi diberikan secara bertahap, biasanya sebanyak 6 – 8 siklus agar mendapatkan efek yang diharapkan dengan efek samping yang masih dapat diterima. Hasil pemeriksaan imunohistokimia memberikan beberapa pertimbangan penentuan regimen kemoterapi yang akan diberikan.<sup>18</sup>

Efek samping kemoterapi akan mempengaruhi sel-sel sehat, misalnya sel kekebalan tubuh. Tapi obat dari dokter biasanya bisa



mencegah atau mengendalikan sebagian efek samping. Beberapa efek samping dari kemoterapi antara lain :

- 1) Hilangnya nafsu makan
- 2) Mual dan muntah
- 3) Sariawan atau sensasi perih dalam mulut
- 4) Rentan terhadap infeksi
- 5) Kelelahan, dan
- 6) Kerontokan rambut.<sup>5</sup>

e. Penatalaksanaan Keperawatan

Intervensi untuk pasien yang mengalami kanker payudara dapat dilakukan dengan cara farmakologis dan nonfarmakologi. Intervensi non farmakologis dapat berupa memberikan dukungan emosional, curhat, memberikan informasi tentang metode mengatasi efek samping dari pengobatan, nutrisi, modalitas, disinilah peran perawat mempunyai inovasi intervensi atau management dalam penanganan pada kasus kanker payudara.<sup>19</sup>

1) Perawatan Luka

Luka kanker dikenal dengan sebutan *fungating malignant wound*. Luka kanker merupakan infiltrasi sel tumor yang merusak lapisan epidermis dan dermis yang disebabkan oleh proliferasi sel ganas dengan bentuk menonjol atau tidak beraturan, biasanya seringkali muncul berupa benjolan (*nodul*) yang keras, non mobile, bentuknya menyerupai jamur, mudah terinfeksi, mudah berdarah, nyeri, mengeluarkan cairan yang berbau tidak sedap dan sulit sembuh.<sup>20</sup>

Luka kanker biasanya ditandai dengan adanya penurunan vaskularis jaringan sehingga jaringan akan mengalami hipoksia dan menjadi nekrosis yang memudahkan bakteri anaerob/aerob berkembang dan menimbulkan bau tidak sedap. Terjadinya peningkatan permeabilitas fibrinogen/plasma yang mengakibatkan cairan plasma akan keluar berlebihan pada luka yang sangat

eksudatif, berkembangnya jumlah keping darah (*platelet*) yang bertugas sebagai penekan tumbuh dan meluas di sel tumor, menyebabkan luka kanker sangat mudah berdarah dan sulit sembuh.<sup>20</sup>

Secara umum tujuan dari pemilihan balutan adalah membuang jaringan mati, balutan dapat mengontrol kejadian infeksi, mampu mempertahankan kelembaban, mempercepat proses penyembuhan luka, dapat mengabsorpsi cairan luka yang berlebihan, membuang jaringan mati, nyaman digunakan, dan steril. Sedangkan prinsip manajemen perawatan luka kanker adalah mengontrol bau tidak sedap pada luka, mengatasi produksi cairan yang berlebihan, mencegah dan mengontrol terjadinya perdarahan, dapat merawat kulit di sekitar luka, serta mengurangi dan mengontrol nyeri serta kejadian infeksi. Ketidaktepatan penggantian balutan luka dapat menyebabkan balutan luka tidak menyerap cairan luka, cairan luka menggenang dan mengenai kulit sehat sekitar luka, jika balutan tidak segera diganti dapat menyebabkan maserasi. Maserasi seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman terutama gatal dan nyeri, menggunakan perekat yang sulit dibuka dan berasal dari bahan yang dapat mengiritasi juga dapat menyebabkan maserasi saat membuka balutan.<sup>20</sup>

Pencegahan terjadinya perdarahan adalah hal terpenting, hati-hati dalam membuka balutan, mempertahankan kelembaban pada luka akan memudahkan dalam penggantian balutan, mencuci luka dengan lembut menghindari perlakuan kasar yang dapat menimbulkan perdarahan saat mencuci luka. Pencucian luka dengan metode irigasi lakukan penekanan pada sumber perdarahan dalam jangka waktu yang cukup lama terutama jika sumbernya adalah perdarahan Arteri. Pada lapisan bawah kasa dapat dioleskan kalsium-alginate kemudian tempelkan pada sumber perdarahan

dan beri penekanan hingga darah berhenti kemudian beri bantalan kassa yang cukup tebal untuk menekan dan tutup dengan perban elastis.<sup>20</sup>

## 2) Manajemen Nyeri

Nyeri merupakan keadaan yang sering terjadi pada pasien kanker. Nyeri bisa disebabkan oleh kanker itu sendiri, tumor dapat menekan atau mengiritasi organ dan saraf lain yang dapat menyebabkan nyeri. Nyeri juga bisa disebabkan oleh pengobatan kanker seperti pembedahan, kemoterapi, atau terapi radiasi.<sup>21</sup> Menilai intensitas nyeri, salah satunya dengan NRS (Numerical Rating Scale), yaitu nyeri intensitas rendah (1-3), sedang (4-6), dan berat (7-10).<sup>22</sup>

Nyeri secara umum terbagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan – lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan, nyeri dapat dibagi kedalam beberapa kategori, di antaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.<sup>23</sup>

Pada pasien Kanker Payudara nyeri biasanya terjadi dengan waktu yang lama, selain itu nyeri yang dirasakan terasa sangat hebat, Nyeri payudara tidak berkurang, bahkan cenderung makin parah, seiring dengan berjalannya waktu meski telah mengkonsumsi obat anti nyeri maupun telah melakukan upaya meredakan nyeri secara mandiri, Nyeri yang disertai dengan benjolan, perubahan bentuk payudara, maupun gejala kanker payudara yang lain, Nyeri otot, termasuk kanker payudara yang menyebabkan nyeri dada, maupun nyeri punggung.<sup>24</sup>

Penanganan nyeri dapat ditangani dengan menggunakan teknik farmakologi dan non farmakologi. Teknik non farmakologi sendiri mempunyai definisi yaitu terapi pengobatan tanpa menggunakan obat-obatan. Terapi non-farmakologi dapat berupa terapi pikiran tubuh (relaksasi progresif, meditasi, imajinasi, terapi musik, humor, tertawa, dan aromaterapi).<sup>25</sup> Nyeri kronis yang dialami oleh pasien kanker dapat dikurangi dan di adaptasi melalui self-management nyeri yaitu berupa, teknik relaksasi, distraksi dan guide imagery, merupakan teknik non farmakologis yang mudah dan dapat diimplementasikan oleh pasien.<sup>21</sup>

Teknik relaksasi adalah salah satu tindakan dalam dunia kesehatan yang bertujuan untuk meredakan ketegangan atau stres baik secara fisik maupun psikis sehingga akan meningkatkan toleransi terhadap nyeri tersebut. Cara melakukan relaksasi nafas dalam yaitu dimulai dengan menarik nafas dalam melalui hidung hingga rongga paru-paru terisi udara dengan cara menghitung perlahan. Selanjutnya, hembuskan udara secara bertahap melalui mulut. Tahap selanjutnya adalah menarik napas kembali melalui hidung dan menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut kemudian rasakan telapak tangan dan kaki terasa rileks. Menjaga konsentrasi dengan memejamkan mata dan fokus pada area yang sakit. Menganjurkan untuk mengulang kembali prosedur hingga 10 kali sampai nyeri berkurang, diselingi dengan istirahat pendek setiap 5 kali dengan perkiraan waktu 30-35 menit tiap sesi.<sup>26</sup>

Nyeri pada pasien pasca mastektomi memiliki angka kejadian nyeri persisten pada pasien pasca mastektomi terjadi pada 20-50% pasien dalam bentuk allodynia maupun nyeri phantom. Nyeri dirasakan pada area diseksi post-aksila akibat perlukaan pada saraf intercostabrakial saat dilakukan diseksi kelenjar getah bening

aksila. Allodynia merupakan kondisi dimana seseorang merasakan nyeri walaupun hanya mendapatkan rangsangan yang normalnya ia tidak akan merasakan nyeri, sedangkan nyeri phantom yaitu nyeri berkelanjutan yang dialami oleh penderita pada area tubuh yang telah dilakukan amputasi. Nyeri dapat dirasakan seperti terbakar, gatal, ataupun tertekan dengan waktu nyeri yang bervariasi pada masing-masing penderita.<sup>27</sup>

## **9. Pemeriksaan Penunjang Kanker Payudara**

### **a. Pemeriksaan Radiologi (*imaging*)**

#### **1) Mamografi**

Merupakan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X yang digunakan sebagai bagian dari skrining maupun diagnosis kanker payudara. Mamografi memiliki sensitifitas pada pasien > 40 tahun, namun kurang sensitif dan memiliki bahaya radiasi pada pasien < 40 tahun.

#### **2) Ultrasonografi (USG)**

Merupakan modalitas diagnosis dengan menggunakan gelombang suara yang relatif aman, hemat biaya, dan tersedia secara luas. Pemeriksaan ini aman dilakukan untuk menemukan ukuran lesi dan bisa menentukan lesi berupa lesi kistik atau lesi solid.

#### **3) CT scan**

Merupakan pemeriksaan dengan sinar X yang divisualisasikan oleh komputer. CT scan thoraks dengan kontras merupakan salah satu modalitas untuk diagnosis kanker payudara. Selain itu, CT scan kepala juga dapat memberikan keuntungan dalam penentuan metastasis ke otak.<sup>28</sup>

### **b. Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada pasien dengan kanker payudara meliputi :

- 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) Tumor marker {III atau II}: apabila hasil tinggi, perlu diulang untuk follow up
- 3) 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
- 4) MCA dan AFP (alfa feto protein), 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 putting susu), akan ditemukan hasil yang positif pada pasien kanker payudara.
- 6) Enzym alkali sposphate, 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) Aktivitas estrogen atau vaginal smear, hormon reseptor ER, PR biasanya ditemukan peningkatan hormone estrogen pada pasien dengan kanker payudara.<sup>13</sup>
- c. 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.

## **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**

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.<sup>29</sup>

## 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

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.<sup>17</sup>

## 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji kemungkinan adanya riwayat kanker dalam keluarga. Kaji juga apakah keluarga memiliki riwayat penyakit menular lainnya. perempuan dengan riwayat keluarga kanker payudara, terutama dalam tingkat pertama, memiliki peningkatan risiko kanker payudara. Gen kanker payudara yang dikenal sebagai hereditary breast cancer (HBC) yang diturunkan dari orangtuanya seperti gen BRCA1 dan BRCA2, gen TP53, gen CHEK2.<sup>5</sup>

### a. 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) Wajah, tidak ada pembengkakan dan hematoma.
- c) Mata, biasanya, konjungtiva pasien anemis yang disebabkan nutrisi yang kurang, tidak terdapat udem 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 efusi 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.<sup>15</sup>

5) Jantung

a) Inspeksi

Ictus cordis biasanya tidak terlihat

b) Palpasi

Ictus cordis teraba satu jari mid klavikula 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 payudara tidak simetris dikarenakan terdapat benjolan di payudara. Kulit payudara normalnya tampak halus, jika ditemukan *Peau d'Orange* (tekstur kulit seperti kulit jeruk), kemungkinan pasien terkena kanker payudara jika pasien diminta mengangkat kedua tangannya secara bersamaan maka akan tampak salah satu payudara tidak ikut terangkat dan tampak benjolan yang tidak beraturan.<sup>15</sup>

b) Palpasi

Payudara pasien akan teraba benjolan yang keras, massa tidak dapat digerakkan, teraba benjolan-benjolan yang tidak beraturan, terasa adanya pembesaran atau benjolan kelenjer getah bening di ketiak (aksila), serta adanya nyeri tekan dan nyeri raba.

Prosedur pemeriksaan payudara 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 non-dominan untuk menopang payudara, sementara tangan yang dominan untuk palpasi payudara. Mulailah dengan palpasi 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 palpasi payudara untuk menemukan dari mana keluarnya cairan tersebut.<sup>15</sup>

## 7) Abdomen

- a) Inspeksi : Tidak terjadi pembesaran perut, tidak ada asites.
- b) Palpasi : Tidak teraba pembesaran hepar dan linen
- c) Perkusi : Bunyi abdomen tympani.
- d) Auskultasi : Bising usus normal (+)

#### 8) Ekstremitas

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

#### b. 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.<sup>10</sup>

#### c. Data Psikologis

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

#### d. Pemeriksaan Penunjang Klinis

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.<sup>28</sup>

##### 2) Pemeriksaan Laboratorium

###### a) Pemeriksaan darah rutin lengkap

(1) Hb, pada pasien kanker payudara akan ditemukan hasil Hb rendah hal ini dikarenakan pada saat menjalani kemoterapi yang bertujuan untuk membunuh sel-sel kanker, namun juga mengakibatkan kadar Hb menjadi turun.

(2) Leukosit, pada pasien kanker payudara akan ditemukan kadar leukosit tinggi karena sebagai bentuk pertahanan tubuh melawan benda asing.

- (3) Eritrosit, pada penderita kanker payudara akan ditemukan jumlah eritrosit rendah karena pembentukannya terhambat akibat aliran darah tersumbat oleh sel kanker.
- (4) Trombosit, jumlah trombosit pada pasien kanker payudara akan menjadi rendah dikarenakan kanker payudara akan menyebabkan terjadinya pendarahan akibat trombositopeni melalui penekanan produksi akibat kemoterapi atau infiltrasi sel ganas.
- (5) Laju Endap Darah (LED), pada penderita kanker payudara sering ditemukan kadar LED yang tinggi dikarenakan sering disertai penyakit infeksi menahun yang disebabkan menurunnya daya tahan tubuh.<sup>29</sup>

b) Pemeriksaan Urin

Akan ditemukan kadar ureum dan kreatinin darah meningkat diakibatkan meningkatnya nilai kadar CA 15-3 serum pada penderita kanker payudara.<sup>29</sup>

## 2. Diagnosis Keperawatan

### a. Diagnosis Keperawatan Pre-Operatif Kanker Payudara :

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre-operatif kanker payudara (SDKI, 2018)<sup>30</sup> :

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor
- 2) Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran Mengalami Kegagalan
- 3) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis
- 4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme
- 5) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
- 6) Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas

- 7) Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- 8) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur
- 9) Resiko Cedera berhubungan dengan Perubahan Fungsi Psikomotor.
- 10) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

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

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operatif kanker payudara (SDKI, 2018)<sup>30</sup> :

- 1) Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif.
- 2) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik.
- 3) Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Efek Tindakan/Pengobatan.
- 4) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan (Tindakan Operasi)
- 5) Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit berhubungan dengan Mual dan Muntah.
- 6) Resiko Cedera berhubungan dengan Terpapar Zat Kimia Toksik

### **3. Intervensi Keperawatan**

#### **a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif Kanker Payudara**

Tabel 2.1

Intervensi Keperawatan Pre Operatif Kanker Payudara

<b>No</b>	<b>Diagnosis (SDKI)</b>	<b>Tujuan (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
<b>1</b>	<b>Nyeri Kronis</b>  Penyebab : a. Infiltrasi Tumor b. Gangguan Fungsi Metabolic	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	<b>Manajemen Nyeri</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

	<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 konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengeluh nyeri</li> <li>3. Tampak meringis</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Tidak mampu menuntaskan aktifitas</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa takut mengalami cedera berulang</li> <li>2. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Waspada</li> <li>4. Pola tidur berubah</li> <li>5. Berfokus pada diri sendiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnosis, terapi musik, aromaterapi, kompres hangat / dingin, teknik imajinasi terbimbing)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
--	--	--	--

			<p><b>Perawatan Kenyamanan</b></p> <p><b><i>Observasi</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)</li> <li>2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya</li> <li>3. Identifikasi masalah emosional, dan spiritual</li> </ol> <p><b><i>Terapeutik</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan posisi yang nyaman</li> <li>2. Berikan kompres dingin atau hangat</li> <li>3. Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>4. Berikan pijatan</li> <li>5. Berikan terapi hipnosis</li> <li>6. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</li> <li>7. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan</li> </ol> <p><b><i>Edukasi</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan</li> <li>2. Ajarkan terapi relaksasi</li> <li>3. Ajarkan latihan pernapasan</li> <li>4. Ajarkan teknik relaksasi atau imajinasi terbimbing</li> </ol>
--	--	--	--



