

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. H. A. A DENGAN
GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN (NYERI)
DI RUANGAN CEMPAKA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG**



**NAMA : JAMES ATAPELANG
NIM : PO. 5303201181200**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU
KEPERAWATAN KUPANG
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. H. A. A DENGAN
GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN (NYERI)
DI RUANGAN CEMPAKA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



**NAMA : JAMES ATAPELANG
NIM : PO. 5303201181200**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU
KEPERAWATAN KUPANG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : James Atapelang
NIM : PO. 530320118200
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 19 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



James Atapelang

PO.530320118200

Mengetahui

Pembimbing



Maria Sambriang SST., MPH

NIP. 196808311989032001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh James Atapelang, NIM : PO. 530320118200
dengan Judul “ Asuhan Keperawatan Pada Nn. H. A. A Dengan
Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri)
Di Ruang Cempaka
RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ”
telah disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



James Atapelang
PO. 530320118200

Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 19 Juli 2019

Pembimbing



Maria Sambriang SST., MPH
NIP. 196808311989032001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh James Atapelang dengan Judul
Asuhan Keperawatan Pada Nn. H. A. A Dengan Gangguan Pemenuhan
Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka
RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 22 Juli 2019.

Disusun oleh:



James Atapelang

NIM. PO. 530320118200

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Era Dorihi Kale, M. Kep., Sp. Kep. MB

NIP. 19771021199032001

Penguji II

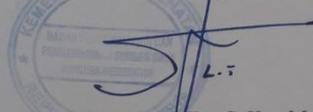


Maria Sambriong, SST., MPH

NIP. 196808311989032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

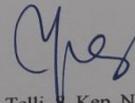


Dr. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes

NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S. Kep. Ns., MSc-PH

NIP. 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : James Atapelang
Tempat tanggal lahir : Mola, 2 Juni 1977
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Kelurahan Mantasi, Kecamatan Alak.
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SD GMIT Mola Tahun 1990.
2. Tamat SMPN 2 Mola Tahun 1993.
3. Tamat SPK Waikabubak Tahun 1996.
4. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO:

“ Memulai Dengan penuh Keyakinan, Menjalankan Dengan Penuh Keiklasan, Menyelesaikan Dengan Penuh Kebahagiaan ”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Nn. H. A. A Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu R. H Kristina SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat S. Kp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Maria Sambriang SST., MPH selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberi masukan bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Era Dorihi Kale Ns, M. Kep., Sp. Kep. KMB yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Margaretha Teli S. Kep, Ns., Msc-PH selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.
6. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
7. Untuk istri tercinta Ida Pehi dan anak-anak Ian Atapelang, Feby Atapelang, dan Maya Atapelang yang telah memberikan dukungan dan nasehat kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8. Untuk teman-teman RPL angkatan ke-2 yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 1 tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.
9. Untuk adik Rutas E. Seran dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan karya tulis ilmiah ini.

Kupang, 19 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kupang
Prodi Keperawatan Kupang
Departemen Kesehatan RI
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019

James Atapelang, Maria Sambriang, Era Dorihi Kale.

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nn. H. A. A Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

x + 39 + 3 Lampiran.

Latar Belakang: Ca mammae adalah suatu penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturasi sel. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesa tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

Tujuan: Untuk mendapat gambaran tentang asuhan keperawatan pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri).

Hasil: Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam di payudara kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang). Diagnosa keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Intervensi yang diterapkan pada pasien adalah mengajarkan teknik napas dalam dan memberikan obat analgetik untuk menurunkan nyeri. Implementasi yang dilakukan adalah mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam dan melayani pemberian obat. Evaluasi didapatkan pasien masih merasakan nyeri di ulu hati tetapi sudah agak berkurang dengan skala nyeri 4 (nyeri ringan).

Kesimpulan: Asuhan keperawatan pada pasien Nn. H. A. A dengan Gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman (Nyeri) dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilakukan secara optimal.

Saran: Bagi perawat yaitu diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan sesuai teori yang diterapkan selama perawatan dan

Kata kunci: Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri), Asuhan Keperawatan.

DAFTAR ISI

	Hal
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Biodata	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	ix
Daftar Bagan	x
Daftar Lampiran	xi
BAB 1 Pendahuluan	
1.1.Latar Belakang Masalah	1
1.2.Tujuan Karya Tulis Ilmiah	3
1.3.Manfaat Karya Tulis Ilmiah	4
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep teori	5
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	15
BAB 3 Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus	20
3.2 Pembahasan Studi Kasus	31
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	35
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	36
4.2 Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

	Halaman
2.1 Pathway Gagal Ginjal kronik	7
3.1 Genogram	20

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan
2. Format Asuhan Keperawatan
3. Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam studi kasus ini penulis mengambil kasus pada pasien Nn. H. A. A. Yang menderita Ca. Mamae.

Dalam istilah kedokteran, semua benjolan disebut tumor. Benjolan tersebut ada yang jinak dan ada yang ganas. Tumor yang ganas itulah yang disebut kanker. Kanker payudara adalah tumor ganas yang berasal dari kelenjar payudara termasuk saluran kelenjar air susu dan jaringan penunjangnya (Hasdiana, dkk 2016).

Fase awal kanker payudara adalah asimtomatik (tanpa ada gejala dan tanda). Tanda dan gejala tingkat lanjut kanker payudara meliputi kulit cekung, retraksi atau deviasi puting susu dan nyeri, nyeri tekan atau rabas khusus berdarah dari puting. Kulit tebal dengan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk dan atau ulserasi pada payudara merupakan tanda lanjut dari penyakit. Kanker payudara dapat tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu dan jaringan lemak maupun jaringan ikat pada payudara. Biasanya kanker payudara ditemukan pada umur 40-49 tahun dan letak terbanyak di kuadran lateral atas (Daniella, 2000).

Pencegahan kanker payudara difokuskan pada deteksi tumor stadium awal yang biasanya berukuran kecil. SADARI merupakan salah satu metode deteksi dini untuk menemukan kanker payudara stadium awal yang akan lebih efektif jika dilakukan sedini mungkin. SADARI dilakukan setiap kali selesai menstruasi yaitu hari ketujuh sampai ke sepuluh terhitung hari pertama haid, karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron sangat rendah dan jaringan kelenjar payudara saat itu tidak membengkak sehingga lebih mudah meraba adanya tumor ataupun kelainan pada payudara.

Berdasarkan data *Interational Agency for Research on Cancer (IARC)* diketahui bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus baru kanker dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia. Kanker payudara adalah

kanker paling umum kedua di dunia dan merupakan kanker yang paling sering diantara perempuan dengan perkiraan 1,67 juta kasus kanker baru yang didiagnosa pada tahun 2012 (25% dari semua kanker). Kasus kanker payudara lebih banyak terjadi di daerah kurang berkembang (883.000 kasus) dibandingkan dengan daerah yang lebih maju (794.000 kasus). Tingkat *Incidence Rate* bervariasi hampir empat kali lipat di seluruh wilayah dunia, mulai dari 27 kasus per 100.000 di Afrika Tengah dan Asia Timur sampai 92 kasus per 100.000 di Amerika Utara (Infodatin, 2016).

Secara nasional prevalensi penyakit kanker pada penduduk semua umur di Indonesia tahun 2013 sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang. Di Yogyakarta memiliki prevalensi tertinggi untuk penyakit kanker yaitu sebesar 4,1% sedangkan estimasi jumlah absolut untuk Nusa Tenggara Timur adalah 4.972 dengan prevalensi 1,0% (Infodatin, 2016).

Data penyakit Ca Mamae di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dari bulan Januari 2019 sampai bulan Juni 2019, jumlah pasien yang masuk dengan Ca Mamae sebanyak 106 orang dengan total pasien yang masuk di ruang Cempaka dari bulan Januari sampai Juni 2019 sebanyak 584 pasien (Register Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2019).

Beberapa upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan Ca Mamae diantaranya penanganan kuratif dengan pembedahan secara mastektomi parsial, mastektomi total, mastektomi radikal, tergantung dari luas, besar dan penyebaran kanker. Penanganan non pembedahan dengan penyinaran, kemoterapi dan terapi hormonal (Wijaya dan Putri, 2013).

Masalah keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan Ca Mamae yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agensi cedera fisik, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Cedera kimiawi kulit dan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis dan Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/radiasi), malnutrisi, prosedur invasif (Wijaya dan Putri, 2013).

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) di Ruang Cempaka di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu menggambarkan hasil Pengkajian Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Mampu mengidentifikasi Diagnosa keperawatan Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mampu mengidentifikasi Intervensi keperawatan Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Mampu mengidentifikasi Implementasi keperawatan Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mampu mengidentifikasi Evaluasi keperawatan Pada Nn. H. A. A dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan Ca Mamae.

2. Bagi Institusi

Sebagai acuan dalam kegiatan proses belajar tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Ca Mamae.

3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Ca Mamae.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Ca Mamae

2.2.1 Pengertian Ca Mamae

Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita. Penyakit ini disebabkan karena terjadinya pembelahan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker) (Wijaya dan Putri, 2013).

Ca mamae adalah suatu penyakit seluler yang dapat timbul dari jaringan payudara dengan manifestasi yang mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturasi sel (Menurut Brunner dan Suddarth dalam Wijaya dan Putri, 2013).

2.2.2 Etiologi Ca Mamae

Menurut Arif Mansjoer (2002) dalam Wijaya dan Putri (2013) penyebab dari Ca. Mamae bisa terjadi karena perubahan genetik termasuk perubahan atau mutasi gen hormonal dan pengaruh protein baik yang menekan atau meningkatkan perkembangan kanker payudara. Faktor resiko meliputi:

1. Wanita resiko tinggi daripada pria.
2. Pernah menderita kanker payudara.

Wanita yang pernah menderita kanker in situ atau kanker invasif memiliki risiko tertinggi menderita kanker payudara. Setelah payudara yang terkena diangkat.

