**KARYA TULIS AKHIR**

**STUDY KASUS**

**ASUHAN KEPERWATAN PADA NY . H DENGAN POST OP MASTEKTOMI CA MAMAE DI RUANGAN ASOKA RSUD PROF. DR.W. Z. JOHANNES KUPANG TAHUN 2020**

****

**OLEH**

**MARGARETHA R. KARLINDA TEGU**

**NIM : PO.530 321 119 681**

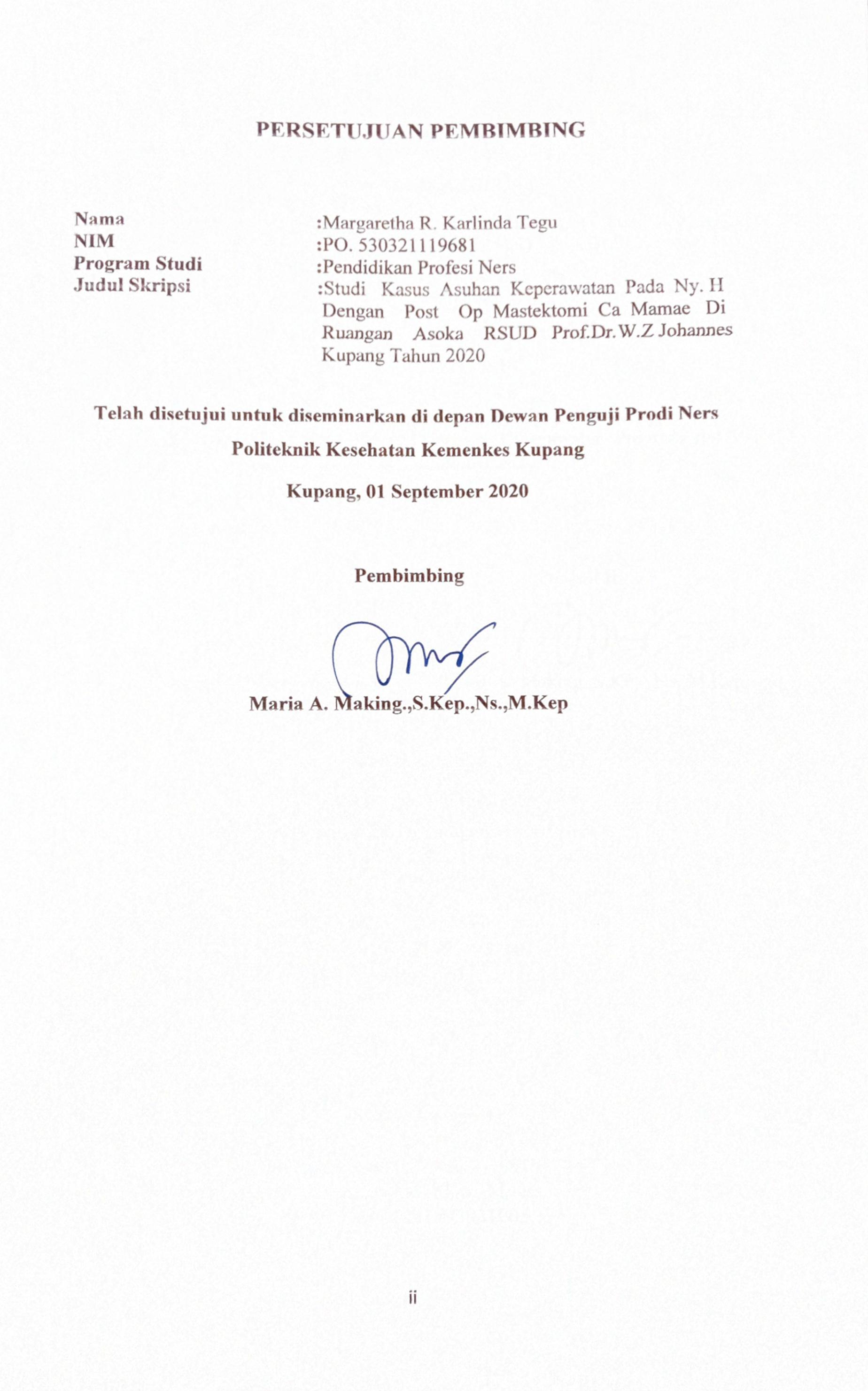
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