			<b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	<p><b>Ansietas</b></p> <p>Penyebab : Kekhawatiran Mengalami Kegagalan</p> <p>Defenisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek 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"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3. Sulit berkonsentrasi</li> <li>4. Tampak gelisah</li> <li>5. Tampak tegang</li> <li>6. Sulit</li> <li>7. tidur</li> </ol> <p>Tanda dan gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh pusing</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Palpitasi</li> <li>4. Merasa tidak berdaya</li> <li>5. Frekuensi nafas meningkat</li> <li>6. Frekuensi nadi meningkat</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Konsentrasi membaik</li> <li>5. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>3. Motivasi mengenai situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> </ol>

	<p>7. Tekanan darah meningkat</p> <p>8. Tremor</p> <p>9. Muka tampak pucat</p>		
3.	<p><b>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan</b></p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Faktor mekanis</li> <li>Perubahan sirkulasi</li> <li>Perubahan status nutrisi</li> <li>Efek samping terapi radiasi</li> <li>Kelembaban</li> <li>Perubahan hormonal</li> <li>Kurang terpapar informasi</li> </ol> <p>Definisi:</p> <p>Kerusakan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan (membrane, mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, atau ligamen).</p> <p>Tanda dan gejala mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan jaringan atau kulit</li> </ol> <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nyeri</li> <li>Perdarahan</li> <li>Kemerahan</li> <li>Hematoma</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perfusi jaringan meningkat</li> <li>Elastisitas meningkat</li> <li>Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> <li>Suhu kulit membaik</li> <li>Perdarahan menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>Anjurkan menghindari suhu ekstrem</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>7. Ganti balutan sesuai eksudat dan drainase</li> <li>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</li> </ol>
4.	<p><b>Defisit Nutrisi</b></p> <p>Penyebab : Peningkatan Kebutuhan Metabolisme</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</li> </ol> </p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Sariawan menurun</li> <li>3. Rambut rontok menurun</li> <li>4. Berat badan membaik</li> <li>5. IMT membaik</li> <li>6. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> </ol>

	<p>Gejala dan tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2. Kram/nyeri abdomen</li> <li>3. Nafsu makan menurun</li> <li>4. Bising usus hiperaktif</li> <li>5. Otot pengunyah lemah</li> <li>6. Otot menelan lemah</li> <li>7. Membrane mukosa pucat</li> <li>8. Sariawan</li> <li>9. Serum albumin turun</li> <li>10. Rambut rontok berlebihan</li> <li>11. Diare</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi Diet</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi Tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>3. Identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan materi, media</li> <li>2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan kesehatan</li> <li>3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>4. Sediakan rencana makan tertulis, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> </ol>
--	---	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</li> <li>3. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</li> <li>4. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program</li> </ol>
5.	<p><b>Perfusi Perifer Tidak Efektif</b></p> <p>Penyebab : Penurunan Konsentrasi Hemoglobin</p> <p>Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala dan tanda mayor :  <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>5. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>6. Akral teraba dingin</li> <li>7. Warna kulit pucat</li> <li>8. Turgor kulit menurun</li> </ol> </p> <p>Gejala dan tanda minor:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parastesia</li> <li>2. Nyeri ekstremitas</li> <li>3. Edema</li> <li>4. Penyembuhan luka lambat</li> </ol> </p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik</li> <li>4. Akral membaik</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Pemberian Produk Darah</b></p> <p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, hipertensi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada daerah di area keterbatasan perfusi</li> <li>3. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>4. Lakukan hidrasi</li> </ol>

			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>2. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>3. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>4. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat</li> </ol>
6.	<p><b>Pola Nafas Tidak Efektif</b></p> <p>Penyebab : Hambatan Napas      Upaya</p> <p>Definisi: Inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>3. Fase ekspirasi memanjang</li> <li>4. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi)</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ortopnea</li> <li>2. Pernapasan cuping hidung</li> <li>3. Ventilasi semenit menurun</li> <li>4. Tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan</li> <li>2. Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi</li> <li>3. Frekuensi nafas membaik</li> <li>4. Pernapasan cuping hidung tidak ada</li> <li>5. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>6. Tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat</li> </ol>	<p><b>Manajemen Jalan Napas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>2. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan penghisapan lender &lt;15 detik</li> <li>5. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> <li>2. Ajarkan Teknik batuk efektif</li> </ol>

			<p><b>Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas</li> <li>2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi)</li> <li>3. Monitor produksi sputum</li> <li>4. Monitor adanya sumbatan jalan nafas</li> <li>5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>6. Auskultasi bunyi nafas</li> <li>7. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
7.	<p><b>Gangguan Pertukaran Gas</b></p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</li> <li>b. Perubahan membran alveolus-kapiler</li> </ol> <p>Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi atau eliminasi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Bunyi nafas tambahan menurun</li> <li>3. Takikardia menurun</li> <li>4. PCO2 membaik</li> <li>5. PO2 membaik</li> </ol>	<p><b>Terapi Oksigen</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. Monitor kemampuan melepas oksigen saat makan</li> <li>4. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> </ol>

	<p>karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun</li> <li>3. PO<sub>2</sub> menurun</li> <li>4. Takikardia</li> <li>5. Bunyi napas tambahan</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pusing</li> <li>2. Penglihatan kabur</li> <li>3. Sianosis</li> <li>4. Diaforesis</li> <li>5. Gelisah</li> <li>6. Napas cuping hidung</li> <li>7. Pola napas abnormal</li> <li>8. Warna kulit abnormal</li> <li>9. Kesadaran menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pola napas membaik</li> <li>7. Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea</li> <li>2. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>3. Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</li> <li>4. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> <li>2. Kolaborasi pemberian oksigen saat aktivitas/tidur</li> </ol>
8.	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b></p> <p>Penyebab : Kurang Kontrol Tidur</p> <p>Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengeluh sulit tidur</li> <li>7. Mengeluh sering terjaga</li> <li>8. Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>9. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>10. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> <li>6. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> <li>2. Tetapkan jadwal tidur rutin (mis. pijat, pengaturan posisi)</li> <li>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ol>



	Gejala dan tanda minor: 1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun		<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
9.	<b>Resiko Cedera</b>  Penyebab : Perubahan Fungsi Psikomotor  Definisi : Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: 1. kejadian cedera menurun 2. luka/lecet menurun 3. toleransi aktivitas meningkat 4. ketegangan otot menurun 5. perdarahan menurun 6. ekspresi wajah kesakitan menurun 7. agitasi menurun 8. tekanan darah membaik	<b>Pencegahan Cedera</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera  <b>Terapeutik</b> 1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat 3. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera 4. Diskusikan mengenai Latihan atau terapi fisik yang diperlukan 5. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas (mis. tongkat, alat bantu jalan)  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

10.	<p><b>Resiko Infeksi</b></p> <p>Penyebab : Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. kebersihan badan meningkat</li> <li>3. kemerahan menurun</li> <li>4. nyeri menurun</li> <li>5. bengkak menurun</li> <li>6. demam menurun</li> <li>7. kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> </ol>
-----	---	--	---

## b. Intervensi Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara

Table 2.2

### Intervensi Keperawatan Post Operatif Kanker Payudara

No	Diagnosis (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<b>Resiko Infeksi</b>  Penyebab : Efek prosedur infasif  Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. kebersihan tangan meningkat 2. kebersihan badan meningkat 3. kemerahan menurun 4. nyeri menurun 5. bengkak menurun 6. demam menurun 7. kadar sel darah putih membaik	<b>Pencegahan Infeksi</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik  <b>Terapeutik</b> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada paseien beresiko tinggi  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
2.	<b>Nyeri Akut</b>  Penyebab : Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan	<b>Manajemen Nyeri</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

	<p>(prosedur operasi)</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 yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, kualitas, kualitas,</li> </ol>
--	---	--	--

			<p>lokasi, frekuensi, intensitas, durasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>Identifikasi kesesuaian jenis analgesik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan jenis analgesik yang digunakan untuk mencapai analgesia optimal</li> <li>Tetapkan target efektifitas analgesik dan efek analgesik serta efek lainnya yang tidak diinginkan</li> <li>Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek lainnya yang timbul</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ol> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><b><i>Terapeutik</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika perlu</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b><i>Edukasi</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.</li> <li>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam,</li> </ol>
--	--	--	--

			peregangan atau imajinasi terbimbing)
3.	<b>Gangguan Citra Tubuh</b>  Penyebab : a. Perubahan struktur / bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat) b. efek tindakan / pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan citra tubuh membaik dengan kriteria hasil: 1. melihat bagian tubuh membaik 2. menyentuh bagian tubuh membaik 3. verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik 4. verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik 5. fokus pada penampilan masa lalu menurun 6. verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun	<b>Promosi Citra Tubuh</b> <b>Observasi</b> 1. identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 4. monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah  <b>Terapeutik</b> 1. diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. Luka, penyakit, pembedahan) 4. diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh  <b>Edukasi</b> 1. anjurkan mengungkapkan Gambaran diri terhadap citra tubuh

			2. latih fungsi tubuh yang dimiliki 3. latih peningkatan penampilan diri 4. latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
<b>4.</b>	<b>Gangguan Pola Tidur</b>  Penyebab : a. Kurang kontrol tidur b. Hambatan lingkungan (Tindakan operasi)  Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Gejala dan tanda mayor :  1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup  Gejala dan tanda minor : 1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 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 6. Kemampuan beraktivitas meningkat	<b>Dukungan Tidur</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur  <b>Terapeutik</b> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu) 2. Tetapkan jadwal tidur rutin (mis. pijat, pengaturan posisi) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya  <b>Terapi Musik</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi perubahan perilaku atau fisiologis (mis, relaksasi, stimulasi, konsentrasi,



			<p>pengurangan rasa sakit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi minat terhadap sakit</li> <li>Identifikasi musik yang disukai</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pilih musik yang disukai</li> <li>Posisikan dalam posisi nyaman</li> <li>Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (mis. lampu, suara, pengunjung)</li> <li>Atur volume suara yang sesuai</li> <li>Berikan terapi musik sesuai indikasi</li> <li>Hindari pemberian terapi music dalam waktu yang lama</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur terapi music</li> <li>Anjurkan rileks selama mendengarkan musik</li> </ol>
5.	<p><b>Resiko Ketidakseimbangan Elektrolit</b></p> <p>Penyebab : Mual dan Muntah</p> <p>Definisi : Berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Serum natrium membaik</li> <li>Serum kalium membaik</li> <li>Serum klorida membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Cairan Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol>

			<p>3. monitor status hemodinamik, jika tersedia</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. catat <i>intake-output</i> dan hitung <i>balance</i> cairan 24 jam</li> <li>2. berikan asupan nutrisi, sesuai kebutuhan</li> <li>3. berikan cairan intravena, jika perlu</li> </ol>
6.	<p><b>Resiko Cedera</b></p> <p>Penyebab : Terpapar Zat Kimia Toksik</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kejadian cedera menurun</li> <li>2. luka/lecet menurun</li> <li>3. toleransi aktivitas meningkat</li> <li>4. ketegangan otot menurun</li> <li>5. perdarahan menurun</li> <li>6. ekspresi wajah kesakitan menurun</li> <li>7. agitasi menurun</li> <li>8. tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Pemberian Obat</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi kemungkinan alergi dan kontraindikasi obat</li> <li>2. verifikasi order obat sesuai dengan indikasi</li> <li>3. periksa tanggal kadaluwarsa obat</li> <li>4. monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2. lakukan prinsip enam benar (benar pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi)</li> <li>3. perhatikan jadwal pemberian obat</li> <li>4. hindari pemberian obat yang tidak dilabel dengan benar</li> <li>5. dokumentasikan pemberian obat dan respon terhadap obat.</li> </ol>

			<b><i>Edukasi</i></b> 1. jelaskan jenis obat, alasan pemberian obat, Tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
--	--	--	--

### **3. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah dibuat oleh perawat untuk pasien berdasarkan diagnosis keperawatan dengan tujuan dapat membantu pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan sehingga status kesehatan pasien meningkat.<sup>31</sup>

### **4. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah proses akhir dari proses keperawatan dan proses ini dilakukan dengan cara membandingkan perubahan keadaan dan respon pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan dengan tujuan mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan.<sup>31</sup>

### **5. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis atau Laporan mengenai tindakan yang diambil perawat terhadap pasien, termasuk siapa yang melakukan tindakan tersebut, kapan tindakan dilakukan dan hasil dari tindakan tersebut. Dokumentasi mencakup data dan informasi mengenai pasien, berupa tanda-tanda vital dan pengamatan keperawatan.<sup>32</sup>

### **BAB III**

## **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif deskriptif dengan desain penelitian studi kasus dimana penelitian yang dilakukan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat studi kasus.<sup>33</sup> Penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di Ruang Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025. Waktu penelitian dimulai dari bulan Januari 2024 sampai Juni 2025. Waktu pengambilan data dan pemberian asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 23–27 Februari 2025.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi merupakan orang, obyek, kejadian, perilaku, atau sesuatu lain yang akan dilakukan peneliti dari satu wilayah yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang berkenaan dengan masalah yang akan diteliti kemudian ditarik kesimpulannya.<sup>34</sup> Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien dengan Kanker Payudara di ruangan IRNA Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang.

Populasi dalam penelitian ini ditemukan 3 orang pasien dengan diagnosa kanker payudara di Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## 2. Sampel

Sampel merupakan sebuah gugus atau jumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi. Dengan menggunakan sampel dari populasi, maka kesimpulannya akan diberlakukan. Untuk itulah, sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representative (mewakili).<sup>34</sup>

Cara pengambilan sampel (sampling) dengan cara mengambil sejumlah sampel agar dapat mewakili jumlah dan karakteristik populasi nya. Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan adalah purposive sampling. Purposive sampling yaitu penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi yang sesuai dengan tujuan peneliti.<sup>33</sup> Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang pasien yang terdiagnosa kanker Payudara di Ruang IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Adapun kriteria yang akan menjadi sampel dalam penelitian ini adalah :

### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.<sup>33</sup>

Kriteria Inklusi pada penelitian ini antara lain :

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian
- 2) Pasien dirawat dengan keadaan kooperatif

### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab.<sup>33</sup>

Kriteria eksklusi penelitian ini antara lain :

- 1) Pasien yang sedang kemoterapi
- 2) Pasien yang dilakukan perawatan kurang dari 5 hari karena pulang, meninggal atau pindah ruang rawatan

Teknik pengambilan sampel dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah Teknik *Purposive Sampling* merupakan unit sampel yang dibutuhkan

disesuaikan dengan kriteria-kriteria tertentu yang ditetapkan berdasarkan pada tujuan penelitian.<sup>33</sup>

Saat melakukan penelitian, peneliti mendapatkan 3 pasien, Dimana 1 pasien pulang di hari pertama penelitian dan 1 pasien lagi tidak kooperatif, sehingga didapatkan 1 pasien sebagai responden yang sesuai dengan kriteria inklusi peneliti.

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Alat pelindung diri terdiri dari masker, handscoon dan gown pelindung baju, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, penlight, meteran, timbangan berat badan dan pita LILA.

1. Format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah terdiri dari : identitas pasien,identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan terapi pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik,diagnosa keperawatan.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa 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**

Metode pengukuran yang dilakukan pada pasien kanker payudara yaitu dapat menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik seperti mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, lingkaran 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 aktivitas sehari-hari pasien dibantu keluarga atau biasa melakukan aktivitas 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 fosfatase, gula darah puasa, mammografi/USG payudara, foto thoraks).<sup>29</sup>

### **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 aktivitas 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 Kemenkes Poltekkes Padang.
- b. Peneliti memasukkan surat izin penelitian yang diberikan kepada instalasi penelitian di 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.
- i. Peneliti meminta waktu untuk melakukan asuhan keperawatan dan pamit

## G. Analisis Data

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 akan 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 ( 43 tahun ) dirawat di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang, pasien merupakan kiriman dari poli onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang, pasien masuk pada hari Sabtu, 22 Februari 2025 pukul 17.23 WIB dengan keluhan pasien merasakan nyeri sejak 1 tahun yang lalu pada payudara sebelah kiri, pasien mengatakan nafas nya sesak sejak 1 minggu yang lalu, nafas pasien bertambah sesak apabila beraktivitas, pasien juga mengatakan badan terasa lemah dan tidak bertenaga, pasien mengatakan tidur tidak nyenyak dan sering terbangun ketika tidur di malam hari, nafsu makan pasien menurun, saat makan pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makan saja dan sering merasa mual setelah makan bahkan terkadang memuntahkan makanannya.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Februari 2025 pukul 11.07 WIB, pasien mengatakan telah melakukan biopsi di RS Ropanasuri pada bulan Maret 2024 lalu dan dinyatakan pasien terdiagnosa kanker payudara, saat ini pasien mengatakan payudara kirinya terasa nyeri dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan menjalar hingga ke punggung, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, luka tampak basah dan mudah berdarah serta mengeluarkan nanah dengan panjang luka sekitar 15 cm, pasien juga mengatakan nafas terasa sesak bila berbaring dan menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm, pasien tampak pucat dan meringis apabila menggerakkan tubuhnya, pasien mengatakan aktivitas nya saat ini dibantu oleh perawat dan keluarganya.