3. Usia: resiko tertinggi pada usia diatas 30 tahun.

Sekitar 60% kanker payudara terjadi pada usia diatas 60 tahun. Resiko terbesar ditemukan pada wanita berusia diatas 75 tahun.

4. Riwayat keluarga: ada riwayat keluarga Ca mamae pada ibu/ saudara perempuan.

Resikonya meningkat 2x lipat. Jika ibunya terkena kanker sebelum berusia 60 tahun. Resiko meningkat 4-6x. Jika kanker payudara terjadi pada dua orang saudara langsung.

5. Riwayat menstruasi *Early menarche* (sebelum 12 tahun) dan *Late menarche* (setelah 50 tahun).

Resiko meningkat pada wanita yang mengalami menarche sebelum 12 tahun. Demikian pulalahnya dengan menopause ataupun kehamilan pertama. Semakin lambat menopause dan kehamilan pertama, semakin besar resiko menderita kanker payudara.

6. Obesitas pasca menopause.

Berbagai penelitian menyebutkan obesitas sebagai faktor resiko kanker payudara kemungkinan karena tingginya kadar estrogen pada wanita yang obes.

7. Riwayat reproduksi: melahirkan anak pertama diatas 30 tahun, menggunakan obat kontrasepsi oral yang lama, penggunaan therapy estrogen.

Faktor hormonal yang juga penting karena hormon memicu pertumbuhan sel. Kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif wanita, terutama jika tidak diselingi oleh perubahan hormonal karena kehamilan, tampaknya meningkatkan peluang tumbuhnya sel-sel yang secara genetik telah mengalami kerusakan dan menyebabkan kanker.

8. Gaya hidup: diet tinggi lemak, mengkonsumsi alkohol (minum 2x sehari), obesitas, status sosial ekonomi tinggi, merokok.

9. Faktor genetik

Telah ditemukan 2 varian gen yang tampak berperan dalam terjadinya kanker payudara, yaitu BRCA1 dan BRCA2. Jika seseorang wanita memiliki salah satu dari gen tersebut, maka kemungkinan menderita kanker payudara sangat besar. Gen lain yang berperan adalah p53, BARD1, BRCA3 dan Noey2.

2.2.3 Patofisiologi Ca Mamae

Bukti yang terus bermunculan menunjukkan bahwa adanya perubahan genetik berkaitan dengan kanker payudara namun apa yang menyebabkan genetik masih belum diketahui. Meskipun belum ada penyebab spesifik kanker payudara yang diketahui namun bisa diidentifikasi melalui beberapa faktor resiko, faktor ini penting dalam membantu mengembangkan program pencegahan. Hal yang selalu harus di ingat adalah bahwa 60% yang didiagnosa kanker payudara tidak mempunyai faktor resiko yang teridentifikasi kecuali lingkungan hormonal mereka, di masa kehidupan wanita dianggap beresiko untuk mengalami kanker payudara namun mengidentifikasi wanita yang mungkin diuntungkan dari kelangsungan hidup yang harus meningkat dan pengobatan dini.

Untuk dapat menegakkan diagnosa kanker dengan baik, terutama untuk melakukan pengobatan yang tepat, diperlukan pengetahuan tentang proses terjadinya kanker dan perubahan strukturnya. Tumor/ neoplasma merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri: proliferasi yang berlebihan dan tak berguna, yang tak mengikuti pengaruh jaringan sekitarnya. Proliferasi abnormal sel kanker akan mengganggu fungsi jaringan normal dengan meninfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut telah terjadi perubahan secara biokomiawi terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel yang mengalami transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel ganas diantara sel normal.

Proses jangka panjang terjadinya kanker ada 4 fase yaitu:

1. Fase induksi 15-30 tahun

Kontak dengan bahan karsinogen membutuhkan waktu bertahun-tahun sampai dapat merubah jaringan displasia menjadi tumor ganas.

2. Fase insitu 5-10 tahun

Terjadi perubahan jaringan menjadi lesi "*pre cancerous*" yang bisa ditemukan di serviks uteri, rongga mulut, paru, saluran cerna, kulit dan akhirnya juga di payudara.

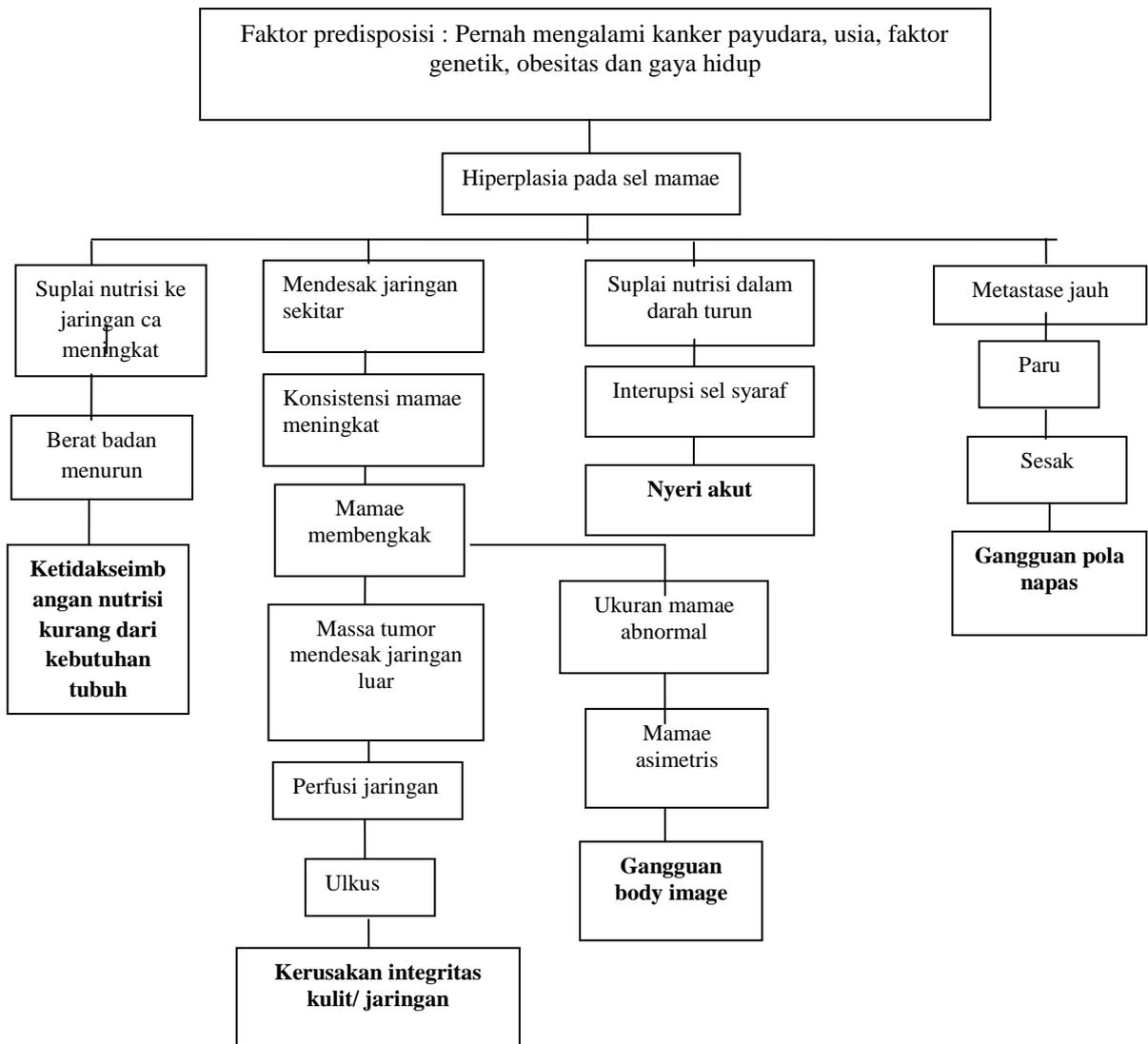
3. Fase invasi 1-5 tahun

Sel menjadi ganas, berkembang biak dan menginfiltrasi melalui membran sel ke jaringan sekitarnya dan ke pembuluh darah serta limfe.

4. Fase desiminasi 1-5 tahun

Terjadi penyebaran ke tempat lain.

2.2.4 Pathway Ca Mamae



Sumber: Wijaya & Putri (2013).

2.2.5 Manifestasi Klinis

Wijaya dan Putri (2013) menyatakan bahwa gejala awal berupa sebuah benjolan yang biasanya dirasakan berbeda dari jaringan payudara di sekitarnya, tidak menimbulkan nyeri dan biasanya memiliki pinggirannya yang tidak teratur. Fase awal (asimtomatik), pada stadium awal jika didorong oleh jari tangan, benjolan bisa digerakkan dengan mudah di bawah kulit. Tanda dan gejala umum yaitu benjolan/ penebalan pada payudara. Tanda dan gejala lanjut diantaranya kulit cekung, retraksi/deviasi puting susu, nyeri tekan, kulit tebal dan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk, ulserasi pada payudara. Tanda metastase diantaranya: nyeri pada bahu, pinggang, punggung bawah, batuk menetap, anoreksia, BB menurun, Gangguan pencernaan, pandangan kabur dan sakit kepala.

Pada stadium lanjut, benjolan biasanya melekat pada dinding dada atau kulit disekitarnya. Pada kanker stadium lanjut, bisa terbentuk benjolan yang membengkak atau borok di kulit payudara. Kadang kulit di atas benjolan mengkerut dan tampak seperti kulit jeruk. Penemuan dini kanker payudara masih sulit ditemukan, kebanyakan ditemukan jika sudah teraba oleh pasien. Tanda-tandanya adalah:

1. Terdapat massa utuh, kenyal, biasa di kuadran atas bagian dalam, dibawah ketiak bentuknya tak beraturan dan terfiksasi.
2. Nyeri di daerah massa.
3. Adanya lekukan ke dalam, tarikan dan retraksi pada area mammae.
4. Edema dengan “*peant d' orange*” (keriput seperti kulit jeruk).
5. Pengelupasan papila mammae
6. Adanya kerusakan dan retraksi pada area puting, keluar cairan spontan, kadang disertai darah.
7. Ditemukan lesi pada pemeriksaan mamografi.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium meliputi:

- a. Morfologi sel darah
- b. LED
- c. Test fal marker dalam serum/ plasma
- d. Pemeriksaan sitologis

2. Monografi

Menemukan kanker insito yang kecil yang tidak dapat dideteksi dengan pemeriksaan fisik.

