



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**GUSTIA ANGGUN RIZOVI**

**NIM . 193110134**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**GUSTIA ANGGUN RIZOVI**

**NIM : 193110134**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**




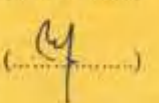
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM : 193110134  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022

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

### DEWAN PENGUJI :

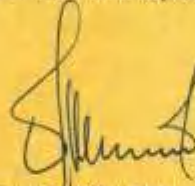
Ketua Penguji : Ns. Yosi Suryarinih, M.Kep. Sp. Kep MB   
Penguji : Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, M.Kep Sp. KMB   
Penguji : Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep. M. Biomed   
Penguji : Ns. Nova Yanti, M. Kep, Sp. KMB 

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 13 Mei 2022

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa  
NIP. 19701020 199303 2 002

ii

Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022”. Penulisan KTI ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan mencapai gelar Diploma III pada program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.

Peneliti menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada, Yth :

1. Ibu Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan KTI ini.
2. Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep. MB selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan KTI ini.
3. Ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, Sp. Kep. MB selaku penguji I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan KTI ini.
4. Ibu Ns. Sila Dewi Angreini, M.Kep, Sp. KMB selaku penguji II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan KTI ini.
5. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
6. Bapak Dr. dr. Yusirman, SpB, SpBA(K), MARS selaku direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang
7. Ibu Ns. Sila Dewi Angreini, M.Kep, Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
8. Ibu Heppi Sasmita, SKp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.

9. Ibu Ns. Netti S.Kep, M.Pd.,M.Kep selaku Pembimbing Akademik
10. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
11. Teristimewa kepada orang tua dan saudara saya yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
12. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi Keperawatan Padang Tahun 2019 serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan yang telah membantu dan memberi dukungan untuk saya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu, peneliti menerima kritik dan saran dari pembaca. Akhir kata peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Aamiin.

Padang, 26 April 2022

Peneliti

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022" telah diperiksa, disetujui dan sudah dipertahankan dihadapan Tim Penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 13 Mei 2022

Menyetujui,

Pembimbing I



**Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed**  
NIP : 19730503 199503 2 002

Pembimbing II



**Ns. Nova Yanti, M.Kep. Sp.Kep.MB**  
NIP : 19801023 200212 2 002

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan Padang



**Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa**  
NIP. 19701020 199303 2 002

Poltekkes Kemenkes Padang

## LEMBAR ORISINALITAS

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

Nama : Gustia Anggun Rizovi

NIM : 193110134

Tanda tangan : 

Tanggal : 13 Mei 2022

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

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022  
Gustia Anggun Rizovi**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Payudara di RSUP Dr.  
M. Djamil Padang Tahun 2022**

**Isi : x + 91 Halaman + 1 Tabel + 9 Lampiran**

**ABSTRAK**

Kanker payudara merupakan penyakit kanker terbanyak didunia dengan angka kejadian sebanyak 2.261.419, dan menjadi penyebab kematian ke empat oleh kanker dengan angka kejadian 684.996 (GLOBOCAN, 2020). Di RSUP Dr. M. Djamil pada 3 bulan terakhir (Oktober-Desember 2021) didapatkan data sebanyak 45 pasien yang dirawat di ruang bedah wanita dengan diagnosa medis kanker payudara. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dimulai bulan Desember 2021 sampai Mei 2022 di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi berjumlah 3 orang sampel 1 orang yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen pengumpulan data berupa format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, pengukuran, wawancara dan studi dokumentasi, data di analisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada fase preoperatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Sedangkan pada fase post operasi diagnosa yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis dan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif. Rencana keperawatan yaitu manajemen nyeri, perawatan kenyamanan, terapi relaksasi, perawatan integritas kulit, perawatan luka dan pencegahan infeksi. Evaluasi keperawatan didapatkan nyeri kronis belum teratasi, gangguan integritas kulit belum teratasi dan dilanjutkan dengan intervensi yang berbeda, , nyeri akut ,gangguan integritas kulit/jaringan dan resiko infeksi belum teratasi.

Diharapkan perawat ruangan agar lebih menggali keluhan pasien sehingga ditemukan masalah baru dan tidak hanya mengangkat satu diagnosa utama saja, karena perawat ruangan hanya mengangkat satu diagnose utama pada masa pre operatif.

**Kata Kunci : Kanker Payudara, Asuhan Keperawatan  
Daftar Pustaka : 42 (2012-2022)**



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>x</b>

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

A. Latar belakang .....	1
B. Rumusan masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

<b>A. Konsep dasar Kanker Payudara .....</b>	<b>9</b>
1. Pengertian kanker payudara .....	9
2. Etiologi kanker payudara .....	9
3. Tanda dan gejala kanker payudara.....	13
4. Klasifikasi kanker payudara.....	13
5. Stadium kanker payudara.....	16
6. Patofisiologi kanker payudara .....	16
7. WOC kanker payudara.....	19
8. Penatalaksanaan .....	21
9. Pemeriksaan penunjang .....	23
<b>B. Konsep Asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara .....</b>	<b>24</b>
1. Pengkajian keperawatan .....	24
2. Diagnosa keperawatan .....	31
3. Intervensi keperawatan .....	31
4. Implementasi keperawatan .....	39

5. Evaluasi keperawatan .....	39
-------------------------------	----

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis dan desain penelitian .....	40
B. Tempat dan waktu penelitian .....	40
C. Populasi dan sampel.....	40
D. Alat dan instrumen penelitian .....	42
E. Teknik pengumpulan data.....	43
F. Jenis dan pengumpulan data .....	44
G. Analisis data.....	45

### **BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

A. Deskripsi Kasus .....	47
1. Pengkajian Keperawatan.....	47
2. Diagnosa Keperawatan .....	49
3. Intervensi Keperawatan .....	52
4. Implementasi Keperawatan.....	55
5. Evaluasi Keperawatan.....	58
B. Pembahasan Kasus .....	61
1. Pengkajian Keperawatan.....	62
2. Diagnosa Keperawatan .....	65
3. Intervensi Keperawatan .....	71
4. Implementasi Keperawatan.....	77
5. Evaluasi Keperawatan.....	81

### **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	86
B. Saran .....	87

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>89</b>
-----------------------------	-----------

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Asuhan Keperawatan Medikal Bedah
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Pembimbing I
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Pembimbing II
Lampiran 4	Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 7	Surat Izin Selesai Penelitian dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang
Lampiran 8	Persetujuan menjadi responden
Lampiran 9	Daftar hadir penelitian

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM : 193110134  
Tempat/Tanggal Lahir : Payakumbuh / 30 Agustus 2000  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Amrizoni (ALM)  
Ibu : Devi Mirza  
Alamat : Kelurahan Sicincin, Kota Payakumbuh

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD N 19 Payakumbuh	2012
2	SMP N 3 Payakumbuh	2015
3	SMA N 2 Payakumbuh	2018
4	Prodi D-III Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes RI Padang	2022

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang diakibatkan oleh adanya gangguan system regulasi pertumbuhan sel yang mengakibatkan sel kehilangan kendali dan mengalami transformasi yang ganas (Ladesvita et al., 2021) . Kanker terdiri dari beberapa jenis tergantung dari organ tubuh yang menjadi tempat pertumbuhan sel dan jaringan kanker tersebut. Beberapa jenis/ lokasi kanker adalah payudara, kolon rectum, laring, paru, leukemia, pancreas, prostat, gaster, uterus, serviks, dll (Padila, 2013)

Berdasarkan data dari WHO melalui *Global Barden Of Cancer* (Globocan), *International Agency for Research of Cancer* (IARC) tahun 2020, kanker payudara menjadi kanker yang paling banyak di dunia dengan angka kejadian 2.261.419 (11,7%), diikuti dengan kanker paru-paru sebanyak 2.206.771 (11,4%), kanker kolorectal 1.931.590 (10%), kanker prostat 1.414.259 (7,3%) dan kanker lambung diurutan kelima dengan angka kejadian 1.089.103 (5,6%), dan kanker payudara menempati urutan ke 4 penyebab kematian tertinggi yang disebabkan oleh kanker secara global dengan angka kematian sebanyak 684.996 kasus . Kanker payudara tertinggi terjadi di wilayah Asia dengan prevalensi 45,4% dengan angka kejadian 1.062.171 kasus. Data *Global Cancer Observatory* 2020 untuk wilayah Indonesia menunjukkan bahwa kanker payudara menjadi kanker yang paling banyak terjadi di Indonesia yaitu sebanyak 65.858 kasus dan menjadi penyebab kematian ke 2 yang disebabkan oleh kanker di Indonesia dengan angka kematian sebanyak 22.430 kasus.

Hasil dari RISKESDAS 2013 dan 2018 menunjukkan kasus kanker meningkat dari tahun 2013 ke tahun 2018. Pada tahun 2013 terdapat 1.4% kasus dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 1.8% dengan daerah tertinggi DIY yaitu 4,9% . Pada tahun 2018 Prevalensi Kanker tertinggi adalah

provinsi DI Yogyakarta sebanyak 4,86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2,47 per 1000 penduduk dan posisi ke tiga Gorontalo 2,44 per 1000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Berdasarkan data dari RS. Kanker Darmais tahun 2018 Kanker payudara menjadi kanker terbanyak yang terjadi di Indonesia dengan angka kejadian 19,18% dan lebih banyak terjadi pada perempuan dengan angka kejadian 34.30% (*Pusat Data Dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2019*)

Data dari dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tahun 2020, kasus kanker di Sumatera Barat tahun 2017 - 2019 mengalami peningkatan. Untuk perempuan, kanker payudara berada pada urutan pertama yaitu meningkat sebanyak 39,27% dari 303 kasus pada tahun 2017 menjadi 422 kasus tahun 2018 dan pada tahun 2019 meningkat 13,50% menjadi 479 kasus, Sedangkan angka kejadian untuk laki-laki yang tertinggi adalah kanker paru yaitu 213 pada tahun 2017 259 kasus tahun 2018 dan mengalami penurunan pada tahun 2019 yaitu sebanyak 130 kasus, diikuti oleh kanker hati, kanker darah, kanker usus besar, kanker otak, kanker kulit, dan kanker mata (Dinas Kesehatan Sumatera Barat, 2020).

Data rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, mencatat kasus dengan kanker payudara dalam 3 tahun terakhir adalah pada tahun 2019 sebanyak 201 pasien dan mengalami penurunan pada tahun 2020 sebanyak 116 pasien dan pada tahun 2021 meningkat menjadi 146 pasien. Rata-rata umur pasien yang terkena kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil adalah 42 tahun keatas dan berdasarkan jenis kelamin penderita kanker payudara lebih banyak dialami oleh wanita. (MR RSUP Dr. M. Djamil Padang, 2021)

Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya kanker payudara diantaranya adalah genetik, penambahan usia, riwayat kanker payudara dalam keluarga, menarche pada usia sebelum 12 tahun, melahirkan anak pertama pada usia lebih dari 30 tahun, menopause lebih dari usia 55 tahun, terapi hormone, terpajan radiasi, obesitas dimasa dewasa awal, asupan

alkohol dan diet tinggi lemak (Brunner & Suddarth, 2016) . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari, *dkk* (2019) yang menunjukkan dari 84 orang responden yang terkena kanker payudara lebih dari separohnya (78,6%) memiliki usia beresiko terkena kanker payudara yaitu usia lebih dari 40 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Harahap & Sarma (2018) menunjukkan bahwa pasien yang memiliki riwayat keluarga memiliki kanker payudara akan memiliki risiko tinggi terkena kanker payudara, dan juga haid sebelum usia 12 tahun menunjukkan ada hubungan antara usia menstruasi dengan risiko kanker payudara. Hal ini dikarenakan wanita akan lebih lama terekspos hormon estrogen dan progesteron.

Seorang wanita sering kali tidak mengetahui dirinya terkena kanker payudara, hal ini dikarenakan gambaran klinis pada pasien kanker payudara tidak khas dan berbeda-beda. Beberapa merasakan tanda dan gejala seperti terasanya benjolan keras dan nyeri, kulit payudara tampak cekung dan mengkerut seperti kulit jeruk, maupun tertariknya puting payudara ke dalam dan keluarnya cairan berupa darah atau nanah dari puting (Supriyanto, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Narisuari & Manuaba (2016) didapatkan sebanyak 55 orang (85,94%) dari 64 responden mengatakan merasakan benjolan di payudaranya, dan terdapat satu orang yang mengatakan mengalami retraksi atau masuknya bagian puting susu ke dalam.

Kanker payudara membutuhkan penanganan yang tepat untuk membantu kesembuhan pasien. Jika tidak diberikan penanganan yang baik kanker payudara bisa bermetastasis langsung ke jaringan sekitarnya dan juga bisa melalui saluran limfe dan aliran darah. Pada kanker payudara, metastasis yang paling sering terjadi adalah ke paru, pleura dan tulang. Apabila kanker payudara telah bermetastasis ke paru dan pleura akan menyebabkan pasien menjadi sesak nafas, dan pada tulang bisa menyebabkan nyeri tulang, ketika proses metastasis ke vertebra makna akan medula spinalis akan terdesak dan tidak hanya akan menyebabkan nyeri tetapi juga dapat menimbulkan parestesia atau mati rasa pada ekstremitas, gangguan miksi, atau mati rasa disekitar

abdomen (Khasanah, 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Juli Jamnani, *dkk* pada tahun 2016, dengan melibatkan sebanyak 913 orang pasien didapatkan lokasi tersering terjadinya metastasis adalah ke tulang (64,6%), paru (29,2%), hati (21,2%), ke otak (0,8%) dan payudara kontralateral (0,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri Avyra *dkk*, pada tahun 2019 yaitu lokasi paling sering terjadinya metastasis pada kanker payudara yaitu ke tulang (20-60%), paru dan pleura (15-20%), ke hati (5-15%), ke otak (5-10%) dan metastasis local/regional (20-40%)..

Menurut Smeltzer & Bare (2015) tata laksana kanker payudara terbagi menjadi dua, yang pertama terapi lokal yaitu pembedahan konservatif, mastektomi, radikal yang dimodifikasi, mastektomi radikal dengan rekonstruksi. Kedua terdapat jenis pengobatan terapi sistemik yaitu kemoterapi, terapi hormonal serta penggantian sumsum tulang. Jenis penatalaksanaan yang dilakukan pasien dengan Kanker Payudara adalah pembedahan/operasi sebanyak 61,8%, kemoterapi 24,9%, radiasi atau penyinaran 17,3% dan lainnya seperti pengobatan alternative sebanyak 24,1% (Kemenkes RI, 2019). Penelitian yang dilakukan Solehati *dkk* pada tahun 2020 dengan metode sistematik review dari 21 jurnal didapatkan kesimpulan penatalaksanaan keperawatan untuk pasien kanker payudara terdiri dari intervensi, program, dan skrining. Intervensi yang dapat diaplikasikan pada pasien kanker payudara terdiri dari intervensi yang dapat menurunkan kecemasan, nyeri, kelelahan, gejala menopause, meningkatkan kualitas hidup, dan mengatasi mual.

Penatalaksanaan untuk kanker payudara seperti operasi, kemoterapi dan mastektomi akan memiliki efek samping terhadap kondisi tubuh pasien, dimana pada pembedahan akan terjadi gangguan citra tubuh terkait hilangnya salah satu organ penting bagi wanita dan juga kebotakan saat melakukan kemoterapi. Pada pasien kanker payudara akan terjadi efek samping dari segi fisiologis maupun psikologis seperti, depresi, gangguan citra tubuh, kecemasan sebelum melakukan tindakan, dan nyeri setelah melakukan



operasi (Panigroro et al., 2019). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tria dan Syarifah pada tahun 2018 didapatkan hasil sebanyak 61,5% pasien mengalami gangguan citra tubuh setelah melakukan operasi. Penelitian yang dilakukan Utami, *dkk* pada tahun 2017 didapatkan hasil sebanyak 95,5% pasien mengalami depresi ringan, ansietas ringan sebanyak 79,6% dan ansietas sedang-berat sebanyak 20,4%. Penelitian yang dilakukan oleh Arif, *dkk* pada tahun 2020 didapatkan 60% dari 55 responden kanker payudara yang menjalani kemoterapi mengalami tingkat kecemasan sedang, dan sebanyak 63,6% mengatakan mengalami pola tidur yang buruk.

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Guntari, *dkk* pada tahun 2016 tentang gambaran kondisi fisik penderita kanker payudara post mastektomi, hampir seluruh (97,6%) pasien kanker payudara mengatakan kesulitan ketika melakukan aktivitas berat, kesulitan olahraga sebanyak 85,4% dan 73,2% merasa cepat lelah dibandingkan sebelum sakit. Sebanyak 61% mengeluh nyeri di bagian luka operasi, 41,5% kesakitan dan 34,1% mengeluh mual. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Setyaningsih, *dkk* pada tahun 2012 mengatakan bahwa operasi dan kemoterapi mengakibatkan rasa nyeri setelah operasi dan bahkan bisa menyebabkan kerusakan di bagian tubuh yang menyebabkan hilangnya fungsi tubuh secara permanen. Sedangkan efek samping dari kemoterapi adalah alopecia yaitu kebotakan atau kerontokan rambut, mual, muntah dan *hot flushes*.

Pada keadaan seperti itu pasien memerlukan asuhan keperawatan yang holistik untuk memenuhi kebutuhan dasar yaitu kebutuhan biologis, psikologis sosial, kultural dan spiritual. Perawat berperan penting dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara. Pada saat pre operatif perawat berperan memberikan informasi mengenai kanker payudara, serta perawat berperan penting dalam menurunkan ansietas pasien. Dengan mempertimbangkan keadaan emosional dan diagnosa, pasien diberikan informasi dan edukasi mengenai pilihan pengobatan dan membantu

pasien mengevaluasi pilihan pengobatan yang akan dilakukannya (Mulyani & Nuryani, 2013)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Denada Rahmadani pada tahun 2021 yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di Ruang Al Marwah RSI Ibnu Sina Padang tahun 2021” Peneliti menegaskan diagnosa pre operatif yaitu Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan tiga diagnosa post operatif yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis dan gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur /bentuk tubuh. Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, perawatan luka dan promosi citra tubuh (Rahmadani, 2021)

Sedangkan menurut (Smeltzer & Bare, 2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada masa pre operatif adalah defisit pengetahuan mengenai rencana terapi bedah, ansietas berhubungan dengan diagnosis kanker, ketakutan yang berhubungan dengan terapi spesifik dan perubahan citra tubuh, risiko ketidakefektifan coping (individu atau keluarga) yang berhubungan dengan diagnosis kanker payudara dan pilihan terapi, sedangkan diagnosa yang muncul pada post operatif adalah nyeri dan ketidaknyamanan yang berhubungan dengan prosedur bedah, gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan kehilangan atau perubahan bentuk tubuh

Survey awal yang dilakukan di RSUP Dr. M. Jamil Padang pada tanggal 26 Desember 2021 didapatkan data pada 3 bulan terakhir sebanyak 45 pasien dirawat di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil , pada bulan Oktober terdapat 15 orang pasien, November sebanyak 10 orang pasien dan pada bulan Desember meningkat menjadi 20 pasien. Pada tanggal 26 Desember didapatkan sebanyak 3 pasien kanker payudara post operatif mastektomi . Hasil wawancara dengan salah satu pasien post operatif mastektomi mengatakan merasakan nyeri di sekitar luka operasi , pasien tampak meringis dan tampak melindungi area payudaranya. Saat dilakukan wawancara dengan

perawat ruangan mengatakan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien dengan kanker payudara adalah kolaborasi dengan dokter memberikan obat analgesik untuk penghilang nyeri dan juga melakukan perawatan luka pada pasien post operatif.