Luka tampak basah dan mudah berdarah dengan panjang luka sekitar 15 cm, pasien tampak pucat, lemah, dan meringis kesakitan, kulit disekitar

payudara pasien tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*), pasien juga mengatakan nafas terasa sesak saat berbaring dan menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm, pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan di RS dan sering merasa mual setelah makan bahkan memuntahkan makanannya, BB nya saat ini telah turun 15 kg, pasien tampak pucat dan meringis apabila menggerakkan tubuhnya.

Riwayat kesehatan dahulu didapatkan pasien memiliki riwayat kanker payudara sejak tahun 2024, dan sudah pernah melakukan biopsi di RS Ropanasuri pada bulan Maret 2024 lalu dan dinyatakan Ny. R menderita kanker payudara, pasien telah menjalani Radioterapi sebanyak 10x di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan direncanakan akan dilakukan kemoterapi pada bulan Maret 2025. Pasien mengatakan dirinya dulu sering mengonsumsi makanan berbumbu seperti mi instan, bakso, dan Ketika masak sering menambahkan penyedap ke masakannya.

Pengkajian keluarga didapatkan bahwa ibunya juga merupakan penderita penyakit kanker payudara dan pasien mengatakan bahwa sakit yang ia alami saat ini merupakan genetik dan turunan dari ibunya, pasien juga mengatakan bahwa keluarganya memiliki riwayat penyakit hipertensi, namun tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit DM dan penyakit menular lainnya.

Kegiatan aktivitas sehari-hari didapatkan data Ny. R memiliki kebiasaan makan saat sehat 3 kali sehari lengkap dengan sayuran dan lauk dengan porsi sedang 1 piring dan selalu habis serta sering mengonsumsi makanan berpenyedap dan bersantan. Pada saat dirawat Ny. R diberikan diet MB TKTP 3 kali sehari namun karena nafsu makannya berkurang ia hanya menghabiskan setengah porsi dan ia mengatakan sering terasa mual setelah makan bahkan terkadang memuntahkannya . Pola istirahat dan tidur Ny. R saat sehat lebih kurang 8 jam sehari dan jarang tidur siang, saat sakit Ny. R sulit untuk tidur di malam hari, dan sering

terbangun saat tidur karena nyeri di payudaranya serta sesak nafas yang menyebabkan kualitas tidur nya kurang baik. Dalam sehari Ny. R BAK 5-6 kali sehari berwarna kekuningan melalui kateter, dan BAB 2-3 hari sekali memakai pampers, saat dirawat ini aktiitas sehari-harinya banyak dibantu oleh perawat dan keluarganya.

Hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum baik, berat badan 43 kg, dan tinggi badan 155 cm, hasil pengukuran suhu 36, 9°C, Tekanan darah 129/88 mmHg, Nadi 89x/i, pernafasan 23x/i, 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 simetris serta tidak ada pernapasan cuping hidung, mukosa bibir kering, 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 sama, 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 RIC 5, pada auskultasi tidak ada bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan payudara pada inspeksi ditemukan payudara 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. Pemeriksaan ekstremitas atas simetris, tidak ada edema, CRT <2 detik, terpasang IVFD Tutosol 21 tpm pada tangan sebelah kanan, untuk ekstremitas bawah simetris kiri-kanan, tidak ada edema, dan CRT <2 detik serta tidak ada varises.

Untuk data psikologis didapatkan, Status emosional pasien baik, pasien bisa diajak berkomunikasi dan menjawab pertanyaan yang diajukan, suara pasien terdengar pelan, pasien sering mengalihkan pandangan saat

berbicara, pasien mengatakan merasa cemas dengan penyakitnya, takut kalau suaminya tidak bisa menerimanya, pasien merasa dirinya merepotkan anak-anaknya. Pasien juga menceritakan kondisi dirinya pada keluarganya, dan mengatakan bahwa seluruh keluarganya mendukung dan peduli pada dirinya untuk melawan penyakitnya, Pasien berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dan berbicara dengan suara yang pelan namun dimengerti. Pasien mengatakan yakin bahwa dia bisa melawan penyakitnya

Untuk data sosial-ekonomi, pasien merupakan ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai supir, dan untuk biaya pengobatan Rumah Sakit pasien menggunakan BPJS.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan data : Hemoglobin 9.5 g/dL (12.0-14.0), leukosit  $6.30 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0-10.0), trombosit  $97 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150 - 400), hematokrit 30 % (37.0 - 43.0), eritrosit  $3.94 \times 10^6/\mu\text{L}$  (4.00 - 4.50), limfosit 3 % (20.0 – 40.0), natrium 131 mmol/L (136 -145), kalium 2.0 mmol/L, klorida 90 mmol/L (97 -100). Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 Februari 2025 : hemoglobin 10.0 g/dl (12.0 - 14.0), hematokrit 31 % (37.0 – 43.0), leukosit  $5.87 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0 - 10.0), retikulosit 2.03 % (0.5 – 2.0), trombosit  $126 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150 – 400), kalium 2.9 mmol/L (3.5 – 5.1), klorida 97 mmol/L (97 – 111), natrium 136 mmol/L (136 – 145).

Program pengobatan yang diberikan adalah IVFD Tutosol 21 tpm pada tangan kanan, ampicilin sulbactam 1.5 gr 3 kali sehari (IV), ranitidine 50 mg 2 kali sehari (IV), paracetamol 500 mg 3 kali sehari (oral), KSR 3 kali sehari (oral).

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa 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 diagnosa keperawatan yang ditegakkan peneliti pada pasien :

a) Diagnosa Keperawatan I

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif pasien mengatakan terasa benjolan dan nyeri pada payudara kiri sejak 3 bulan yang lalu dan telah menjalani biopsi pada Maret 2024 lalu. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk bahkan menjalar hingga ke punggung, dengan durasi 10-15 menit, pasien mengatakan sulit tidur di malam hari karena nyeri yang dirasakannya. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis menahan nyeri di payudaranya, pasien tampak pucat, gelisah dan tampak tidak nyaman dengan kondisinya, suara pasien juga terdengar pelan, pasien sesekali tampak mengelus payudara kirinya. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

b) Diagnosa Keperawatan II

Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif pasien mengatakan nafas terasa sesak dan memberat setelah melakukan aktivitas, pasien mengatakan sesak nafasnya memberat sejak 1 minggu sebelum masuk RS, data objektif didapatkan pasien tampak kesulitan dalam bernafas, pasien tampak pucat dan lemas, pasien juga terpasang nasal kanul 3 lpm, dengan frekuensi nafas 23x/menit. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas.

c) Diagnosa Keperawatan III

Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanis, pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka bekas biopsi di payudara kiri pada tahun 2024 lalu, pasien mengatakan payudara kirinya tidak mulus, dan luka berdarah, pasien juga mengatakan terasa nyeri dan gatal pada payudaranya. Data objektif didapatkan Kulit payudara tampak tidak mulus, dan luka di payudara tampak berdarah dan bernanah, kulit di sekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*). Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanis.

d) Diagnosa Keperawatan IV

Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit), pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif berupa pasien mengatakan bahwa lukanya basah dan rembes, pasien mengatakan luka mudah berdarah, sedangkan data objektif didapatkan luka tampak basah dan tertutup kain, luka tampak berdarah, luka tampak mengeluarkan cairan nanah, pasien juga tampak pucat. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosa keperawatan resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).

e) Diagnosa Keperawatan V

Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme, pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif berupa pasien mengatakan bahwa nafsu makannya menurun dan hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanan di RS, selama di RS pasien mendapatkan diet MB TKTP namun hanya menghabiskan setengah porsi makanan di RS, pasien juga mengatakan setelah makan sering

terasa mual bahkan terkadang memuntahkannya, pasien mengatakan sebelum sakit berat badannya 58 kg, sedangkan data objektif didapatkan pasien tampak lemas dan pucat, selama di RS pasien mendapatkan diet MB TKTP dan mengalami penurunan berat badan yaitu, TB : 122 cm, BB : 43 kg. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosa keperawatan Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme.

f) Diagnosa Keperawatan VI

Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri, pada tanggal 23 Februari 2025 ditemukan data subjektif berupa pasien mengatakan cemas dengan kondisinya takut kalau suaminya tidak bisa menerimanya, pasien juga mengatakan bahwa dirinya merasa hanya menjadi beban bagi keluarganya terutama bagi anak yang menjaganya, pasien juga mengatakan sulit tidur dan tidurnya tidak nyenyak sedangkan data objektif didapatkan pasien tampak gelisah, pucat dan lemah, pasien tampak tidak berkonsentrasi ketika diajak berbicara, frekuensi napas pasien juga meningkat. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat Diagnosa keperawatan Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri.

### **3. Intervensi Keperawatan**

a) Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnosis, terapi musik, aromaterapi, kompres hangat / dingin, teknik imajinasi terbimbing), Fasilitasi istirahat dan tidur, Jelaskan strategi



meredakan nyeri, Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri, Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Sedangkan untuk intervensi perawatan kenyamanan yaitu, identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, mual, sesak), 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 yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, ajarkan terapi relaksasi, ajarkan latihan pernapasan, ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, kesulitan tidur menurun. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun, Keluhan sulit tidur menurun dan Rileks meningkat.

b) Pola Nafas tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas

Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas adalah manajemen jalan napas dan pemantauan respirasi, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu : Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), pertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan penghisapan lendir <15 detik, berikan oksigen, jika perlu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan Teknik batuk efektif.

Sedangkan untuk intervensi pemantauan respirasi yaitu, monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas, monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi), monitor produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan nafas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik.

c) Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis

Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanis adalah perawatan luka, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu : monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

Sedangkan untuk intervensi perawatan integritas kulit yaitu, Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif, anjurkan

menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan menghindari suhu ekstrem

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, elastisitas meningkat, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik, tekstur membaik.

d) Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) adalah pencegahan infeksi, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, 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 dengan benar, ajarkan etika batuk, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, demam menurun, kadar sel darah putih membaik.

e) Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme adalah manajemen nutrisi, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu : identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, monitor asupan makanan,

fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan yang tinggi kalori dan protein, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan diet yang diprogramkan, anjurkan posisi duduk, jika mampu.

Sedangkan untuk intervensi keperawatan edukasi diet yaitu, identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, identifikasi tingkat pengetahuan saat ini, identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi/media, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan kesehatan, berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya, sediakan rencana makan tertulis, jika perlu.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, rambut rontok menurun, berat badan membaik, IMT membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

f) Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri

Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri adalah reduksi ansietas, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu : identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi.

Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pucat menurun, frekuensi napas membaik, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, kontak mata 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 23-27 Februari 2025, maka didapatkan :

a. Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan nyeri kronis b.d infiltrasi tumor yaitu manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri, mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, mual, sesak nafas), Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, Memberikan posisi yang nyaman yaitu posisi semi fowler agar pasien rileks, Menjelaskan tujuan, manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam, dan mendengarkan murottal Al-Qur'an, Mengajarkan dan mendampingi pasien ketika melakukan teknik relaksasi non-farmakologis, menganjurkan sering mengulangi teknik relaksasi nafas dalam ataupun murottal ketika terasa nyeri serta kolaborasi pemberian paracetamol 500 mg, 3x1 (oral).

b. Gangguan Pola Nafas b.d Hambatan Upaya Nafas

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan Gangguan Pola Nafas b.d Hambatan Upaya Nafas yaitu manajemen jalan nafas dan pemantauan respirasi dengan memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas),

memposisikan pasien semi-fowler, memberikan pasien oksigen nasal kanul 3 lpm, menganjurkan pasien untuk minum dengan air hangat.

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan b.d faktor mekanis yaitu perawatan luka dan perawatan integritas kulit dengan mengidentifikasi penyebab gangguan integritas, memonitor karakteristik luka (warna dan ukuran dari luka), pasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka : redressing, Ganti balutan sesuai jenis eksudat, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan minum air putih yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

d. Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) yaitu pencegahan infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1.

e. Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan

metabolisme yaitu manajemen nutrisi dan edukasi diet dengan mengidentifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi, mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini, mengidentifikasi pola makan saat ini dan masa lalu, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, memonitor asupan makanan yang masuk ke pasien, memfasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet, memberikan makanan yang tinggi kalori dan protein, menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan diet yang diprogramkan, menganjurkan pasien posisi duduk saat makan, memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya, menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan.

f. **Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri**

Implementasi dilakukan pada tanggal 23 – 27 Februari 2025 pada diagnosis keperawatan ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri yaitu reduksi ansietas dengan identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi.

**5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 23 – 27 Februari 2025 dengan menggunakan metode SOAP ( Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). Hasil evaluasi didapatkan :

a. Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 23 Februari 2025 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan telah menjalani biopsi pada tahun 2024. Ny. R mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit yang menjalar hingga ke punggung, dan setelah dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam Ny. R mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik relaksasi napas dalam yang didemonstrasikan, assesment masalah belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : manajemen nyeri dan perawatan kenyamanan.

b. Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas pada tanggal 23 Februari 2025 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan nafasnya terasa sesak dan berat, sesak nafas terasa memberat sejak 1 minggu yang lalu dan data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak kesulitan dalam bernafas, Pasien tampak pucat dan lemah, Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm, dan frekuensi nafas Ny. R yaitu 23 x/menit. Assesment masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : manajemen jalan nafas dan pemantauan respirasi.

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanik

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan gangguan integritas



kulit berhubungan dengan faktor mekanik pada tanggal 23 Februari 2025 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan ada bekas luka operasi tahun 2024 lalu, pasien mengatakan terasa nyeri dan gatal pada lukanya. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka di payudara, yang basah dan berdarah, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*). Assesment masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : perawatan luka dan perawatan integritas kulit.

d. Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) pada tanggal 23 Februari 2025 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan luka di payudaranya terasa basah dan rembes, pasien mengatakan luka di payudara mudah berdarah. Dan data objektif yang didapatkan adalah luka tampak basah dan tertutup kain, luka tampak berdarah, dan pasien tampak pucat. Assesment masalah resiko infeksi belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : pencegahan infeksi.

e. Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme, pada tanggal 23 Februari 2025 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien mengatakan setelah makan terasa mual dan pasien mengatakan hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  dari porsi makan di RS namun terkadang dimuntahkannya. Dan data objektif yang didapatkan adalah pasien tampak lemah, pasien

tampak pucat, porsi makan pasien hanya habis setengah, pasien tampak mual. Assesment masalah defisit nutrisi belum teratasi, planning intervensi dilanjutkan : manajemen nutrisi dan edukasi diet.

## **B. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus ini akan membahas korelasi antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit kanker payudara yang telah dilakukan sejak tanggal 23 – 27 Februari 2025 di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kegiatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, membuat rencana intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Hasil dari pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 pukul 11.07 WIB, pasien mengatakan bahwa dirinya menderita kanker payudara sejak tahun 2024 yang baru diketahui setelah menjalani biopsi pada bulan Maret 2024 lalu, pasien mengatakan payudaranya tidak simetris, terdapat benjolan di payudara sebelah kiri terasa gatal, dan nyeri dengan skala 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah meminum obat pereda nyeri, pasien juga mengatakan merasa lemah dan tidak bertenaga, sulit tidur saat malam dan tidur tidak nyenyak.

Menurut Yani Suryani, tanda gejala utama seseorang terkena kanker payudara adalah terdapat benjolan di sekitar payudaranya, payudara menjadi tidak simetris karena perubahan bentuk pada payudara, payudara terasa nyeri dan bahkan bisa bertambah, dengan rasa nyeri yang bervariasi.<sup>1</sup>

Menurut Bachtiar, nyeri pada pasien kanker payudara diakibatkan oleh tumor/kanker menekan reseptor nyeri sehingga menjadi sumber

stimulus nyeri. Nyeri yang dirasakan pada pasien kanker payudara, merupakan suatu masalah subjektif yang sangat mengganggu penderita yang dapat mempengaruhi kondisi pasien berupa badan terasa lemah, dan nafsu makan berkurang atau tidak ada. Sedangkan masalah objektif yang mengganggu mengarah pada ulkus yang berbau tidak sedap dan pasien merasakan sesak nafas sehingga akibat dari nyeri yang dirasakan sangat berefek terhadap penurunan kualitas hidup penderita kanker payudara.<sup>35</sup>

Menurut Roslianan Dewi, nyeri adalah gejala yang umum pada pasien kanker payudara terutama pada beberapa tahun pertama setelah perawatan. Pada jangka panjang sekitar 5 – 10 % pasien menderita nyeri kronis nyeri terkait kanker berkontribusi terhadap depresi, insomnia, dan penurunan kualitas hidup pada banyak pasien kanker.<sup>36</sup>

Berdasarkan pada status pasien ditemukan benjolan pada payudara kiri yang disertai dengan nyeri, selain itu juga ditemukan bahwa pasien merasakan lemas, sulit tidur dan berkurangnya nafsu makan, keluhan yang dirasakan pasien ini sejalan dengan teori yang ditemukan, Dimana timbulnya nyeri pada pasien kanker payudara diakibatkan oleh terjadinya peradangan dan infiltrasi sel kanker sehingga menyebabkan tertekannya sistem saraf dan organ dalam tubuh.