3. Biopsi

Untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan. Biopsi ada 2 macam tindakan menggunakan jarum dan 2 macam tindakan pembedahan. Aspirasi biopsy: dengan aspirasi jarum halus, sifat massa dibedakan antar kistik atau padat, Tirue cut/ *care biopsy*: dilakukan dengan perlengkapan stereotactic biopsy mamografi untuk memandu jarum pada massa, Incisi biopsy dan Eksisi biopsy: hasil biopsy dapat digunakan selama 36 jam untuk dilakukan pemeriksaan histologi secara froxen section.

4. USG

USG digunakan untuk membedakan kista (kantung berisi cairan) dengan benjolan padat.

5. Mammografi

Pada mammografi digunakan sinar X dosis rendah untuk menemukan daerah yang abnormal pada payudara. Para ahli menganjurkan kepada setiap wanita yang berusia diatas 40 tahun untuk melakukan mammografi secara rutin setiap 1-2 tahun dan pada usia 50 tahun keatas. Mammografi dilakukan sekali/tahun.

6. Termografi

Pada termofografi digunakan suhu untuk menemukan kelainan pada payudara.

7. Staging (penentuan stadium kanker)

Penentuan stadium kanker penting sebagai panduan pengobatan, follow-up dan menentukan prognosis. Staging kanker payudara:

- a. Stadium 0: kanker in situ dimana sel-sel kanker berada pada tempatnya di dalam jaringan payudara yang normal.
- b. Stadium 1: tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm dan belum menyebar keluar payudara.
- c. Stadium IIA: tumor dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang dari 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- d. Stadium IIB: tumor dengan garis tengah kurang lebih besar dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah 2-5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- e. 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 dinding dada dan tulang dada.
- f. Stadium IV: tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada, misalnya ke hati, tulang atau paru-paru.

8. SADARI

Jika sadari dilakukan secara rutin, seorang wanita akan dapat menemukan benjolan pada stadium dini. Sebaiknya sadari dilakukan pada waktu yang sama setiap bulan. Bagi wanita yang masih mengalami menstruasi, waktu yang paling tepat untuk melakukan Sadari adalah 7-10 hari sesudah hari pertama menstruasi. Bagi wanita pasca menopause, SADARI bisa dilakukan kapan saja, tetapi secara rutin dilakukan setiap bulan misalnya setiap awal bulan.

Berikut ini adalah langkah-langkah melakukan sadari:

1. Berdiri di depan cermin, perhatikan payudara. Dalam keadaan normal, ukuran payudara kiri dan kanan sedikit berbeda. Perhatikan

perubahan perbedaan ukuran antara payudara kiri dan kanan dan perubahan pada puting susu (misalnya tertarik ke dalam) atau keluarnya cairan dari puting susu. Perhatikan apakah kulit pada puting susu berkerut.

2. Masih berdiri di depan cermin, kedua telapak tangan diletakkan di belakang kepala dan kedua tangan ditarik ke belakang. Dengan posisi seperti ini maka akan lebih mudah untuk menemukan perubahan kecil akibat kanker. Perhatikan perubahan bentuk dan kontur payudara, terutama pada payudara bagian bawah.
3. Kedua tangan diletakkan di pinggang dan badan agak condong ke arah cermin, tekan bahu dan sikut ke arah depan. Perhatikan perubahan ukuran dan kontur payudara.
4. Angkat lengan kiri. Dengan menggunakan 3 atau 4 jari tangan kanan, telusuri payudara kiri. Gerakkan jari-jari tangan secara memutar (membentuk lingkaran kecil) di sekeliling payudara, mulai dari tepi luar payudara lalu bergerak ke arah dalam sampai ke puting susu. Tekan secara perlahan, rasakan setiap benjolan atau masa dibawah kulit. lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan cara mengangkat lengan kanan dan memeriksanya dengan tangan kiri. Perhatikan juga daerah antara kedua payudara dan ketiak.
5. Tekan puting susu secara perlahan dan perhatikan apakah keluar cairan dari puting susu. Lakukan hal ini secara bergantian pada payudara kiri dan kanan.
6. Berbaring terlentang dengan bantal yang diletakkan di bawah bahu kiri dan lengan kiri ditarik ke atas. Telusuri payudara kiri dengan menggunakan jari-jari tangan kanan. Dengan posisi seperti ini, payudara akan mendatar dan memudahkan pemeriksaan. Lakukan hal yang sama terhadap payudara kanan dengan meletakkan bantal di bawah bahu kanan dan mengangkat lengan kanan, dan penelusuran payudara dilakukan oleh jari-jari tangan kiri.

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Wijaya dan Putri (2013) Ada 2 macam yaitu kuratif (pembedahan) dan paliatif (non pembedahan). Penanganan kuratif dengan pembedahan secara mastektomi parsial, mastektomi total, mastektomi radikal, tergantung dari luas, besar dan penyebaran kanker. Penanganan non pembedahan dengan penyinaran, kemoterapi dan terapi hormonal.

1. Terapi kuratif

a. Untuk kanker mamma stadium 0, I, II, III

- 1) Terapi utama adalah mastektomi radikal modifikasi, alternatif tomoorektomi + diseksi aksila
- 2) Terapi ajuvan
 - a) Radioterapi paska bedah 4000-6000 rads.
 - b) Kemoterapi untuk pra menopause dengan CMF (Cyclophosphamide 100 mg/m² dd po hari ke 1-14, methotrexate 40 mg/m² IV hari ke 1 siklus diulangi tiap 4 minggu dan flouroracil 600 mg/m² IV hari ke 1 atau CAP dan flouroracil 500 mg/m² IV hari ke 1 dan 8 untuk 6 siklus).
 - c) Hormon terapi untuk pasca menopause dengan tamoksifen untuk 1-2 tahun.

2. Terapi paliatif

Untuk kanker mamma stadium IIIB dan IV:

a. Terapi utama

- 1) Pra menopause, bilateral ovariedektomi
- 2) Pasca menopause: 1) hormon reseptor positif (tamoksifen) dan 2) hormon reseptor negative (kemoterapi dengan CMF atau CAF).

b. Terapi ajuvan

- 1) Operable (mastektomi simple)
- 2) Inoperable (radioterapi)

Kanker mammae inoperative:

- a) Tumor melekat pada dinding thoraks
- b) Udema lengan.
- c) Nodul satelit yang luas
- d) Mastitis karsionamtosa.

3. Terapi komplikasi

- a. Patah, reposisi-fiksasi-imobilisasi dan radioterapi pada tempat patah.
- b. Udema lengan: 1) diuretik, 2) pneumatic sleeve, 3) operasi transposisi omentum atau kondoleon.
- c. Borok, perawatan borok.

4. Terapi sekunder

Kemoterapi dan obat penghambat hormon seringkali diberikan segera setelah pembedahan dan dilanjutkan selama beberapa bulan atau tahun. Pengobatan ini menunda kembalinya kanker dan memperpanjang angka hidup penderita. Pemberian beberapa jenis kemoterapi lebih efektif dibandingkan dengan kemoterapi tunggal.

5. Mastektomi

- 1) Mastektomi simplek: seluruh jaringan payudara diangkat tetapi otot dibawah payudara dibiarkan utuh dan disisakan kulit yang cukup untuk menutup luka bekas operasi.
- 2) Mastektomi simplek ditambah diseksi kelenjar getah bening atau modifikasi mastektomi radikal: seluruh jaringan payudara diangkat dengan menyisakan otot dan kulit, disertai pengangkatan kelenjar getah bening ketiak.
- 3) Mastektomi radikal: seluruh payudara, otot dada dan jaringan lainnya diangkat.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ca Mamae

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

2. Keluhan utama

Ada benjolan pada payudara, terasa nyeri dan keluhan lain serta sejak kapan mulai timbul keluhan, adanya riwayat penyakit, pengobatan yang telah dilakukan, faktor etiologi/ risiko.

3. Konsep diri mengalami perubahan pada sebagian besar klien dengan kanker mamae.

4. Pemeriksaan klinis: Mencari benjolan sekitar payudara yang dipengaruhi oleh faktor hormon antara lain estrogen dan progesteron, maka sebaiknya pemeriksaan ini dilakukan setelah menstruasi 1 minggu dari jari akhir menstruasi. Klien duduk dengan lengan jatuh ke samping, pemeriksa berdiri di depan dalam posisi yang lebih kurang sama tinggi.

5. Inspeksi

Kesimetrisan payudara kiri dan kanan, kelainan papila, letak dan bentuk, tanda radang, adakah puting susu, kelainan kulit, dimpling, dan ulserasi. Inspeksi ini juga dilakukan dalam keadaan kedua lengan diangkat ke atas untuk melihat apakah ada bayangan tumor dibawah kulit yang ikut bergerak atau adakah bagian yang tertinggal, dimpling dan lain-lain.

6. Palpasi

Klien berbaring dan usahakan agar payudara tersebar rata atas lapangan dada, jika perlu punggung dikanjal dengan bantal kecil, palpasi adanya konsistensi, lokasi, infiltrasi, besar, batas dan operabilitas, pembesaran kelenjar getah bening (kelenjar aksila).