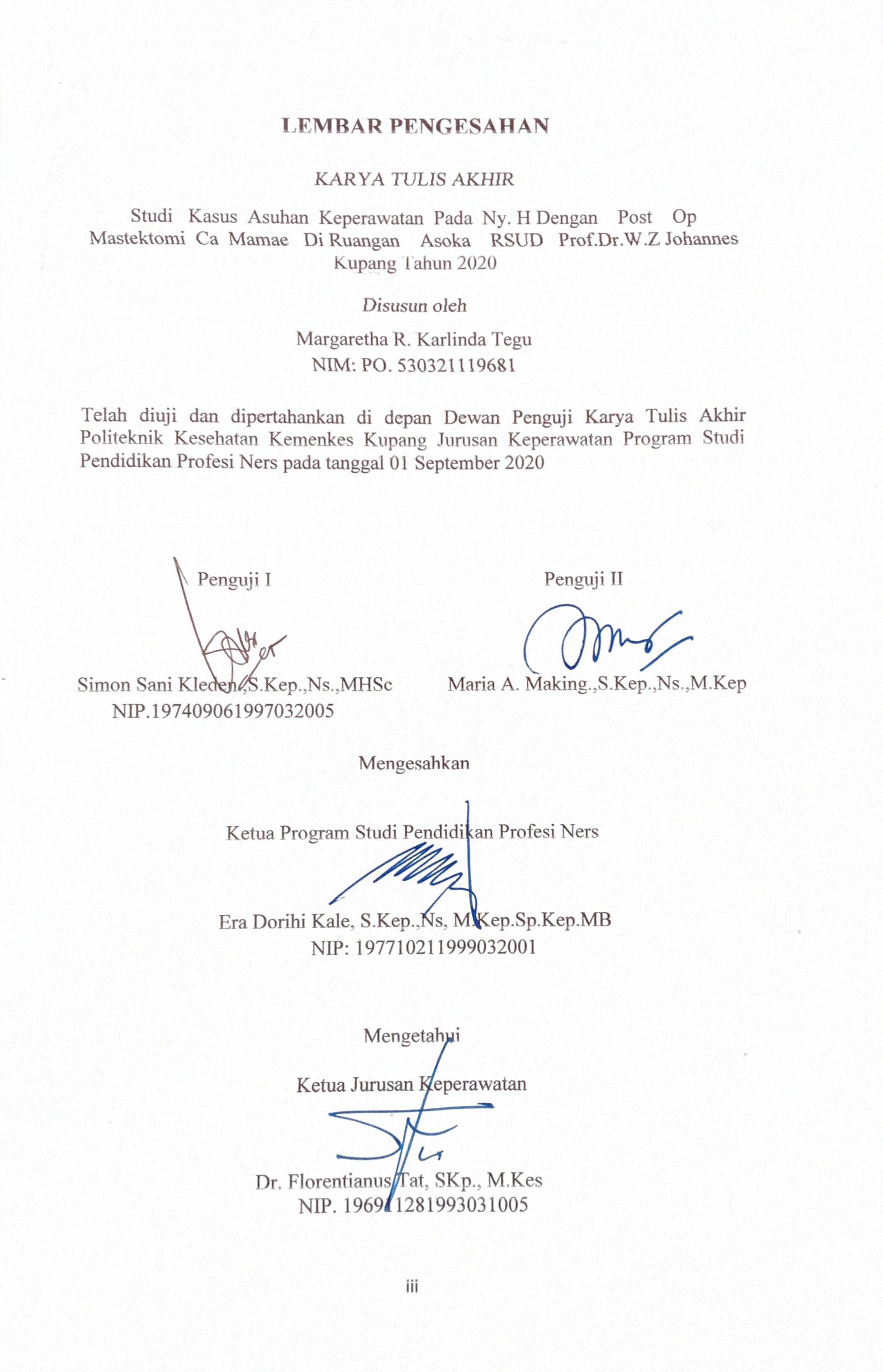
**JURUSAN KEPERAWATAN**