Hasil pengkajian lainnya pasien mengatakan bahwa dirinya baru mengetahui menderita kanker payudara pada tahun lalu setelah ia melakukan biopsi pada bulan Maret 2024 lalu, pasien mengatakan bahwa ibunya juga menderita kanker payudara dan ia merasa bahwa penyakit yang ia derita saat ini merupakan penyakit turunan, selain itu pasien juga mengatakan bahwa saat sehat dulu ia sering mengonsumsi makanan yang berpenyedap dan berbumbu seperti mi instan, bakso, mie ayam dan juga menambahkan penyedap ke masakannya.

Menurut Savitri, faktor resiko yang menyebabkan kanker payudara adalah gender, pertambahan 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.<sup>5</sup>

Penelitian yang dilakukan oleh Donna Amelia dkk, menyatakan bahwa menunjukkan perempuan dengan riwayat keluarga kanker payudara, terutama dalam tingkat pertama, memiliki peningkatan risiko kanker payudara, dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki riwayat keluarga. Risiko kanker payudara 1,8 kali lebih tinggi bagi perempuan yang memiliki keluarga kerabat terutama pada first degree yang telah didiagnosis kanker payudara.<sup>14</sup>

Menurut Savitri, saat ini usia penderita kanker payudara berada pada rentang usia 35 – 50 tahun, artinya banyak penderita kanker payudara yang masih dalam usia produktif dan salah satu faktor penyebab pergeseran itu adalah gaya hidup yang tidak sehat, seperti pola makan yang salah dan tidak berolahraga, namun hal itu merupakan faktor resiko yang dapat dimodifikasi, khususnya yang berkaitan dengan lingkungan dan perilaku, seperti kebiasaan merokok, minum alcohol, dan pengaturan pola makan. Risiko seorang wanita menderita kanker payudara dapat berubah seiring berjalannya waktu.<sup>5</sup>

Berdasarkan pada kasus pasien yaitu ibunya juga menderita kanker payudara dan saat sehat ia sering mengkonsumsi makanan yang berpenyedap, hal ini sesuai dengan teori yang ditemukan Dimana perempuan dengan riwayat keluarga kanker payudara, terutama dalam tingkat pertama, memiliki peningkatan risiko kanker payudara, dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki Riwayat dalam keluarga. Dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi yang berkaitan

dengan lingkungan dan perilaku, salah satunya adalah pengaturan pola makan.

pasien mengatakan bahwa segala kegiatannya saat ini dibantu oleh keluarga yang menjaganya yaitu anaknya dan juga oleh perawat, karena kondisinya saat ini yang tidak memungkinkan dirinya untuk beraktivitas secara mandiri dan juga karena sakit dan nyeri yang dirasakannya juga menjadi salah satu faktor penghambat dirinya dalam beraktivitas.

Menurut Bachtiar, individu yang mengalami nyeri cenderung bergantung pada keluarga, maupun sahabat atau orang terdekatnya untuk mendapat dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri masih dirasakan, dengan adanya keluarga atau sahabat ini dapat membuat nyeri bisa dikendalikan. Komunikasi yang dilakukan oleh keluarga pada pasien mampu menjadi metode distraksi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Dengan kehadiran keluarga dapat membuat pasien lebih merasa aman, nyaman dan rileks.<sup>35</sup>

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada Ny. R, peneliti menegakkan 5 diagnosis, yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya nafas, gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit), defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

### **a. Nyeri Kronis Berhubungan Dengan Infiltrasi Tumor**

Diagnosis nyeri kronis dapat ditegakkan pada pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri. pasien mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 dengan nyeri yang dirasakan

hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit. Dan data objektifnya berupa pasien tampak meringis, pasien tampak pucat dan tidak nyaman, suara pasien terdengar pelan, serta aktivitasnya yang dibantu oleh keluarga atau perawat. Dari data tersebut peneliti menegakkan diagnosis keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

Menurut Brunner & Suddarth, salah satu diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien kanker payudara yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.<sup>37</sup> Dimana 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.<sup>35</sup>

Menurut analisa peneliti, diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada pasien sejalan dengan teori. diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor juga dapat ditegakkan pada kasus ini karena ditunjang oleh data subjektif dan objektif yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

b. Pola Nafas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan Upaya Nafas

Diagnosis pola nafas tidak efektif dapat ditegakkan pada pasien berdasarkan data subjektif pasien mengatakan nafasnya terasa sesak dan bertambah sesak apabila beraktivitas, sesak nafas yang dirasakannya memberat sejak 1 minggu sebelum masuk RS. Dan data objektifnya berupa pasien tampak kesulitan dalam bernafas, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, pasien tampak pucat dan lemah.

Penelitian yang dilakukan Abdul Raziq dkk mengatakan bahwa, Ketika sesak nafas tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen karena paru-paru tidak dapat menghirup cukup udara dan tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen melalui aliran darah, dan tentu saja hal itu sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Penderita kanker dapat mengalami sesak napas karena berbagai alasan. Misalnya, tumor dapat menyumbat saluran udara, menekan paru-paru. Akan tetapi ada faktor lain yang menyebabkan pasien kanker payudara mengalami sesak nafas yaitu kanker telah menyebar atau bermetastase ke berbagai organ tubuh lain seperti paru-paru dengan tanda dan gejala batuk terus-menerus, sesak napas, nyeri dada, batuk darah, dan suara serak.<sup>38</sup>

Menurut analisa peneliti, diagnosis pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas pada pasien sejalan dengan teori. Diagnosis pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas juga dapat ditegakkan pada kasus pasien karena ditunjang oleh data subjektif dan objektif sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

c. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan Dengan Faktor Mekanis

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan data subjektif pasien mengatakan payudara kirinya tidak mulus, dan tidak simetris, pasien mengatakan gatal-gatal pada luka di payudaranya. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka di payudara tampak basah dan mudah berdarah, terdapat ulkus yang mengeluarkan bau tidak sedap, luka dengan panjang sekitar 15 cm, Kulit di sekitar payudara tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Gitarja dkk mengenai penatalaksanaan perawatan luka kanker mengatakan bahwa luka kanker dikenal dengan sebutan *fungating malignant wound*. Luka kanker merupakan infiltrasi sel tumor yang merusak lapisan epidermis dan dermis yang disebabkan oleh proliferasi sel ganas dengan bentuk menonjol atau tidak beraturan, biasanya seringkali muncul berupa benjolan (nodul) yang keras, non mobile, bentuknya menyerupai jamur, mudah terinfeksi, mudah berdarah, nyeri, mengeluarkan cairan yang berbau tidak sedap dan sulit sembuh. Terjadinya peningkatan permeabilitas fibrinogen/plasma yang mengakibatkan cairan plasma akan keluar berlebihan pada luka yang sangat eksudatif, berkembangnya jumlah keping darah (platelet) yang bertugas sebagai penekan tumbuh dan meluas di sel tumor, menyebabkan luka kanker sangat mudah berdarah dan sulit sembuh.<sup>20</sup>

Menurut analisis peneliti, diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis bisa ditegakkan pada pasien karena sesuai dengan teori yang ada dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

d. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan data subjektif, pasien mengatakan luka basah dan rembes, pasien mengatakan lukanya berdarah. Dan data objektif yang didapatkan luka pasien tampak basah dan tertutup kain, luka tampak berdarah dan mengeluarkan nanah yang berbau tidak sedap, pasien juga tampak pucat dan lemah.



Luka kanker merupakan infiltrasi sel tumor yang merusak lapisan epidermis dan dermis yang disebabkan oleh proliferasi sel ganas. Terjadinya peningkatan permeabilitas fibrinogen/plasma yang mengakibatkan cairan plasma akan keluar berlebihan pada luka yang sangat eksudatif, berkembangnya jumlah keping darah (platelet) yang bertugas sebagai penekan tumbuh dan meluas di sel tumor, menyebabkan luka kanker sangat mudah berdarah, sehingga jika tidak dilakukan perawatan yang tepat akan terjadi infeksi. prinsip manajemen perawatan luka kanker adalah mengontrol bau tidak sedap pada luka, mengatasi produksi cairan yang berlebihan, mencegah dan mengontrol terjadinya perdarahan, dapat merawat kulit di sekitar luka, serta mengurangi dan mengontrol nyeri serta kejadian infeksi.<sup>20</sup>

Menurut analisis peneliti, diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) bisa ditegakkan pada pasien karena sesuai dengan teori yang ada dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif yang sesuai pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

e. Defisit Nutris berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan data subjektif, pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makan dari porsi yang diberikan di RS dan sering merasa mual setelah makan bahkan terkadang memuntahkannya, pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 58 kg, dan saat ini turun menjadi 43 kg. dan data objektif yang didapatkan berupa pasien tampak lemah dan pucat.

Dalam penelitian Dian dkk menyatakan bahwa Metabolisme berkaitan erat dengan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak.

Pada pasien kanker metabolisme zat tersebut mengalami perubahan dan berpengaruh pada terjadinya penurunan berat badan. Hipermetabolisme sering terjadi pada pasien kanker, peningkatan metabolisme ini sampai 50% lebih tinggi dibanding pasien bukan kanker.<sup>39</sup>

Dalam penelitian yang dilakukan Timotius menyatakan bahwa, Malnutrisi telah dikenal sebagai tanda utama pada banyak kanker. Penurunan berat badan dan anoreksia merupakan gejala umum malnutrisi yang dilaporkan pada pasien kanker, terutama pada stadium lanjut. Anoreksia didefinisikan sebagai hilangnya keinginan untuk makan, yang sering kali menyebabkan berkurangnya asupan makanan. Prevalensi gejala tersebut yang dilaporkan di antara pasien dengan kanker stadium lanjut bervariasi dari 39% hingga 81,5% untuk penurunan berat badan dan 30% hingga 80% untuk anoreksia.<sup>40</sup>

Menurut analisis peneliti, Diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme bisa ditegakkan pada pasien karena sesuai dengan teori dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dimana dapat ditegakkan bila pasien mengalami penurunan berat badan minimal 10 % dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, nafsu makan menurun.

f. Ansietas berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2025 didapatkan data subjektif, pasien mengatakan takut suaminya tidak bisa menerima kondisi dirinya, pasien juga mengatakan mengatakan khawatir dengan dirinya dan merasa dirinya menjadi beban bagi keluarganya terutama bagi anaknya, pasien mengatakan sulit tidur dan tidur tidak nyenyak. Dan data objektifnya berupa

pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat, saat berbicara pasien tampak tidak fokus, dan frekuensi napas pasien meningkat.

Dalam penelitian Robertus menyatakan bahwa kecemasan dalam respons terhadap penyakit kanker adalah lumrah, ketakutan merupakan reaksi awal yang sering ditemui yang harus segera dieksplorasi. Gejala ansietas pada pasien kanker ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung, iritabilitas, ikatan emosi berkurang, menarik diri dari hubungan interpersonal dan preokupasi dengan kematian. Pasien sering mengkritik diri sendiri, mempunyai perasaan tak berharga, merasa bersalah, pesimis, tak ada harapan, putus asa, bingung, konsentrasi buruk, tak pasti dan ragu-ragu, gangguan memori serta tanda-tanda neurovegetatif seperti lesu tidak bertenaga, penurunan nafsu makan dan gangguan tidur. Beberapa faktor resiko depresi pada pasien kanker antara lain : tipe kanker, stadium kanker, jenis prosedur perawatan (rawat jalan, rawat inap atau perawatan paliatif), faktor individu (riwayat keluarga, riwayat masalah psikologis, tipe kepribadian), dan faktor interpersonal serta sosial (riwayat peristiwa hidup yang penuh tekanan, kesepian, isolasi sosial, status sosial ekonomi yang rendah, dukungan sosial).<sup>41</sup>

Menurut analisis peneliti, diagnosis ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri bisa ditegakkan pada pasien karena sesuai dengan teori yang ada dan ditunjang oleh data subjektif dan objektif yang sesuai pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

### **3. Intervensi Keperawatan**

#### **a. Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor**

Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah perawatan kenyamanan dan manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, Identifikasi lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur. Dan perawatan kenyamanan, identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, mual, sesak), identifikasi pemahaman tentang kondisi dan perasaannya, berikan posisi yang nyaman (semi fowler), ciptakan lingkungan yang nyaman, berikan pemijatan, dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan, ajarkan teknik relaksasi, serta kolaborasi pemberian analgetic. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat, Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : Keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun, keluhan sulit tidur menurun, rileks meningkat.

Dalam penelitian Mahmud menyatakan bahwa, Nyeri sebagai sebuah aspek dari perawatan, terutama dalam penanganan kanker menjadi sebuah perhatian. Diperlukan adanya penanganan yang tepat dalam manajemen nyeri pada pasien dengan nyeri yang disebabkan oleh kanker. Menilai intensitas nyeri, salah satunya dengan NRS (*Numerical Rating Scale*), yaitu nyeri intensitas rendah (1-3), sedang (4-6), dan berat (7-10).<sup>22</sup>

Dalam penelitian yang dilakukan Mulyadi dkk, menyebutkan bahwa Nyeri kronis yang dialami oleh pasien kanker dapat dikurangi dan diadaptasi melalui self-management nyeri yaitu berupa, teknik relaksasi, terapi musik, distraksi dan guide imagery, merupakan teknik non farmakologis yang mudah dan dapat diimplementasikan

oleh pasien. Teknik relaksasi adalah salah satu tindakan dalam dunia kesehatan yang bertujuan untuk meredakan ketegangan atau stres baik secara fisik maupun psikis sehingga akan meningkatkan toleransi terhadap nyeri tersebut.<sup>21</sup>

b. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah manajemen jalan nafas dan pemantauan respirasi dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu, Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor apakah ada bunyi nafas tambahan, pertahankan kepatenan jalan nafas, posisikan pasien semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan penghisapan lendir <15 detik, berikan oksigen, jika perlu, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan teknik batuk efektif, monitor pola nafas, monitor adanya sumbatan jalan nafas, monitor saturasi oksigen. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik, kedalaman nafas membaik.

Dalam penelitian yang dilakukan Arlita dkk, mengatakan bahwa salah satu masalah keperawatan yang muncul pada pasien kanker ini adalah pola nafas tidak efektif, Ketidakefektifan pola nafas adalah suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Dalam upaya penanganan pasien kanker payudara perawat berperan sebagai pelaksana pada pasien kanker yang mengalami ketidakefektifan pola nafas antara lain memberikan asuhan keperawatan berupa manajemen jalan nafas serta memberikan tindakan pemenuhan kebutuhan fisiologis dan memberikan dukungan selama pengobatan terhadap klien dan keluarga. Selain itu perawat memotivasi pasien untuk menggunakan

kemampuan dan menyemangati agar kualitas hidup pasien menjadi lebih baik karena penyakit yang dideritanya. Dan manfaat dari pemberian oksigen bagi pasien kanker berupa peningkatan oksigenasi, mengurangi sesak nafas, peningkatan toleransi latihan dan dukungan selama perawatan.<sup>42</sup>

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanis

Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis adalah melakukan perawatan luka dan perawatan integritas kulit, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu, monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik, ganti balutan sesuai eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif, anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan menghindari suhu ekstrem. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, elastisitas meningkat, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, nyeri menurun, suhu kulit membaik, tekstur membaik.

Sejalan dengan penelitian Gitarja yang menyatakan bahwa, prinsip manajemen perawatan luka kanker adalah mengontrol bau tidak sedap pada luka, mengatasi produksi cairan yang berlebihan, mencegah dan mengontrol terjadinya perdarahan, dapat merawat kulit di sekitar luka, serta mengurangi dan mengontrol nyeri serta kejadian infeksi. Ketidaktepatan penggantian balutan luka dapat

menyebabkan balutan luka tidak menyerap cairan luka, cairan luka menggenang dan mengenai kulit sehat sekitar luka, jika balutan tidak segera diganti dapat menyebabkan maserasi. Maserasi seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman terutama gatal dan nyeri, menggunakan perekat yang sulit dibuka dan berasal dari bahan yang dapat mengiritasi juga dapat menyebabkan maserasi saat membuka balutan. Oleh karena itu pemilihan balutan luka dan melakukan perawatan luka harus tepat.<sup>20</sup>

d. Resiko Infeksi Berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) adalah pencegahan infeksi, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu, monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun.