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan radiologis yang meliputi: mamografi, foto thoraks. Pemeriksaan laboratorium meliputi: urine, darah lengkap, CEA, MCA, AFP, gula darah puasa, LDH. Pemeriksaan sitologis meliputi: FNA dari tumor, cairan kista dan pleura effusion, secret puting susu, pemeriksaan

sitologis/ patologis meliputi durante operasi vries coupe dan pasca operasi dari spesimen operasi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Ca Mamae menurut Wijaya dan Putri (2013) adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/ kerusakan jaringan saraf, infiltrasi sistem suplai saraf, obstruksi jalur saraf, inflamasi) efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri dan kelemahan.
2. Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekuensi kemoterapi, radiasi, pembedahan, ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, kehilangan selera makan, berat badan menurun, penurunan masa otot dan lemak subkutan, konstipasi.
3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/ radiasi), malnutrisi, prosedur invasif.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi dan kemoterapi, defisit imunologis, penurunan intake nutrisi dan anemia.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat pada diagnosa keperawatan pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/ kerusakan jaringan saraf, infiltrasi sistem suplai saraf, obstruksi jalur saraf, inflamasi) efek samping terapi kanker ditandai dengan klien mengatakan nyeri, klien sulit tidur, tidak mampu memusatkan perhatian, ekspresi nyeri dan kelemahan. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau dapat teratasi. Kriteria hasil: Klien mampu mengontrol nyeri melalui aktifitas, melaporkan nyeri

yang dialami, mendemonstrasikan teknik relaksasi dan pengalihan rasa nyeri melalui aktifitas yang mungkin. Intervensi: 1) Tentukan riwayat nyeri, lokasi, durasi dan intensitas, 2) Evaluasi terapi: pembedahan, radiasi, kemoterapi, bioterapi, ajarkan klien dan keluarga tentang cara menghadapinya, 3) Berikan pengalihan seperti reposisi dan aktivitas menyenangkan seperti mendengarkan musik atau nonton TV, 4) Mengajarkan teknik penanganan stres (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan), gembira dan berikan sentuhan terapeutik, 5) Berikan angetik sesuai indikasi.

Intervensi yang dibuat pada diagnosa keperawatan kedua yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekuensi kemoterapi, radiasi, pembedahan, ditandai dengan klien mengatakan intake tidak adekuat, kehilangan selera makan, berat badan menurun, penurunan masa otot dan lemak subkutan, konstipasi. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi atau adekuat. Kriteria hasil: Klien menunjukkan berat badan yang stabil, hasil lab normal, dan tidak ada tanda malnutrisi, berpartisipasi dalam penatalaksanaan diet yang berhubungan dengan penyakitnya. Intervensi: 1) Monitor intake makanan setiap hari apakah klien makan sesuai dengan kebutuhannya, 2) Timbang dan ukur berat badan, ukuran triceps serta amati penurunan berat badan, 3) Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dengan intake cairan yang adekuat, anjurkan pula makanan kecil untuk klien, 4) Ciptakan suasana makan yang menyenangkan misalnya makan bersama teman atau keluarga, 5) Kontrol faktor lingkungan seperti bau busuk atau bising. Hindarkan makanan yang terlalu manis, berlemak dan pedas.

Intervensi yang dibuat pada diagnosa keperawatan ketiga Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/ radiasi), malnutrisi, prosedur invasif. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan

selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi, tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal. Intervensi: 1) Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. 2) Pengunjung juga diajarkan untuk melakukan hal yang sama untuk mencegah terjadinya infeksi silang, 3) Jaga personal hygiene klien dengan baik untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup, 4) Kaji semua sistem untuk mencegah/ mengurangi terjadinya risiko infeksi.

Intervensi yang dibuat pada diagnosa keperawatan ke-empat Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi dan kemoterapi, defisit imunologis, penurunan intake nutrisi dan anemia. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kerusakan integritas kulit dengan kriteria hasil klien dapat mengidentifikasi intervensi yang berhubungan dengan kondisi spesifik, berpartisipasi dalam pencegahan komplikasi dan percepatan penyembuhan dan integritas kulit baik. Intervensi: 1) Kaji integritas kulit untuk melihat adanya efek samping terapi kanker, 2) Amati penyembuhan luka untuk memberikan informasi untuk perencanaan asuhan keperawatan dan mengembangkan identifikasi awal terhadap perubahan integritas kulit, 3) Anjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang merasa gatal untuk menghindari perlukaan yang dapat menimbulkan infeksi, 4) Ubah posisi klien secara teratur untuk menghindari penekanan yang terus menerus pada suatu daerah tertentu.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri.
2. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien.

3. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi kerusakan kulit.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi pada diagnosa pertama adalah klien dapat terbebas dari nyeri dengan kriteria hasil: skala nyeri 2, pasien tidak meringis, pasien dapat beristirahat dengan baik, pasien dapat mengontrol nyeri.
2. Evaluasi pada diagnosa kedua adalah asupan nutrisi klien adekuat dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat, pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan.
3. Evaluasi pada diagnosa ketiga adalah klien dapat berpartisipasi dalam meminimalkan kerusakan kulit.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

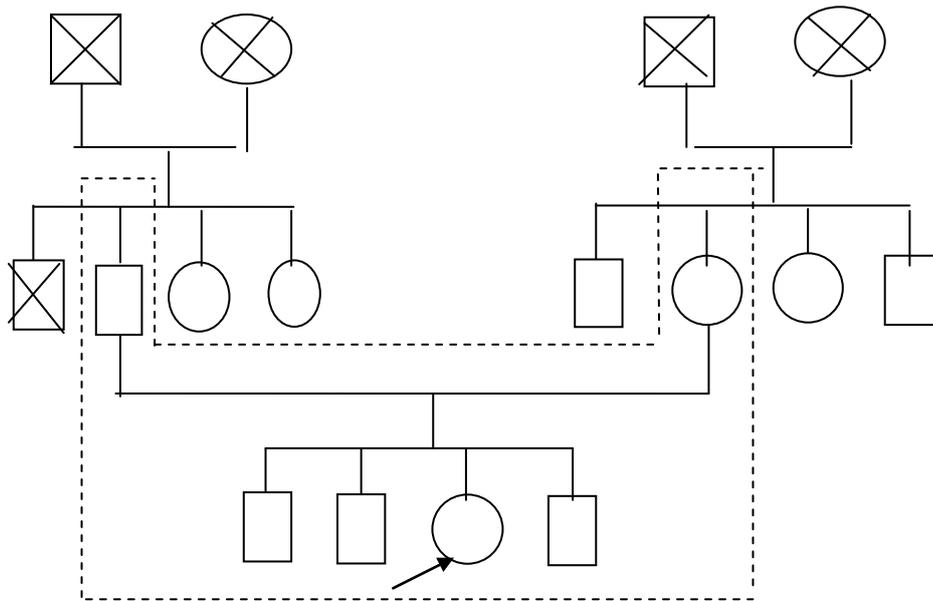
3.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada Nn. H. A. A dengan diagnosa medis Ca Mamae, di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dilakukan pada Senin, 14 Juli 2019 jam 18.15 Wita dengan keluhan utama pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada payudara bagian kiri. Data pengkajian yang didapatkan adalah: Identitas: Nn. H. A. A, Jenis kelamin perempuan, Lahir tanggal 03 Juli 1992, Umur 27 tahun, NMR 515262, Alamat Nagikeo, Bajawa, Pendidikan terakhir: SMP, Status: Belum menikah, Pekerjaan: Wiraswasta. Riwayat keluhan utama: Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 pukul 10.45 WITA dan diterima melalui UGD dengan keluhan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada payudara kiri. Keluhan yang dirasakan mulai muncul sejak 4 tahun yang lalu yang diawali dengan munculnya benjolan kecil pada payudara bagian kanan. Saat ini keluhan lain yang menyertai adalah pasien mengeluh perdarahan pada luka di payudara kiri. Pasien mengatakan biasanya tiba-tiba muncul pada saat pasien sedang beristirahat dan nyeri berkurang pada saat pasien duduk atau jika kepala sedikit ditinggikan. Nn. H. A. A mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien menggunakan obat tradisional untuk mempercepat penyembuhan luka.

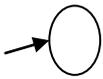
Riwayat penyakit sebelumnya, Nn. H. A. A mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, tidak pernah melakukan operasi, pasien tidak merokok dan minum alkohol, pasien mengatakan suka minum kopi dan dalam sehari frekuensi minum kopi 2x pada pagi atau sore hari. Saat ini pasien mendapat obat Asam Mafenamat 10 tablet dan diminum saat nyeri muncul, injeksi Dexametasone 1 ampul/IV, injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, injeksi Kalnex 3x500 mg/IV dan IVFD Nacl 9% /12 jam.

Riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan ayah pasien menderita penyakit hipertensi. Pasien juga mengatakan tidak ada keluarga yang sakit sama seperti Nn. H. A. A.