Berdasarkan data dan fenomena yang peneliti uraikan, maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2022 “

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2022?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Teoritis

#### a. Bagi Peneliti

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

#### b. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sumber pembelajaran di prodi d3 keperawatan padang khususnya dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

#### c. Bagi peneliti selanjutnya

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

### 2. Praktis

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. KONSEP DASAR KANKER PAYUDARA**

##### **1. Pengertian Kanker Payudara**

Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita. Kanker payudara disebabkan karena terjadinya pembelahan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan sel menjadi tidak terkendali dan akan tumbuh menjadi benjolan (tumor) (Nugroho, 2015).

Kanker payudara merujuk pada tumor ganas yang berkembang dari sel-sel payudara (Supriyanto, 2015). Kanker Payudara tergolong jenis kanker yang perkembangannya cepat. Awalnya sel kanker akan tumbuh menjadi tumor sebesar 1 cm dalam kurun waktu 8-12 tahun. Sel ini hanya akan diam dan bersembunyi selama bertahun-tahun di tubuh inang dan ketika sudah aktif sel akan bergerak keseluruh tubuh melalui aliran darah dan akan berubah menjadi sel kanker atau tumor ganas (Savitri, 2015).

##### **2. Etiologi kanker payudara**

Penyebab kanker payudara menurut Savitri (2015) yaitu :

###### **a. Gender**

Lahir sebagai wanita merupakan faktor resiko utama kanker payudara. Bahkan pria juga bisa terkena kanker payudara, tetapi perbandingan penyakit kanker payudara pada wanita sekitar 100 kali lebih umum dibandingkan pria. mungkin penyebabnya karena pria lebih sedikit hormon estrogen dan progesteron yang menjadi pemicu tumbuhnya sel kanker.

###### **b. Pertambahan Usia**

Semakin tua usia seorang wanita, semakin tinggi resiko ia menderita kanker payudara. Lebih dari 80% kanker payudara terjadi pada wanita berusia 50 tahun ke atas dan telah

mengalami menopause. Hanya sekitar 1 dari 8 kasus kanker payudara *invasif* (menyebar) ditemukan pada wanita berusia di bawah 45 tahun.

c. Genetik

Kanker payudara bukan penyakit turunan seperti, diabetes melitus atau hemofilia atau alergi. Walaupun demikian, gen yang dibawa wanita penderita kanker payudara mungkin saja dapat diturunkan. Sekitar 5-10% kasus kanker payudara disebabkan oleh keturunan. Dalam kasus kanker payudara kebanyakan penyebab paling umum yaitu gen yang disebut BRCA 1 dan BRCA 2.

d. Riwayat kanker payudara dari keluarga

Risiko kanker payudara lebih tinggi pada wanita yang memiliki kerabat dekat sedarah yang juga menderita penyakit kanker payudara. Memiliki hubungan darah satu tingkat pertama seperti ibu, saudara wanita atau anak wanita memiliki risiko dua kali lipat untuk terkena kanker payudara. Secara keseluruhan hanya 15 % wanita penderita kanker payudara yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit yang sama. Ini berarti bahwa kanker payudara lebih besar disebabkan oleh faktor penyebab lainnya.

e. Riwayat pribadi kanker payudara

Wanita yang pernah menderita kanker payudara cenderung memiliki resiko 3-4 kali lipat akan mengalami kanker payudara lagi baik mengembangkan kanker payudara baru pada payudara sebelahnya atau pada payudara yang sama

f. Riwayat tumor

Wanita yang menderita tumor jinak mungkin memiliki risiko kanker payudara. Beberapa jenis tumor jinak seperti atypical ductal hyperplasia lobular carcinoma in situ cenderung berkembang sebagai kanker payudara suatu hari nanti.

g. Ras dan etnis

Secara umum , wanita ras kulit putih memiliki resiko lebih

tinggi menderita kanker payudara dibandingkan ras afrika, asia dan hispanik.

h. Paparan hormon estrogen

Produksi hormon estrogen dimulai ketika wanita mengalami menstruasi pertama kali . Produksi ini turun secara drastis ketika wanita memasuki menopause wanita yang mulai mengalami menstruasi dini (menarche) di usia yang sangat muda atau memasuki masa menopause lebih lambat daripada umumnya memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara karena terpapar hormon estrogen lebih lama.

i. Paparan radiasi

Bekerja dengan peralatan sinar X dan sinar gamma bisa meningkatkan risiko terkena kanker payudara, meskipun sangat kecil kemungkinannya. Wanita yang pernah terpapar radiasi di bagian dada sebagai salah satu pengobatan juga beresiko menderita kanker payudara. Risiko tertinggi kanker payudara terjadi jika radiasi diberikan pada masa remaja, ketika payudara masih berkembang.

j. Tidak punya anak dan tidak menyusui

Wanita yang tidak pernah mempunyai anak dan tidak pernah menyusui memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara karena masa menyusui secara aktif menjadi periode bebas kanker dan memperlancar sirkulasi hormonal. Pada masa menyusui ini hormon estrogen menurun dan didominasi oleh hormon prolaktin.

k. Tidak menikah dan berhubungan seks

Wanita yang tidak menikah (tidak berhubungan seks) atau wanita menikah yang jarang berhubungan seksual juga beresiko terkena kanker payudara. Tingkat keseringan seorang wanita melakukan hubungan seksual mempengaruhi kelancaran sirkulasi hormonal . Dengan kata lain , semakin sering wanita melakukan hubungan seksual semakin baik sirkulasi

hormonalnya dan semakin rendah juga risikonya terhadap penyakit kanker.

l. Kehamilan pertama setelah berumur 30 tahun

Wanita yang memiliki anak pertama pada umur 30 tahun keatas memiliki resiko tinggi menderita kanker payudara. Resiko ini meningkat sebanyak 3% setiap kali ia bertambah usia

m. Kontrasepsi hormonal

Peneliti menemukan bahwa wanita yang menggunakan kontrasepsi oral (pil KB) memiliki risiko sedikit lebih besar terkena kanker payudara dibandingkan wanita yang tidak pernah menggunakannya. Selain pil KB, kontrasepsi hormonal lainnya seperti KB suntik yang diberikan setiap 3 bulan juga diketahui memberikan efek terhadap risiko kanker payudara. Akan tetapi, risikonya menurun jika ia berhenti menggunakan KB suntik lebih dari 5 tahun.

n. Obesitas

Wanita yang mengalami obesitas dan memasuki masa menopause memiliki risiko lebih tinggi menderita kanker payudara. Wanita menopause yang juga mengalami obesitas memiliki tingkat estrogen yang jauh lebih tinggi daripada seharusnya. Selain itu wanita yang memiliki kelebihan berat badan cenderung memiliki kadar insulin darah yang lebih tinggi juga telah dikaitkan dengan beberapa jenis kanker, termasuk kanker payudara.

o. Konsumsi alkohol

Semakin sering wanita mengonsumsi alkohol semakin tinggi risiko terkena kanker payudara. Risiko meningkat dengan seiring jumlah alkohol yang dikonsumsi. Mereka yang minum 2-5 gelas setiap hari memiliki risiko sekitar 1 ½ kali lebih tinggi dari wanita yang tidak minum alkohol.

p. Asap tembakau

Asap rokok dapat meningkatkan risiko kanker payudara. Asap



rokok juga mengandung bahan kimia dalam konsentrasi tinggi yang menyebabkan kanker payudara. Bahan kimia dalam asap tembakau mencapai jaringan payudara dan ditemukan di ASI. Asap rokok juga memiliki efek yang berbeda terhadap resiko kanker payudara pada perokok dan mereka yang hanya terpapar asap rokok.

### **3. Tanda dan gejala kanker payudara**

Menurut Nugroho (2015) gejala awal berupa sebuah benjolan yang bisa dirasakan dan berbeda dari jaringan yang ada di payudara, tidak menimbulkan nyeri dan biasanya memiliki pinggiran yang tidak teratur.

- a. Tanda umum : benjolan/penebalan pada payudara
- b. Tanda dan gejala lanjut :
  - 1) Kulit cekung
  - 2) Retraksi/deviasi puting susu
  - 3) Nyeri tekan/raba
  - 4) Kulit tebal dan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk
  - 5) Ulserasi pada payudara
- c. Tanda metastase :
  - 1) Nyeri pada bahu, pingang, punggung bawah
  - 2) Batuk menetap
  - 3) Anoreksia
  - 4) BB turun
  - 5) Gangguan pencernaan
  - 6) Pandangan kabur
  - 7) Sakit kepala

Pada stadium lanjut , biasanya benjolan sudah melekat pada dinding dada atau kulit sekitarnya. Kadang kulit diatas benjolan mengkerut dan tampak seperti kulit jeruk.

### **4. Klasifikasi kanker payudara**

Menurut Mulyani & Nuryani (2013) klasifikasi kanker payudara adalah :

- a. Berdasarkan sifat serangannya kanker payudara dibagi menjadi 2 yaitu :
- 1) Kanker payudara invansif  
Sel kanker payudara yang invasif akan merusak saluran serta kelenjar susu dan menyerang lemak serta jaringan konektif disekitarnya.
  - 2) Kanker payudara non-invasive  
Sel kanker terkunci pada saluran susu dan tidak menyerang lemak serta jaringan konektif disekitarnya.
- b. Berdasarkan tingkat prevalensinya kanker payudara dibagi menjadi :
- 1) Lobular Carsinoma In Situ ( LCIS)  
Pada LCIS sel kanker tumbuh di dalam kelenjar susu dan pertumbuhan sel jelas terlihat. Untuk pasien kanker payudara LCIS harus dimonitor dengan ketat dengan melakukan pemeriksaan setiap empat bulan sekali oleh dokter dengan melakukan uji klinis payudara dan juga mamografi.
  - 2) Ductal Carsinoma In Situ (DCIS)  
DCIS merupakan tipe kanker payudara non-invasive yang paling umum terjadi. Dengan melakukan deteksi dini akan meningkatkan 100% tingkat bertahan hidup pada pasien kanker payudara dengan DCIS karena tidak menyebar ke jaringan lainnya.
  - 3) Infiltrating Lobular Carsinoma ( ILC)  
ILC bersifat invasive dengan angka kejadian 10-15 % dari seluruh pasien dengan kanker payudara.
  - 4) Infiltrating Ductal Carcinoma (IDC)  
Dikenal sebagai kanker invasive dan merupakan kanker payudara invasive yang paling banyak terjadi , sekitar 80% kasus IDC dari seluruh pasien dengan kanker payudara.

c. Kanker payudara yang jarang terjadi

1) Mucosinous Carcinoma

Mucosinous merupakan kanker payudara yang terbentuk dari sel kanker yang memproduksi lender (mucus). Kanker payudara Mucosinous merupakan kanker payudara yang paling jarang terjadi.

2) Medullary Carcinoma

Jenis kanker ini terjadi sekitar 5% dari seluruh kejadian kanker payudara dan merupakan salah satu kanker invasive yang membuat batas tidak lazim antara sel kanker dengan jaringan normal.

3) Tubular Carcinoma

Merupakan jenis kanker yang terjadi sekitar 2% dari keseluruhan diagnosis kanker payudara.

4) Inflammatory breast cancer

Jenis ini merupakan jenis yang jarang terjadi dan hanya terjadi sekitar 1% dari seluruh kejadian kanker payudara. Namun, tubular karsinoma ini merupakan jenis khusus kanker payudara yang bersifat infasive ditandai dengan payudara terlihat meradang (merah dan hangat) adanya cekungan atau pinggirannya tebal yang disebabkan oleh jaringan kanker menyumbat pembuluh limfe kulit pembungkus payudara.

5) Phylloides tumor

Phylloides ini berkembang di dalam jaringan konektif payudara, dapat ditangani dengan operasi pengangkatan.

6) Paget's disease of the nipple

Jenis kanker ini jarang terjadi dan hanya terjadi sekitar 1%. Kanker jenis ini berawal dari saluran susu lalu menyebar ke kulit aerola dan puting. Pada jenis kanker ini kulit kanker payudara akan pecah, memerah, mengkoreng dan mengeluarkan cairan.

## 5. Stadium Kanker payudara

Menurut Wijaya & Putri, (2015) staging kanker payudara dibagi menjadi :

- a. Stadium 0 : kanker in situ dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya di jaringan payudara yang normal
- b. Stadium I : tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar ke jaringan lain di luar payudara
- c. Stadium IIA : tumor dengan diameter 2-5 cm namun belum menyebar keluar jaringan payudara, atau tumor dengan diameter 2-5 meter tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- d. Stadium IIB : tumor dengan diameter lebih dari 5 cm namun belum menyebar keluar jaringan payudara, atau tumor dengan diameter 2-5 meter tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- e. Stadium IIIA : tumor dengan diameter lebih dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak disertai dengan perlengketan antara satu sama lain atau perlengketan ke struktur payudara atau tumor dengan diameter 5 cm yang sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak
- f. Stadium IIIB : tumor telah menyusup keluar payudara, yaitu ke dalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening di dalam dada dan tulang dada
- g. Stadium IV : tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, dan sudah meyerang ke organ lain seperti ke hati, tulang atau paru-paru.

## 6. Patofisiologi kanker payudara

Penyebab kanker payudara sampai saat ini masih belum diketahui dengan pasti namun beberapa penelitian mendapatkan adanya perubahan genetik pada pasien kanker payudara, dan juga

didukung oleh faktor resiko yang mempengaruhi kejadian kanker yaitu faktor hormonal (menarche dini, late manopause, obesitas, kontrasepsi oral, usia saat melahirkan anak pertama), genetik, penambahan usia, riwayat kanker sebelumnya di payudara maupun organ lain, terpajan radiasi. Pada kanker payudara terjadi pembelahan sel abnormal di jaringan payudara yang menyebabkan jumlah sel meningkat dan terjadi hipermetabolisme di jaringan kanker, hal ini dapat mengurangi suplai nutrisi dan O<sub>2</sub> ke jaringan lain yang dapat mempengaruhi penurunan berat badan dan terjadinya anemia perifer (Smeltzer & Bare, 2017)

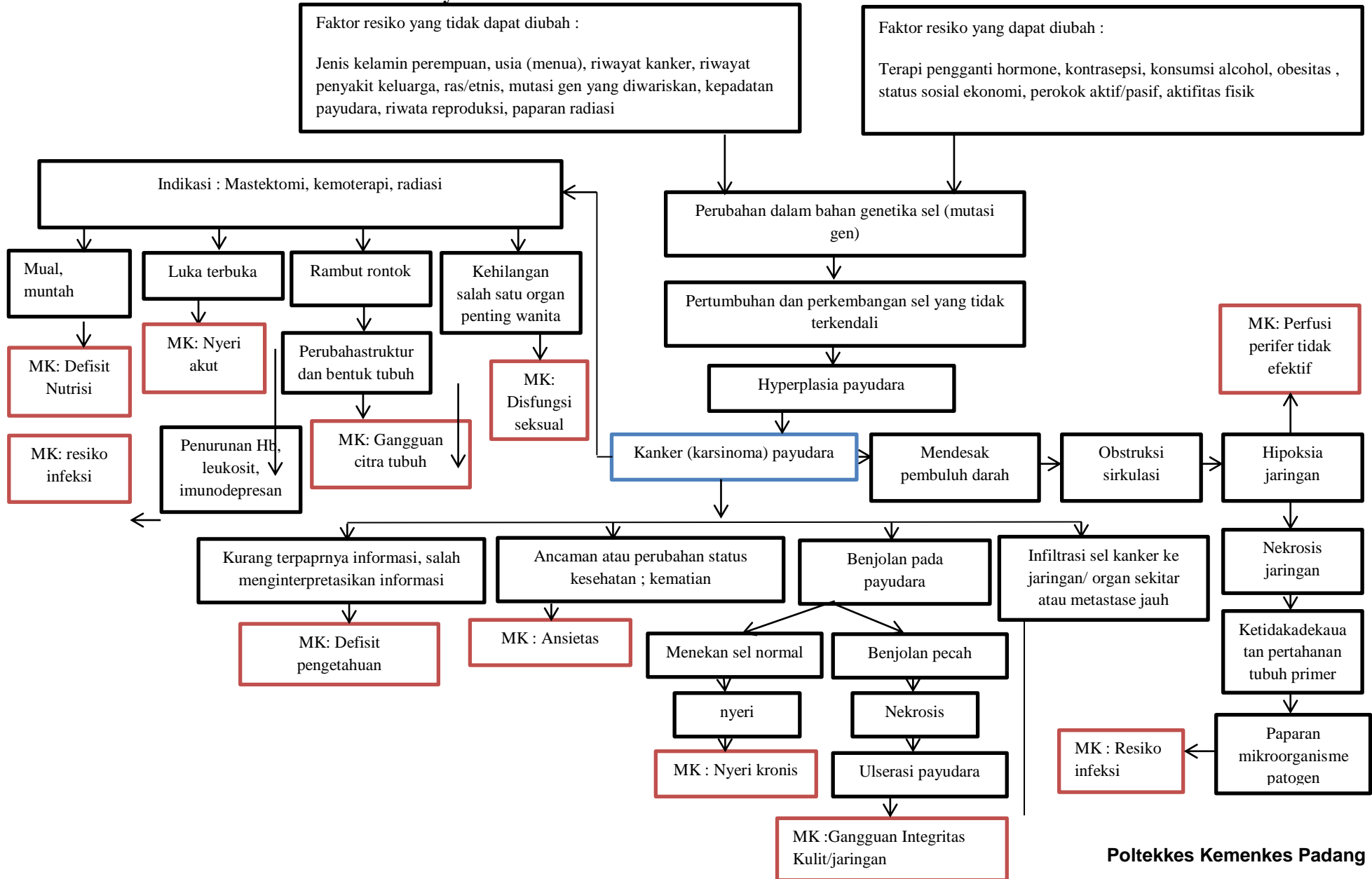
Selanjutnya kanker payudara ini akan mendesak jaringan sekitarnya dan menekan jaringan pada payudara, lalu payudara yang terkena kanker tersebut membengkak dan mendesak jaringan di luar payudara seperti paru-paru. Di paru-paru terjadi infiltrasi pleura yang selanjutnya menjadi efusi pleura, hal ini berpengaruh pada ekspansi lapangan paru dan dapat menyebabkan sesak nafas. Pendesakan payudara ke jaringan luar tadi juga dapat menyebabkan terganggunya perfusi jaringan payudara yang dapat mengakibatkan nekrosis dan ulserasi payudara