Menurut Savitri, salah satu cara penurunan resiko infeksi adalah dengan cara melakukan perawatan luka, namun harus diperhatikan perawatan luka harus dilakukan dengan konsep steril.<sup>5</sup> Dan sesuai dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia pencegahan resiko infeksi dengan cara mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, dan mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar.<sup>43</sup>

e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme adalah manajemen nutrisi dan edukasi diet, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu, mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, 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, identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, identifikasi tingkat pengetahuan saat ini, identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu, persiapkan materi atau media, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan, berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya, sediakan rencana makan tertulis, jika perlu, jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan, informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan, ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, IMT membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Dalam penelitian Dian dkk, menyebutkan bahwa kanker dapat menyebabkan efek merugikan yang berat bagi status gizi. Tidak hanya sel kanker yang mengambil zat gizi dari tubuh pasien, tapi pengobatan dan akibat fisiologis dari kanker dapat mengganggu dalam mempertahankan kecukupan gizi. Penurunan berat badan yang terjadi terus menerus pada pasien kanker disebabkan oleh



adanya penurunan intake energi ataupun peningkatan pengeluaran energi. Tindakan yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi ialah melakukan diet tinggi kalori dan tinggi protein, makanan sebaiknya diberikan lebih banyak pada pagi hari. Diberikan porsi kecil namun sering, dan konsultasikan dengan dokter dan ahli gizi.<sup>39</sup>

f. Ansietas berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri

Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri adalah reduksi ansietas, dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu :  
identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor),  
identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Informasikan seara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih teknik relaksasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pucat menurun, frekuensi napas membaik, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, kontak mata membaik.

Kondisi dan penanganan penyakit kanker dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Kualitas hidup merupakan bagian dari Patient Reported Outcome (PRO) yang dinilai secara subjektif dan multidimensi. Kualitas hidup mengacu pada domain fisik, psikologis dan sosial kesehatan yang berbeda tiap individu, kualitas

hidup sebagai nilai dalam kehidupan, dimodifikasi oleh perburukan, status fungsional, persepsi dan kesempatan sosial yang dipengaruhi oleh penyakit, luka, terapi dan kebijakan. Kualitas hidup merupakan tujuan penting dalam pengobatan kanker, dan kekhawatiran akan kondisi fisik, psikologis, gangguan citra tubuh serta gejala-gejala yang dapat menimbulkan distress perlu segera diantisipasi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker. Meningkatkan kualitas hidup pasien kanker selama pengobatan akan meningkatkan kepatuhan mereka akan perawatan dan pengobatan serta memberikan mereka kekuatan untuk mengatasi berbagai gejala atau keluhan yang dialami pasien kanker.<sup>41</sup>

Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks mulai dari masalah kesehatan fisik, status psikologi, tingkat kebebasan, hubungan sosial dan lingkungan dimana mereka berada. Sebagian besar wanita yang menderita kanker merasa pada periode krisis sehingga membutuhkan penyesuaian yang berbeda tergantung pada persepsi, sikap serta pengalaman pribadinya terkait penerimaan diri terhadap perubahan yang terjadi. Kondisi inilah yang akan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita kanker, sehingga perlu untuk dikaji lebih lanjut.<sup>41</sup>

#### **4. Implementasi Keperawatan**

##### **a. Nyeri Kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor**

Implementasi keperawatan pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen nyeri dan 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 dan terapi musik (murottal al-qur'an), mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun dan mendampingi pasien

melakukan teknik relaksasi napas dalam dan terapi musik, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi dari teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam dan terapi musik yang diajarkan, Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, mual, sesak), memberikan posisi semi-fowler pada pasien.

Implementasi yang dilakukan adalah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Teknik relaksasi adalah salah satu tindakan dalam dunia kesehatan yang bertujuan untuk meredakan ketegangan atau stres baik secara fisik maupun psikis sehingga akan meningkatkan toleransi terhadap nyeri tersebut.<sup>21</sup>

b. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas

Implementasi keperawatan pada diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dengan tindakan keperawatan yaitu memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman dan usaha nafas), memberikan pasien posisi semi-fowler agar nyaman dan rileks, memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 lpm, menganjurkan pasien untuk minum air hangat.

Dalam penelitiannya Berman mengatakan, Salah satu cara yang paling sederhana untuk mengurangi risiko penurunan pengembangan dinding dada adalah dengan mengatur posisi saat istirahat. Posisi Fowler adalah posisi tidur di mana kepala dan tubuh ditinggikan antara 45° hingga 60°, dengan lutut mungkin dalam posisi tertekuk atau tidak, sedangkan posisi Semi Fowler adalah posisi tidur di mana kepala dan tubuh ditinggikan antara 15° hingga

45°. Posisi ini juga dikenal sebagai Fowler rendah dan biasanya ditinggikan sekitar 30°. <sup>44</sup>

Selain itu pemberian terapi oksigen memiliki manfaat dalam pemulihan kanker seperti :

- 1) peningkatan oksigenasi, dengan memasok oksigen tambahan, terapi membantu meningkatkan kadar oksigen darah, yang memungkinkan organ vital berfungsi lebih efektif
- 2) mengurangi sesak nafas, banyak pasien kanker mengalami sesak nafas, pemberian terapi oksigen dapat meredakan sensasi ini, memberikan kelegaan dan kenyamanan
- 3) peningkatan toleransi Latihan, dengan kadar oksigen yang lebih baik, pasien dapat terlibat dalam beraktivitas yang meningkatkan pemulihan dan mempertahankan kualitas hidup yang lebih baik
- 4) dukungan selama perawatan, terapi oksigen sangat bermanfaat selama dan setelah perawatan seperti kemoterapi. <sup>42</sup>

c. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis

Implementasi keperawatan pada diagnosis gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis dengan tindakan keperawatan yaitu : mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, melakukan perawatan luka, monitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka, pasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka : redresing, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat, anjurkan minum air putih secukupnya, anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

Prinsip manajemen perawatan luka kanker adalah mengontrol bau tidak sedap pada luka, mengatasi produksi cairan yang berlebihan, mencegah dan mengontrol terjadinya perdarahan, dapat merawat kulit di sekitar luka, serta mengurangi dan mengontrol nyeri serta

kejadian infeksi. Ketidaktepatan penggantian balutan luka dapat menyebabkan balutan luka tidak menyerap cairan luka. Secara umum tujuan dari pemilihan balutan adalah membuang jaringan mati, balutan dapat mengontrol kejadian infeksi, mampu mempertahankan kelembaban, mempercepat proses penyembuhan luka, dapat mengabsorpsi cairan luka yang berlebihan, membuang jaringan mati, nyaman digunakan, dan steril.<sup>20</sup>

Pencegahan terjadinya perdarahan adalah hal terpenting, hati-hati dalam membuka balutan, mempertahankan kelembaban pada luka akan memudahkan dalam penggantian balutan, mencuci luka dengan lembut menghindari perlakuan kasar yang dapat menimbulkan perdarahan saat mencuci luka. Pencucian luka dengan metode irigasi lakukan penekanan pada sumber perdarahan dalam jangka waktu yang cukup lama terutama jika sumbernya adalah perdarahan Arteri. Pada lapisan bawah kasa dapat dioleskan kalsium-alginate kemudian tempelkan pada sumber pendarahan dan beri penekanan hingga darah berhenti kemudian beri bantalan kasa yang cukup tebal untuk menekan dan tutup dengan perban elastis.<sup>20</sup>

d. Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakefektifan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Implementasi keperawatan pada diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakefektifan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) dengan tindakan keperawatan yaitu : memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dimas bahwa, Kanker merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan pasien mengalami defisiensi imun. Kanker sering menjadi sasaran utama berbagai penyakit infeksi sehingga memerlukan upaya untuk mengontrol infeksi pada pasien dengan kanker. Kebersihan tangan harus berada di garis depan dalam perawatan pasien yang hidup dengan kanker. Tindakan pengendalian infeksi lainnya termasuk penggunaan gaun atau sarung tangan, menempatkan pasien di ruangan terpisah, pengendalian lingkungan yang baik dan tepat, dan pemberian edukasi merupakan langkah utama dari pengendalian resiko infeksi.<sup>45</sup>

e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Implementasi keperawatan pada diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dengan tindakan keperawatan yaitu : mengidentifikasi pengetahuan pasien dan keluarga saat ini, mengidentifikasi pola makan saat ini dan masa lalu pasien, memonitor asupan makanan yang masuk ke pasien, memfasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet, memberikan makanan yang tinggi kalori dan protein, menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan diet yang diprogramkan, menganjurkan pasien posisi duduk saat makan

Penurunan berat badan yang terjadi terus menerus pada pasien kanker disebabkan oleh adanya penurunan intake energi ataupun peningkatan pengeluaran energi. Tindakan yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi ialah melakukan diet tinggi kalori dan tinggi protein, makanan sebaiknya diberikan lebih banyak

pada pagi hari, diberikan porsi kecil namun sering, pertahankan pola makan teratur dan konsultasikan dengan dokter dan ahli gizi.<sup>39</sup>

## **5. Evaluasi Keperawatan**

### **a. Nyeri kronis berhubungan dengan Infiltrasi Tumor**

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor didapatkan hasil : pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri dan telah menjalani biopsi pada tahun 2024 lalu, pasien mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kiri. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 dengan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit. Dan data objektifnya berupa pasien tampak meringis, pasien tampak pucat dan tidak nyaman, suara pasien terdengar pelan, serta aktivitasnya yang dibantu oleh keluarga atau perawat. dan setelah dilakukan teknik nafas dalam dan terapi music (murottal al-qu'an) pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang teknik relaksasi napas dalam yang didemonstrasikan.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosis keperawatan 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. Namun setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan terapi music pasien merasakan sedikit lebih rileks dan rasa nyeri berkurang.

b. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas didapatkan hasil : pasien mengatakan bahwa nafasnya terasa sesak dan bertambah sesak setelah beraktivitas, sesak nafas yang dirasakan memberat sejak 1 minggu sebelum masuk RS. Dan data objektifnya berupa pasien tampak kesulitan dalam bernafas, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, pasien tampak pucat dan lemah, dengan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 129/88 mmHg, nadi 89 x/I, pernafasan 23 x/I, dan suhu 36,9°C.

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas teratasi sebagian karena sesak nafas yang dialami pasien berangsur membaik dan selama perawatan pasien mendapatkan terapi oksigen nasal kanul 3 lpm serta pasien dalam posisi semi-fowler.

c. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. R dengan diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis didapatkan hasil : pasien mengatakan payudara kirinya tidak mulus, dan tidak simetris, pasien mengatakan gatal-gatal pada luka di payudaranya. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka di payudara tampak basah dan mudah berdarah, terdapat ulkus yang mengeluarkan bau tidak sedap, luka dengan panjang sekitar 15 cm, kulit di sekitar payudara tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*).

Menurut analisa peneliti hasil evaluasi pada diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor



mekanis belum teratasi karena luka pada payudara masih basah dan mudah berdarah sehingga masih perlu dilakukan perawatan luka untuk Tindakan keperawatan selanjutnya agar luka tidak menjadi infeksi.

c) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakefektifan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakefektifan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) didapatkan hasil : pasien mengatakan luka basah dan rembes, pasien juga mengatakan bahwa lukanya berdarah. Dan data objektif yang didapatkan luka pasien tampak basah dan tertutup kain, luka tampak berdarah dan mengeluarkan nanah yang berbau tidak sedap, pasien juga tampak pucat dan lemah.

Pelaksanaan prosedur pencegahan infeksi yang benar akan mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien, dengan melakukan proses perawatan luka dan pencegahan infeksi dan selalu memperhatikan universal precautions yang telah ditetapkan seperti mencuci tangan, alat-alat yang digunakan harus steril sebelum digunakan pasien. Infeksi luka terjadi karena adanya gangguan penyembuhan luka kemungkinan terinfeksi apabila luka tersebut mengalami tanda tanda inflamasi.<sup>13</sup>

d) Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme didapatkan hasil : pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien hanya menghabiskan ½ porsi makan dari porsi yang

diberikan di RS dan sering merasa mual setelah makan bahkan terkadang memuntahkannya, pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 58 kg, dan saat ini turun menjadi 43 kg. dan data objektif yang didapatkan berupa pasien tampak lemah dan pucat.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sindu, tujuan memberikan perencanaan kebutuhan nutrisi adalah untuk meningkatkan nafsu makan, membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan mempertahankan nutrisi. Hasil analisa evaluasi peneliti pada diagnosis difisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme masalah teratasi sebagian pada hari rawatan ke 5, karena pasien mengatakan masih menghabiskan setengah porsi makan pada hari ke 4 namun tidak memuntahkannya.

## 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 yaitu terdapat benjolan pada payudara kiri, payudara kirinya terasa nyeri dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan menjalar hingga ke punggung, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, luka tampak basah dan mudah berdarah dengan panjang luka sekitar 15 cm, pasien tampak pucat, lemah, dan meringis kesakitan, kulit disekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*), pasien juga mengatakan nafas terasa sesak dan bertambah sesak setelah beraktivitas, pasien menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm, nafsu makan pasien menurun, pasien hanya menghabiskan ½ dari porsi makanan yang diberikan di RS, pasien sering merasa mual setelah makan dan terkadang memuntahkan makanannya, BB nya saat ini telah turun 15 kg, pasien tampak pucat dan meringis apabila menggerakkan tubuhnya, pasien mengatakan aktivitas nya saat ini dibantu oleh perawat dan keluarganya.

##### 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada pasien dengan kanker payudara yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan faktor mekanis, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit), defisit nutrisi berhubungan dengan

peningkatan kebutuhan metabolisme dan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri..

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien dengan kanker payudara yaitu manajemen nyeri, perawatan kenyamanan, manajemen jalan napas, pemantauan respirasi, perawatan luka, perawatan integritas kulit, pencegahan infeksi, manajemen nutrisi, edukasi diet dan reduksi ansietas.

### 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 mengajarkan teknik non-farmakologis (relaksasi napas dalam dan mendengarkan murottal), kolaborasi pemberian analgetik, memberikan oksigen (nasal kanul 3 lpm), memposisikan pasien semi-fowler, melakukan perawatan luka, melakukan pencegahan infeksi dan tanda-tanda infeksi, memonitor asupan makanan yang masuk ke pasien dan memfasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi dalam bentuk SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu tingkat nyeri menurun, status kenyamanan meningkat, pola napas membaik, integritas kulit dan jaringan membaik, tingkat infeksi menurun, dan status nutrisi membaik.

## **B. Saran**

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

melalui pimpinan rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas penerapan asuhan keperawatan pada pasien agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal dan lebih meningkatkan mutu dan pelayanan rumah sakit

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara dapat menjadi informasi bagi perawat ruangan RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Kemenkes Poltekkes Padang

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 minimnya sumber terbaru mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara yang tersedia di pustaka. Serta diharapkan karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan pustaka sebagai informasi untuk menambah wawasan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data pembanding dalam penerapan asuhan keperawatan lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Yani Suryani. *Kanker Payudara* [Internet]. Vol. 11, Sustainability (Switzerland). 2019. 1–14 p. Available from: [http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484\\_SISTEM\\_PEMBETUNGAN\\_TERPUSAT\\_STRATEGI\\_MELESTARI](http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI)
2. Susanti N, Noura V, Fardani SN, Zuhra F El, Patricia D. *Hubungan Usia Menarche Dini Dengan Kejadian Kanker Payudara : Literatur Review*. J Kesehat Masy [Internet]. 2024;8(2):2693–8. Available from: <https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/27909/19809>
3. Sukohar A, Andela L putri, Wahyuni A. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Residif Kanker Payudara*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung , Indonesia. 2024;2(4).
4. Sofa T, Wardiyah A, Rilyani. *Faktor Risiko Kanker Payudara Pada Wanita*. J Penelit Perawat Prof. 2024;2(5474):1333–6.
5. Savitri. *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim & Rahim*. In: Kupas Tuntas Kanker Payudara. yogyakarta: pustaka baru press yogyakarta; 2019.
6. Fakhrozi A, Daan Khambri, Rony Rustam, helmi. *The Relationship of Breast Cancer Subtypes with the Event of Metastasis in Dr. M. Djamil Hospital Padang*. Biosci Med J Biomed Transl Res. 2021;5(4):1199–205.
7. Audina Nindita P, Handayani T, Suchitra A, Khambri D, Mulyani H, Rustam E. *Artikel Penelitian Hubungan Kanker Payudara Tripel Negatif dengan Kejadian Metastasis Kelenjar Getah Bening Aksila dan Metastasis Jauh di RSUP Dr. M. Djamil Padang*. J Ilmu Kesehat Indones. 2024;5(1):56–61.
8. World Cancer Research Fund. *Data Kanker Payudara 2022*. 2023; Available from: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/breast-cancer-statistics/>
9. Kemenkes. *DATA KANKER INDONESIA* [Internet]. Kementerian Kesehatan RI. 2022. Available from: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20220202/1639254/kanker-payudaya-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan/#:~:text=Data Globocan tahun 2020%2C jumlah,dari 22 ribu jiwa kasus.>
10. Smeltzer, S.C & B. *Keperawatan Medikal Bedah*. In: 12th ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran:EGC; 2017.