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :

- | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
|  | : Laki-laki meninggal |  | : Perempuan meninggal |
|  | : Laki-laki |  | : Perempuan |
|  | : Pasien |  | : Tinggal serumah |

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan, TD: 100/60 mmHg, RR: 20x/menit, N: 76x/menit, S: 36,7⁰C. Kepala dan leher: Bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, tidak ada lesi, tidak ada masa, observasi wajah simetris, konjungtiva anemis, sklera ikterik, tidak menggunakan kacamata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri pada mata saat dipalpasi, tidak pernah melakukan operasi pada mata, tidak mengalami gangguan pendengaran, tidak ada nyeri pada telinga saat dipalpasi, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada telinga diantaranya

Rhinitis, Polip, Sinusitis dan Epitaksis, gigi tampak bersih, tidak ada karies gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, pasien tidak mengalami gangguan pada saat berbicara, tidak ada nyeri saat menelan, tidak ada pembesaran pada kelenjar leher. Kardiovaskuler: Tidak ada keluhan nyeri dada, kesadaran composmentis, GCS E4V5M5= 14, bentuk dada normal, bibir normal tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill time normal kembali kurang dari 3 detik, tidak terdapat udem pada kedua ekstremitas atas dan bawah, saat diauskultasi bunyi jantung 1 dan 2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti murmur. Respiratori: Tidak ada keluhan sesak napas, tidak ada jejas pada dada, terdapat luka pada payudara bagian kiri, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada massa, bunyi napas normal, tidak terdengar ronchi ataupun wheezing. Pencernaan: Saat ditanya pasien mengatakan tidak ada keluhan, turgor kulit kembali cepat, keadaan bibir lembab, tidak ada luka pada mulut, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mulut, keadaan gusi normal, tidak ada luka pada abdomen, tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada luka pada rektal, pasien tidak mengalami hemoroid ataupun perdarahan, bising usus 16x/menit, saat diperkusi tidak ada cairan, tidak ada udara dan tidak ada masa pada abdomen, tidak ada nyeri pada abdomen saat dipalpasi. Persarafan: Kesadaran composmentis, GCS E4V5M5= 14, pupil mengecil saat diberi cahaya, pasien tidak mengalami kejang, tidak mengalami kelumpuhan, refleks normal. Muskuloskeletal: Pasien mengatakan dapat melakukan aktifitas sendiri, tidak ada kelainan pada ekstremitas atas maupun bawah, tidak ada nyeri otot, tidak ada nyeri sendi, kekuatan otot

5	5
5	5

Integumen: Turgor kulit baik, terdapat luka pada payudara bagian kiri, tidak ada petekie. Perkemihan: Saat ini pasien tidak mengalami gangguan pada sistem perkemihan seperti kencing menetes, inkontinensia, poliuria, anuria, oliguria. Pasien tidak menggunakan kateter, kandung kencing tidak membesar, intake cairan 800 cc/hari, parenteral: terpasang infus Nacl 9% 500 cc dalam 12 jam. Reproduksi: Tidak ada keluhan, siklus menstruasi normal, terdapat luka pada payudara bagian kanan, tidak ada riwayat persalinan, tidak pernah melakukan abortus.

Pola kegiatan sehari-hari. Nutrisi: Saat ini pola makan pasien diatur dengan jadwal makan pagi jam 07.00, makan siang jam 12.00 dan makan malam jam 19.00, nafsu makan pasien menurun, makanan yang paling disukai oleh pasien adalah daging ayam, dalam sehari pasien biasanya minum air sebanyak 5-7 gelas, pasien mengatakan saat ini hanya menghabiskan setengah dari porsi makanan yang disediakan. Eliminasi: Pasien mengatakan BAK dalam sehari bisa 3-4x, berwarna kuning kecoklatan, tidak ada perubahan sebelum dan saat sakit, untuk kebiasaan BAB pasien mengatakan 1x dalam sehari dengan konsistensi normal. Olahraga/ aktivitas: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sangat suka bermain volly, kegiatan itu tidak dilakukan secara rutin biasanya hanya dilakukan pada saat ada perlombaan. Istirahat/ tidur: Saat sakit jam tidur pasien meningkat, waktu pasien lebih banyak digunakan untuk tidur dan istirahat, pasien mengatakan ada gangguan tidur, pasien sering terbangun karena nyeri pada payudara yang tiba-tiba muncul, pasien biasanya tidur malam jam 20.00 dan bangun jam 06.00, tidur siang jam 11.00 dan bangun jam 12.00.

Pola interaksi sosial, Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah ibu kandung, sebelum sakit pasien sering mengikuti kegiatan Karang taruna, pasien mengatakan jika ada masalah selalu dibicarakan dengan ibu, interaksi antara pasien dan keluarga baik.

Kegiatan keagamaan/ spiritual, Saat dikaji pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja pada hari minggu dan selalu terlibat dalam kegiatan pemuda di gereja.

Keadaan psikologis selama sakit, Pasien berharap segera sembuh agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pasien dapat berinteraksi dengan baik dan kooperatif terhadap setiap pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 jam 09:51 didapatkan hasil yaitu Hemoglobin 6,8 g/dL (L), trombosit 2,56 (L), hematokrit 20,0 % (L), MCV 78,1 fL (L), MCH 26,6 pg (L), RDW-CV 12,9 %, RDW-SD 37,2 fL, leukosit 10,26, eosinofil 0,0 % (L), basofil 0,0, neutrofil 60 %.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yang didapati yaitu:

DS: Pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada payudara bagian kiri yang muncul tiba-tiba pada saat tidur dan saat dibersihkan. DO: TTV TD 100/60 mmHg, Nadi 76x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7⁰C, terdapat luka pada payudara bagian kanan, skala nyeri 5 (nyeri sedang).

- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yang didapati yaitu:

DS: Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kiri dan sering keluar darah pada luka. DO: Terdapat luka pada payudara kiri, luka tampak dibalut dengan kasa.

- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yang didapati yaitu:

DS: Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang dan rasa tidak enak di mulut. DO: Pasien hanya dapat menghabiskan porsi makan ½ piring, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, Hemoglobin 6,8 g/dL (L), BB: 49 Kg, TB: 157 Cm, IMT: 19,9 (Underweight).

2. Diagnosa Keperawatan

Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data yaitu:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

- 1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agens cedera fisik.

NOC: Kontrol nyeri, Kode: 1605. Outcome untuk diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan pasien mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan indikator mengenal kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik. NIC: Manajemen nyeri, Kode: 1400. Intervensi: 1) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, 2) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, 3) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat, 4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti biofeedback,

relaksasi, bimbingan antisipatif, terapi musik, terapi aktivitas, aplikasi panas/ dingin dan pijatan), 5) Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, 6) Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan anestetik.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Cedera kimiawi kulit
NOC: Integritas jaringan: kulit & membran mukosa, Kode: 1101.
Outcome untuk diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kondisi luka pasien semakin bersih dan semakin membaik, dengan indikator: sensasi dan elastisitas tidak terganggu, status hidrasi membaik, wajah tampak segar dan rileks, tidak terjadi nekrosis, suhu tubuh normal. NIC: Pengecekan kulit, Kode: 3590, Intervensi: 1) Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema atau drainase, 2) Amati warna, kehangatan, bengkak, pulsasi, edema, 3) Monitor warna dan suhu kulit. Perawatan luka, Kode: 3660, Intervensi: 1) Angkat balutan dan plester perekat, 2) Oleskan salep yang sesuai dengan kulit/ lesi, 3) Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka, 4) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, 5) Instruksikan pasien untuk menghindari dari paparan kontaminan yang ada di lingkungan yang akan merusak dan menimbulkan iritasi (misalnya debu, asap, sabun, dan spray).
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis.
NOC: Nafsu makan, Kode: 1014, outcome adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan pasien meningkatkan status nutrisi dengan baik dengan indikator: status gizi kembali normal, asupan makanan dan cairan dalam batas normal, tidak terjadi penurunan BB. NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100. Intervensi: 1) Tentukan status gizi dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi, 2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai dan bebas

dari bau yang menyengat), 3) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, 4) Anjurkan pasien untuk duduk dalam posisi tegak di kursi jika memungkinkan, 5) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan BB.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 18 Mei 2019. Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik.

Implementasi pada hari pertama Senin, 15 Juli 2019, dilakukan implementasi pada semua diagnosa keperawatan yang diangkat. **Diagnosa 1:** Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00: Mengobservasi keadaan umum pasien dan mengukur tanda-tanda vital pasien, 2) Jam 09.00: Mengajarkan kepada pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri 3) Jam 12.20: Melayani injeksi Dexametason 1 ampul/IV, melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV. Untuk **diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, tindakan yang dilakukan yaitu : 1) Jam 10.00: mengkaji kondisi luka dan melakukan perawatan luka. Untuk **Diagnosa 3:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.40: Mengukur BB dan TB pasien, 2) Jam 12.00: Memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien.

Implementasi keperawatan hari ke-dua Selasa 16 Juli 2019, dilakukan implementasi untuk semua diagnosa keperawatan. Pada **diagnosa 1:** Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 07.40: Mengobservasi keadaan umum pasien dan mengkaji nyeri pasien, 2) Jam 08.40: Menganjurkan pasien untuk merubah posisi jika nyeri timbul, 3) Jam 11.00 Mengukur tanda-tanda vital pasien, 4) Jam 12.00: Melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi

Kalnex 3x500 mg/IV. Pada **diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 10.00: Mencuci tangan dan melakukan perawatan luka. Untuk **Diagnosa 3:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 11.40: Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00: Memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan pasien.

Pada hari ke-tiga Rabu, 17 Juli 2019, dilakukan implementasi untuk semua diagnosa keperawatan yang ditegakkan diantaranya nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Untuk **diagnosa 1:** Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 08.00: Mengkaji nyeri pasien, 2) Jam 11.20: Mengukur tanda-tanda vital pasien, 3) Jam 12.15: Melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV. Untuk **Diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, tindakan yang dilakukan adalah 1) Jam 09.00: Melakukan perawatan luka, 2) Jam 09.50: Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam jika nyeri timbul. Pada **Diagnosa 3:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, tindakan yang dilakukan yaitu: 1) Jam 11.00: Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, 2) Jam 12.00: Memberikan makan pada pasien dan menganjurkan pasien untuk makan makanan yang masih hangat, 3) Jam 12.20: Monitor porsi makan yang dihabiskan pasien.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 18 Juli 2019. Evaluasi keperawatan dilakukan setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi keperawatan pada hari pertama Senin, 15 Juli 2019 untuk **diagnosa 1:** Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di payudara kiri terutama saat bergerak dan tiba-tiba muncul saat beristirahat, O: TTV TD: 100/60 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 80 x/menit, RR: 21x/menit, pasien tidak sesak saat beraktivitas, skala nyeri 5 (nyeri sedang), terpasang infuse Nacl 9% 14 tpm, pasien dapat melakukan kembali teknik nafas dalam yang diajarkan, A: masalah belum teratasi, P: Intervensi no. 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, S: pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri, O: pasien tampak meringis saat luka dibersihkan, A: Masalah belum teratasi, P: intervensi no. 1-5 dilanjutkan. Untuk **diagnosa 3:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut saat makan, O: pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan, BB: 49 Kg, TB: 157 Cm, IMT: 19,9 (underweight), **A:** Masalah belum teratasi. P: Intervensi no. 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari ke-dua Selasa, 16 Juli 2019, **diagnosa 1:** Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri di payudara kiri terutama saat terlalu bergerak dan saat dibersihkan, O: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 37,2⁰C, N: 77 x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), terpasang infuse Nacl 9% 14 tpm, A: masalah teratasi sebagian, P: Intervensi no. 1,3,4 dan 6 dilanjutkan. Pada **Diagnosa 2:** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, S: pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri saat dibersihkan, O: pasien tampak meringis saat luka dibersihkan, luka tampak berdarah A: Masalah belum teratasi, P:

intervensi pengecekan kulit no. 1-3 dilanjutkan dan intervensi perawatan luka no. 1-5 dilanjutkan. Untuk **diagnosa 3**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut sudah hilang, O: pasien menghabiskan semua porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual, BB: 49 Kg, TB: 157 Cm, IMT: 19,9 (underweight), pasien masih tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi no. 1, 2, 4 dan 5 dilanjutkan.