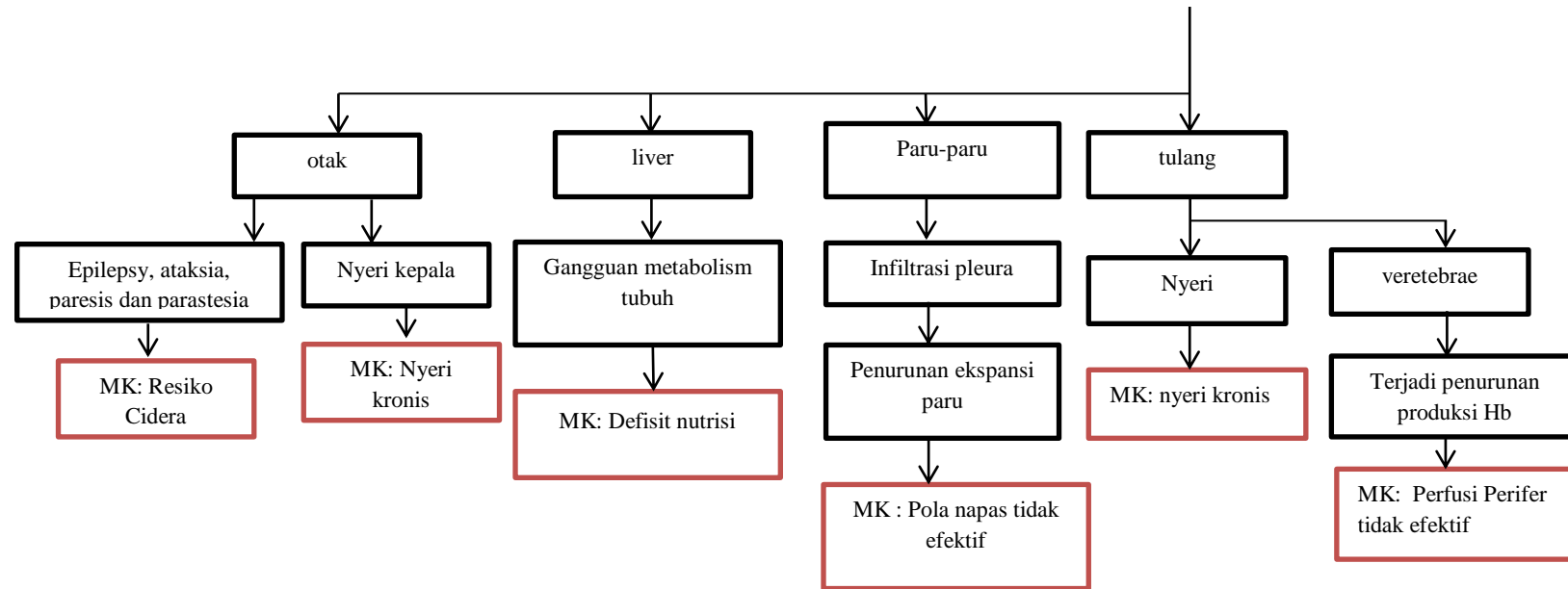
Sel kanker tersebut dapat mendesak sel syaraf yang selanjutnya akan mempengaruhi sel syaraf yang peka terhadap rangsangan nyeri dan terjadilah nyeri akut. Pembuluh darah juga dapat terpengaruh akibat pendesakan sel kanker yang selanjutnya akan menghambat aliran darah dan terjadi hipoksia jaringan lalu menimbulkan bakteri patogen (anaerob) yang dapat menyebabkan infeksi. Bakteri patogen tersebut masuk ke sirkulasi (hematogen) yang selanjutnya akan menyebabkan anak sebar (metastase) ke organ lain. Infeksi dapat meningkatkan respon mekanisme tubuh

terhadap bakteri dan menyebabkan peningkatan suhu tubuh (Wijaya & Putri, 2015)

Benjolan atau tumor yang berada pada payudara akan menyebabkan Payudara menjadi asimetris sehingga dapat menyebabkan beberapa hal seperti ketidaktepatan interpretasi karena kurangnya pengetahuan tentang kanker payudara dan menimbulkan kecemasan serta gangguan body image pada pasien

### 7. WOC Kanker Payudara





Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2015), (Firmana, 2020), SDKI 2017



## 8. Penatalaksanaan

Menurut Nugroho (2015), Ada dua macam penatalaksanaan pada kanker payudara yang bisa dilakukan yaitu kuratif (pembedahan) dan paliatif (non pembedahan). Penanganan kuratif pada pasien kanker payudara dilakukan berdasarkan luas, besar dan penyebaran kanker. Contoh penatalaksanaan kuratif yaitu dengan masektomi parsial, masektomi total dan masektomi radikal. Penanganan non pembedahan adalah dengan penyinaran, kemoerapi dan terpai hormonal.

### a. Terapi kuratif

Untuk kanker stadium 0,I, II, dan III

- 1) Terapi utama untuk kanker payudara stadium 0,I,II, dan III adalah masektomi radikal modifikasi, alternative tomoorektomi + diseksi aksila
- 2) Terapi Adjuvant yaitu terapi ini hanya diberikan pada pasien dengan resiko tinggi terjadi rekurensi antara lain usia muda ( $\leq 35$  tahun), reseptor hormon negatif, metastasis KGB aksila.
  - a) Kemoterapi untuk pra menopause dengan CMF (Cyclophosphamide 100 mg/m dd po ke 1-14, Methotrexate 40 mg/m IV hari ke-1 siklus diulangi tiap 4 minggu dan fluororacil 600 mg/m IV hari ke-1) atau diberikan secara CAF (Cyclophosphamide 500 mg/m hari ke 1, adriamicyn 50 mg/m hari ke-1 dan fluororacil 500 mg/m IV hari ke-1 dan 8 untuk 6 siklus).
  - b) Hormon terapi untuk pasca menopause dengan tamoksifen untuk 1-2 tahun
- 3) Terapi sekunder , bila perlu
- 4) Terapi komplikasi pasca bedah misalnya gangguan gerak lengan bisa dilakukan fisioterapi pada pasien

b. Terapi paliatif

Untuk kanker payudara stadium IIIB dan IV

1) Terapi utama

- a) Premenopause , bilateral ovariedektomi
- b) Pasca menopause : hormone reseptor positif (tamoxifen) dan hormone reseptor negative (kemoterapi CMF atau CAF).

2) Terapi ajuvan

- a) Operable (mastektomi simple)
- b) Inoperable (radioterapi)

3) Terapi bantuan, robonza

4) Terapi komplikasi, bila ditemukan :

- a) Patah, reposisi- fiksasi – immobilisasi dan radioterapi pada tempat patah
- b) Odema lengan : diuretic, pneumotik sleeve, operasi transposisi omentum atau kondoleon
- c) Effusi pleura : aspirasi cairan atau drainase bullae, bleomisin 30 mg dan teramisin 1000 mg, intra pleura
- d) Hiperkalsemia : deuretika dan rehidrasi, kortikosteroid, mitramisin  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  mg/kg BB IV
- e) Nyeri , terapi nyeri farmakologi dan non farmakologis
- f) Luka, perawatan luka

5) Terapi sekunder , bila ada

Kemoterapi dan obat penghambat hormone akan diberikan ketika selesai dilakukan pembedahan , obat diberikan bertujuan untuk memperlambat pertumbuhan kanker kembali dan meningkatkan angka harapan hidup pasien kanker payudara. Obat ini dikonsumsi selama beberapa bulan atau tahun.

## 9. Pemeriksaan penunjang

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

- a. Pemeriksaan laboratorium
  - 1) Pemeriksaan darah lengkap
  - 2) LED
  - 3) Test fal marker (CEA) dalam serum/plasma, MCA, AFP
  - 4) Pemeriksaan sitologis (FNA dari tumor, cairan kista dan pelura effusion, secret puting susu)
  - 5) Enxym alkali sposphate ,LDH
  - 6) Aktivitas estrogen / vaginal smear
- b. Monografi
 

Menemukan kanker insito yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik.
- c. SCAN (CT, MRI, galfum), ultra sound
 

Untuk tujuan diagnostic, identifikasi metastatic, respon pengobatan
- d. Biopsi (aspirasi, eksisi)
 

Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan. Biopsy ada dua macam tindakan yaitu dengan menggunakan jarum dan 2 macam tindakan pembedahan

  - 1) Aspirais biopsy (FNAB), dengan menggunakan jarum halus, sifat massa dibedakan antara kistik atau padat
  - 2) True cut/care biopsy, dilakukan dengan perlengkapan stereotactic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa.
  - 3) Incisi biopsy
  - 4) Eksisi biopsi, hasil biospsi dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologic secara froxen section
- e. Tes skrining kimia : elektrolit, tes hepar, hitung sel darah
- f. Foto thoraks

- g. USG , USG digunakan untuk membedakan kista (kantong berisi cairan) dengan benjolan padat atau tumor
- h. Mammografi, pada pemeriksaan mamografi digunakan sinar X dengan dosis rendah untuk menemukan daerah abnormal pada payudara.
- i. Termografi , digunakan suhu panas untuk menemukan kelainan yang ada pada kanker payudara
- j. Staging (penentuan stadium kanker ), Menentukan stadium kanker sangat penting untuk keputusan pengobatan, follow up dan mnentukan prognosis.
- k. SADARI (periksa payudara sendiri), jika SADARI dilakukan secara rutin, seorang wanita akan dapat menemukan benjolan ketika masih stadium dini. Sebaiknya sadari dilakukan diwaktu yang sama setiap bulan.

## **B. ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS KANKER PAYUDARA**

### **1. 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 diagnosa medis.

#### b. Keluhan Utama

##### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Menurut Wijaya & Putri, (2015) kemungkinan klien masuk ke RS karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna,merah dan mengeras, bengkak dan nyeri. Menurut (Lyndon, 2013) pengkajian pada masalah nyeri dengan memperhatikan tanda-tanda verbal dan nonverbal, secara umum mencakup lima hal, yaitu :

- a) P (Pemicu) : tumor menekan tulang, saraf, atau organ tubuh serta pengobatan kanker seperti : pembedahan, kemoterapi dan radioterapi.

- b) Q (Kualitas Nyeri) : rasa nyeri kanker terasa menusuk-nusuk, terbakar, rasa tajam atau tumpul.
- c) R (Lokasi) : nyeri menetap, menjalar atau menyebar.
- d) S (Keparahan) : intensitas nyeri
- e) T (waktu) : nyeri dapat berlangsung terus menerus, berangsur atau tiba-tiba dan bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

## 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu ditanyakan pada pasien pernah menderita penyakit payudara jinak. Perlu di kaji faktor-faktor resiko seperti riwayat kanker payudara dalam keluarga, usia pasien saat menarche dan menopause, riwayat pemakaian kontrasepsi oral, usia saat melahirkan anak pertamadan riwayat konsumsi alkohol (Mulyani & Nuryani, 2013)

## 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kemungkinan adanya riwayat kanker dalam keluarga. Pada kanker payudara, telah diketahui beberapa gen yang dikenali mempunyai kecendrungan untuk terjadinya kanker payudara yaitu gen BRCA 1, BRCA 2 dan juga pemeriksaan histopatologi faktor proliferasi . Wanita yang memiliki hubungan darah satu tingkat pertama dengan keluarga yang menderita kanker payudara seperti ibu, saudara wanita atau anak wanita akan memiliki risiko dua kali lipat lebih tinggi untuk terkena kanker payudara (Savitri, 2015).

## c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum , yang dikaji adalah keadaan umum pasien, tingkat kesadaran pasien, berat badan pasien, tinggi badan pasien, tekanan darah pasien, nadi, pernapasan dan juga suhu tubuh pasien.
- 2) Kepala
  - a) Rambut

Biasanya pada pasien yang menjalani kemoterapi mengalami

kebotakan karena efek samping kemoterapi, dan kulit kepala tidak bersih (Panigro et al., 2019)

b) Wajah

Biasanya tidak ada kelainan

c) Mata

Biasanya ditemukan konjungtiva anemis yang diakibatkan oleh asupan nutrisi yang kurang pada pasien .

d) Hidung

Biasanya pada pasien dengan kanker yang bermetastase ke paru-paru akan menyebabkan adanya pernafasan cuping hidung

e) Telinga

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

f) Mulut

Biasanya ditemukan mukosa bibir kering dan tampak pucat

3) Leher

Biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening, tidak terjadi distensi vena jugularis dan juga tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

4) Thoraks

a) Inspeksi

Pernapasan meningkat, dan payudara tidak simetris

b) Palpasi

Gerakan dinding dada sama, fremitus kiri dan kanan apabila belum terjadi metastase.

c) Perkusi

Biasanya pada stadium 1 sampai 3 masih terdengar sonor, namun pada stadium 4 biasanya terdengar pekak dikarenakan pada paru-paru terjadi effusi pleura yang jika kanker bermetastase ke paru-paru.

d) Auskultasi

Suara nafas normal dan pada pasien dengan stadium 3 dan 4 akan terdengar suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing

5) Jantung

a) Inspeksi

Biasanya iktus cordis tidak tampak

b) Palpasi

Ictus cordis teraba 1 jari midklavikula sinistra RIC ke V

c) Auskultasi

Jarang ditemukan aritmia, biasanya bunyi jantung normal dan tidak terdapat bunyi jantung tambahan

6) Payudara (mammas)

a) Inspeksi

Biasanya payudara tidak simetris diakibatkan adanya benjolan pada payudara. Normalnya kulit payudara halus, jika ditemukan kulit payudara seperti kulit jeruk mungkin klien menderita kanker payudara. Jika pasien diminta untuk mengangkat kedua tangan secara bersamaan ke atas maka akan tampak salah satu payudara tertinggal atau tidak ikut terangkat dan tampak benjolan yang tidak beraturan .

b) Palpasi

Payudara pasien akan teraba benjolan yang keras, masa tidak dapat digerakkan, teraba benjolan-benjolan yang tidak beraturan, terasa adanya pembesaran kelenjar getah bening di ketiak atau teraba benjolan di ketiak, serta adanya nyeri tekan dan nyeri raba.

Menurut (Debora, 2013) prosedur pemeriksaan payudara adalah:

- 1) Palpasi kelenjer limfe yang ada di atas dan dibawah klavikula dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah. Normalnya kelenjar limfe yang teraba, diameternya tidak lebih dari 1 cm dan tidak ada pembesaran yang abnormal
- 2) Posisi duduk, klien diminta untuk meletakkan tangan kiri di

atas bahu kanan. Lalu anjurkan klien untuk rileks dan menarik napas dalam sebelum melakukan palpasi. Gunakan tangan kanan untuk melakukan palpasi kelenjar limfe yang berada disekitar aksila, sedangkan tangan kiri digunakan untuk menyangga tangan klien

- 3) Minta klien untuk berdiri atau duduk dengan kepala menunduk, lalu berdiri di sebelah kanan pasien. Gunakan tangan yang tidak dominan untuk menyangga payudara. Lalu tangan yang dominan digunakan untuk palpasi payudara. Palpasi dimulai dari bagian luar ke bagian dalam payudara.
- 4) Minta klien untuk berbaring sambil meletakkan tangan di belakang kepala, kalau perlu letakkan bantal tipis di bagian punggung. Posisi ini berguna untuk membuat payudara menyebar dengan merata. Kemudian lakukan palpasi dengan gerakan melingkar dari bagian luar ke bagian dalam payudara atau bisa juga dengan gerakan lurus dari luar ke bagian aerola.
- 5) Peras puting susu klien, apabila ditemukan cairan abnormal keluar dari puting lakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk dengan mempalpasi payudara secara keseluruhan untuk mengetahui asal dari cairan tersebut.

#### 7) Abdomen

- a) Inspeksi : tidak terjadi distensi dan tidak terjadi asites
- b) Palpasi : tidak teraba pembesaran hepar dan linen
- c) Perkusi : bunyi abdomen tympani
- d) Auskultasi : bising usus normal

#### d. Pemeriksaan penunjang

##### 1) Radiologi

- a) Mammografi/USG mammae adalah pemeriksaan payudara menggunakan sinar-X untuk melakukan pemeriksaan pada



jaringan payudara.

Biasanya ditemukan :

1) Tanda primer

- a) Densitas yang meninggi pada tumor
- b) Batas tumor yang tidak teratur dikarenakan adanya infiltrasi ke jaringan sekitarnya atau batas yang tidak jelas (komet sign)
- c) Gambaran transkulen disekitar tumor
- d) Gambaran stelata
- e) Adanya mikrokalsifikasi sesuai kriteria egan
- f) Ukuran klinis tumor lebih besar dari radiologisnya

2) Tanda sekunder

- a) Retraksi kulit atau penebalan kulit
  - b) Bertambahnya vaskularisasi
  - c) Perubahan posisi puting
  - d) Kelenjar getah bening aksila (+)
  - e) Keadaan daerah tumor dan jaringan fibrinoglandular tidak teratur
  - f) Kepadatan jaringan sub areolar yang berbentuk utas
- b) Rontgent thorax untuk mengetahui adanya penyebaran kanker ke paru-paru
  - c) Bone Scan untuk mengetahui adanya penyebaran kanker payudara ke tulang, bila dirasakan nyeri dan perubahan hasil tes darah yang spesifik

2) Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah rutin dan 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 dan memeranginya.