11. Panigroro, S., Hernowo, B. S., & Purwanto H. *Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline)*. Kesehat Masy. 2019;1.
12. Herawati A, Rijal S, Arsal ASF, Purnamasari R, Abdi DA. *Karakteristik Kanker Payudara*. FAKUMI Med J J Mhs Kedokt. 2021;1(1):44–53.
13. Sindu A. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara*. Karya Tulis Ilm [Internet]. 2023;8–11. Available from: [www.smapda-karangmojo.sch.id](http://www.smapda-karangmojo.sch.id)
14. Amelia D, Srywahyuni A, Ilmu Kesehatan F, Mohammad Natsir Bukittinggi U. *Gambaran Faktor Resiko Kanker Payudara Pada Penderita Kanker Payudara Di Bukittinggi*. J keperawatan. 2023;10(1):10–2.
15. Oda Debora. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. 1st ed. Jakarta: Salemba Medika; 2017. 214 p.
16. gani EY. *Pendidikan Kesehatan Program Pencegahan Kanker Payudara (terhadap pengetahuan, sikap, dan tindakan remaja)*. (n.d.). (n.p.): Penerbit Adab. In.
17. Nuryani & Mulyani. *Kanker Payudara Pada Kehamilan*. In: Cet.3. Nuha Medika; 2013.
18. Hilmi RZ, Hurriyati R, Lisnawati. *PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KEDOKTERAN TATA LAKSANA KANKER PAYUDARA*. 2018;3(2):91–102.
19. Solehati, T., Napisah, P., Rahmawati, A., Nurhidayah , I., & Kosasih CE. *Penatalaksanaan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara Sistematis Review*. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kenda, 71-82. 2020;10(1).
20. Gitarja, W S. *Penatalaksanaan Perawatan Luka Kanker*. Vol. 3. 2020. p. 110–4.
21. Mulyadi, Putri P, rahmad aswin juliansyah. *SELF-MANAGEMENT NYERI PASIEN KANKER METODE NON-FARMAKOLOGI (CANCER PATIENT PAIN'S SELF-MANAGEMENT WITH METHOD NON-PHARMACOLOGY)*. J Abdikemas. 2022;4(2):101–7.
22. Mahmud, Sudadi, Ristianto MB. *Manajemen Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara Stadium Paliatif Dengan Cancer Pain*. J Komplikasi Anestesi. 2023;10(2):24–32.
23. Faisol, SKM SK. *Manajemen Nyeri* [Internet]. Kemenkes. 2022. Available from: [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1052/manajemen-nyeri](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1052/manajemen-nyeri)
24. Tim RS Pondok Indah. *Nyeri Kanker Payudara, Kenali Perbedaanannya dengan Nyeri Payudara Biasa* [Internet]. RS Pondok Indah Group. 2024. Available from: <https://www.rspondokindah.co.id/en/news/nyeri-kanker->

25. Fajri I, Nurhamsyah D, Aisyah S, Mudrikah KA, Azjurnia AR. *Terapi Non-Farmakologi dalam Mengurangi Tingkat Nyeri pada Pasien Kanker Payudara Stadium 2-4: Literature Review*. J Ilm Keperawatan Indones. 2022;5(2):106.
26. Solikhah ita triatun, Susanti indri heri, Fitriani D. *Terapi Relaksasi Nafas Dalam Untuk Penatalaksanaan Nyeri Akut*. 2023;08(2):417–24.
27. Siahaan YMT. *Sindrom Nyeri Kanker: Patofisiologi Dan Klasifikasi Klinis*. Maj Kedokt Neurosains Perhimpun Dr Spes Saraf Indones. 2021;38(4).
28. Suparna K, Sari LMKKS. *Kanker Payudara: Diagnostik, Faktor Risiko, Dan Stadium*. Ganesha Med. 2022;2(1):42–8.
29. Wijaya, Saferi A, Yessie Mariza Putri. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. yogyakarta: Nuha Medika; 2013.
30. Tim Pokja DPP PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Tim Pokja DPP PPNI; 2018.
31. Suriyani, Damanik SM, Nyumirah S, Taslim M, Lenwita H, Pratiwi R, et al. *Konsep Dasar Keperawatan*. Titik Suhartini, editor. yogyakarta: Rizmedia Pustaka Indonesia; 2023. 213 p.
32. Risnawati, dkk. *DOKUMENTASI KEPERAWATAN*. 1st ed. Sri Susanti, Haryati F, editor. Purbalingga: CV. EUREKA MEDIA AKSARA; 2023.
33. Nursalam. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 5th ed. Jakarta Selatan: Salemba Medika; 2020.
34. Sari M, Rachman H, Juli Astuti N, Win Afgani M, Abdullah Siroj R. *Explanatory Survey dalam Metode Penelitian Deskriptif Kuantitatif*. J Pendidik Sains dan Komput. 2022;3(01):10–6.
35. Bachtiar SM. *Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Kanker Payudara dengan Teknik Guided Imagery*. In Makassar: NEM Publisher; 2022. p. 86. Available from: [https://books.google.co.id/books?id=6NSYEAAAQBAJ&lpg=PR1&ots=MeNV5j0ek2&dq=tanda dan gejala pasien kanker payudara masuk RS&lr&hl=id&pg=PR1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=6NSYEAAAQBAJ&lpg=PR1&ots=MeNV5j0ek2&dq=tanda%20dan%20gejala%20pasien%20kanker%20payudara%20masuk%20RS&lr&hl=id&pg=PR1#v=onepage&q&f=false)
36. Dewi R. *Teknik Relaksasi Lima Jari Terhadap Kualitas Tidur, Fatigue Dan Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara* [Internet]. 1st ed. yogyakarta: deepublisher; 2021. 118 p. Available from: 9786230225505
37. Brunner & Suddarth. *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. In jakarta: Penerbit Buku Kedokteran;



38. Abdul Raziq, Dkk. *Tumor Mammae*. J Chem Inf Model. 2024;53(9):1689–99.
39. Anggraini DI, Marischa S, Putri GT. *Malnutrition In Patient Cancer*. Infl Int J Sci Rev. 2023;5(1):29–38.
40. Hariyanto TI, Kurniawan A. *Appetite problem in cancer patients: Pathophysiology, diagnosis, and treatment*. Cancer Treat Res Commun [Internet]. 2021;27:100336. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100336>
41. Robertus Surjoseto, Devy Sofyanty. *Pengaruh Kecemasan dan Depresi Terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangkunkusomo*. J Ris Rumpun Ilmu Kesehat. 2022;1(1):1–8.
42. Jati AHP, Diana V, Koeswandari R. *Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Dengan Carcinoma Mammae Di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. 2021;13(1):12–9.
43. Tim pokja PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI; 2018.
44. Nafisah H, Yuniartika W. *Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler terhadap Tingkat Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung: Literature Review*. Pros Semianr Nas Keperawatan Univ Muhammadiyah Surakarta2. 2023;(1):42–59.
45. Hanggoro Putro DU, Ike Darmayanti AR, Tandiola R, Aulawi K. *Pengendalian Infeksi pada Pasien Kanker: Literature Review*. J Kesehat Vokasional. 2023;8(1):46.

**LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

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

**A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**2. PENGUMPULAN DATA**

a. Identitas Klien

- 1) Nama : Ny. R
- 2) Umur : 43 Tahun
- 3) Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 28 Februari 1982
- 4) Jenis Kelamin : Perempuan
- 5) Status Kawin : Kawin
- 6) Agama : Islam
- 7) Suku : Minang
- 8) Pendidikan : SMP
- 9) Alamat : Jorong Buah Jambu Tanjung Alai X  
Koto Singkarak
- 10) Nomor MR : 01.24.XX.XX
- 11) Diagnosa Medis : *Invasive Ca Mammar T<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>*
- 12) Tanggal Masuk RS : 22 Februari 2025
- 13) Alasan Masuk : Badan terasa lemas tidak bertenaga,  
sesak nafas serta merasa nyeri di payudara kiri

b. Identifikasi Penanggung Jawab

- 1) Nama : Nn. R
- 2) Umur : 22 Tahun
- 3) Pekerjaan : Mahasiswa
- 4) Alamat : Jorong Buah Jambu Tanjung Alai X  
Koto Singkarak
- 5) Hubungan dengan klien : Anak

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk :

Pasien mengatakan masuk ke RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 22 Februari 2025 pada pukul 17.23 WIB, pasien merupakan kiriman dari poli onkologi dengan keluhan terasa nyeri di payudara sebelah kiri, dan pasien mengatakan nafas nya sesak sejak 1 minggu yang lalu, nafas pasien bertambah sesak apabila beraktivitas, pasien juga mengatakan badan terasa lemah dan tidak bertenaga, pasien mengatakan tidur tidak nyenyak dan sering terbangun ketika tidur di malam hari, nafsu makan pasien menurun saat makan hanya menghabiskan 1/2 porsi makan saja dan sering merasa mual setelah makan bahkan terkadang memuntahkan makanannya.

b) Keluhan Saat Ini (Saat Pengkajian) :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Februari 2025 pukul 11.07 WIB, pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara kiri, payudara kirinya terasa nyeri dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan menjalar hingga ke punggung, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, pasien mengatakan aktivitas nya saat ini dibantu oleh perawat dan keluarganya.

Luka tampak basah dan mudah berdarah dengan panjang luka sekitar 15 cm, pasien tampak pucat, lemah, dan meringis kesakitan, kulit disekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk (*Peau d'orange*), pasien juga mengatakan nafas terasa sesak dan menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm, pasien mengatakan hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan di RS dan sering merasa mual setelah makan

bahkan memuntahkan makanannya, BB nya saat ini telah turun 15 kg, pasien tampak pucat dan meringis apabila menggerakkan tubuhnya.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu :

Pasien mengatakan telah menderita kanker payudara sejak tahun 2024, dan telah melakukan biopsi pada bulan Maret 2024 lalu di RS Ropanasuri namun belum dioperasi dan dinyatakan Ny. R terkena kanker payudara, pasien telah menjalani Radioterapi sebanyak 10x di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan direncanakan akan dilakukan kemoterapi pada bulan Maret 2025. Pasien mengatakan dirinya dulu sering mengonsumsi makanan berbumbu seperti mi instan, bakso, dan Ketika masak sering menambahkan penyedap ke masakannya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Pasien mengatakan ibunya merupakan penderita penyakit kanker payudara dan pasien mengatakan bahwa sakit yang ia alami saat ini merupakan genetik dan turunan dari ibunya, pasien juga mengatakan bahwa keluarganya memiliki riwayat penyakit hipertensi, namun tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit DM dan penyakit menular lainnya.

d. Kebutuhan Dasar

1) Pola Nutrisi dan Cairan

a) Makan

Sehat : Pasien makan nasi 3x sehari dengan nasi, lauk, dan sayuran dengan porsi sedang 1 piring. Pasien mengatakan sering masak menggunakan penyedap (MSG, royco) dan bersantan, pasien juga sering makan makanan berpenyedap lainnya seperti bakso dan mie ayam.

Sakit : Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang dan mendapatkan diit berupa MB TKTP 3 kali sehari, namun hanya menghabiskan setengahnya bahkan terkadang memuntahkannya.

b) Minum

Sehat : Pasien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas perhari sekitar 1500-2000 cc perhari

Sakit : Pasien mengatakan saat sakit hanya minum 5-6 gelas perhari, sekitar 1000-1500 cc perhari

2) Mandi

Sehat : Pasien mengatakan mandi 2x sehari, mandi sendiri

Sakit : Pasien mengatakan mandi 1x sehari, mandi dibantu oleh keluarga

3) Pola Eliminasi

a) BAK

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

Sakit : Pasien terpasang kateter, urin berwarna kekuningan sekitar 1500 cc perhari

b) BAB

Sehat : Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan

Sakit : Pasien mengatakan memakai pampers, pasien BAB 2 atau 3 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kecoklatan

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sehat : Pasien mengatakan tidur malam selama 7-8 jam sehari, dan jarang tidur pada siang hari, kualitas tidur baik

Sakit : Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari, dan sering terbangun saat tidur karena nyeri di payudaranya serta sesak nafas yang menyebabkan kualitas tidur nya kurang baik

5) Pola Aktivitas dan Latihan

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

Sakit : Pasien mengatakan sulit beraktivitas, dan semua aktivitas nya dibantu oleh perawat dan keluarga

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah

2) Tingkat Kesadaran  
(GCS) : Compos Mentis

3) Tinggi Badan : 155 cm

4) Berat Badan : 43 kg

5) IMT : 17.9

6) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 129/88 mmHg

Nadi : 89 x/i

Suhu : 36,9 °C

Pernafasan : 23 x/i

7) Kepala

Rambut : Rambut berwarna hitam, mudah rontok, kulit kepala tampak berminyak, tidak ada lesi

Wajah : pucat, tidak ada lesi atau udem pada wajah

Mata : mata simetris kanan-kiri, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik

- Hidung : hidung simetris, hidung bersih, dan tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : mukosa bibir kering
- Telinga : telinga simetris dan bersih, telinga bersih kanan-kiri
- 8) Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak terjadi bendungan vena jugularis
- 9) Thoraks
- I : dada tampak tidak simetris
- Pa : fremitus kiri dan kanan sama
- Pe : sonor
- A : vesikuler
- 10) Jantung
- I : *ictus cordis* tidak terlihat
- Pa : *Ictus cordis* teraba pada RIC 5
- A : tidak ada bunyi jantung tambahan
- 11) Payudara
- I : Payudara tampak tidak simetris, payudara kiri tampak keluar darah berwarna merah pekat dan nanah
- Pa : Teraba massa pada payudara sebelah kiri
- 12) Abdomen
- I : Tidak ada distensi abdomen
- Pa : Tidak ada pembesaran hepar
- Pe : Tympani
- A : Bising usus normal
- 13) Kulit : Turgor kulit kering
- 14) Ekstremitas
- Atas : Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, terpasang IVFD Tutosol pada tangan sebelah kanan 21 tpm



Bawah : Ekstremitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, CRT <2 detik, tidak ada varises

15) Genitalia : Tidak ada kelainan,

f. Data Psikologis

- 1) Status Emosional : Status emosional pasien baik, pasien bisa diajak berkomunikasi dan menjawab pertanyaan yang diajukan, suara pasien terdengar pelan, pasien sering mengalihkan pandangan saat berbicara
- 2) Kecemasan : Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya, takut kalau suaminya tidak bisa menerimanya, pasien merasa dirinya merepotkan anak-anaknya.
- 3) Pola Koping : Pasien mengatakan ia menceritakan kondisi dirinya pada keluarganya, dan mengatakan bahwa seluruh keluarganya mendukung dan peduli pada dirinya untuk melawan penyakitnya
- 4) Gaya Komunikasi : Pasien berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dan berbicara dengan suara yang pelan namun dimengerti
- 5) Konsep Diri : Pasien mengatakan yakin bahwa dia bisa melawan penyakitnya

g. Data Sosial Ekonomi : Pasien merupakan ibu rumah tangga dan suaminya bekerja sebagai supir, dan untuk biaya pengobatan Rumah Sakit pasien menggunakan BPJS

h. Data Spiritual : Pasien beragama islam, dan saat ini pasien tidak bisa menjalankan ibadah karena kondisi penyakitnya.