Evaluasi keperawatan pada hari ke-tiga Rabu, 17 Juli 2019, **diagnosa 1**: Nyeri Akut berhubungan dengan agens cedera fisik, S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam di payudara kiri tetapi sudah agak berkurang tidak seperti awal masuk, O: TTV TD: 110/60 mmHg, S: 37,2⁰C, N: 77 x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), terpasang infuse Nacl 9% 14 tpm, A: masalah teratasi sebagian, P: Intervensi no. 1,3,4 dan 6 dilanjutkan. Pada **Diagnosa 2**: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit, S: pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam, O: pasien tampak meringis saat luka dibersihkan, luka tampak berdarah, A: Masalah belum teratasi, P: intervensi pengecekan kulit no. 1-3 dilanjutkan dan intervensi perawatan luka no. 1-5 dilanjutkan. Untuk **diagnosa 3**: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut sudah hilang, O: pasien menghabiskan semua porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual, BB: 49 Kg, TB: 157 Cm, IMT: 19,9 (underweight), pasien masih tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, hemoglobin g/dL, A: Masalah teratasi sebagian. P: Intervensi no. 1, 2, 4 dan 5 dilanjutkan.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Nn. H. A. A dengan Ca Mamae yang dilaksanakan di Ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 4 hari dari tanggal 15 Juli sampai 18 Juli 2019, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Wijaya dan Putri (2013) pasien dengan Ca mamae akan mengalami tanda dan gejala seperti benjolan yang biasanya dirasakan berbeda dari jaringan payudara di sekitarnya, tidak menimbulkan nyeri dan biasanya memiliki pinggiran yang tidak teratur. Tanda dan gejala lanjut diantaranya kulit cekung, retraksi/deviasi puting susu, nyeri tekan, kulit tebal dan pori-pori menonjol seperti kulit jeruk, ulserasi pada payudara. Tanda metastase diantaranya: nyeri pada bahu, pinggang, punggung bawah, batuk menetap, anoreksia, BB menurun, Gangguan pencernaan, pandangan kabur dan sakit kepala. Berdasarkan kasus nyata hampir semua tanda dan gejala seperti pada teori ditemukan pada Nn. H. A. A seperti adanya benjolan pada payudara yang awalnya tidak menimbulkan nyeri, anoreksia, BB menurun, sakit kepala, lama kelamaan nyeri mulai timbul pada saat ditekan, dan nyeri pada bahu. Maka menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Berdasarkan teori, keluhan utama pada pasien dengan Ca mamae yaitu ada benjolan pada payudara dan terasa nyeri, pada kasus Nn. H. A. A saat dilakukan pengkajian ditemukan adanya keluhan awalnya ada benjolan pada payudara dan terasa nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam, sehingga menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Nn H. A. A.

Berdasarkan teori, Ca mamae dapat disebabkan oleh riwayat pernah menderita penyakit kanker payudara dan terdapat riwayat keluarga yang menderita kanker payudara, sedangkan dari hasil pengkajian pada

Nn. H. A. A didapatkan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit sama seperti Nn. H. A. A sehingga menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata, karena saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan riwayat penyakit dahulu ataupun riwayat penyakit keluarga seperti yang disebutkan.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Wijaya dan Putri (2013) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Ca Mamae yaitu: 1) Nyeri akut berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/ kerusakan jaringan saraf, infiltrasi sistem suplai saraf, obstruksi jalur saraf, inflamasi) efek samping terapi kanker, 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolik yang berhubungan dengan kanker, konsekuensi kemoterapi, radiasi, pembedahan, 3) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh sekunder dan sistem imun (efek kemoterapi/ radiasi), malnutrisi, prosedur invasif, 4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek radiasi dan kemoterapi, defisit imunologis, penurunan intake nutrisi dan anemia. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Nn H. A. A. Karena semua diagnosa pada teori ditemukan pada kasus Nn. H. A. A.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik yaitu: 1) Tentukan riwayat nyeri, lokasi, durasi dan intensitas, 2) Evaluasi terapi: pembedahan, radiasi, kemoterapi, bioterapi, ajarkan klien dan keluarga tentang cara menghadapinya, 3) Berikan pengalihan seperti reposisi dan aktivitas menyenangkan seperti mendengarkan musik atau nonton TV, 4) Mengajarkan teknik penanganan stres (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan), gembira dan berikan sentuhan terapeutik, 5) Berikan analgetik sesuai indikasi. Berdasarkan kasus pada Nn. H. A. A, semua intervensi

pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik pada pasien Nn. H. A. A seperti mengkaji nyeri pasien, menganjurkan pasien untuk merubah posisi jika nyeri timbul, mengajarkan kepada pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit yaitu: 1) Kaji integritas kulit untuk melihat adanya efek samping terapi kanker, 2) Amati penyembuhan luka untuk memberikan informasi untuk perencanaan asuhan keperawatan dan mengembangkan identifikasi awal terhadap perubahan integritas kulit, 3) Anjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang merasa gatal untuk menghindari perlukaan yang dapat menimbulkan infeksi, 4) Ubah posisi klien secara teratur untuk menghindari penekanan yang terus menerus pada suatu daerah tertentu. Berdasarkan kasus pada Nn. H. A. A, semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit pada pasien Nn. H. A. A seperti mengkaji kondisi luka dan melakukan perawatan luka, Sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yaitu: 1) Monitor intake makanan setiap hari apakah klien makan sesuai dengan kebutuhannya, 2) Timbang dan ukur berat badan, ukuran triceps serta amati penurunan berat badan, 3) Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dengan intake cairan yang adekuat, anjurkan pula makanan kecil untuk klien, 4) Ciptakan suasana makan yang menyenangkan misalnya makan bersama teman atau

keluarga, 5) Kontrol faktor lingkungan seperti bau busuk atau bising. Hindarkan makanan yang terlalu manis, berlemak dan pedas. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis pada pasien Nn. H. A. A seperti mengukur BB dan TB pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan pasien.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 18 Juli 2019. Untuk diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengkaji nyeri pasien, menganjurkan pasien untuk merubah posisi jika nyeri timbul, mengajarkan kepada pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa kedua kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengkaji kondisi luka dan melakukan perawatan luka.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa ketiga ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat diantaranya mengukur BB dan TB pasien, menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan, memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan pasien.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Nn. H. A. A sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan, sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara kasus nyata dan teori. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik yaitu pasien masih merasakan nyeri pada payudara kiri seperti tertusuk-tusuk benda tajam yang muncul tiba-tiba saat pasien beristirahat dan pada saat dibersihkan, skala nyeri 4 (nyeri sedang), TD: /60 mmHg, S: 37,2⁰C, N: 77 x/menit, RR: 20x/menit. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit yaitu terdapat luka pada payudara kanan, tampak luka masih berdarah saat dibersihkan. Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yaitu pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut sudah hilang, pasien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan, pasien tidak mual, konjungtiva pucat, bibir pucat.

3.3 Keterbatas Studi Kasus

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, banyak kendala yang penulis temui diantaranya keterbatasan waktu dalam perawatan (3 hari perawatan) sehingga belum mengetahui secara optimal semua permasalahan keperawatan yang dialami pasien.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian fokus pada pasien dengan Ca Mamae ditemukan pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada payudara kiri, terdapat luka pada payudara kiri, konjungtiva anemis, telapak tangan pucat.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien yaitu: 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit dan 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien yaitu: lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan, timbang berat badan pasien dan monitor adanya mual dan muntah.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Nn. H. A. A diantaranya mengajarkan kepada pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri, monitor porsi makan yang dihabiskan pasien, monitor adanya mual, mengkaji kondisi luka dan melakukan perawatan luka.
5. Evaluasi keperawatan pada hari terakhir didapatkan pasien masih merasakan nyeri pada payudara kiri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada saat beristirahat atau saat dibersihkan, luka tampak berdarah, pasien menghabiskan semua porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual, pasien masih tampak pucat.

4.2 Saran

1. Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan di lapangan praktek sehingga dapat memperkaya wawasan berpikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca mammae.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca mammae.

3. Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ca mammae diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. 2016. *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia.
- Daniella Gale, Charette Jane. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Onkologi. Jakarta: EGC.
- Hasdianah, Supranto IS. 2016. Patologi Dan Patofisiologi Penyakit. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lemone P, Burke KM, Bauldoff G. 2016. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 3. Jakarta: EGC.
- Infodatin. 2016. Bulan Peduli Kanker Payudara. Jakarta Selatan.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 2016. *Nursing Outcomes Classification*. Edisi Kelima. Indonesia.
- Nugroho Taufan. 2010. Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedan Dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijaya AS, Putri YM. 2013. KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah. Cetakan pertama. Yogyakarta: Nuha medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan																	
	12	1	1	1	1	1	20	2	2	2	2	2	2	27	2	2	30	02
		5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6		8	9		
Pembekalan																		
Lapor diri di rumah sakit																		
Pengambilan kasus																		
Ujian praktek																		
Perawatan kasus																		
Penyusunan studi kasus dan konsultasi dengan pembimbing																		
Ujian sidang																		
Revisi hasil ujian sidang																		
Pengumpulan studi kasus																		

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : James Atapelang
Nim : PO530320118200

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. H. A. A
Ruangan/Kamar : Ruangan Cempaka
Diagnosa Medis : Ca Mamae
No.Medikal Record : 515262
Tanggal Pengkajian : 14 Juli 2019 Jam : 18.15
Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 Jam : 10.40
Identitas Penanggung
Nama : Tn. S Pekerjaan : Wiraswasta
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Hubungan dengan Klien : Suami
Alamat : Kuanino

Riwayat Kesehatan

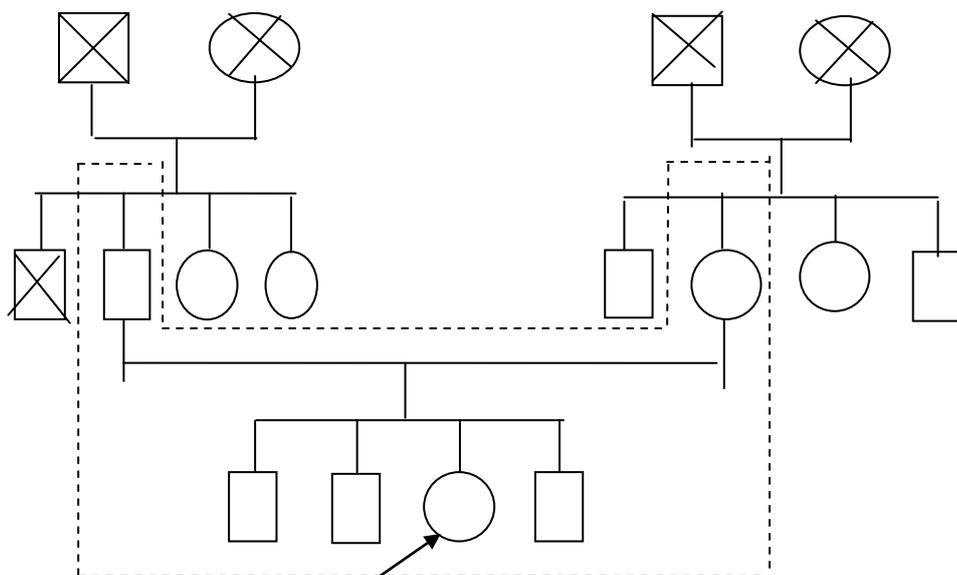
1. Keluhan Utama: Pasien mengeluh nyeri di payudara kiri.
 - Kapan : \pm 4 tahun yang lalu
 - Lokasi : Payudara kiri
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Kurang lebih 4 tahun lalu. Mulai muncul benjolan kecil pada payudara kiri.
 - Sifat keluhan : Nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam.
 - Lokasi : Payudara kiri.
 - Keluhan lain yang menyertai : Pasien mengeluh perdarahan pada luka di payudara kiri.
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan nyeri tiba-tiba muncul pada saat tidur.

- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Pasien mengatakan nyeri berkurang pada saat duduk atau jika kepala sedikit ditinggikan.
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Pasien menggunakan obat tradisional untuk mempercepat penyembuhan luka.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan tidak pernah masuk rumah sakit dan tidak pernah menderita penyakit Ca mammae sebelumnya. Pasien juga mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit Ca mammae.
 - Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi.
 - Riwayat operasi: Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya.
 - Kebiasaan merokok : Tidak pernah merokok.
 - Minum alkohol : Tidak pernah minum alkohol
 - Minum kopi : Pasien mengatakan suka minum kopi dan dalam sehari frekuensi minum kopi 2x pada pagi dan sore hari.
 - Minum obat-obatan :
Saat ini pasien mendoat obat Asam mafenammat 10 tablet, injeksi dexametasonone 1 ampul/Iv, injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, injeksi Kalnex 3x500 mg/IV dan IVFD Nacl 9% setiap 12 jam.

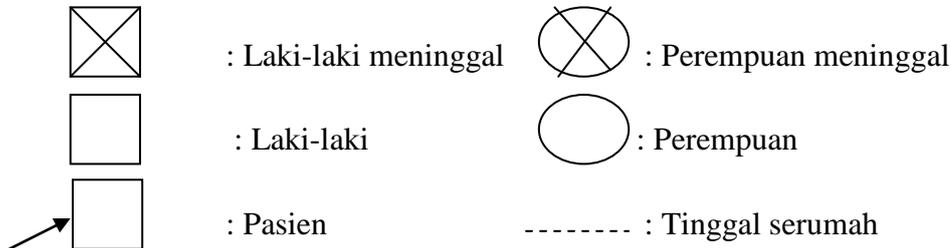
Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah: 100/60 mmHg, Nadi: 76x/menit

Pernapasan : 20x/menit, Suhu badan: 36,7⁰C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
Sakit kepala : Nn. H. A. A mengatakan pusing khususnya saat bangun tidur.

Bentuk , ukuran dan posisi:

normal abnormal, jelaskan :

Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**

Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

Penglihatan : Baik

Konjungtiva: Merah Muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**

Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Tidak ada keluhan

Peradangan : Tidak ada keluhan

Operasi :

Jenis : Tidak ada

Waktu : Tidak ada

Tempat : Tidak ada

Pendengaran:

Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**

Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**

Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Hidung:

Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**

Tenggorokan dan mulut:

Keadaan gigi : Bersih

Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**

Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**

Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**

Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**

Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

Sistem Kardiovaskuler:

Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**

Inspeksi :

Kesadaran/ GCS : Compos Mentis E:4,V:5,M:6

Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : **normal**

Bibir : sianosis **normal**

Kuku : sianosis **normal**

Capillary Refill : Abnormal **normal**

Tangan : Edema **normal**

Kaki : Edema **normal**

Sendi : Edema **normal**

Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba

Vena jugularis : Teraba tidak teraba

Perkusi : pembesaran jantung:

Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**

BJ II : Abnormal **normal**

Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**

Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) **tidak**

Irama Napas : **teratur** tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**

Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**

Perkusi : Cairan : Ya **tidak**

Udara : Ya **tidak**

Massa : Ya **tidak**

Auskultasi :

Inspirasi : **Normal** Abnormal

Ekspirasi : **Normal** Abnormal

Ronchi : Ya **tidak**

Wheezing : Ya **tidak**

Krepitasi : Ya **tidak**

Rales : Ya **tidak**

Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

Sistem Pencernaan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : **Normal**

Keadaan bibir : **lembab** kering

Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah Muda

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan **tidak**

Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**

Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan **tidak**

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal 16x/menit

Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E4/M6/V4) jumlah 14.

Pupil : **Isokor** anisokor

Kejang : Abnormal, Jelaskan normal

Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**

Reflexes : Abnormal, Jelaskan **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan

Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan **tidak ada**

Nyeri otot : ada **tidak ada**

Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**

kekuatan otot :

Atropi hipertropi **normal**

5	5
5	5

Sistem Integumen:

Rash : ada, Jelaskan tidak ada keluhan **tidak ada**

Lesi : ada, Jelaskan **tidak ada**

Turgor : Baik Warna : Sawo matang

Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

Petechie : ada, Jelaskan **Tidak ada**

Lain lain: Tidak ada

Sistem Perkemihan:

Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**
Kandung kencing : membesar ya **tidak**
Nyeri tekan ya **tidak**

Produksi urine :

Intake cairan : oral :. 1500 cc/hr
parenteral :

Bentuk alat kelamin : **Nomal** Tidak normal, sebutkan
Uretra : **Normal** Hipospadia/ Epispadia
Lain-lain : Tidak ada

Sistem Endokrin:

Keluhan : Tidak ada keluhan
Pembesaran Kelenjar : Tidak ada pembesaran kelenjar
Lain – lain : Tidak ada.

Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada
Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan
Keadaan payudara : **Abnormal**, Jelaskan normal
Riwayat Persalinan: Tidak ada
Abortus: Tidak ada
Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**
Lain-lain: Tidak ada
Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada

Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

Nutrisi:

Pola makan : Pasien mengatakan nafsu makan menurun
Frekuensi makan : 3x1/hari dengan porsi sedikit
Nafsu makan : Menurun
Makanan pantangan : Pasien mengatakan tidak ada pantangan.
Makanan yang disukai : Semua makanan.
Banyaknya minuman dalam sehari : 800 ml/hari
Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
BB : 52 Kg TB : 158 Cm
Kenaikan/Penurunan BB: -kg, dalam waktu: -
Perubahan selama sakit : Penurunan nafsu makan.

Eliminasi:

- Buang air kecil (BAK)
Frekuensi dalam sehari : 3-4x/hari Warna : Kuning kecoklatan
Bau : Khas Jumlah/ hari : 3-4x
Perubahan selama sakit : Tidak ada
- Buang air besar (BAB)
Kebiasaan : 1-2x/hari Frekuensi dalam sehari : 1x/hari
Warna :Kuning Bau : Khas
Konsistensi : Lembek

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Kegiatan olah raga yang disukai : Pasien mengatakan sangat suka bermain volly.

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 20.00

Bangun jam : 06.00

Tidur siang jam : 11.00

Bangun jam : 12.00

Apakah mudah terbangun : Tidak ada

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : Ibu kandung

Organisasi sosial yang diikuti : Pasien sering mengikuti kegiatan karang taruna.

Keadaan rumah dan lingkungan : Baik

Status rumah : Milik sendiri

Cukup / tidak : Cukup

Bising / tidak: Tidak

Banjir / tidak : Tidak

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Dibicarakan dengan ibu.

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Jika ada masalah selalu dibicarakan dengan orang-orang terdekat.

Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : Pasien mengatakan sebelum sakit selalu ke gereja pada hari minggu.

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Pasien mengatakan selalu terlibat dalam kegiatan pemuda di gereja.

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan berharap segera sembuh agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa.