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 kemoterapy atau infiltrasi sel ganas.
  5. 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.
- b) Pemeriksaan urin  
Akan ditemukan kadar ureum dan kreatinin darah meningkat diakibatkan meningkatnya nilai kadar CA 15-3 serum pada penderita kanker payudara
  - c) Gula darah puasa dan 2 jam pp  
Untuk melihat apakah ada riwayat penyakit diabetes melitus pada pasien dan pada beberapa kasus ditemukan peningkatan gula darah pada pasien yang menjalani kemoteraphy
  - d) Enzim alkali posphat untuk mengetahui adanya gangguan pada hati dan tulang
  - e) Peningkatan LDH (Laktat Dehidrogenase) menandakan adanya kerusakan jaringan
  - f) Carcino Embryonic Antigen (CEA) jika nilainya lebih dari 20 ng/mL pre operasi keganasan tingkat tinggi, nilai lebih dari 2,5 ng/mL post operasi menandakan adanya kekambuhan
  - g) MCA dan AFP (alfa feto protein) ,akan ditemukan peningkatan hasil MCA dan AFP pada pasien kanker payudara
  - h) Hormonreseptor ER, PR, biasanya ditemukan peningkatan

hormon ER pada pasien dengan kanker payudara

- i) Aktivitas estrogen/ vaginalsmear,
- 3) Sitologic
- a) FNA dari tumor , akan positif pada pasien kanker payudara
  - b) Cairan kista dan effiusi pleura
  - c) Sekret dari papila mammae

## **2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul**

Menurut standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan kanker payudara adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- 3) Gangguan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb
- 5) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- 6) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan hormonal
- 7) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
- 8) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian
- 9) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 10) Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi atau struktur tubuh
- 11) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/ pengobatan

## **3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

Tabel 2.1  
Perencanaan keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Intervensi Keperawatan	
		SLKI	SIKI
1.	<p><b>Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Cidera Fisik (SDKI, hal 172)</b></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>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Tampak meringis</li> <li>3. Bersikap protektif</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>6. Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> </ol>	<p><b>Tingkat nyeri</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri.</li> <li>b) Identifikasi skala nyeri.</li> <li>c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>d) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi musik, terapi pijat, imajinasi terbimbing)</li> <li>b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>b) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>e) Ajarkan teknik nonfarmakologi</li> </ol>

	<p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Menarik diri</p> <p>5. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>6. Diaforesis</p>		<p>untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</p>
2.	<p><b>Nyeri Kronis Berhubungan dengan Infiltrasi Tumor (SDKI, hal 174)</b></p> <p>Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual 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>1. mengeluh nyeri</li> <li>2. merasa depresi (tertekan)</li> <li>3. tampak meringis</li> <li>4. gelisah</li> <li>5. tidak mampu menuntaskan aktivitas</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.</li> </ol>	<p><b>Tingkat Nyeri</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2. keluhan nyeri menurun</li> <li>3. sikap protektif menurun</li> <li>4. gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Kenyamanan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri)</li> <li>b) identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) berikan posisi yang nyaman</li> <li>b) berikan kompres dingin atau hangat</li> <li>c) ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>d) berikan terapi hipnosis</li> <li>e) dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</li> <li>f) diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan</li> <li>b) ajarkan terapi relaksasi</li> <li>c) ajarkan latihan pernapasan</li> <li>d) ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus,</li> </ol>

	<p>Posisi menghindari nyeri)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. waspada</li> <li>4. pola tidur berubah</li> <li>5. anoreksia</li> <li>6. fokus menyempit</li> <li>7. berfokus pada diri sendiri</li> </ol>		<p>antihistamin, <i>jika perlu</i></p> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>b) identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>c) monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, <i>jika memungkinkan</i></li> <li>b) berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>c) gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>d) gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i></li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>b) jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih</li> <li>c) anjurkan rileks dan</li> </ol>
--	---	--	--

			<p>merasakan sensasi relaksasi</p> <p>d) anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>e) demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis, napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)</p>
3.	<p><b>Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Penurunan Ekspansi paru (SDKI, hal 26)</b>          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(taki pnea, bradipnea, hiperventilasi)</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ortopnea</li> <li>2. Pernapasan cuping hidun</li> <li>3. Ventilasi semenit menurun</li> <li>4. Tekanan ekspirasi dan inspirasi</li> </ol>	<p><b>Pola napas</b>          Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>2. Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi</li> <li>3. Frekuensi napas 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>Pemantauan respirasi</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor frekuensi , irama, kedalaman, dan upaya nafas</li> <li>b) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne stokes, biot, ataksik)</li> <li>c) Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>d) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>e) Auskultasi bunyi napas</li> <li>f) Monitor saturasi oksigen</li> <li>g) Monitor nilai AGD</li> <li>h) Monitor hasi; x-ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>b) Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>b) Informasikan hasil pemantauan jika perlu</li> </ol> <p><b>Manajemen jalan napas</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor pola napas</li> </ol>

	menurun.		<p>(frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b) Monitor bunyi napastambahan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a) Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>b) Posisikan semi fowler/fowler</p> <p>c) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a) Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a) Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
4.	<p><b>Pefusi Perifer Tidak Efektif Berhubungan Dengan Penurunan Konsentrasi Hb (SDKI, hal 37 )</b></p> <p>Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>3. Akral teraba dingin</li> <li>4. Warna kulit pucat</li> </ol>	<p><b>Perfusi Perifer</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>2. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>3. Kelemahan otot menurun</li> <li>4. Kram otot menurun</li> <li>5. Pengisian kapiler membaik</li> <li>6. Akral membaik</li> <li>7. Turgor kulit membaik</li> </ol> <p><b>Status Sirkulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Akral dingin menurun</li> <li>5. Fatigue menurun</li> <li>6. Parestesia menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Periksa sirkulasi perifer</li> <li>b) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>c) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>d) Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>e) Lakukan hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a) anjurkan menghindari penggunaan obat</p>



	<p>5. Turgor kulit menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parestesia</li> <li>2. Nyero ekstremitas</li> <li>3. Edema</li> <li>4. Penyembuhan luka lambat</li> </ol>	<p>penyekat beta</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit yang kering pada kaki)</li> <li>c) anjurkan program rehabilitasi vaskuler</li> <li>d) anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>e) informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</li> </ol> <p><b>Inseri Intravena</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi vena yang akan diinsersi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Atus posisi senyaman mungkin</li> <li>b) Pertimbangkan faktor pemilihan pembuluh darah vena (mis. Usia, tujuan insersi vena, pembuluh darah lurus, jauh dari persendian, kondisi ekstremitas)</li> <li>c) Hindari memilih lokasi yang terdapat fistula atau shunt</li> <li>d) Masukkan jarum sesuai prosedur</li> <li>e) Pastikan plester jarum terpasang dengan aman</li> <li>f) Sambungkan kateter intravena ke kantong darah</li> </ol>
--	---	--

			<p><b>Edukasi</b></p> <p>a) Jelaskan tujuan dan prosedur pada pasien</p>
5.	<p><b>Resiko Infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</b>          Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patigenik.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis</li> <li>2. Efek prosedur invasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> </ol>	<p><b>Tingkat Infeksi</b>          Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga kebersihan tangan dan badan</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Cairan berbau busuk berkurang</li> <li>6. Kultur area luka membaik.</li> <li>7. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol> <p><b>Status imun</b>  <b>Kriteria hasil ;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integritas kulit meningkat</li> <li>2. Titer antibodi meningkat</li> <li>3. Imunisasi meningkat</li> <li>4. Infeksi berulang menurun</li> <li>5. Tumor menurun</li> <li>6. Suhu tubuh membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>c) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</li> <li>c) Ajarkan etika batuk</li> <li>d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>e) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</li> </ol> <p><b>Perawatan area insisi</b>  <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak atau tanda-tanda dehisien atau eviserasi</li> <li>b) Monitor proses penguembuhan area insisi</li> <li>c) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat</li> <li>b) Usap area insisi dari</li> </ol>

			<p>area yang bersih menuju area yang kurang bersih</p> <p>c) Berikan salep antiseptik, <i>jika perlu</i></p> <p>d) Ganti balutan luka sesuai jadwal</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a) Jelaskan prosedur kepada pasien</p> <p>b) Ajarkan cara merawat area insisi</p>
--	--	--	--

#### 4. Implementasi keperawatan

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

#### 5. Evaluasi Keperawatan

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

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

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

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu deskriptif dengan desain penelitian studi kasus dimana penelitian yang dilakukan bertujuan untuk menggambarkan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat melakukan studi kasus (Kartika, 2017). Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara di RSUP M. Djamil Padang tahun 2022.

#### **B. Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di IRNA Bedah RSUP. M. Djamil Padang tahun 2022. Waktu penelitian dimulai dari survey awal Desember 2021 sampai selesainya waktu penelitian bulan Mei 2022. Waktu pengambilan data dan pemberian asuhan keperawatan keperawatan dilakukan selama 5 hari pada tanggal 9-13 Maret 2022.

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

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

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien kanker payudara yang dirawat di ruangan IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data yang didapatkan di IRNA Bedah Wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 3 orang pasien

##### **2. Sampel**

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, atau sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Kartika, 2017). Sampel penelitian ini adalah satu

orang pasien dengan diagnosa kanker payudara yang ada pada saat penelitian di IRNA Bedah RSUP M.Djamil Padang tahun 2022

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2015).

Adapun kriteria sampel dari penelitian ini adalah :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Kartika, 2017).

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

- 1). Pasien setuju berpartisipasi dalam penelitian
- 2). Pasien yang kooperatif dan bisa berkomunikasi verbal dengan baik
- 3). Pasien dengan hari rawatan pertama saat dilakukan penelitian
- 4). Pasien yang akan dilakukan operasi mastektomi

b. Kriteria eksklusi

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

Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

- 1). Pasien kanker payudara dengan metastase
- 2). Pasien pulang sebelum 5 hari perawatan saat diberikan asuhan keperawatan
- 3). Pasien mengalami penurunan kesadaran saat dilakukan asuhan keperawatan

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, sampel diambil 1 dari 3 orang dengan diagnosa kanker payudara dimana sampel tersebut termasuk pada kriteria inklusi dan eklusi. Dalam pengambilan sampel pada tanggal 9 Maret 2022

didapatkan 1 sampel masuk ke dalam kriteria inklusi dan eklusi, sehingga didapatkan Ny. E menjadi partisipan dalam penelitian.

#### **D. Alat dan Instrumen Penelitian**

Alat dan instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (pengkajian , diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi), alat pelindung diri terdiri dari masker, handscoon dan gown pelindung baju, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, termometer, penlight, meteran, timbangan berat badan dan pita LILA.

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

## E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan data disesuaikan dengan masalah, tujuan penelitian, serta objek yang diteliti. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara 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 diobservasi pada pasien kanker payudara biasanya keadaan umum, pemantauan tanda-tanda vital seperti suhu, tekanan darah, nadi dan pernapasan, keadaan nyeri dan ansietas pasien kanker payudara. Serta melakukan observasi tindakan apa saja yang telah dilakukan pada pasien.

### 2). Pengukuran

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

### 3). Wawancara

Pada penelitian pasien kanker payudara penelitian yang dilakukan adalah wawancara bebas terpimpin. Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari pasien seperti pola nutrisi, pola eliminasi, pola tidur pasien, apakah pasien dibantu keluarga atau biasa melakukan aktifitas secara mandiri. Selain itu ditanyakan riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, dan jantung dan riwayat penyakit 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 toraks, (Wijaya dkk, 2015).

## F. Jenis dan pengumpulan data dalam studi kasus

### 1. Jenis Data

#### a. Data Primer

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

#### b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari status perkembangan pasien/ buku rekam medik pasien. Informasi yang didapatkan berupa data penunjang seperti hasil laboratorium dan radiologi, catatan perkembangan pasien dan program terapi obat yang diberikan pasien.



Data sekunder pasien kanker payudara dari hasil laboratorium meliputi : (Hb, Leukosit, LED, Fungsi hati, LDH , alkali fosfatase, gula darah puasa), *Mammografi/* USG payudara , foto toraks (Wijaya & Putri, 2015).

## 2. Pengumpulan Data

Adapun langkah – langkah dalam pengumpulan data studi kasus adalah :

- a. Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneliti memasukkan surat izin penelitian yang diberikan kepada instalasi penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Setelah dapat 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 pasien 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 pasien dan menandatangani nya untuk bersedia diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti

## G. Analisis data

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien kanker payudara. Data yang ditemukan akan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif . setelah dianalisis maka akan dapat dirumuskan diagnosa keperawatan ,

kemudian peneliti akan menentukan prioritas masalahnya. Selanjutnya peneliti akan membuat rencana asuhan keperawatan dari diagnosa masalah yang telah ditentukan , Setelah rencana asuhan keperawatan dibuat maka peneliti akan melakukan intervensi keperawatan dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan, hasil evaluasi akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara. Analisis yang dilakukan berguna untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori dengan kondisi pasien sebenarnya.

## BAB IV

### DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

#### A. Deskripsi Kasus

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Ny. E (42 th) dirawat di IRNA bedah wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang, masuk melalui poliklinik bedah RSUP Dr. M. Djamil atas rujukan dari dokter penanggung jawab saat pengobatan kemoteraphy. Ny. E masuk pada tanggal 9 Maret 2022 pukul 11.00 WIB dengan keluhan terdapat benjolan pada payudara kiri , nyeri dan gatal payudara kiri.

Saat dilakukan pengkajian pre operasi kanker payudara pada tanggal 9 Maret 2022 pukul 14.00 WIB pasien mengatakan sudah selesai menjalani kemotherapy di RS Khusus Bedah Ropana Suri dari tahun 2021 dan selesai melakukan kemotherapy pada bulan februari 2022. Setelah selesai melakukan kemotherapy selama 8 siklus dan ukuran tumor sudah mengecil dokter penanggung jawab menyarankan Ny. E untuk melakukan operasi mastectomy di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pasien mengatakan saat ini payudara kiri terasa gatal dan nyeri. Saat ditanya pasien mengatakan skala nyeri 2 dengan durasi 5-10 menit , Ny. E mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang setelah dilakukan kemoteraphy.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi kanker payudara pada tanggal 11 Maret 2022 pukul 17.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit,luka bekas operasi tampak melintang dengan panjang 20 cm, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan ,pasien tampak pucat, pasien juga tampak melindungi area luka operasi dengan tidak banyak berubah posisi tidur. Pasien mengatakan semua aktivitas nya saat ini dibantu oleh perawat dan juga anaknya.

Pada riwayat kesehatan dahulu didapatkan Ny. E memiliki riwayat kanker payudara sejak tahun 2019, dan sudah pernah melakukan operasi mastectomy untuk pengangkatan benjolan di RSUD Pasaman Barat pada Desember 2019. Pada tahun 2021 kembali muncul benjolan pada payudara kiri dan disarankan untuk melakukan kemoterapy terlebih dahulu oleh dokter. Ny. E mengatakan saat masih muda sering mengkonsumsi makanan yang berpenyedap seperti bakso, mie ayam dan juga selalu menambahkan bahan penyedap pada masakannya.

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

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

Hasil pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum baik, berat badan 65 kg, dan tinggi badan 155 cm, hasil pengukuran suhu  $36,3^{\circ}\text{C}$  , TD 120/78 mmHg, Nadi 90x/I, Ny. E sedang menunggu jadwal untuk melakukan operasi mastektomi.

Pemeriksaan kepala ditemukan bentuk kepala normal , mata simetris kiri dan kanan , konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik , refleks pupil baik positif pada kedua mata. Hidung bersih dan tidak ada

pernapasan cuping hidung, mukosa bibir lembab, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Pemeriksaan thora, pada inspeksi ditemukan dada simetris dan tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada, pada saat dilakukan palpasi fremitus kiri-kanan, pada saat perkusi terdengar sonor, pada auskultasi terdengar vesikuler.

Pemeriksaan jantung, pada inspeksi ditemukan ictus kordis tidak terlihat, pada saat palpasi ictus cordis teraba pada IRC 5, pada auskultasi tidak ada bunyi jantung tambahan.

Pemeriksaan abdomen, pada inspeksi tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, saat perkusi terdengar tympani, pada saat auskultasi bising usus normal 12 x/menit.

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 9 Maret 2022 (pre op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 12,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit  $6,38 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0 - 10.0) , trombosit  $280 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150-400), hematokrit 38 % (37,0-43.0), globulin 3.2 g/Dl (1.3-2.7), SGOT 31 U/L (< 32), SGPT 36 U/L (< 31). Pemeriksaan penunjang pada tanggal 11 maret 2022 (post op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11,3 g/dl (12.0-14.0), leukosit  $13,8 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0 – 10.0) trombosit  $298 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150 – 400), hematokrit 40 % (37.0 – 43.0).

Program pengobatan IVFD tutosol 20 tpm pada tangan kanan, Ketorolac 3 x 30 ml (IV), Ceftriaxon 2 x 1g (IV), Ranitidine 3 x 30 mg (IV).

## **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

diagnostic dan data pengobatan pasien. Berikut ini merupakan diagnosa keperawatan yang ditegaskan peneliti pada partisipan :

a. Diagnosa Keperawatan Pre Operatif

1) Diagnosa Keperawatan I

Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 9 maret 2022 ditemukan data subjektif pasien mengatakan ada benjolan pada payudara kiri dan telah menjalani kemoterapy sejak tahun 2021. Ny. E mengatakan nyeri dan gatal pada payudara kirir. Nyeri sudah berkurang semenjak melakukan kemoteraphy dan ukuran tumor sudah mengecil. Saat ditanya skala nyeri yang dirasakan yaitu 2 dengan nyeri yang dirasakan hilang-timbul, dan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 5-10 menit. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor.

2) Diagnosa Keperawatan II

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis pada tanggal 9 maret 2022 ditemukan data subjektif Ny. E mengatakan ada luka bekas operasi kanker payudara tahun 2019 lalu, Ny. E mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi. Dan data objektif yang didapatkan adalah tampak luka operasi melintang sepanjang 10 cm, dan luka operasi menjadi keloid, kulit di sekitar payudara tampak kering dan seperti daun jeruk. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnose gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

b. Diagnosa Keperawatan Post Operasi

1) Diagnosa Keperawatan I

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi ) pada tanggal 11 Maret 2022 ditemukan nyeri pada bekas operasi , nyeri dengan skala nyeri 6 , nyeri

seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada payudara kiri, pasien tampak gelisah dan tampak pucat, pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak melindungi area luka operasi dengan tidak banyak bergerak dan melindungi area luka operasi, pasien mendapat terapi obat ketorolac 3 x 30 ml (IV). Dari data tersebut peneliti mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

## 2) Diagnosa Keperawatan II

Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis pada tanggal 11 maret 2022 ditemukan data subjektif pasien mengatakan ada luka bekas operasi pada payudara kiri dan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. Tampak luka operasi pada payudara kiri melintang sepanjang 20 cm, luka operasi masih terbalut perban dan terpasang drain. hemoglobin 11,3 g/dl. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.

## 3) Diagnosa Keperawatan III

Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive pada tanggal 11 maret 2022 ditemukan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara kiri, luka operasi masih dibalut perban dan terpasang drain , pasien tampak pucat dan lemah, suhu 37,4 °C, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 13,800 mm<sup>3</sup>(5000 – 10.000). Pasien mendapatkan terapi obat ceftriaxone 3 x 10 ml. Dari data tersebut maka peneliti mengangkat diagnosa risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

### 3. Intervensi Keperawatan

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

#### a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif

##### 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Intervensi keperawatan untuk diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah Perawatan Kenyamanan dan manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman tentang kondisi ,situasi dan perasaanya, identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaanya, 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, ajarkan terapi relaksasi, ajaran latihan pernapasan, ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing, dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, keluhan nyeri menurun



2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanik

Intervensi keperawatan pada diagnose keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan dengan factor mekanik adalah perawatan integritas kulit dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). Intervensi terapeutik adalah gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif. Intervensi edukasi yaitu anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat meningkatkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, tekstur kulit membaik.

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operatif)

Intervensi keperawatan pertama pada diagnosa nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologi adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasanyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri,

anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik.

Intervensi yang kedua pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi adalah pemberian analgetik yaitu identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), identifikasi riwayat alergi obat, identifikasi kesesuaian jenis analgesic (narkotika, non-narkotika, atau NSAID), monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic, monitor efektifitas analgesic, tetapkan target efektifitas analgetik untuk mengoptimalkan respon pasien, dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan, jelaskan efek terapi dan efek samping obat, kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik.

2) Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Intervensi keperawatan pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis adalah perawatan luka dengan tindakan keperawatan yaitu monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau), monitor tanda-tanda infeksi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah 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, kolaborasi pemberian antibiotic. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan

dapat meningkatkan penyembuhan luka dengan kriteria hasil : penyatuan kulit meningkat, penyatuan tepi luka meningkat, peradangan luka menurun, nyeri menurun.

- 3) Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive  
Intervensi keperawatan pada diagnosa gangguan risiko infeksi berhubungan dengan faktor mekanis adalah Pencegahan Infeksi dengan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat infeksi dengan kriteria hasil ; demam menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

#### **4. 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 9 – 13 Maret 2022, maka didapatkan :

##### **a. Implementasi Keperawatan Pre Operatif**

- 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Implementasi dilakukan pada tanggal 9-10 maret 2022 pada diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen kenyamanan dan manajemen nyeri yaitu mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak), mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaanya, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah

digunakan sebelumnya, memposisikan pasien posisi yang nyaman, memberikan pijatan dengan teknik hand massage kepada pasien, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara MRM, kolaborasi pemberian terapi ketorolac 1x30 mg.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanik

Implementasi dilakukan pada tanggal 9-10 maret 2022 pada diagnose gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah perawatan integritas kulit yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, memberikan edukasi mengenai menggunakan pelembab misal lotion dan serum, menganjurkan minum air yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

b. Implementasi Keperawatan Post Operatif

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

Implementasi Keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11-13 Maret 2022 pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis adalah manajemen nyeri dengan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan

teknik relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam, berkolaborasi memberikan ketorolac 3 x 30 ml (IV).

2) Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11-13 maret 2022 pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis adalah perawatan luka dengan tindakan yaitu monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, pasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka : redresing, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, berkolaborasi memberikan antibiotic ceftriaxone 2 x 1 gr (IV).

3) Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11-13 Maret 2022 pada diagnosa keperawatan risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi adalah pencegahan infeksi dengan tindakan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, kolaborasi memberikan obat antibiotic ceftriaxone 2 x 1 gr (IV).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan yang dilakukan selama lima hari dari tanggal 9 – 13 Maret 2022 dengan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning). Hasil evaluasi yang didapatkan yaitu

### a. Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

#### 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. M dengan diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor pada tanggal 11 Maret 2022 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif yaitu Ny. E mengatakan gatal pada payudara kiri, Ny. E mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala nyeri 2, Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, dan setelah dilakukan *hand massage* Ny. E mengatakan terasa lebih rileks dan nyaman. Data Objektif yaitu terdapat benjolan pada payudara kiri, Ny. E tampak sedikit meringis saat nyeri terasa , dan pasien menggaruk payudara kiri, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang hand massage yang didemonstrasikan, assesement masalah teratasi sebagian, planning intervensi dilanjutkan : pemijatan (*hand massage*).

#### 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny. M dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis pada tanggal 11 Maret 2022 dengan metode SOAP, memperoleh hasil : data subjektif yaitu Ny. E mengatakan terdapat bekas operasi kanker payudara tahun 2019 di payudara kiri dan luka operasi gatal. Data objektif yaitu luka bekas operasi pada payudara kiri melintang dengan panjang sekitar 10 cm kulit disekitar payudara tampak kering dan kulit payudara terlihat seperti kulit jeruk. Assessment masalah gangguan integritas kulit

belum teratasi , *planning* intervensi dilanjutkan : perawatan integritas kulit

b. Evaluasi Keperawatan Post Operasi

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan Ny. M dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada tanggal 11 – 13 Maret 2022 dengan metode SOAP, memperoleh hasil pada tanggal 13 Maret dengan data subjektif Ny. E nyeri pada luka operasi dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dengan durasi 5-10 menit hilang timbul pada payudara kiri, Ny. E mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang dirasakan dan ia merasa takut menggerakkan badannya. Data objektif yaitu Ny. E tampak meringis akibat nyeri , Ny. E juga tampak pucat dan gelisah, Ny. E tampak melindungi area luka operasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan teknik non farmakologis relaksasi teknik napas dalam Ny. E mengatakan lebih nyaman, namun tidak mengurangi nyeri yang dirasakannya, dan setelah diberikan obat ketorolac Ny. E mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 2 namun hanya bertahan sekitar 2 jam dan mulai nyeri seperti awal kembali, *assessment* masalah teratasi sebagian , *planning* intervensi dilanjutkan yaitu dengan manajemen nyeri : teknik napas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny. E dengan diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan pada tanggal 11-13 Maret 2022 dengan metode SOAP. Dan diperoleh hasil evaluasi pada tanggal 13 maret

2022 data subjektif yaitu Ny. E mengatakan ada luka operasi pada payudara kiri dan terasa nyeri. Dan data objektif yaitu tampak luka operasi pada payudara kiri dengan panjang melintang sekitar 15 cm , luka tampak membaik tidak ada tanda-tanda infeksi seperti ruam kemerahan dan nanah pada luka , drain I berisi 40 cc dan drain II terisi 40 cc, hasil laboratorium Hemoglobin 11,3 g/dl, pemeriksaan TTV suhu 36,7 °C , tekanan darah 119/78 mmHg, nadi 90 x/i. Setiap hari dilakukan perawatan luka, redressing dan perban pada luka diganti untuk tidak menimbulkan infeksi pada luka, pasien juga mendapatkan terapi ceftriaxone 2 x 1 gr, *assessment* Gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian, *planning* intervensi dilanjutkan yaitu perawatan luka.

3) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny. E dengan diagnosa resiko infeksi ditandai efek prosedur invasive pada tanggal 11-13 Maret 2022 dengan metode SOAP memperoleh hasil pada tanggal 13 Maret 2022 data subjektif yaitu Ny. E mengatakan luka operasi terasa nyeri, data objektif luka operasi tidak ada tanda-tanda infeksi seperti ruam kemerahan dan nanah pada tepi luka operasi, luka masih diperban, dan hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 13.800 (normal 5000 – 10.000), hemoglobin 11,3 g/dl pasien mendapatkan terapi cefriaxon 2 x 1 gr . *Assesment* resiko infeksi teratasi sebagian, *planning* intervensi dilanjutkan dengan pencegahan infeksi, yaitu dengan cara memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mempertahankan teknik aseptik saat perawatan luka dan menjelaskan kepada keluarga tanda dan gejala infeksi dan juga kolaborasi dengan dokter memberikan obat ceftriaxone 2x1 gr.



## **B. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus ini akan membahas koherensi antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada Ny. E dengan penyakit kanker payudara yang telah dilakukan sejak 9 Maret – 13 Maret 2022 di IRNA bedah wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kegiatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat rencana intervensi keperawatan, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian pada tanggal 9 Maret 2022 pukul 16.00 WIB didapatkan data pasien mengatakan sudah terkena kanker payudara dari tahun 2019, dan sudah pernah melakukan operasi kanker payudara sebelumnya. Ny. E mengatakan terdapat benjolan pada payudara kiri muncul kembali awal tahun 2021, saat ini benjolan pada payudara kiri terasa gatal dan nyeri dengan skala 2, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang setelah menjalani kemoterapi selama 8 siklus dan dirujuk untuk melakukan operasi kanker payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

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

Nyeri pada kanker payudara diakibatkan oleh tumor/kanker payudara akan menekan reseptor nyeri sehingga menjadi sumber stimulus nyeri seperti : tumor menekan tulang, saraf atau organ tubuh. Kemudian nyeri yang muncul tergantung dari saraf besar dan saraf kecil yang keduanya berada dalam akar dorsalis pada medulla spinalis. Hasil persepsi nyeri ini akan memasuki medulla spinalis melalui serat

afferent yang akan mempengaruhi sel disubstansia gelatinosa. Rangsangan pada serat kecil dapat menghambat substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktifitas sel yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri ( Saputra , 2013).

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

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

Sedangkan hasil pengkajian post operasi kanker payudara pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, skala nyeri 6 , nyeri seperti ditusuk-tusuk , nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, pasien mengatakan tidur malam tidak nyenyak akibat dari nyeri, luka operasi tampak melintang sepanjang 20 cm, pasien tampak meringis dan gelisah, pasien tampak pucat dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Menurut Smeltzer & Bare (2016), pasien post operasi akan merasakan nyeri pada luka bekas operasi, menurut Sjamsuhijat tahun 2013 nyeri akan timbul setelah melakukan operasi yang disebabkan oleh luka operasi serta kemungkinan lain yang perlu dipertimbangkan. Penelitian yang dilakukan Kardiyuani *dkk* (2018) pasien post operasi mastektomi akan merasakan nyeri dari skala nyeri sedang sampai dengan berat.

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

Hasil pengkajian lain ditemukan bahwa Ny. E sudah terkena kanker payudara sejak tahun 2019 dan kembali muncul bejolan pada tahun 2021. Ny. E mengatakan tidak memiliki keluarga yang mempunyai riwayat penyakit kanker payudara namun Ny. E mengatakan memiliki kebiasaan memakan makanan yang berpedas sejak masih muda, Ny. E selalu menambahkan pedas pada masakannya, dan Ny. E juga senang mengonsumsi makanan seperti bakso dan mie instan.

Menurut Savitri (2015), faktor resiko yang menyebabkan kanker payudara adalah gender, penambahan usia, genetic, tidak punya anak dan tidak menyusui , tidak menikah dan tidak berhubungan seks, menarche usia dini riwayat kanker payudara dari keluarga, riwayat pribadi kanker payudara, riwayat tumor, ras dan etnis, paparan hormone estrogen dan paparan radiasi serta, pola makan dan asupan nutrisi, menurut Wijaya & Yessie (2013) faktor yang berkaitan dengan munculnya kanker payudara adalah usia diatas 30 tahun, ada riwayat keluarga dengan kanker payudara pada ibu/saudara perempuan, lifestyle: diet tinggi lemak, mengonsumsi alkohol, mengonsumsi makanan pedas, trauma payudara, status social ekonomi tinggi, merokok.

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

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

Berdasarkan kasus Ny. E faktor penyebab kanker payudara pada Ny. E sama dengan teori. Ditemukan beberapa faktor resiko seperti sering mengkonsumsi makanan berpenyedap , riwayat pribadi kanker payudara yaitu sebelumnya Ny. E menderita kanker payudara pada 2019 dan kembali muncul benjolan tahun 2021. Hingga saat ini penyebab utama kanker payudara belum diketahui secara pasti, diduga banyak faktor seperti faktor genetic, lingkungan, gaya hidup (pola konsumsi lemak, kurang serat) dan hormonal yaitu kadar hormone estrogen yang tinggi dalam tubuh.

Dari hasil pemeriksaan penunjang tanggal 9 Maret 2022 (pre op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 12,0 g/Dl (12.0-14.0), leukosit  $6,38 \times 10^3/\text{mm}^3$  , trombosit  $280 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150-400), hematokrit 38 % (37,0-43.0), globulin 3.2 g/Dl (1.3-2.7), SGOT 31 U/L (< 32), SGPT 36 U/L (< 31). Pemeriksaan penunjang pada tanggal 11 maret 2022 (post op) didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 11,3 g/dl (12.0-14.0), leukosit  $13,8 \times 10^3/\text{mm}^3$  (5.0 – 10.0) trombosit  $298 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150 – 400), hematocrit 40 % (37.0 – 43.0).

Berdasarkan kasus Ny. E terjadi perubahan antara pemeriksaan hematologi sebelum dengan sesudah operasi, hal ini dikarenakan saat operasi tubuh bisa terpapar kuman, baik dari lingkungan, dari jaringan tubuh sendiri (darah, cairan lain) dan alat yang digunakan. Hal ini bisa

mempengaruhi kadar leukosit dalam tubuh namun biasanya akan kembali normal 2-5 hari setelah operasi dengan pemberian antibiotic. Kadar Hb dalam tubuh juga bisa menurun diakibatkan terjadinya pendarahan selama operasi.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada Ny. E , peneliti menegakkan 5 diagnosa , 2 diagnosa keperawatan pre operatif yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis dan 3 diagnosa keperawatan post operatid yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, dan resiko infeksi ditandai dengan prosedur operatif.

### **a. Diagnosa Keperawatan Pre Operatif**

#### **1) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor**

Diagnosa nyeri kronis dapat ditegakkan pada Ny. E berdasarkan data subjektif dan objektif yaitu adanya benjolan pada payudara kiri sejak tahun 2021, benjolan terasa nyeri dan gatal-gatal. Nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 2 , nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Ny. E mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang semenjak melakukan kemoterapi. Dari data tersebut peneliti menegakkan diagnosa nyeri kronis berhubungan infiltrasi tumor.

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

Penelitian yang dilakukan Rahmadani (2021) diagnosa keperawatan yang diangkat pada pre operatif adalah nyeri

kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditunjang dengan data subjektif dan objektif terdapat benjolan pada payudara kiri pasien sejak 3 bulan yang lalu dan terasa nyeri seperti pegal-pegal dan menyebar ke bahu kadang sampai punggung dengan skala nyeri 4 , nyeri hilang timbul dan berlangsung selama 10-15 menit.

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

2) Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanik

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 9 maret 2022 didapatkan data subjektif Ny. E mengatakan bahwa terdapat luka bekas operasi kanker payudara tahun 2019 lalu, dan luka bekas operasi terasa gatal. Data objektif tampak luka bekas operasi melintang sepanjang 10 cm, kulit sekitar payudara tampak kering dan kulit payudara terlihat seperti kulit jeruk.

Diagnose ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani (2021) dan Mursalina (2019) yang menegaskan diagnose ansietas pada pasien pre operasi. Menurut analisis peneliti pada kasus Ny. E bisa ditegakkan diagnose gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis karena ditunjang dengan data subjektif

dan objektif yang sesuai, dan karena Ny. E sebelumnya sudah pernah menjalani operasi kanker payudara yang mengakibatkan kulit pada payudara meninggalkan bekas dan menjadi keloid.

Fase inflamasi yang memanjang diduga menjadi salah satu penyebab timbulnya scar hipertrofik atau keloid. Meningkatnya sel-sel imun pada keloid meningkatkan aktivitas fibroblast dan terus terjadi pembentukan matriks ekstraseluler. Hal ini juga diduga menyebabkan scar timbul melebihi batas luka pada keloid. Proses ini mulai terjadi sejak hari ke-12 pasca luka (Sinto, 2018)

b. Diagnosa keperawatan post operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan hasil pengkajian saat dikaji didapatkan data subjektif, Ny. E mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dengan skala 6 , nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit pasien mengatakan semua aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Ny. E mengatakan sulit tidur karena nyeri. Data objektif Ny. E tampak meringis dan gelisah, pasien tampak melindungi area luka operasi. Dari data tersebut maka peneliti menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi).

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

Penelitian yang dilakukan Rahmadani (2021) menengakkan diagnosa keperawatan post operatif yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi). Ditunjang dengan data subjektif pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6, nyeri hilang timbul dengan durasi 10-15 menit dan pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari akibat nyeri.

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

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan saat dikaji ditemukan data subjektif Ny. E mengatakan terdapat luka bekas operasi pada payudara kiri dan nyeri pada luka bekas operasi. Data objektif yaitu tampak luka operasi melintang pada payudara kiri Ny. E sepanjang 15 cm, luka terbalut perban dan dipasang drain dekat luka. Hemoglobin 11,3 g/dl, dan terpasang IVFD tutuosol 20 tpm pada tangan kanan.

Menurut Herdman (2015) kerusakan integritas kulit adalah perubahan atau gangguan yang terjadi di lapisan kulit dermis atau epidermis dengan batasan karakteristik kerusakan lapisan kulit (dermis), gangguan permukaan kulit (epidermis), invasi struktur tubuh.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani (2021) dengan data subjektif dan objektif pasien mengatakan ada luka operasi pada payudara kiri sepanjang 10 cm melintang, tampak luka dibalut dengan perban, terpasang IVFD RL 500 ml 21 tpm, hemoglobin 9,3 g/dl.



Luka kanker setelah mastektomi dapat menghambat dan merusak pembuluh darah tipis di jaringan kulit. Akibatnya, jaringan kulit menjadi mati atau nekrosis karena kekurangan oksigen. Jaringan nekrosis merupakan media yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Bakteri itu menginfeksi dasar luka kanker dengan cara merusak kelenturan saluran kapiler sehingga menimbulkan cairan luka atau eksudat yang banyak (Anik, 2014). Jika dilakukan perawatan luka, luka akan cepat sembuh dan terhindar dari infeksi, mempercepat migrasi sel epitel yang mempercepat penutupan luka, meningkatkan proses granulasi. (Baranoski & Ayello, 2012).

Menurut analisis peneliti diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor kimia dapat ditegaskan pada Ny. E hal ini karena ditunjang oleh data subjektif dan objektif yang terdapat dalam SDKI dan sejalan dengan penelian yang telah dilakukan peneliti lain.

3) Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka operasi pada payudara kiri dan nyeri pada luka operasi, data objektif tampak luka pada payudara kiri pasien melintang sepanjang 15 cm, luka masih terbalut perban, leukosit 13.800 (5.000 – 10.000), dan pasien mendapatkan terapi ceftriaxone. Berdasarkan data subjektif dan objektif yang ada peneliti menegakkan diagnosa resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive.

Menurut Herdman (2015) risiko infeksi didefinisikan rentan mengalami serangan dan organisme patogenik yang berkembang dengan cepat yang dapat mengganggu kesehatan, beberapa faktor resiko yang menyebabkan infeksi adalah kurangnya pengetahuan untuk menghindari terkena

pathogen, malnutrisi, obesitas, memiliki penyakit kronis dan juga tindakan prosedur invasif.

Penelitian yang dilakukan oleh Mursalina (2019) menegakkan diagnosa risiko infeksi ditunjang dengan data subjektif dan objektif yaitu tingginya leukosit pada pasien yaitu 14.980 (5.000 – 10.000) dan juga tampak luka operasi berukuran sekitar 10 cm melintang pada payudara kiri.

Menurut analisis peneliti, diagnosa keperawatan risiko infeksi bisa ditegakan pada Ny. E dikarenakan sesuai dengan data subjektif dan objektif dalam SDKI. Hal ini juga didukung dengan hasil laboratorium yaitu nilai leukosit 13.800 (5.000 – 10.000). Tingginya leukosit dalam darah disebut dengan leukositosis. Leukositosis didalam tubuh berfungsi untuk mempertahankan tubuh terhadap benda-benda asing termasuk kuman-kuman penyebab infeksi. Setelah melakukan operasi normal terjadi peningkatan leukosit karena pada saat operasi tubuh bisa terpapar oleh kuman baik dari lingkungan, dari jaringan tubuh sendiri dan alat yang digunakan saat operasi.