#### Lingkungan Tempat Tinggal

- 1) Tempat Pembuangan Kotoran : Di jamban dan memiliki septic tank di rumahnya
- 2) Tempat Pembuangan Sampah : Di tempat sampah dan dibakar
- 3) Sumber Air Minum : Air galon
- 4) Pembuangan Air Limbah : Di selokan

#### i. Pemeriksaan Laboratorium/pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
23 Februari 2025	Hemoglobin	9.5	g/dL	12.0 - 14.0
	Leukosit	6.30	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 - 10.0
	Trombosit	97	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
	Hematokrit	30	%	37.0 - 43.0
	Eritrosit	3.94	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 - 4.50
	Limfosit	3	%	20.0 - 40.0
	Natrium	131	mmol/L	136 - 145
	Kalium	2.0	mmol/L	3.5 - 5.1
	Klorida	90	mmol/L	97 - 111
25 Februari 2025	Hemoglobin	10.0	g/dL	12.0 - 14.0
	Hematokrit	31	%	37.0 - 43.0
	Leukosit	5.87	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 - 10.0
	Retikulosit	2.03	%	0.5 - 2.0
	Trombosit	126	$10^3/\text{mm}^3$	150 - 400
	Kalium	2.9	mmol/L	3.5 - 5.1
	Klorida	97	mmol/L	97 - 111
	Natrium	136	mmol/L	136 - 145

#### 1) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Radiologi : -

#### j. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ampicilin Sulbactam 1.5 gr	3 x 1	IV
2.	Ranitidine 50 mg	2 x 1	IV

<b>3.</b>	Paracetamol 500 mg	3 x 1	Oral
<b>4.</b>	KSR	3 x 1	Oral

Mahasiswa

(Nur Sakirah Humaira)

NIM : 223110303

## ANALISA DATA

No	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan terasa benjolan dan nyeri pada payudara kiri nya  P : Nyeri akibat benjolan di payudara kiri  Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk  R : Nyeri terasa di payudara kadang bahkan menjalar hingga ke punggung  S : Skala nyeri 5  T : Nyeri hilang timbul dengan kisaran waktu 10-15 menit</li> <li>Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari karena nyeri yang dirasakannya</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis</li> <li>Pasien tampak pucat dan gelisah</li> <li>Suara pasien terdengar pelan</li> <li>Aktivitas pasien dibantu oleh perawat atau keluarga</li> <li>Pasien mendapat terapi paracetamol 500 mg, 3 x 1 (oral)</li> </ol>	Infiltrasi Tumor	Nyeri Kronis

2.	<b>DS :</b> 1. Pasien mengatakan nafas terasa sesak 2. Pasien mengatakan sesak nafas memberat sejak 1 minggu sebelum masuk RS <b>DO :</b> 1. Pasien tampak kesulitan dalam bernafas 2. Pasien terpasang nasal kanul 3 lpm 3. Pasien tampak pucat dan lemah 4. TD : 129/88 mmHg HR : 89 x/i RR : 23 x/i S : 36,9°C	Hambatan Upaya Nafas	Pola Nafas Tidak Efektif
3.	<b>DS :</b> 1. Pasien mengatakan ada luka bekas biopsi di payudara kiri pada tahun 2024 2. Pasien mengatakan payudara kirinya tidak mulus, dan terdapat luka berdarah 3. Pasien mengatakan terasa nyeri, dan gatal pada payudaranya <b>DO :</b> 1. Kulit payudara tampak tidak mulus, dan luka di payudara tampak berdarah dan bernanah 2. Kulit di sekitar payudara tampak seperti kulit jeruk ( <i>Peau d'orange</i> )	Faktor Mekanis	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan
4.	<b>DS :</b> 1. Pasien mengatakan luka basah dan rembes 2. Pasien mengatakan luka mudah berdarah <b>DO :</b> 1. Luka tampak basah dan tertutup kain 2. Luka tampak berdarah	Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)	Resiko Infeksi

	3. Luka tampak mengeluarkan cairan nanah 4. Pasien tampak pucat 5. Pasien mendapat terapi obat ampicillin sulbactam 1.5 gr, 3 x 1 secara intravena		
5.	<b>DS :</b> 1. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun semenjak sakit 2. Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makan 3. Pasien mengatakan setelah makan sering terasa mual bahkan terkadang memuntahkannya 4. Pasien mengatakan sebelum sakit berat badannya 58 kg  <b>DO :</b> 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak pucat 3. Pasien mengalami penurunan berat badan TB : 155 cm BB : 43 kg	Peningkatan Kebutuhan Metabolisme	Defisit Nutrisi
6.	<b>DS :</b> 1. Pasien mengatakan takut suaminya tidak bisa menerima kondisi dirinya 2. Pasien mengatakan khawatir dengan dirinya dan merasa dirinya menjadi beban bagi keluarganya 3. Pasien mengatakan sulit tidur dan tidur tidak nyenyak.  <b>DO :</b> 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak pucat 3. Saat berbicara pasien tampak tidak fokus 4. Frekuensi napas pasien meningkat	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas

## DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. R  
No. MR : 01.24.XX.XX

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	23 Februari 2025	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor	27 Februari 2025	
2.	23 Februari 2025	Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas	27 Februari 2025	
3.	23 Februari 2025	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis	27 Februari 2025	
4.	23 Februari 2025	Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)	27 Februari 2025	
5.	23 Februari 2025	Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme	27 Februari 2025	
6.	23 Februari 2025	Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri	27 Februari 2025	

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. R

No. MR : 01. 24. XX. XX

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor (SDKI : 175)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>( SLKI : 147)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> </ol> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>( SLKI : 112)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> ( SIKI : 201 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Hipnosis, terapi musik, aromaterapi, kompres hangat / dingin, teknik imajinasi terbimbing)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>



		<p>3. Keluhan nyeri menurun</p> <p>4. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>5. Rileks meningkat</p>	<p>4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p><b>Perawatan Kenyamanan</b> (SIKI : 326)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)</p> <p>2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya</p> <p>3. Identifikasi masalah emosional, dan spiritual</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan posisi yang nyaman</p> <p>2. Berikan kompres dingin atau hangat</p> <p>3. Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>4. Berikan pemijatan</p> <p>5. Berikan terapi hipnosis</p> <p>6. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</p> <p>7. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan</p> <p>2. Ajarkan terapi relaksasi</p> <p>3. Ajarkan latihan pernapasan</p> <p>4. Ajarkan teknik relaksasi atau imajinasi terbimbing</p>
--	--	--	---

			<b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Pola Nafas tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas (SDKI : 26 )	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: ( SLKI : 97 ) 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman nafas membaik	<b>Manajemen Jalan Napas</b> ( SIKI : 186 ) <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)  <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Berikan oksigen, jika perlu  <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 2. Ajarkan Teknik batuk efektif  <b>Pemantauan Respirasi</b> ( SIKI : 247 ) <b>Observasi</b> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi) 3. Monitor produksi sputum 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 6. Auskultasi bunyi nafas

			<p>7. Monitor saturasi oksigen</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
3.	<p>Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis ( SDKI : 282 )</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>( SLKI : 35 )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>2. Elastisitas meningkat</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Perdarahan menurun</li> <li>6. Kemerahan menurun</li> <li>7. Suhu kulit membaik</li> <li>8. Tekstur membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka</b> ( SIKI : 328 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>7. Ganti balutan sesuai eksudat dan drainase</li> <li>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> </ol>

			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</li> </ol> <p><b>Perawatan Integritas Kulit</b> ( SIKI : 316 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Anjurkan menghindari suhu ekstrem</li> </ol>
4.	Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit) ( SDKI : 304 )	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: ( SLKI : 141 )	<p><b>Pencegahan Infeksi</b> ( SIKI : 278 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan</li> </ol>

		3. kemerahan menurun 4. nyeri menurun 5. bengkak menurun 6. demam menurun	pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan
5.	Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme ( SDKI : 56 )	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : ( SLKI : 123 )  1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Rambut rontok menurun 3. Berat badan membaik 4. IMT membaik 5. Frekuensi makan membaik 6. Nafsu makan membaik	<b>Manajemen Nutrisi</b> ( SIKI : 200 )  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan  <b>Terapeutik</b> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet 2. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein  <b>Edukasi</b> 1. Ajarkan diet yang diprogramkan 2. Anjurkan posisi duduk, jika mampu  <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan

			<p>jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p><b>Edukasi Diet</b> ( SIKI : 54 )</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi Tingkat pengetahuan saat ini</li> <li>3. Identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapkan materi atau media</li> <li>2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan kesehatan</li> <li>3. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</li> <li>4. Sediakan rencana makan tertulis, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> <li>2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</li> <li>3. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</li> <li>4. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program</li> </ol>
6.	Ansietas b.d Ancaman Terhadap Konsep Diri ( SDKI : 180 )	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :	<p><b>Reduksi Ansietas</b> (SIKI : 387)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor)</li> </ol>

		<p>( SLKI : 132 )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Pucat menurun</li> <li>5. Frekuensi napas membaik</li> <li>6. Konsentrasi membaik</li> <li>7. Pola tidur membaik</li> <li>8. Konsentrasi membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika perlu</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan seara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>3. Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>5. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
--	--	--	---

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. R  
No. MR : 01. 24. XX XX

Hari/ Tgl	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
Minggu, 23 Februari 2025	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, mual, dan sesak nafas)</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>4. Memberikan posisi yang nyaman, posisi semi-fowler</li> <li>5. Menjelaskan tujuan, manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>6. Mengajarkan teknik relaksasi non-farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam )</li> <li>7. Menganjurkan sering mengulangi teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri</li> <li>8. Memberikan terapi obat paracetamol 500 mg, 3x1 secara oral</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 5</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 10-15 menit</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak benjolan pada payudara kiri pasien dan tidak simetris</li> <li>2. Pasien tampak meringis</li> <li>3. Pasien tampak gelisah dan tidak nyaman karena nyeri</li> <li>4. Pasien tampak sedikit rileks setelah mengulang kembali teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan</li> </ol>	



			<p>5. TTV :</p> <p>TD : 129/88 mmHg</p> <p>HR : 89 x/i</p> <p>RR : 23 x/i</p> <p>S : 36,9°C</p> <p><b>A :</b></p> <p>Nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. memposisikan pasien semi-fowler</li> <li>3. memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm</li> <li>4. menganjurkan pasien untuk minum dengan air hangat</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nafasnya terasa sesak dan berat</li> <li>2. Pasien mengatakan sesak nafas terasa memberat sejak 1 minggu yang lalu</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak kesulitan dalam bernafas</li> <li>2. Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Pola Nafas Tidak Efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Melakukan perawatan luka</li> <li>3. Menganjurkan menggunakan pelembab</li> <li>4. Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah yang benar</li> <li>5. Anjurkan minum air putih secukupnya</li> <li>6. Anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa gatal</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di payudaranya tampak basah dan berdarah</li> <li>2. Kulit di sekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk</li> </ol> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien</li> <li>5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>6. Memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa basah dan rembes</li> <li>2. Pasien mengatakan luka di payudara mudah berdarah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak basah dan tertutup kain</li> <li>2. Luka tampak berdarah</li> <li>3. Pasien tampak pucat</li> </ol>	

			<p><b>A :</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Defisit Nutrisi b.d</p> <p>Peningkatan</p> <p>Kebutuhan</p> <p>Metabolisme</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga saat ini</li> <li>2. Mengidentifikasi pola makan saat ini dan masa lalu</li> <li>3. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>4. Monitor asupan makanan yang masuk ke pasien</li> <li>5. Fasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet</li> <li>6. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> <li>7. Menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>8. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> <li>9. Menganjurkan pasien posisi duduk saat makan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun</li> <li>2. Pasien mengatakan setelah makan terasa mual</li> <li>3. Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah dari porsi makannya namun dimuntahkannya</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas</li> <li>2. Pasien tampak pucat</li> <li>3. Porsi makan pasien hanya habis setengah</li> <li>4. Pasien tampak mual</li> </ol> <p><b>A :</b> Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Senin, 24 Februari 2025</p>	<p>Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal)</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</li> <li>4. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya</li> <li>5. Berikan posisi yang nyaman yaitu posisi semi-fowler</li> <li>6. Memberikan terapi obat paracetamol 500 mg, 3x1 secara oral</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 5</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</li> <li>4. Pasien mengatakan sulit tidur dan tidur tidak nyenyak karena nyeri</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak benjolan pada payudara kiri pasien</li> <li>2. pasien masih tampak meringis</li> <li>3. pasien tampak gelisah dan tidak nyaman karena nyeri</li> <li>4. pasien tampak tidak fokus saat diajak bicara karena nyeri</li> <li>5. TTV : TD : 122/80 mmHg HR : 83 x/i RR : 22 x/i S : 36,8°C</li> </ol>	
--	--	---	---	--

			<p><b>A :</b> Nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. memposisikan pasien semi-fowler</li> <li>3. memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm</li> <li>4. menganjurkan untuk minum dengan air hangat</li> <li>5. memberikan pasien oksigen nasal kanul</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan bahwa nafasnya masih terasa sesak dan berat</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak kesulitan dalam bernafas</li> <li>2. Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol> <p><b>A :</b> Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan Teknik perawatan aseptik pada pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>3. Melakukan perawatan luka</li> <li>4. Menganjurkan menggunakan pelembab</li> <li>5. Anjurkan minum air putih secukupnya</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa gatal</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di payudara pasien tampak</li> </ol>	

		<p>6. Anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p>	<p>basah dan berdarah</p> <p>2. Kulit di sekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk</p> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)</p>	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Mempertahankan Teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien</p> <p>5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>6. Memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya masih basah, dan rembes</p> <p>2. Pasien mengatakan lukanya mudah berdarah</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Luka tampak basah dan tertutup kain</p> <p>2. Luka tampak berdarah</p> <p>3. Pasien tampak pucat</p> <p><b>A :</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	

	Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>2. Monitor asupan makanan yang masuk ke pasien</li> <li>3. Fasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet</li> <li>4. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> <li>5. Menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>6. Ajarkan diet yang diprogramkan Menganjurkan pasien posisi duduk saat makan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun</li> <li>2. Pasien mengatakan setelah makan terasa mual</li> <li>3. Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah dari porsi makannya</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas</li> <li>2. Pasien tampak pucat</li> <li>3. Porsi makan pasien hanya habis setengah</li> <li>4. Pasien tampak mual</li> </ol> <p><b>A :</b> Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Selasa, 25 Februari 2025	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Menjelaskan tujuan, manfaat dari teknik non-farmakologis (mendengarkan murottal)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa namun sudah sedikit berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri 3</li> <li>3. Pasien mengatakan</li> </ol>	

		<p>4. Menuntun pasien dalam melakukan teknik non-farmakologis (mendengarkan murottal)</p> <p>5. Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi dari teknik non-farmakologis yang diajarkan</p> <p>6. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik non-farmakologis tersebut</p> <p>7. Mengatur posisi semi-fowler bagi pasien agar rileks</p> <p>8. Memberikan terapi obat paracetamol 500 mg, 3x1 secara oral</p>	<p>nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>4. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh anaknya</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Tampak benjolan pada payudara kiri pasien dan tampak tidak simetris</p> <p>2. pasien masih tampak meringis</p> <p>3. pasien tampak gelisah dan tidak nyaman karena nyeri</p> <p>4. TTV :  TD : 129/89 mmHg  HR : 88 x/i  RR : 23 x/i  S : 36,2°C</p> <p><b>A :</b>  Nyeri kronis belum teratasi</p> <p><b>P :</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
	Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas	<p>1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2. memposisikan pasien semi-fowler</p> <p>3. memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm</p> <p>4. menganjurkan untuk minum dengan air hangat</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan nafasnya masih terasa sesak</p>	



		<p>5. memberikan pasien oksigen nasal kanul</p>	<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafas pasien tampak sesak</li> <li>2. Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan Teknik perawatan aseptik pada pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>3. Melakukan perawatan luka</li> <li>4. Menganjurkan menggunakan pelembab</li> <li>5. Anjurkan minum air putih secukupnya</li> <li>6. Anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa gatal</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di payudara pasien tampak rembes dan basah</li> <li>2. Kulit di sekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

	<p>Resiko Infeksi b.d</p> <p>Ketidakadekuatan</p> <p>Pertahanan Tubuh</p> <p>Primer</p> <p>(Kerusakan</p> <p>Integritas Kulit)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan Teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>5. Memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya masih basah, dan rembes</li> <li>2. Pasien mengatakan lukanya masih berdarah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak basah dan tertutup kain</li> <li>2. Luka tampak berdarah</li> <li>3. Pasien tampak pucat</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Defisit Nutrisi b.d</p> <p>Peningkatan</p> <p>Kebutuhan</p> <p>Metabolisme</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan makanan yang masuk ke pasien</li> <li>2. Fasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet</li> <li>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> <li>4. Menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Ajarkan diet yang diprogramkan Menganjurkan pasien posisi duduk saat makan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengatakan hanya menghabiskan setengah dari porsi makannya</li> <li>2. Pasien mengatakan setelah makan terasa mual</li> <li>3. Pasien mengatakan masih memuntahkan makanannya setelah makan</li> </ol>	