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Yakin akan sembuh

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien kooperatif dalam setiap tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Data Laboratorium & Diagnostik:

- Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			14-07-2019				
1	Hemoglobin	13.0-18.0	6,8 g/dL				
2	Trombosit		2,56				
3.	Hematokrit	40.0-54.0	20,0%				
4.	MCV	81.0-96.0	78,1 fL				
5.	MCH	27.0-36.0	26,6 pg				
6.	RDW CV	11.0-16.0	12,9%				
7.	RDW SD	37-54	37,2 fL				
8.	Leukosit	4.50-12.50	10,26				
9.	Neutrofil	50-70	60%				

- Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
1	----						
2	-----						

Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tidak dilakukan pemeriksaan

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan: Tidak dilakukan

Obat Oral:

1. Asam Mafenamat 10 tablet
2. Injeksi Dexametasone 1 ampul/IV
3. Injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV
4. Injeksi Kalnex 3x500
5. IVFD Nacl 9% setiap 12 jam

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM/ MASALAH
1.	DS: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada payudara kiri yang muncul tiba-tiba pada saat tidur. DO: TTV TD: 100/60 mmHg, N: 76x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,7 ⁰ C, terdapat luka pada payudara bagian kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang).	Agens cedera fisik.	Nyeri akut
2.	DS: Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kiri dan sering keluar darah pada luka. DO: Terdapat luka pada payudara kiri, luka tampak dibalut dengan kasa.	Cedera kimiawi kulit	Kerusakan integritas kulit
3.	DS: Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang dan rasa tidak enak di mulut. DO: Pasien hanya dapat menghabiskan porsi makan ½ piring, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, hemoglobin 6,8 g/dL (L), BB: 49 kg, TB: 157 cm, IMT: 19,9 (underweight).	Faktor biologis	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

C. Intervensi keperawatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Goal dan Obyektif	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.	<p>NOC: Kontrol nyeri, Kode: 1605.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan kriteria hasil: megenal kapan terjadi nyeri, pengurangan nyeri tanpa analgetik.</p>	<p>NIC: Majemen nyeri, Kode: 1400</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. 2. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat. 3. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi musik, aplikasi panas/ dingin dan pijatan). 4. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik. 5. Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. 6. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan peresepan analgetik.
2.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan	<p>NOC: Integritas kulit: jaringan & membran mukosa, Kode: 1101.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24</p>	<p>NIC: Pengecekan kulit, Kode: 3590.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kulit dan selaput lendir terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ekstrim, edema atau drainase.

	<p>cedera kimiawi kulit.</p>	<p>jam, diharapkan kondisi luka pasien semakin bersih dan semakin membaik dengan kriteria hasil: sensasi dan elastisitas tidak terganggu, status hidrasi membaik, wajah tampak segar, dan rileks.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Oleskan salep yang sesuai dengan jenis luka. 3. Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka. 4. Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka. 5. Instruksikan pasien untuk menghindari dari paparan kontaminan yang ada di lingkungan yang akan merusak dan menimbulkan iritasi (misalnya debu, asap, sabun, spray).
3.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.</p>	<p>NOC: Nafsu makan, Kode: 1014. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan pasien meningkatkan status nutrisi dengan kriteria hasil: status gizi kembali normal, asupan makanan dan cairan dalam batas normal, tidak terjadi penurunan BB.</p>	<p>NIC: Manajemen nutrisi, Kode: 1100.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan status gizi dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi. 2. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makan (misalnya bersih, berventilasi, santai dan bebas dari bau yang menyengat). 3. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. 4. Anjurkan pasien untuk duduk dalam posisi tegak di kursi jika memungkinkan. 5. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

D. Implementasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1.	Senin 15-07-2019. Diagnosa 1	08.00	1. Mengobservasi keadaan umum pasien dan mengukur tanda-tanda vital.		
		09.00	2. Mengajarkan pasien teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri.		
		12.20	3. Melayani injeksi Dexametasone 1 ampul/IV, melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV.		
	Senin 15-07-2019. Diagnosa 2	10.00	1. Mengkaji kondisi luka dan melakukan perawatan luka.		
	Senin, 15-07-2019. Diagnosa 3	08.40	1. Mengukur BB dan TB pasien.		
		12.00	2. Memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan oleh pasien..		
2.	Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa 1	07.40	1. Mengobservasi keadaan umum pasien dan mengkaji nyeri pasien.		
		08.40	2. Menganjurkan pasien		

			untuk merubah posisi jika nyeri timbul.		
		11.00	3. Mengukur tanda-tanda vital pasien.		
		12.00	4. Melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV..		
	Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa 2	10.00	1. Mencuci tangan dan melakukan perawatan luka.		
	Selasa, 16 Juli 2019. Diagnosa 3	11.40	1. Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan.		
		12.00	2. Memberikan makan pada pasien dan monitor porsi makan yang dihabiskan pasien.		
3.	Rabu, 17-07-2019 Diagnosa 1	08.00	1. Mengkaji nyeri pasien		
		11.20	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
		12.15	3. Melayani injeksi Ceterolac 3x30 mg/IV, melayani injeksi Kalnex 3x500 mg/IV.		
	Rabu, 17-07-2017. Diagnosa 2	09.50	1. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik napas dalam jika nyeri timbul.		
	Rabu, 17-07-2019 Diagnosa 3	11.00	1. Menganjurkan pasien untuk menyikat gigi sebelum makan.		
		12.00	2. Memberikan makan pada pasien untuk menyikat gigi sebelum		

			makan.		
--	--	--	--------	--	--

E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Ttd perawat	Keterangan
1	Senin,16-07-2019	13.30	<p>S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di payudara kiri terutama saat bergerak dan tiba-tiba muncul saat beristirahat..</p> <p>O: TTV TD: 100/60 mmHg, S: 36,5⁰C, N: 80x/menit, RR: 21x/menit, pasien tidak sesak saat beraktivitas, skala nyeri 5 (nyeri sedang), terpasang infus Nacl 9% 14 tpm, pasien dapat melakukan kembali teknik napas dalam yang diajarkan..</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi 1-6 dilanjutkan.</p>		
	Senin, 16-07-2019 Diagnosa 2	12.40	<p>S: Pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri.</p> <p>O: Pasien tampak meringis saat luka dibersihkan.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>		
	Senin, 16 Juli 2019	13.40	<p>S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut saat</p>		

	Diagnosa 3		<p>makan.</p> <p>O: Pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan, BB 49 kg, TB: 157 cm, IMT: 19,9.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi no 1-5 dilanjutkan.</p>		
2.	Selasa, 17 juli 2019 Diagnosa 1	14.00	<p>S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di payudara kiri terutama saat terlalu bergerak dan saat dibersihkan.</p> <p>O: TTV TD: 100/70 mmHg, S: 37,2⁰C, N: 77x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), terpasang infus Nacl 9% 14 tpm.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi no. 1,3,4 dan 6 dilanjutkan.</p>		
	Selasa, 17 Juli 2019 Diagnosa 2	11.00	<p>S: Pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri saat dibersihkan.</p> <p>O: Pasien tampak meringis saat luka dibersihkan, luka tampak berdarah.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		
	Selasa, 17 Juli 2019 Diagnosa 3	13.20	<p>S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut sudah hilang.</p> <p>O: pasien menghabiskan semua porsi makanan yang</p>		

			<p>disediakan, pasien tidak mual, BB 49 kg, TB 157 cm, IMT 19,9, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		
3.	<p>Rabu, 17 Juli 2019.</p> <p>Diagnosa 1</p>	13.20	<p>S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam di payudara kiri tetapi sudah agak berkurang tidak seperti awal masuk.</p> <p>O: TTV TD 110/60 mmHg, S: 37,2⁰C, N: 77x/menit, RR: 20x/menit, skala nyeri 4 (nyeri sedang), terpasang infus Nacl 9% 14 tpm.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		
	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 2</p>	11.00	<p>S: Pasien mengatakan luka di payudara kiri terasa nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam.</p> <p>O: Pasien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, luka tampak berdarah.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		
	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa 3</p>		<p>S: Pasien mengatakan rasa tidak enak di mulut sudah hilang.</p>		

			<p>O: Pasien menghabiskan semua porsi makanan yang disediakan, pasien tidak mual, BB 49 kg, TB 157 cm, IMT: 19,9, pasien masih tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		
--	--	--	--	--	--

Lampiran 3: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : JAMES ATAPELANG
NIM : PO. 530320118200
NAMA PEMBIMBING : MARIA SAMBRIONG, SST., MPH

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 12/07/2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 sampai Bab 4.	Revisi Bab 1, revisi judul karya tulis ilmiah, tambah angka kejadian Dispepsia Indonesia, NTT, RSUD, tambahkan pathway, buat pernyataan keaslian tulisan, lembar persetujuan, lembar pengesahan, biodata penulis, kata pengantar, abstrak, daftar isi, buat halaman dan siap PPT.	
2.	Sabtu, 13/7/2019	Konsultasi Judul, Bab 1 sampai Bab 4.	Siap diri untuk ujian sidang, belajar materi Ca Mamae, rapihkan penulisan KTI, ACC untuk ujian sidang.	

3.	Jumat, 26 Juli 2019	Konsultasi revisi setelah ujian sidang, konsultasi Bab 1 sampai Bab 4.	Perbaiki penulisan, lengkapi lampiran asuhan keperawatan dan lembar konsultasi, ACC dari pembimbing, segera konsul dengan penguji	
4.	Senin, 29 Juli 2019	Konsultasi dengan penguji dari Bab 1 sampai Bab 4.	Revisi Bab 4, buat kesimpulan lebih singkat, perbaiki penulisan saran, revisi penulisan keterbatasan studi kasus.	
5.	Selasa, 30 Juli 2019	Konsultasi revisi Bab 1 sampai Bab 4.	Perbaiki penulisan daftar pustaka, perbaiki penulisan buku register ruangan di Bab 1, ACC untuk dijilid.	