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

Berdasarkan diagnosa yang ada pada teori, peneliti menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan penelitian yaitu tidak semua diagnose yang ada pada teori muncul pada kasus penelitian. Diagnose yang tidak muncul yaitu gangguan pola napas, perfusi perifer tidak efektif, deficit nutrisi, ansietas, deficit pengetahuan, disfungsi seksual dan gangguan citra tubuh hal ini dikarenakan

tidak ditemukan data untuk menegakkan diagnose tersebut. Diagnosa keperawatan merupakan respon seseorang terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun dari luar (lingkungan), rangsangan tersebut muncul akibat proses penyakit yang setiap orang akan mengalami keluhan yang berbeda sehingga akan terjadi perbedaan diagnose antara satu individu dengan individu lain yang mengalami kanker payudara.

### 3. Intervensi Keperawatan

#### a. Intervensi Keperawatan Pre Operatif

##### 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Intervensi keperawatan untuk diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah perawatan kenyamanan dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri, gatal), identifikasi pemahaman tentang kondisi ,situasi dan perasaanya, identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaanya. Pada intervensi terapeutik berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan kenyamanan dengan cara memberikan peminjatan (*hand massage*) dan intervensi kolaborasi yaitu dengan pemberian analgesik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat menurunkan tingkat ansietas dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik. Dan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun.

Amita et al., (2018) menjelaskan bahwa perawat berperan penting dalam penanggulangan nyeri, yaitu dengan terapi nonfarmakologis.

Penelitian yang dilakukan oleh Fadilah et al., (2016) mengatakan bahwa hand massage terbukti bisa menurunkan tingkat nyeri yang diderita pasien kanker payudara. Hand massage artinya memberikan stimulasi dibawah jaringan kulit dengan memberikan sentuhan dan tekana yang lembut untuk memberikan rasa nyaman.

*Hand massage* diberikan untuk menimbulkan efek yang menyenangkan bagi pasien kanker payudara. Apabila pasien kanker payudara mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi juga dapat mengurangi rasa cemas akibat nyeri, sehingga dapat mencegah nyeri bertambah berat. Hand massage dapat menjadi pilihan untuk mmeberikan kenyamanan yang dapat meredakan ketegangan dan membuat pasien menjadi rileks akibat nyeri. Cara kerja dari massage ini menyebabkan terjadinya pelepasan endorphin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri (Fadilah et al., 2016)

Menurut analisis peneliti penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien kanker payudara selain dengan obat analgetik. Dengan melakukan relaksasi hand massage membuat pasien lebih rileks dan tenang sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis

Intervensi keperawatan untuk diagnose keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan dengan factor mekanik adalah perawatan integritas kulit dengan tindakan intervensi keperawatan yaitu identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). Intervensi terapeutik adalah gunakan produk

berbahan petroleum atau minyak (minyak zaitun) pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif. Intervensi edukasi yaitu anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat meningkatkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, tekstur kulit membaik.

Minyak zaitun dipilih karena mengandung vitamin E dan merupakan produk yang dibuat dari ekstraksi buah *olea europeae L.* Minyak zaitun mengandung asam oleat sebesar 70%-80% dari asam lemak yang ada, asam oleat akan bertindak sebagai pelembab yang menjadikan kulit lebih lembut dan liat sehingga meningkatkan hidrasinya. Antioksidan utama dalam minyak zaitun adalah karetenoid dan senyawa fenolik, yang keduanya senyawa lipofilik dan hidrofobik. Tokoferol dalam minyak zaitun bersifat lipofilik, sedangkan, sedangkan flavonoid, fenolat dan asamnya, dan secoiridoid bersifat hidrofilik. Flavonoid berfungsi untuk melindungi sel dan meningkatkan penyerapan vit C (Pratami, 2014).

b. Intervensi Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operatif)

Intervensi keperawatan pertama pada diagnosa nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologi adalah manajemen nyeri dengan tindakan intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi

faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik.

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

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

Penurunan nyeri oleh relaksasi nafas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormone endorphin. Hormone ini berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak, terjadi pertemuan antara neuron perifer dan neuron sensorik yang menuju otak untuk mengirim impuls nyeri ke otak. Pada saat itu maka hormone endorphin akan

memblokir impuls nyeri dari neuron sensorik. Hal ini yang membuat pasien merasakan tenang sehingga sensasi nyeri pada pasien menjadi berkurang (Henderson, 2016)

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

2) Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Intervensi keperawatan pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis adalah perawatan luka dengan tindakan keperawatan yaitu monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau), monitor tanda-tanda infeksi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah 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, kolaborasi pemberian antibiotic. Setelah tindakan intervensi dilakukan diharapkan dapat meningkatkan penyembuhan luka dengan kriteria hasil : penyatuan kulit meningkat, penyatuan tepi luka meningkat, peradangan luka menurun, nyeri menurun.

Perawatan luka merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dikerjakan oleh perawat dan sistematis dan komprehensif. Perawatan luka yang sistematis merupakan urutan langkah perawatan yang harus dikerjakan oleh profesional . dimana tujuan perawatan luka adalah untuk membersihkan jaringan nekrotik, membuang dan mengurangi jumlah bakteri, membuang eksudat purulent,

melembabkan luka dan memelihara kebersihan jaringan sekitar luka. (Aminuddin et al., 2020)

Penelitian yang dilakukan oleh Nursanty (2020) mengatakan bahwa penatalaksanaan pada pasien pasca operasi adalah perawatan luka operasi, hal ini bertujuan untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi pada luka operasi dan bisa melihat perkembangan perbaikan luka pasca operasi.

Menurut analisis peneliti pelaksanaan perawatan luka bermanfaat untuk mengurangi terjadinya infeksi akibat luka operasi. Dengan melakukan perawatan luka bisa melihat perkembangan perbaikan luka dan bisa membersihkan luka untuk mengurangi kuman dan pathogen yang bisa menyebabkan infeksi dan menghambat kesembuhan luka operasi.

### 3) Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

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

Menurut Savitri, 2015 tindakan yang dilakukan untuk mencegah komplikasi infeksi adalah dengan cara melakukan perawatan luka operasi.



Pelaksanaan pencegahan infeksi merupakan tindakan keperawatan yang sering dilakukan di rumah sakit dan dilakukan sesuai dengan standar operasional pelayanan agar tidak terjadi komplikasi pada luka operasi seperti

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

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

##### **a. Implementasi Keperawatan Pre Operatif**

##### **1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor**

Peneliti melakukan semua implementasi berdasarkan tindakan yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan. Pada diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor adalah manajemen kenyamanan dan manajemen nyeri yaitu mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak), mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, monitor TTV mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya, memposisikan pasien posisi yang nyaman, memberikan pijatan dengan teknik *hand massage* kepada pasien, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara MRM.

Implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yaitu memberikan teknik nonfarmakologis *hand massage* untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien. *Hand massage* itu sendiri bermanfaat untuk membuat pasien menjadi lebih rileks dan lebih nyaman.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanik

Peneliti melakukan semua Implementasi berdasarkan tindakan yang telah direncanakan pada intervensi keperawatan. Pada diagnose gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik adalah perawatan integritas kulit yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, memberikan edukasi mengenai menggunakan pelembab misal lotion dan serum, menganjurkan minum air yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.

Implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan penelitian Saqqah (2019) yang dilakukan oleh yaitu dengan memberikan pelembab lubrikan seperti lotion , krim, dan salep rendah alcohol atau menggunakan barrier pelindung kulit seperti *liquid barrierfilms*, *transparentfilms* dan *hydrocolloids*.

b. Implementasi Keperawatan Post Operatif

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

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

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

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

## 2) Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis adalah perawatan luka dengan tindakan yaitu monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, pasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka : redresing, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, berkolaborasi memberikan antibiotic ceftriaxone 2 x 1 gr (IV).

Penelitian yang dilakukan Winarti (2018) mengatakan bahwa implementasi yang dilakukan pada diagnosa gangguan

integritas kulit adalah memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda – tanda infeksi , mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dan mengajarkan perawatan luka secara mandiri dan memberikan edukasi kepada keluarga tentang perawatan luka.

3) Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur operasi adalah pencegahan infeksi dengan tindakan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, berkolaborasi memberikan obat antibiotic ceftriaxone 2 x 1 gr (IV).

Menurut Donna L et al., (2012) pertahanan pertama melawan infeksi adalah pencegahan. Saat pasien dirawat dirumah sakit , perawat harus menggunakan segala cara untuk mencegah dan mengendalikan penularan infeksi. Cara ini meliputi pemakaian ruang rawat pribadi, membatasi semua pengunjung, mempertahankan teknik steril, dan mengajarkan teknik mencuci tangan pada pasien dan keluarga.

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

## 5. Evaluasi Keperawatan

### a. Evaluasi Keperawatan Pre Operatif

#### 1) Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, teratasi sebagian. Hasil evaluasi pada Ny. E didapatkan data subjektif yaitu Ny. E mengatakan gatal pada payudara kiri, Ny. E mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala nyeri 2, Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 2-4 menit, dan setelah dilakukan hand massage Ny. E mengatakan terasa lebih rileks dan nyaman. Data Objektif yaitu terdapat benjolan pada payudara kiri, Ny. E tampak sedikit meringis saat nyeri terasa, dan pasien menggaruk payudara kiri, pasien dan keluarga tampak mengerti dan paham tentang hand massage yang didemonstrasikan.

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

#### 2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanik

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis belum teratasi. Hasil evaluasi pada Ny. E didapatkan data subjektif yaitu Ny. E mengatakan terdapat bekas operasi kanker payudara tahun 2019 di payudara kiri dan luka operasi gatal. Data objektif

yaitu luka bekas operasi pada payudara kiri melintang dengan panjang sekitar 10 cm kulit disekitar payudara tampak kering dan kulit payudara terlihat seperti kulit jeruk.

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

b. Evaluasi Keperawatan Post Operasi

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan fisiologis, teratasi sebagian. Hasil evaluasi pada Ny. E didapatkan data subjektif Ny. E nyeri pada luka operasi dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dengan durasi 5-10 menit hilang timbul pada payudara kiri, Ny. E mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang dirasakan dan ia merasa takut menggerakkan badannya. Data objektif yaitu Ny. E tampak meringis akibat nyeri, Ny. E juga tampak pucat dan gelisah, Ny. E tampak melindungi area luka operasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan teknik non farmakologis relaksasi teknik napas dalam Ny. E mengatakan lebih nyaman, namun tidak mengurangi nyeri yang dirasakannya, dan setelah diberikan obat ketorolac Ny. E mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 2 namun hanya bertahan sekitar 2 jam dan mulai nyeri seperti awal kembali.

Hasil analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis teratasi sebagian, nyeri pada pasien turun apabila diberikan obat analgetik. Ny. E mengatakan nyeri berkurang sedikit setelah

dilakukan asuhan keperawatan namun akan kembali nyeri beberapa waktu setelahnya.

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

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

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan dengan factor mekanik. Hasil evaluasi pada Ny. E didapatkan data subjektif yaitu Ny. E mengatakan ada luka operasi pada payudara kiri dan terasa nyeri. Dan data objektif yaitu tampak luka operasi pada payudara kiri dengan panjang melintang sekitar 10- 20 cm tidak ada tanda-tanda infeksi seperti ruam kemerahan dan nanah pada luka, drain I berisi 40 cc dan drain II berisi 40 cc, hasil laboratorium Hemoglobin 11,3 g/dl, pemeriksaan TTV suhu 36,7 °C, tekanan darah 119/78 mmHg, nadi 90 x/i. Setiap hari dilakukan perawatan luka, redressing dan perban pada luka diganti untuk tidak menimbulkan infeksi pada luka, pasien juga mendapatkan terapi ceftriaxone 2 x 1 gr.

Menurut analisa peneliti , hasil evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis teratasi sebagian. Hasil evaluasi pada hari ke tiga asuhan keperawatan luka pasien sudah mulai membaik , proses penyembuhan luka bagus dan tidak ada tanda-tanda terjadinya infeksi, drain yang terpasang masih mengeluarkan darah sebanyak 40cc pada masing-masing drain.

Fridawaty et al (2013) menjelaskan bagian yang paling cepat mengalami proses penyembuhan adalah bagian kulit dan subkutis jaringan lemak di bawah kulit lebih kurang 7-10 hari pascaoperasi. Sesuai penjelasan Smeltzer & Bare (2015) mengemukakan perawatan yang baik didasarkan oleh terpenuhi kecukupan nutrisi sehingga mempercepat proses penyembuhan luka, dengan makan makanan yang mengandung protein tinggi : telur ikan, daging, dll, karena protein sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka.

3) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive

Hasil evaluasi pada diagnose resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive. Hasil evaluasi pada Ny. E didapatkan data subjektif yaitu Ny. E mengatakan luka operasi terasa nyeri, data objektif luka operasi tidak ada tanda-tanda infeksi seperti ruam kemerahan dan nanah pada tepi luka operasi, luka masih diperban, dan hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 13.800 (normal 5000 – 10.000), hemoglobin 11,3 g/dl pasien mendapatkan terapi cefriaxon 2 x 1 gr .

Menurut analisa peneliti didapatkan hasil evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis teratasi sebagian. Luka operasi masih tampak basah namun luka tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi seperti memar pada tepi luka, tidak ada nanah



dan tidak ada ruam kemerahan pada luka. Pasien masih mendapatkan terapi ceftriaxone 2 x 1 gr.

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

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

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

##### 1. Pengkajian keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien kanker payudara didapatkan keluhan pasien pada fase pre operatif yaitu terdapat bejolan pada payudara kiri, payudara terasa nyeri dan gatal, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul . Pasien tampak melindungi area luka operasi dengan tidak terlalu menggerakkan badan, pasien tampak pucat, gelisah dan meringis kesakitan. Pada luka post operatif pasien kanker payudara akan mengalami nyeri bekas luka operasi, dan juga terpasang drain untuk mengontrol pendarahan dan mengeluarkan sisa darah operasi. Pasien kanker payudara juga akan mengalami masalah gangguan aktifitas karena susah bergerak dan nyeri akibat luka bekas operasi.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien saat fase pre operatif yaitu nyeri kronis dan gangguan integritas kulit/jaringan. Sedangkan pada fase post operasi diagnosa yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan , gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan luka operasi dan resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasive .

##### 3. Rencana keperawatan

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

#### 4. Implementasi keperawatan

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

#### 5. Evaluasi keperawatan

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

#### 6. Dokumentasi keperawatan

Semua tindakan implementasi, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada An. M sudah didokumentasikan pada catatan peneliti di laporan hasil pengkajian

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

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

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti merekomendasikan agar institusi pendidikan menyediakan dan memperbanyak sumber buku dan jurnal kesehatan yang terbaru

dan kepustakaan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara dikarenakan tidak adanya sumber terbaru mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara

3. Perawat ruangan IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

Saran peneliti bagi perawat ruangan diharapkan melakukan pengkajian lebih dalam agar dapat menggali masalah baru, pada masalah keperawatan yang diangkat tidak hanya masalah utama saja perawat diharapkan lebih memperhatikan rencana yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan secara optimal dan berkesinambungan

4. Peneliti selanjutnya

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R. (2015). Peran Derajat Differensiasi Histopatologik dan Stadium Klinis Pada Rekresi Kanker Payudara. *Majority*, 4(7), 129–134.
- Aminuddin, M., Sholichin, Sukmana, M., & Nopriyanto, D. (2020). *Modul Perawatan Luka* (I. Samsugito (ed.)). CV Gunawana Lestari.
- Amita, D., Fernalia, & Yulendasari, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 12, 26–28.
- Anifah, F., & Yumni, F. L. (2019). *Studi Kasus Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Ny. A dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Post Operasi Kista Ovarium Di Ruangan Sakinah*.
- Anik, M. (2014). *Pencegahan Infeksi Dalam Kebidanan*. EGC.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Damanik, R. K. (2020). *Pengembangan Desain System Informasi Manajemen Keperawatan* (N. Pangesti (ed.)). Ahli Media Press. <https://play.google.com/books/reader?id=u7sPEAAAQBAJ>
- Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Salemba Medika.
- Donna L, W., Marilyn Hockenberry, E., David, W., Marilyn L, W., & Patricia, S. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC.
- Fadilah, P. N., Astuti, P., & Santy, W. H. (2016). Pengaruh Teknik Relaksasi Hand Massage Terhadap Nyeri pada Pasien Kanker Payudara di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9, 221–226.
- Firmana, D. (2020). *Keperawatan Onkologi : Penyakit Kanker pada Perempuan*. Salemba Medika.
- Fridawaty, R., Tjahjono, K., & Adi, U. (2013). Determinan Infeksi Luka Operasi Pascabedah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 8(5), 236.
- Handayani, S., Arifin, H., & Manjas, M. (2019). Kajian Penggunaan Analgetik pada Pasien Pasca Bedah Fraktur di Trauma Centre RSUP M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 6(2), 113.

<https://doi.org/10.25077/jsfk.6.2.113-120.2019>

- Hardman, J. G., Limbird, L. E., Gilman, & Goodman, A. (2012). *Dasar Farmakologi Terapi*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Henderson. (2016). *Buku Ajar Keperawatan* (1st ed.). EGC.
- Herdman, H. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi (2015-2017)* (10th ed.). EGC.
- Heri, B., & Maelina, A. (2013). Hubungan Tingkat Kepatuhan Pelaksanaan Protap Perawatan Luka Post SC dengan Kejadian Infeksi Luka Post Sectio Caesarea Di Ruang Melati RSUP NTB. *Universitas NTB*, 16(1).
- Kartika, I. I. (2017). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. *Kementerian Kesehatan RI*, 1–582. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Khasanah. (2013). *Karsinoma Mammae Stadium IV dengan Tanda-tanda Dyspnoe dan Paraplegi Ekstremitas Inferior*. 1(September), 72–78.
- Ladesvita, F., Sucipto, U., Linawati, K., Santi, R. D., & Pratiwi, C. J. (2021). *Asuhan Keperawatan Onkologi Berdasarkan Teori Virginia Henderson*. CV. Nas Media Pustaka.
- Lyndon, S. (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Binarupa Aksara.
- Molina, V. F. (2012). *Analisis Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumkital Dr. Mintohardjo Jakarta tahun 2012*.
- Mulyani, N. S., & Nuryani. (2013). *Kanker Payudara dan PMS pada Kehamila* (N. Medika (ed.)).
- Mursalina, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Payudara di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019*. Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- Nugroho, T. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Mediaction Publishing.

Pusat Data Dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Pusat Data Dan

- Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 1 (2019).
- Panigroro, S., Hernowo, B. S., & Purwanto, H. (2019). Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara (Breast Cancer Treatment Guideline). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 1–50.  
<http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Pratami. (2014). *Efek Olive Oil dan Virgin Cocunut Oil terhadap Striae Gravidarum*. EGC.
- Rahmadani, D. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara di Ruang Zam-Zam RSI Ibnu Sina Padang tahun 2021*. Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- Savitri, A. (2015). *Kupas Tuntas Kanker Payudara, leher rahim, dan rahim* (Mona (ed.)). Pustaka Baru Press Yogyakarta.
- Sinto, L. (2018). Scar Hipertrofik dan Keloid : Patofisiologi dan Penatalaksanaan. *CDK*, 45(1).
- Sjamsuhidajat. (2013). *Buku Ajar Ilmu Bedah* (3rd ed.). EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah* (E. anisa Mardella (ed.)). EGC.
- Supriyanto, W. (2015). *Kanker Pengobatan dan Penyembuhannya*. Pencetak Dua Satria Offset.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2015). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Nuha Medika.
- Winarti, T. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Carcinoma Mammae di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul wahab Sjahrane Samarinda*. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.