			<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemas</li> <li>2. Pasien tampak pucat</li> <li>3. Porsi makan pasien hanya habis setengah</li> <li>4. Pasien tampak mual</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
Rabu, 26 Februari 2025	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal)</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi pemahaman tentang perasaan saat ini</li> <li>4. Mengidentifikasi teknik non-farmakologis yang pernah digunakan sebelumnya (relaksasi nafas dalam dan murottal)</li> <li>5. Mendampingi pasien untuk mengulangi Kembali Teknik non-farmakologis yang telah diajarkan</li> <li>6. Berikan posisi yang nyaman, yaitu posisi semi-fowler</li> <li>7. Memberikan terapi obat paracetamol 500 mg, 3x1 secara oral</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa namun sudah sedikit berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</li> <li>4. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh anaknya</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak benjolan dan tidak simetris pada payudara kiri pasien</li> </ol>	

			<p>2. Suara pasien terdengar lemah</p> <p>3. TTV :  TD : 126/76 mmHg  HR : 79 x/i  RR : 21 x/i  S : 36,5°C</p> <p><b>A :</b>  Nyeri kronis teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	
	Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. memposisikan pasien semi-fowler</li> <li>3. memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm</li> <li>4. menganjurkan untuk minum dengan air hangat</li> <li>5. memberikan pasien oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nafasnya masih terasa sesak</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafas pasien masih tampak sesak</li> <li>2. pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol> <p><b>A :</b>  Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b>  Intervensi dilanjutkan</p>	

	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan Teknik perawatan aseptik pada pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>3. Melakukan perawatan luka</li> <li>4. Menganjurkan menggunakan pelembab</li> <li>5. Anjurkan minum air putih secukupnya</li> <li>6. Anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa gatal</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di payudara pasien tampak rembes dan basah</li> <li>2. Kulit disekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk</li> </ol> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan Teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien</li> <li>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien</li> <li>6. Menulang Kembali cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>7. Memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya masih basah, dan tidak nyaman</li> <li>2. Pasien mengatakan lukanya masih berdarah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak basah dan tertutup kain</li> <li>2. Luka tampak berdarah</li> </ol>	

			<p>3. Pasien tampak pucat</p> <p>4. Pasien tampak tidak nyaman</p> <p><b>A :</b> Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Defisit Nutrisi b.d Peningkatan Kebutuhan Metabolisme	<p>1. Monitor asupan makanan yang masuk ke pasien</p> <p>2. Fasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet</p> <p>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</p> <p>4. Menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Menganjurkan pasien posisi duduk saat makan</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan setelah makan terasa mual</p> <p>2. Pasien mengatakan makannya tidak habis</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Pasien tampak lemas</p> <p>2. Porsi makan yang dihabiskan pasien meningkat</p> <p>3. Pasien tampak mual namun tidak ada muntah</p> <p><b>A :</b> Defisit nutrisi teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
Kamis, 27 Februari 2025	Nyeri Kronis b.d Infiltrasi Tumor	<p>1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Nyeri, mual, gatal)</p> <p>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</p>	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa namun</p>	

		<p>frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengidentifikasi pemahaman tentang perasaan saat ini</li> <li>4. Mengidentifikasi teknik non-farmakologis yang pernah digunakan sebelumnya (relaksasi nafas dalam dan murottal)</li> <li>5. Mendampingi pasien untuk mengulangi Kembali Teknik non-farmakologis yang telah diajarkan</li> <li>6. Berikan posisi semi-fowler agar pasien rileks dan nyaman</li> <li>7. Memberikan terapi obat paracetamol 500 mg, 3x1 secara oral</li> </ol>	<p>sudah sedikit berkurang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh anaknya</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak benjolan dan tidak simetris pada payudara kiri pasien</li> <li>2. Suara pasien terdengar lemah</li> <li>3. TTV : TD : 120/72 mmHg HR : 80 x/i RR : 20 x/i S : 36,6°C</li> </ol> <p><b>A :</b> Nyeri kronis teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Pola Nafas Tidak Efektif b.d Hambatan Upaya Nafas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. memposisikan pasien semi-fowler</li> <li>3. memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm</li> <li>4. menganjurkan untuk minum dengan air hangat</li> <li>5. memberikan pasien oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nafasnya sudah tidak terlalu sesak</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. pasien masih terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</li> </ol>	

			<p><b>A :</b> Pola nafas tidak efektif teratasi Sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan b.d Faktor Mekanis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan Teknik perawatan aseptik pada pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>3. Melakukan perawatan luka</li> <li>4. Menganjurkan menggunakan pelembab</li> <li>5. Anjurkan minum air putih secukupnya Anjurkan untuk meningkatkan asupan buah dan sayur dan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya terasa gatal</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka di payudara pasien tampak rembes dan basah</li> <li>2. Kulit di sekitar payudara pasien tampak seperti kulit jeruk</li> </ol> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
	Resiko Infeksi b.d Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan Teknik aseptik saat melakukan perawatan pada pasien</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan luka di payudaranya masih basah, dan tidak nyaman</li> <li>2. Pasien mengatakan</li> </ol>	



		<p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien</p> <p>6. Menulang Kembali cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>7. Memberikan injeksi obat ampicillin sulbactam, 1.5 gr, 3 x 1</p>	<p>lukanya masih berdarah</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak basah dan tertutup kain</li> <li>2. Luka tampak berdarah</li> <li>3. Pasien tampak pucat</li> <li>4. Pasien tampak tidak nyaman</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Resiko infeksi belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Defisit Nutrisi b.d</p> <p>Peningkatan Kebutuhan Metabolisme</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan makanan yang masuk ke pasien</li> <li>2. Fasilitasi pasien dalam melakukan pedoman diet</li> <li>3. Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein</li> <li>4. Menyarankan pasien untuk makan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Menganjurkan pasien posisi duduk saat makan</p>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan setelah makan terasa mual</li> <li>2. Ny. R mengatakan mencoba untuk menghabiskan makanannya namun tidak habis</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan pasien meningkat</li> <li>2. Pasien tampak mual namun tidak ada muntah</li> </ol>	

			<b>A :</b> Defisit nutrisi teratasi Sebagian	
			<b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Konsultasi Pembimbing 1

Nama : ...  
 NIM : ...  
 Kelas : ...

No	Isi Konsultasi	Tgl
1	...	...
2	...	...
3	...	...
4	...	...
5	...	...
6	...	...
7	...	...
8	...	...
9	...	...
10	...	...

1	2019-2020	2019-2020	2019-2020
2	2019-2020	2019-2020	2019-2020
3	2019-2020	2019-2020	2019-2020

100% (100%)



Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Pembimbing 2

**LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 2**

Nama : **...**  
 NPM : **...**  
 Kelas : **...**  
 Mata Kuliah : **...**

No	Tanggal	Isi Konsultasi	Hasil Konsultasi
1	...	...	...
2	...	...	...
3	...	...	...
4	...	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...

1	Name of the person who is to be appointed as a member of the committee	Name of the person who is to be appointed as a member of the committee	Date
2	Name of the person who is to be appointed as a member of the committee	Name of the person who is to be appointed as a member of the committee	Date

Signature  
 Date and Place of Signature

  
 Name of the person who is to be appointed as a member of the committee  
 Date and Place of Signature

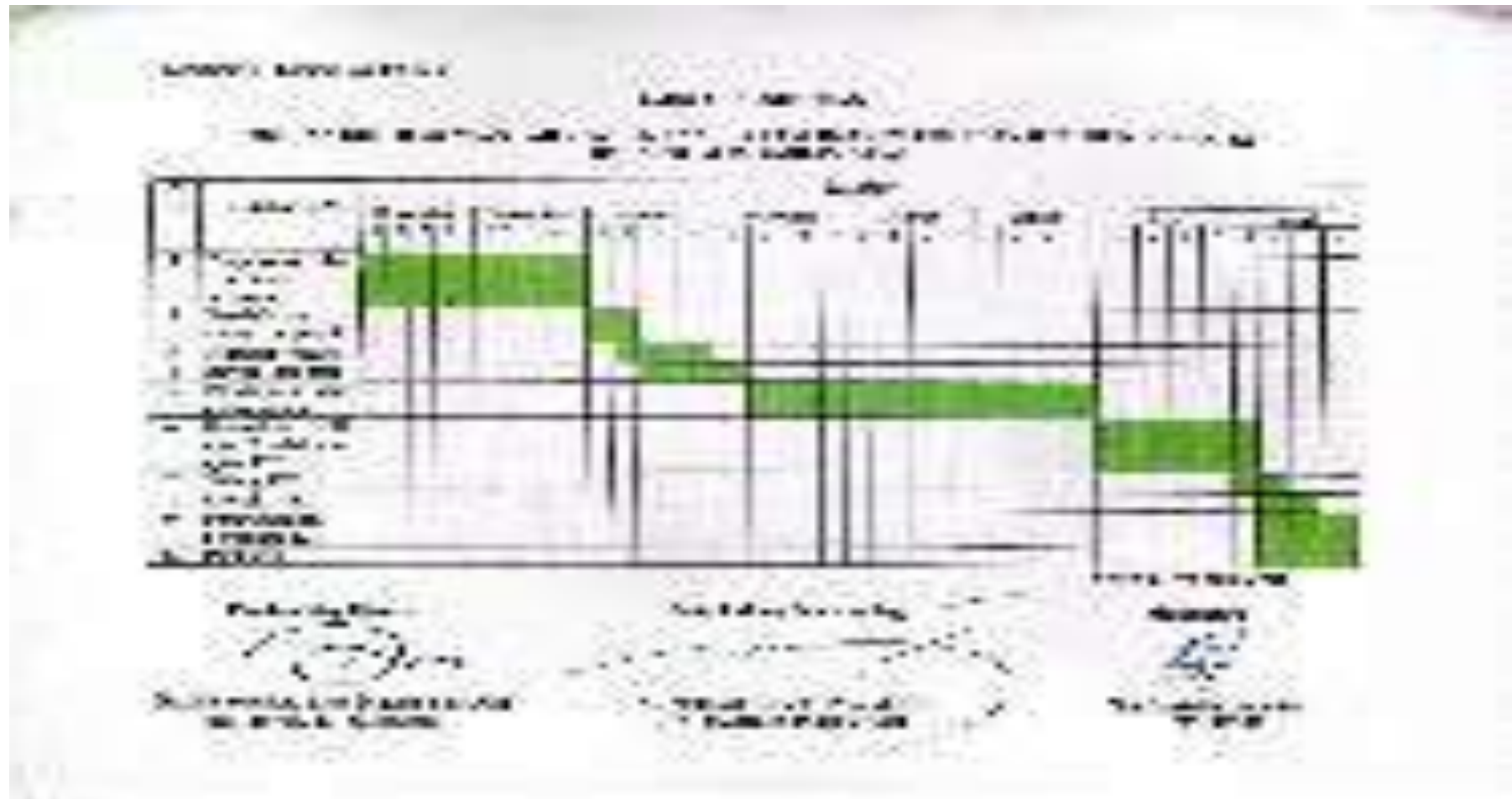
[illegible]

Lampiran 5 : Surat Izin Pengambilan Data dari RSUP Dr. M.Djamil Padang





Lampiran 6 : Lembar Gantt Chart



[illegible]



1. **Introduction**  
 The purpose of this study is to investigate the effect of the concentration of the reactants on the rate of the reaction between hydrogen peroxide and potassium iodide. The reaction is as follows:  

$$2\text{H}_2\text{O}_2(aq) + 2\text{I}^-(aq) + 2\text{H}^+(aq) \rightarrow 2\text{H}_2\text{O}(l) + \text{I}_2(aq)$$

The rate of the reaction can be measured by the time taken for a fixed volume of iodine to be produced. The rate of the reaction is expected to increase with the concentration of the reactants.

The following table shows the results of the experiment.

Experiment	Concentration of $\text{H}_2\text{O}_2$ (mol dm <sup>-3</sup> )	Concentration of $\text{I}^-$ (mol dm <sup>-3</sup> )	Time taken for a fixed volume of $\text{I}_2$ to be produced (s)
1	0.1	0.1	120
2	0.2	0.1	60
3	0.1	0.2	60
4	0.2	0.2	30

From the results, it can be seen that the rate of the reaction increases with the concentration of the reactants.

The following graph shows the effect of the concentration of the reactants on the rate of the reaction.

Graph 1: Effect of  $[\text{H}_2\text{O}_2]$  on rate

Graph 2: Effect of  $[\text{I}^-]$  on rate

Both graphs show a linear relationship between the concentration of the reactants and the rate of the reaction.

Sl. No.	Particulars	Debit	Credit	Balance
1	By Balance b/d			
2	To Cash			
3	To Bank			
4	To Sales			
5	To Other Income			
6	To Other Receipts			
7	To Other Accounts			
8	To Other Receipts			
9	To Other Receipts			
10	To Other Receipts			
11	To Other Receipts			
12	To Other Receipts			
13	To Other Receipts			
14	To Other Receipts			
15	To Other Receipts			
16	To Other Receipts			
17	To Other Receipts			
18	To Other Receipts			
19	To Other Receipts			
20	To Other Receipts			
21	To Other Receipts			
22	To Other Receipts			
23	To Other Receipts			
24	To Other Receipts			
25	To Other Receipts			
26	To Other Receipts			
27	To Other Receipts			
28	To Other Receipts			
29	To Other Receipts			
30	To Other Receipts			
31	To Other Receipts			
32	To Other Receipts			
33	To Other Receipts			
34	To Other Receipts			
35	To Other Receipts			
36	To Other Receipts			
37	To Other Receipts			
38	To Other Receipts			
39	To Other Receipts			
40	To Other Receipts			
41	To Other Receipts			
42	To Other Receipts			
43	To Other Receipts			
44	To Other Receipts			
45	To Other Receipts			
46	To Other Receipts			
47	To Other Receipts			
48	To Other Receipts			
49	To Other Receipts			
50	To Other Receipts			
51	To Other Receipts			
52	To Other Receipts			
53	To Other Receipts			
54	To Other Receipts			
55	To Other Receipts			
56	To Other Receipts			
57	To Other Receipts			
58	To Other Receipts			
59	To Other Receipts			
60	To Other Receipts			
61	To Other Receipts			
62	To Other Receipts			
63	To Other Receipts			
64	To Other Receipts			
65	To Other Receipts			
66	To Other Receipts			
67	To Other Receipts			
68	To Other Receipts			
69	To Other Receipts			
70	To Other Receipts			
71	To Other Receipts			
72	To Other Receipts			
73	To Other Receipts			
74	To Other Receipts			
75	To Other Receipts			
76	To Other Receipts			
77	To Other Receipts			
78	To Other Receipts			
79	To Other Receipts			
80	To Other Receipts			
81	To Other Receipts			
82	To Other Receipts			
83	To Other Receipts			
84	To Other Receipts			
85	To Other Receipts			
86	To Other Receipts			
87	To Other Receipts			
88	To Other Receipts			
89	To Other Receipts			
90	To Other Receipts			
91	To Other Receipts			
92	To Other Receipts			
93	To Other Receipts			
94	To Other Receipts			
95	To Other Receipts			
96	To Other Receipts			
97	To Other Receipts			
98	To Other Receipts			
99	To Other Receipts			
100	To Other Receipts			

Lampiran 11 : Surat Selesai Melakukan Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang





Ministry of Health and Family Welfare  
Government of India  
New Delhi

**Letter to the Director, Health and Family Welfare, Government of India**

To: **Director, Health and Family Welfare, Government of India**  
From: **Minister of Health and Family Welfare, Government of India**  
Subject: **Letter to the Director, Health and Family Welfare, Government of India**

Reference is made to the letter of the Director, Health and Family Welfare, Government of India, dated 10.10.2018, regarding the subject mentioned above.

In view of the above, the following instructions are issued for the guidance of the Director, Health and Family Welfare, Government of India:

1. The Director, Health and Family Welfare, Government of India, is requested to take the necessary steps to ensure that the subject matter of the letter is given priority.
2. The Director, Health and Family Welfare, Government of India, is requested to ensure that the subject matter of the letter is given priority.
3. The Director, Health and Family Welfare, Government of India, is requested to ensure that the subject matter of the letter is given priority.
4. The Director, Health and Family Welfare, Government of India, is requested to ensure that the subject matter of the letter is given priority.

The Director, Health and Family Welfare, Government of India, is requested to ensure that the subject matter of the letter is given priority.

Yours faithfully,  
Minister of Health and Family Welfare,  
Government of India.

**Dr. J. P. Singh**  
Minister of Health and Family Welfare,  
Government of India.