## Lampiran 1 : Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

### FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

#### A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

##### 1. PENGUMPULAN DATA

###### a. Identitas Klien

Nama : Ny. E  
Umur : 42 th  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Kawin : Kawin  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Ranah Batahan, Pasaman Barat  
Diagnosa Medis : Ca Mammae T4N2M0 post neo adjuvant  
kemotherapy  
No.MR : 01.12.73.04  
Tanggal masuk RS : 9 Maret 2021  
Tanggal pengkajian : 9 Maret 2021  
Alasan masuk : Terdapat benjolan pada payudara kiri dan nyeri dengan skala 2 serta akan dilakukan Operasi Mastektomi radikal

###### b. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn. A  
Umur : 22 th  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Ranah Batahan, Pasaman Barat  
Hubungan : Anak

###### c. Riwayat Kesehatan

###### 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

###### a) Keluhan Utama Masuk :

Pasien mengatakan masuk rumah sakit M. Djamil Padang pada tanggal 9 Maret 2022 pukul 11.00 WIB atas rujukan dari Dokter untuk melakukan operasi mastektomi. Pasien merupakan pasien Kanker Payudara Post Kemoterapi. Pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara Kiri dan nyeri dengan skala 2 dan gatal-gatal pada payudara kiri.

b) Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 9 Maret 2022 pukul 16.00 WIB, pasien mengatakan benjolan pada payudara kiri terasa nyeri dengan skala nyeri 2, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien mengatakan masih menunggu jadwal operasi mastektomi radikal dari dokter. Pasien mengatakan cemas karena jadwal operasinya belum juga keluar. Pasien juga mengatakan daerah payudara gatal-gatal. Pasien mengatakan sebelumnya pernah melakukan operasi pengangkatan benjolan payudara pada tahun 2019. Saat dilakukan pemeriksaan fisik terlihat bekas operasi kanker payudara sebelumnya pada payudara kiri pasien. Bekas luka memanjang sekitar 10 cm, kulit sekitar luka operasi tampak menghitam dan luka menjadi keloid.

Pada saat dilakukan pengkajian post operasi pada tanggal 11 Maret 2022 pukul 17.00 WIB, pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, panjang luka melintang sekitar 20 cm, pasien mengatakan skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi 5-10 menit. Pasien tampak meringis apabila menggerakkan badannya, pasien juga tampak melindungi area payudara kiri agar tidak terhimpit saat tidur. Pasien mengatakan untuk saat ini aktifitas dibantu oleh anaknya.

2) Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien mengatakan sudah menderita kanker payudara sejak tahun 2019 terasa benjolan pada payudara kiri sebesar telur puyuh dan gatal-gatal pada payudara, dan sudah dilakukan operasi mastektomi untuk pengangkatan pada tahun 2019. Lalu pasien menjalani kemoterapi selama 8 siklus sejak tahun 2020 dan baru selesai bulan januari 2022.

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi umur 14 tahun, pasien mengatakan melahirkan anak pertama pada usia 20 tahun, pasien mengatakan saat masih muda memiliki kebiasaan makan berpenyedap seperti bakso dan juga sering menambahkan bahan penyedap ke masakan. Namun semenjak diketahui menderita penyakit kanker payudara pasien mengatakan tidak pernah lagi mengkonsumsi makan berpenyedap.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Pasien mengatakan memiliki 4 orang anak, 2 anak perempuan dan 2 anak laki-laki. Anak perempuan memiliki faktor resiko keturunan lebih besar terkena kanker payudara karena ibunya memiliki riwayat kanker payudara. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit kanker payudara, dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti DM, hipertensi atau penyakit menular.

#### **d. Kebutuhan Dasar**

##### **1) Pola Nutrisi dan Cairan**

###### **a) Makan**

Sehat

: pasien mengatakan saat sehat ia makan 3x sehari dengan porsi sedang, lengkap dengan nasi, lauk dan sayur. Serta menambahkan penyedap rasa pada makanan

Sakit

: pasien mengatakan sudah tidak pernah menambahkan penyedap rasa pada masakannya. Dirumah sakit pasien mendapatkan diit MB TKTP 3 kali sehari dan selalu habis

###### **b) Minum**

Sehat

: pasien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas sehari (1500-2000 cc)

Sakit

: pasien mengatakan minum air putih sebanyak 7-8 gelas sehari (1500-2000 cc)

##### **2) Pola Tidur dan Istirahat**

Sehat

: pasien mengatakan tidur 8 jam saat malam dan tidak ada tidur siang. Kualitas tidur baik

Sakit

: pasien mengatakan tidur 8 jam saat malam namun sering terbangun karena nyeri dan tidur siang selama 1 jam

##### **3) Pola Eliminasi**

###### **a) BAB**

Sehat

: pasien mengatakan BAB 2 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan

Sakit

: pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, setelah operasi dibantu keluarga untuk ke WC

###### **b) BAK**

Sehat

: pasien mengatakan BAK 6-7 kali sehari berwarna kekuningan

Sakit

: pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari berwarna kekuningan

4) Pola Aktifitas dan Latihan

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

Sakit : setelah dilakukan operasi pasien takut untuk banyak beraktifitas sehingga aktivitas dibantu oleh keluarag

5) Pola Bekerja

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

Sakit : pada saat sakit aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

**e. Pemeriksaan Fisik**

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran : compos mentis

GCS : 15

3) Tinggi Badan : 155 cm

4) Berat Badan : 65 kg

5) IMT : 27,08

6) TTV

Nadi : 90 x/i

Pernapasan : 22 x/i

Tekanan darah : 120/78 mmHg

Suhu : 36,3 °C

7) Kepala

Rambut : kepala simetris, rambut hitam, rambut tidak mudah rontok, kulit kepala bersih, tidak ada lesi dan tidak ada edema pada kepala

Wajah : wajah simetris, tidak ada edema

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

Hidung : hidung simetris, hidung bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : mukosa bibir lembab

Telinga : telinga simetris dan bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pdngaran bagus

8) Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

9) Toraks

I : dada tidak simetris, tidak ada pernafasan tambahan

- Pa : fremitus kiri-kanan  
 Pe : sonor  
 A : vesikuler
- 10) Jantung  
 I : ictus cordis tidak tampak  
 Pa : ictus cordis teraba pada IRC 5  
 A : tidak ada bunyi jantung tambahan
- 11) Payudara  
 I : payudara tidak simetris, tampak bekas operasi pada payudara kiri, dan kulit payudara kiri  
 Pa : teraba benjolan pada payudara kiri
- 12) Abdomen  
 I : tidak ada distensi abdomen  
 A : bising usus normal  
 Pa : tidak ada pembesaran hepar  
 Pe : tympani
- 13) Kulit :
- 14) Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan
- 15) Ekstremitas  
 Atas : ekstremitas atas simetris kiri-kanan, tidak ada edema, CRT < 2 detik, tidak ada benjolan pada aksila, setelah dilakukan operasi terpasang IVFD tutosol pada tangan kiri 20 tpm  
 Bawah : ekstremitas bawah simetris kiri-kanan, tidak ada edema, CRT < 2 detik, dan tidak ada varises

#### **f. Data Psikologis**

- 1) Status Emosional : status emosional pasien baik, pasien bisa diajak berbicara dan mau menjawab semua pertanyaan yang diajukan peneliti, pasien sedih karena terlalu lama dirumah sakit sehingga pasien harus berpisah dengan anaknya yang berusia 2 tahun namun pasien mengatakan mendapatkan support penuh dari suami, anak-anak dan keluarga besarnya. Pasien mengatakan penyakit yang dideritanya merupakan cobaan dari Allah dan pasien berharap semoga setelah operasi ini tidak akan muncul benjolan baru lagi.
- 2) Kecemasan : pasien mengatakan cemas karena jadwal operasi pengangkatan payudara belum ada, namun ia yakin dokter akan melakukan yang terbaik saat operasinya
- 3) Pola Koping : pasien mengatakan ia mendapatkan dukungan dan semangat dari seluruh keluarganya untuk melakukan

- operasi pengangkatan payudara
- 4) Gaya Komunikasi : pasien berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia, karena ia berasal dari pasaman sehingga agak susah jika berbahasa minang. Pasien berbicara dengan jelas dan dapat dimengerti
- 5) Konsep Diri : pasien optimis dan yakin bahwa ia bisa sembuh dari penyakit yang dideritanya

**g. Data Sosial Ekonomi**

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

**h. Data Spiritual**

Pasien beragama islam dan selalu menjalankan ibadah solat lima waktu dan pasien senantiasa selalu berzikir dan berdoa kepada allah untuk kesembuhannya

**i. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang**

- hasil labor pre op

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
10 maret 2022	Hemoglobin	12.0	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	6.38	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 – 10.0
	Trombosit	280	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
	Hematokrit	38	%	37.0 – 43.0
	Eritrosit	4.42	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 – 4.50
	Total protein	7.3	g/dL	6.6 – 8.7
	Albumin	4.1	g/dL	3.8 – 5.0
	Globulin	3.2	g/dL	1.3 – 2.7
	SGOT	31	U/L	< 32
	SGPT	36	U/L	< 31
	Ureum darah	17	mg/dL	10 – 50
	Kreatinin Darah	0.7	mg/dL	0.6 – 1.2
	GDS	95	mg/dL	50 – 200
	Natrium	141	mmol/L	136 – 145

	Kalium	3.8	mmol/L	3.5 – 5.1
	Klorida	110	mmol/L	97 - 111

- hasil labor post op

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
12 maret 2022	Hemoglobin	11.3	g/dL	12.0 – 14.0
	Leukosit	13.8	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 – 10.0
	Trombosit	298	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
	Hematokrit	40	%	37.0 – 43.0

**j. Program Terapi Dokter**

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ketorolac	3 x 30 ml	injeksi
2.	Ceftriaxon	2 x 1 g	injeksi
3.	Ranitidine	3 x 30 mg	Injeksi

Padang , 14, Maret 2022

Mahasiswa,

( Gustia Anggun Rizovi)

NIM : 193110134

## 2. ANALISA DATA

### - Analisa data Pre Op ( 9 Maret 2022)

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada payudara dengan skala 2</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 5 – 10 menit</li> <li>- Pasien mengatakan gatal-gatal pada payudara kiri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis dan gelisah saat nyeri</li> <li>- Pasien mendapatkan terapi ketorolak 1 x 30 ml</li> </ul>	Agen pencedera fisiologis (Infiltrasi Tumor)	Nyeri Kronis
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada luka bekas operasi kanker payudara tahun 2019</li> <li>- Pasien mengatakan gatal-gatal pada luka bekas operasi</li> <li>- Pasien mengatakan kulit sekitar payudara tidak mulus dan kering</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka bekas operasi melintang sepanjang 10 cm</li> <li>- Luka bekas operasi tampak kering</li> <li>- Luka bekas operasi menjadi keloid</li> <li>- Kulit payudara seperti kulit jeruk</li> </ul>	Faktor mekanik	Gangguan Integritas Kulit

### - Analisa data Post Op (11 Maret 2022)

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada payudara dengan skala</li> </ul>	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut



	<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berlangsung selama 5 – 10 menit</li> <li>- Pasien mengatakan sulit tidur akibat nyeri pada malam hari</li> <li>- Pasien mengatakan mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak melindungi area luka operasi</li> <li>- Pasien tampak tidak banyak bergerak agar luka tidak menjadi nyeri</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul>		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan payudara sebelah kiri di perban</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka operasi pada payudara kiri sepanjang 20 cm</li> <li>- Luka operasi di balut perban</li> <li>- Terpasang drain pada luka bekas operasi</li> </ul>	Faktor mekanis	Gangguan Integritas Kulit
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada luka operasi pada payudara kiri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka operasi pada payudara kiri</li> <li>- Luka operasi di balut oleh perban</li> <li>- Leukosit 13.800 ( 5000 – 10.000)</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Suhu 37,4 °C</li> </ul>	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi

## B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

### 1) Diagnosa keperawatan pre operasi (9 maret 2022)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor ditandai dengan pasien mengatakan sudah terkena kanker payudara sejak tahun 2019, dan nyeri sudah lebih dari 3 bulan	9 maret 2022	11 maret 2022 (belum teratasi)	
2.	Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan factor mekanik ditandai dengan luka bekas operasi kanker payudara tahun 2019	9 maret 2022	11 maret 2022 (belum teratasi)	

### 2) Diagnosa keperawatan post operasi (11 maret 2022)

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi	Tanda Tangan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infiltrasi tumor) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis dan bersikap protektif	11 maret 2022	13 maret 2022 (teratasi sebagian)	
2.	Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan factor mekanik ditandai dengan bekas luka operasi mastektomi sepanjang 15 cm	11 maret 2022	13 maret 2022 (teratasi sebagian)	
3.	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive ditandai dengan jumlah leukosit $13.800 \text{ mm}^3$	11 maret 2022	13 maret 2022 (teratasi sebagian)	

## C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

### 1. Perencanaan Keperawatan Pre Operatif

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor (SDKI : 174)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 2x24 jam diharapkan <b>tingkat nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil : (SLKI : 145)</p> <p>a) Keluhan nyeri menurun (skala 5) b) Meringis menurun (skala 5) c) Gelisah menurun (skala 5) d) Sikap protektif menurun ( skala 5) e) Frekuensi nadi membaik ( skala 5) f) Pola napas membaik (skala 5)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan <b>status kenyamanan</b> meningkat dengan kriteria hasil (hal 110) :</p> <p>a) Keluhan tidak nyaman menurun (skala 5) b) Gelisah menurun (skala 5)</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (hal : 201)</b> <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 respon nyeri non verbal</li> <li>4) identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) berikan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2) fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2) jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol> <p><b>kolaborasi</b> kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Perawatan Kenyamanan</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c) identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (nyeri,gatal)</li> <li>d) identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi, dan perasaannya</li> </ol>

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g) berikan posisi yang nyaman</li> <li>h) berikan kompres dingin atau hangat</li> <li>i) ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>j) berikan pemijatan</li> <li>k) dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan</li> <li>l) diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>e) jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan</li> <li>f) ajarkan terapi relaksasi</li> <li>g) ajarkan latihan pernapasan</li> <li>h) ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b) kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu</li> </ul> <p><b>Terapi relaksasi (hal 436)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>2) Identifikasi kesediaan kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>3) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>4) Monitor respon terhadap terapi relaksasi dalam</li> </ul>
--	--	--	--

			<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , jika memungkinkan</li> <li>2) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan , manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam</li> <li>2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi napas dalam</li> <li>3) Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4) Anjurkan rileks dan merasakan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5) anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam</li> <li>6) demonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol>
--	--	--	---

2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik	Setelah dilakukan intervensi 2 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil a) hidrasi meningkat (skala 5) b) pigmentasi abnormal menurun (skala 5) c) sensasi membaik (skala 5) d) tekstur membaik (skala 5)	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (hal : 316)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>- gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</li> <li>- anjurkan minum air yang cukup</li> <li>- anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> </ul>
----	---	--	--

## 2. Perencanaan Keperawatan Post Operatif

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan ( SLKI )	Intervensi ( SIKI )
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI : 174)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 2x24 jam diharapkan <b>tingkat nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil : (SLKI : 145)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun (skala 5)</li> <li>Meringis menurun (skala 5)</li> <li>Gelisah menurun (skala 5)</li> <li>Sikap protektif menurun ( skala 5)</li> <li>Frekuensi nadi membaik ( skala 5)</li> <li>Pola napas membaik (skala 5)</li> </ol> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan <b>status kenyamanan</b> meningkat dengan kriteria hasil (hal 110) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan tidak nyaman menurun (skala 5)</li> <li>Gelisah menurun (skala 5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (hal : 201)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</li> <li>identifikasi skala nyeri</li> <li>identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>berikan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi ;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li> jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li> anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b> kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Pemberian Analgetik</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitasi, frekuensi, durasi )</li> <li>Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>Identifikasi kesesuaian</li> </ol>

			<p>jenis analgesic (narkotika, non-narkotik, atau NSAID)</p> <p>4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic</p> <p>5) Monitor efektifitas analgesic</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu</p> <p>2) Pertimbangan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>4) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik , sesuai indikasi</p> <p><b>Terapi relaksasi (hal 436)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>2) Identifikasi kesediaan kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>3) Periksa ketegangan otot , frekuensi nadi,</p>
--	--	--	--



			<p>tekanann darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>4) Monitor respon terhadap terapi relaksasi dalam</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman , jika memungkinkan</li> <li>2) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan , manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam</li> <li>2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi napas dalam</li> <li>3) Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4) Anjurkan rileks dan merasakan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5) anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam</li> <li>6) demonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol>
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan factor mekanis	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil (hal : 33)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) penyatuan kulit meningkat (skala 5)</li> <li>b) penyatuan tepi luka meningkat (skala 5)</li> <li>c) peradangan luka menurun (skala 5)</li> <li>d) nyeri menurun (skala 5)</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka (hal : 328)</b></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) pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>2) pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol>

			<p>3) ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>4) jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2) anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1) kolaborasi pemberian antibiotik</p>
3.	Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (hal 139)</p> <p>a) demam menurun (skala 5)</p> <p>b) nyeri menurun (skala 5)</p> <p>c) drainase purulen menurun (skala 5)</p> <p>d) kadar sel darah putih membaik (skala 5)</p> <p>e) kultur area luka membaik (skala 5)</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) batasi jumlah pengunjung</p> <p>2) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3) pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2) ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>3) ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p><b>Perawatan Luka (hal : 328)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3) monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau)</p> <p>4) monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p>

			<p>5) pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6) pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>7) ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>8) jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3) jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4) anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--	--

#### D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Rabu, 9 Meret 2022 (pre op)	Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor	<p>1) mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)</p> <p>2) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</p> <p>3) mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>4) mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan sebelumnya</p> <p>5) berikan posisi yang nyaman</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. E mengatakan gatal payudara kiri</p> <p>2) Ny. E mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 2</p> <p>3) Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</p> <p>4) Ny. E mengatakan terasa rileks saat dilakukan hand massage</p> <p>O :</p> <p>1) Terdapat benjolan pada payudara kiri</p> <p>2) Ny. E tampak meringis saat nyeri</p> <p>3) Ny. E sering</p>	

		<p>6) memberikan pemijatan dengan teknik hand massage kepada pasien</p> <p>7) menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara MRM.</p> <p>8) Mendapatkan terapi ketorolac 1 x 30 ml</p>	<p>menggaruk area payudara</p> <p>4) Ny. E tampak rileks saat dilakukan hand massage</p> <p>5) TD : 111/72 mmHg</p> <p>6) Suhu : 36,7 °C</p> <p>7) HR : 75 x/i</p> <p>8) Pernafasan : 19 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri Kronis belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Meringis sedang (skala 3)</li> <li>- Gelisah sedang (skala 3)</li> </ul> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan (Pemijatan : <i>hand massage</i>)</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik</p>	<p>1) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>2) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>3) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>4) Menganjurkan menggunakan pelembab</p> <p>5) Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>6) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. E mengatakan luka bekas operasi terasa gatal</p> <p>O :</p> <p>1) Nampak luka operasi berupa keloid</p> <p>2) Kulit sekitar payudara tampak kering</p> <p>3) Kulit payudara seperti kulit jeruk</p> <p>A :</p> <p>Gangguan integritas teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidrasi sedang (skala 3)</li> <li>- Pigmentasi abnormal menurun (skala 5)</li> <li>- Sensasi sedang (skala 3)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

<p>Kamis, 10 Meret 2022 (pre op)</p>	<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. Mual, nyeri, gatal, sesak)</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</li> <li>6) memberikan pemijatan dengan teknik hand massage kepada pasien</li> <li>7) menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan operasi kanker payudara MRM.</li> <li>8) Mendapatkan terapi ketorolac 1x30 ml</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan gatal payudara kiri</li> <li>2) Ny. E mengatakan nyeri pada payudara kiri dengan skala 2</li> <li>3) Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit</li> <li>4) Ny. E mengatakan terasa rileks saat dilakukan hand massage</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terdapat benjolan pada payudara kiri</li> <li>2) Ny. E tampak meringis saat nyeri</li> <li>3) Ny. E sering menggaruk area payudara</li> <li>4) Ny. E tampak rileks saat dilakukan hand massage</li> <li>5) TD : 111/72 mmHg</li> <li>6) Suhu : 36,7 °C</li> <li>7) HR : 75 x/i</li> <li>8) Pernafasan : 19 x/i</li> </ol> <p>A :</p> <p>Nyeri Kronis teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Meringis sedang (skala 3)</li> <li>- Gelisah sedang (skala 3)</li> </ul> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan (Pemijatan : <i>hand massage</i>)</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>2) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan luka bekas operasi terasa gatal</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nampak luka operasi berupa</li> </ol>	

		<p>kulit sensitive</p> <p>3) Menganjurkan menggunakan pelembab</p> <p>4) Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>5) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p>	<p>keloid</p> <p>2) Kulit sekitar payudara tampak kering</p> <p>3) Kulit payudara seperti kulit jeruk</p> <p>A :</p> <p>Gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidrasi sedang (skala 3)</li> <li>- Pigmentasi abnormal menurun (skala 5)</li> <li>- Sensasi sedang (skala 3)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
<p>Jumat , 11 maret 2022 (pre op)</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3) identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) menjelaskan tujuan , manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam</p> <p>6) mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7) menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>8) menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam</p> <p>9) menganjurkan sering mengulangi</p>	<p>S :</p> <p>1) pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>2) Ny. E mengatakan skala nyeri 5</p> <p>3) Ny. E mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>4) Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 10-15 menit</p> <p>5) Pasien mengatakan sulit tidur malam karena nyeri</p> <p>6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan pasien</p> <p>O :</p> <p>1) Ny. E tampak meringis</p> <p>2) Ny. E tampak pucat</p> <p>3) Ny. E tampak melindungi area luka operasi</p> <p>4) TD : 124/79 mmHg</p>	

		<p>atau melatih teknik relaksasi napas dalam</p> <p>10) kolaborasi pemberian Ketorolak 3 x 30 ml</p>	<p>5) Suhu : 37,4 °C</p> <p>6) HR : 97 x/i</p> <p>7) Pernafasan : 22 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri Akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 5)</li> <li>- Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Meringis menurun (skala 5)</li> <li>- Kesulitan tidur menurun (skala 5)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan ( manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam )</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan</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> <li>3) Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>6) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>7) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>8) Kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1 g</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan ada luka pada payudara kiri</li> <li>2) Ny. E mengatakn terasa nyeri pada luka operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak luka bekas operasi pada payudara kiri terbalut perban</li> <li>2) Luka melintang sekitar 15-20 cm pada payudara kiri sampai ke garis sejajar aksila</li> <li>3) Terpasang IVFD tutosol 20 tpm</li> <li>4) Drain I terisi 40 cc</li> <li>5) Drain II terisi 2 cc</li> <li>6) Suhu : 37,4 °C</li> <li>7) Hb : 11,3 g/dL</li> <li>8) TD : 124/79 mmHg</li> <li>9) HR : 97 x/i</li> </ol>	

			<p>A :</p> <p>Gangguan Integritas kulit belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyatuan kulit meningkat (skala 5)</li> <li>- Penyatuan tepi luka meningkat (skala 5)</li> <li>- Nyeri menurun (skala 5)</li> <li>- Drainase menurun (skala 5)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (Perawatan luka)</p>	
	Resiko Infeksi berhubungan ditandai dengan efek prosedur invasive	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dna keluarga</li> <li>5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>6) Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr atas orderan dokter</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan luka pada payudara masih terasa basah</li> <li>2) Ny. E mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E tampak meringis</li> <li>2) Luka bekas operasi terlihat masih basah</li> <li>3) Luka masih tampak diperban</li> <li>4) Leukosit 13.800 (5.000 – 10.000)</li> <li>5) Hb : 11,3 g/dL</li> </ol> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan sedang (skala 3)</li> <li>- Nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Drainase meningkat (skala 1)</li> <li>- Kadar sel darah putih cukup memburuk (skala 2)</li> </ul>	



			P : Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)	
Sabtu, 12 Maret 2022 (post op)	Nyeri Akut berhubungan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3) identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam</li> <li>6) mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>7) menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>8) menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam</li> <li>9) menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam</li> <li>10) kolaborasi pemberian Ketorolak 3 x 30 ml</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</li> <li>2) Ny. E mengatakan skala nyeri 4</li> <li>3) Ny. E mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</li> <li>4) Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 10-15 menit</li> <li>5) Pasien mengatakan sulit tidur malam karena nyeri</li> <li>6) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan pasien</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E tampak meringis</li> <li>2) Ny. E tampak pucat</li> <li>3) Ny. E tampak melindungi area luka operasi</li> <li>4) TD : 114/85 mmHg</li> <li>5) Suhu : 36,7 °C</li> <li>6) HR : 101 x/i</li> <li>7) Pernafasan : 24 x/i</li> </ol> <p>A :</p> <p>Nyeri Akut belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (skala 5)</li> <li>- Keluhan nyeri cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Meringis cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Kesulitan tidur</li> </ul>	

			<p>cukup menurun (skala 4)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan ( manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam )</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan</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> <li>3) Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>6) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>7) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>8) Kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1 g</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan ada luka pada payudara kiri</li> <li>2) Ny. E mengatakn terasa nyeri pada luka operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak luka bekas operasi pada payudara kiri terbalut perban</li> <li>2) Luka melintang sekitar 15-20 cm pada payudara kiri sampai ke garis sejajar aksila</li> <li>3) Terpasang IVFD tutosol 20 tpm</li> <li>4) Drain I terisi 40 cc</li> <li>5) Drain II terisi 2 cc</li> <li>6) Suhu : 36,7 °C</li> <li>7) Hb : 11,3 g/dL</li> <li>8) TD : 114/85 mmHg</li> <li>9) HR : 101 x/i</li> </ol> <p>A :</p> <p>Gangguan Integritas kulit belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyatuan kulit cukup meningkat (skala 4)</li> <li>- Penyatuan tepi luka cukup meningkat (skala 4)</li> <li>- Nyeri cukup menurun (skala 4 )</li> <li>- Drainase cukup menurun (skala 4)</li> </ul>	

			<p>P : Intervensi dilanjutkan (Perawatan luka)</p>	
	<p>Resiko Infeksi berhubungan ditandai dengan efek prosedur invasive</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga</li> <li>5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>6) Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr atas orderan dokter</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan luka pada payudara masih terasa basah</li> <li>2) Ny. E mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E tampak meringis</li> <li>2) Luka bekas operasi terlihat masih basah</li> <li>3) Luka masih tampak diperban</li> <li>4) Leukosit 13.800 (5.000 – 10.000)</li> <li>5) Hb : 11,3 g/dL</li> </ol> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Drainase cukup menurun (skala 4)</li> <li>- Kadar sel darah putih cukup membaik (skala 5)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (pencegahan infeksi)</p>	
<p>Minggu, 13 Maret 2022</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3) identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan nyeri pada luka operasi</li> <li>2) Ny. E mengatakan skala nyeri 4</li> <li>3) Ny. E mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</li> <li>4) Ny. E mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 10-15 menit</li> </ol>	

		<p>5) menjelaskan tujuan , manfaat, batasan, teknik relaksasi napas dalam</p> <p>6) mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>7) menuntun pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>8) menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam</p> <p>9) menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam</p> <p>10) kolaborasi pemberian Ketorolak 3 x 30 ml</p>	<p>5) Pasien mengatakan sulit tidur malam karena nyeri</p> <p>6) Pasien mengatakan takut bergerak yang mengakibatkan nyeri</p> <p>7) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan pasien</p> <p>O :</p> <p>1) Ny. E masih tampak meringis</p> <p>2) Ny. E tampak gelisah</p> <p>3) Ny. E tampak melindungi area luka operasi</p> <p>4) TD : 119/78 mmHg</p> <p>5) Suhu : 36,7 °C</p> <p>6) HR : 90 x/i</p> <p>7) Pernafasan : 20 x/i</p> <p>A :</p> <p>Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menuntaskan aktivitas cukup meningkat (skala 4)</li> <li>- Keluhan nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Meringis sedang (skala 3)</li> <li>- Kesulitan tidur cukup menurun (skala 4)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan ( manajemen nyeri : teknik relaksasi napas dalam )</p>	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor	<p>1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p>	<p>S :</p> <p>1) Ny. E mengatakan ada luka pada payudara kiri</p>	



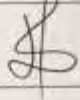

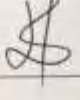
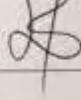
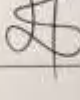
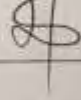

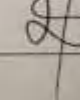
	mekanis	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3) Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>4) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>5) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>6) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>7) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>8) Kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone 2x1 g</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Ny. E mengatakan terasa nyeri pada luka operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tampak luka bekas operasi pada payudara kiri terbalut perban</li> <li>2) Luka melintang sekitar 20 cm pada payudara kiri sampai ke garis sejajar aksila</li> <li>3) Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka</li> <li>4) Luka tampak bersih</li> <li>5) Penyembuhan luka berlangsung dengan baik</li> <li>6) Terpasang IVFD tutosol 20 tpm</li> <li>7) Drain I terisi 40 cc</li> <li>8) Drain II terisi 40 cc</li> <li>9) Suhu : 36,7 °C</li> <li>10) Hb : 11,3 g/dL</li> <li>11) TD : 119/78 mmHg</li> <li>12) HR : 90 x/i</li> </ol> <p>A :</p> <p>Gangguan Integritas kulit teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyatuan kulit sedang (skala 3)</li> <li>- Penyatuan tepi luka sedang (skala 3)</li> <li>- Nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Drainase cukup menurun (skala 4)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan (Perawatan luka)</p>	
	Risiko infeksi ditandai dengan	1) Memonitor tanda dan gejala infeksi	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E mengatakan</li> </ol>	


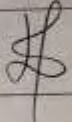
	<p>efek prosedur invasive</p>	<p>local dan sistemik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> <li>4) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien dan keluarga</li> <li>5) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>6) Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr atas orderan dokter</li> </ol>	<p>luka pada payudara masih terasa basah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Ny. E mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny. E tampak meringis</li> <li>2) Luka bekas operasi terlihat membaik</li> <li>3) Luka masih tampak diperban</li> </ol> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan menurun (skala 5)</li> <li>- Nyeri sedang (skala 3)</li> <li>- Drainase sedang (skala 3)</li> <li>- Kadar sel darah putih cukup membaik (skala 5)</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	-------------------------------	--	---	--

## Lampiran 2 : lembar konsultasi KTI pembimbing 1

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

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM : 193110134  
Pembimbing I : Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Kanker Payudara di  
IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau saran pembimbing	Tanda Tangan
1.	11 Agustus 2021	Konsultasi judul & ACC judul	
2.	30 Agustus 2021	Konsultasi BAB I	
3.	4 Oktober 2021	Konsultasi perbaikan BAB I	
4.	16 Desember 2021	Konsultasi perbaikan BAB I dan Konsultasi BAB 2 dan 3	
5.	21 Desember 2021	Konsultasi perbaikan BAB I, II dan III.	
6.	10 Januari 2022	Perbaiki data dan lengkapi baban / lampiran	
7.	11 Januari 2022	ACC untuk ujian	
8.	14 Maret 2022	Konsultasi Askep & Perbaiki hasil penelitian.	
9.	18 April 2022	Perbaiki pembalasan.	
10.	20 April 2022	Perbaiki Pembalasan.	

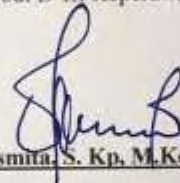
11.	22 April 2022	Konsultasi perbaikan BAB IV dan Konsultasi BAB V & Abstrak.	
12.	26 April 2022	Konsultasi perbaikan BAB V & Abstrak. ACC Ujian	
13.			

Catatan :

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

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa











NIP. 19701020199303200



### Lampira 3 : Lembar bimbingan KTI pembimbing 2

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

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
 NIM : 193110134  
 Pembimbing II : Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp. Kep. MB  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Payudara di  
 IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau saran pembimbing	Tanda Tangan
1.	11 Agustus 2021	ACC judul	
2.	24 September 2021	Pembinaan BAB I melalui zoom	
3.	30 September 2021	Konsultasi perbaikan BAB I.	
4.	24 Desember 2021	Konsultasi perbaikan BAB I dan konsultasi Bab II dan 3	
5.	7 Januari 2022	Konsultasi perbaikan BAB I, II, dan III.	
6.	11 Januari 2022	ACC usulan proposal.	
7.	15 April 2022	Konsultasi Aksep / Hasil Penelitian.	
8.	18 April 2022	Konsultasi BAB IV	
9.	19 April 2022	Perbaikan pembahasan BAB IV.	
10.	21 April 2022	Perbaikan pembahasan.	

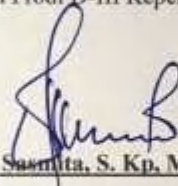
11.	25 April 2022	Konsultasi BAB V & Abstrak	ef
12.	26 April 2022	Konsultasi perbaikan Abstrak.	ef
13.	27 April 2022	ACC upan hasil	Chy

Catatan :

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

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Susmita, S. Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

NIP. 19701020199303200

Lampiran 4 : Jadwal Kegiatan Penelitian

**JADWAL KEGIATAN PENELITIAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KANKER PAYUDARA**  
**DI IRNA BEDAH RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2022**

No	KEGIATAN	Bulan													
		Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mai	Juni			
1	Kerangka dan Aneksa Proposal	■													
2	Pembenaran Proposal dan Kerangka		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Pendalaman Sidang Proposal						■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Sidang Proposal						■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	Perbaikan Proposal														
6	Pendidikan dan Penyisihan														
7	Pendalaman Ujian KTI														
8	Sidang KTI														
9	Perbaikan KTI														
10	Pengumpulan Perbaikan KTI														
11	Publikasi														

Padang, 14 Januari 2022

Pembimbing I



Ns. Hj. Defia Roza S.Kep. M. Biomed  
 NIP : 19730503 199503 2 002

Pembimbing II



Ns. Nova Yanti M.Kep. Sp. Kep. MB  
 NIP : 19801023 200212 2 002

Mahasiswa




Gustia Anggun Rizovi  
 NIM : 193110134


## Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

	<p style="text-align: center;"><b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN</b> <b>SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN</b> <b>POLITEKNIK KESEHATAN PADANG</b></p> <p style="text-align: center;"><small>JL. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP.(0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25146 Website : <a href="http://www.poltekkes-pdg.ac.id">http://www.poltekkes-pdg.ac.id</a></small></p>	
Nomor : PP.03.01/ 0046 / 2022		25 Januari 2022
Perihal : <u>Izin Penelitian</u>		
Kepada Yth. :		
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang		
Di		
Tempat		
Dengan hormat,		
Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan <b>Penelitian</b> di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :		
<b>NO</b>	<b>N A M A /NIM</b>	<b>JUDUL KTI</b>
1	Gustia Anggun Rizovi / 193110134	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022
Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.		
<p>_____ Direktur Poltekkes Kemenkes Padang</p> <p><b>Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si</b> Nip : 19610113 198603 1 002</p> 		

## Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian Dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax, (0751) 323731  
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



---

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/331/II/2022 11 Februari 2022  
Perihal : Izin Melakukan Penelitian  
**a.n. Gustia Anggun Rizovi**

**Yang terhormat,**  
**Direktur Poltekkes Kemenkes Padang**  
**Di**  
**Tempat**

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor. PP.03.01/0048/2022 tanggal 25 Januari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM/BP : 193110134  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA  
Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 "**

Dengan catatan sebagai berikut:

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

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

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



dr. Adriani Zamir  
NIP. 197309112008012008


Tembusan :


1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS  
INTERNASIONAL  
★★★★★

## Lampiran 7 : Surat Izin Selesai Penelitian Dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG**  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127  
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731  
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



---

**SURAT KETERANGAN**  
LB.01.02/XVI.1.3.2/1659V/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM/BP : 193110134  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Telah selesai melakukan penelitian di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 09 Maret 2022 s/d 13 Maret 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :


**"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 "**

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 25 Mei 2022

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

  
dr. Adnani Zanir  
NIP. 197309112008012008

 **TERAKREDITASI KARS**  
★★★★★



## Lampiran 8 : Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

### INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan )

Tang bertanda tangan dibawah ini:

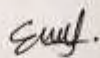
Nama Responden : EMI SURYANI  
Umur/ tgl lahir : 42 th / 05 April 1979  
Penanggung jawab : Ahmad Rafikin  
Hubungan : Anak

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama **Gustia Anggun Rizovi, NIM 193110134** , Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

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

Padang, 9.5.2022

Responden

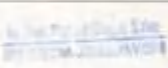





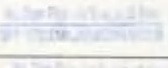

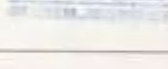

  
(EMI SURYANI)



## Lampiran 9 : Daftar Hadir Penelitian

### DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Gustia Anggun Rizovi  
NIM : 193110134  
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Kanker Payudara di IRNA  
Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
1.	RABU - 9 Maret 2022		
2.	KAMIS - 10 Maret 2022		
3.	JUM'AT - 11 Maret 2022		
4.	SABTU - 12 Maret 2022		
5.	MINGGU - 13 Maret 2022		

Mengetahui,  
Kepala Ruangan

  
( IFRANS, Amc. Kep  
NIP. 198204012001012001 )