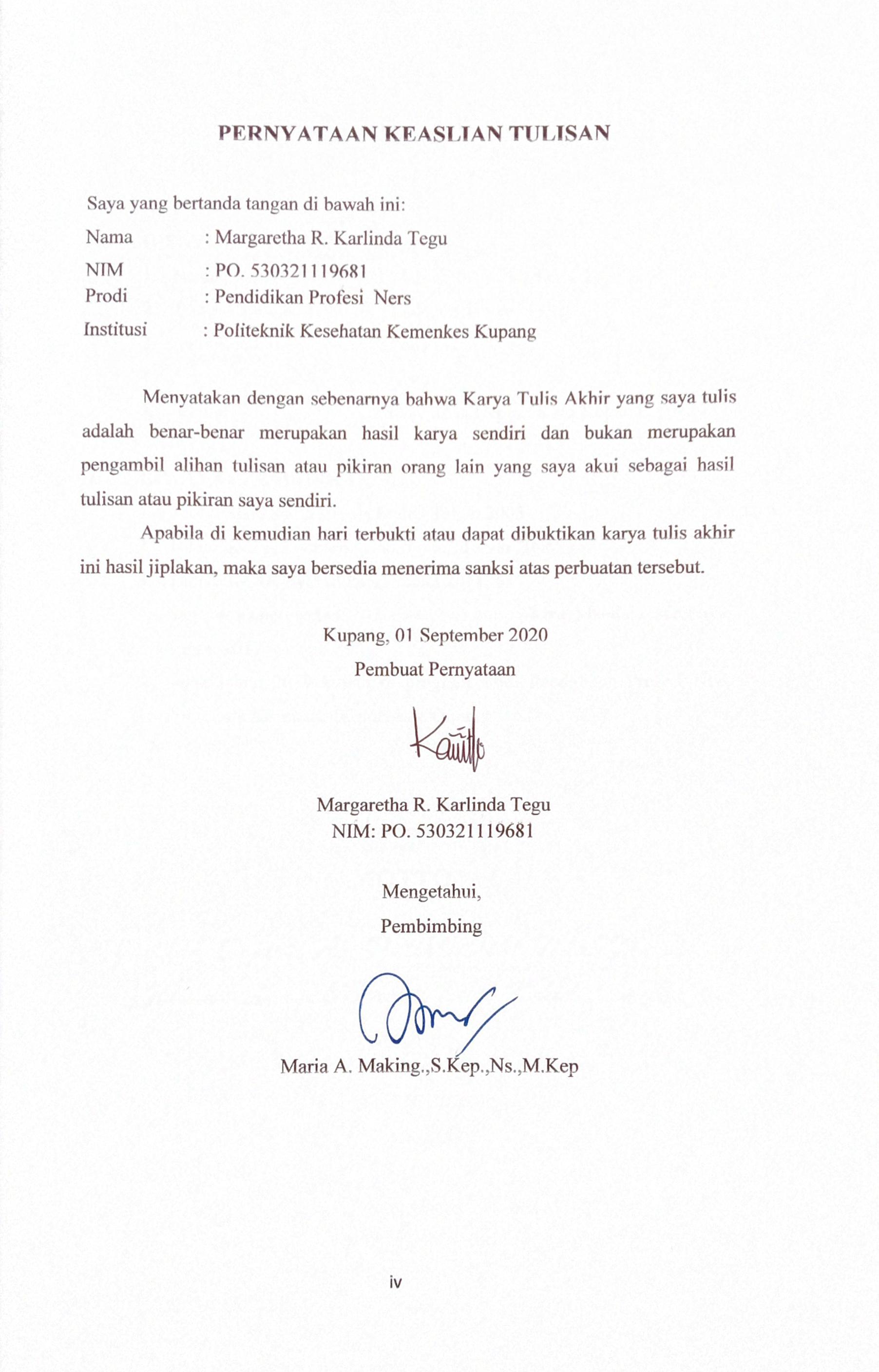
**POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

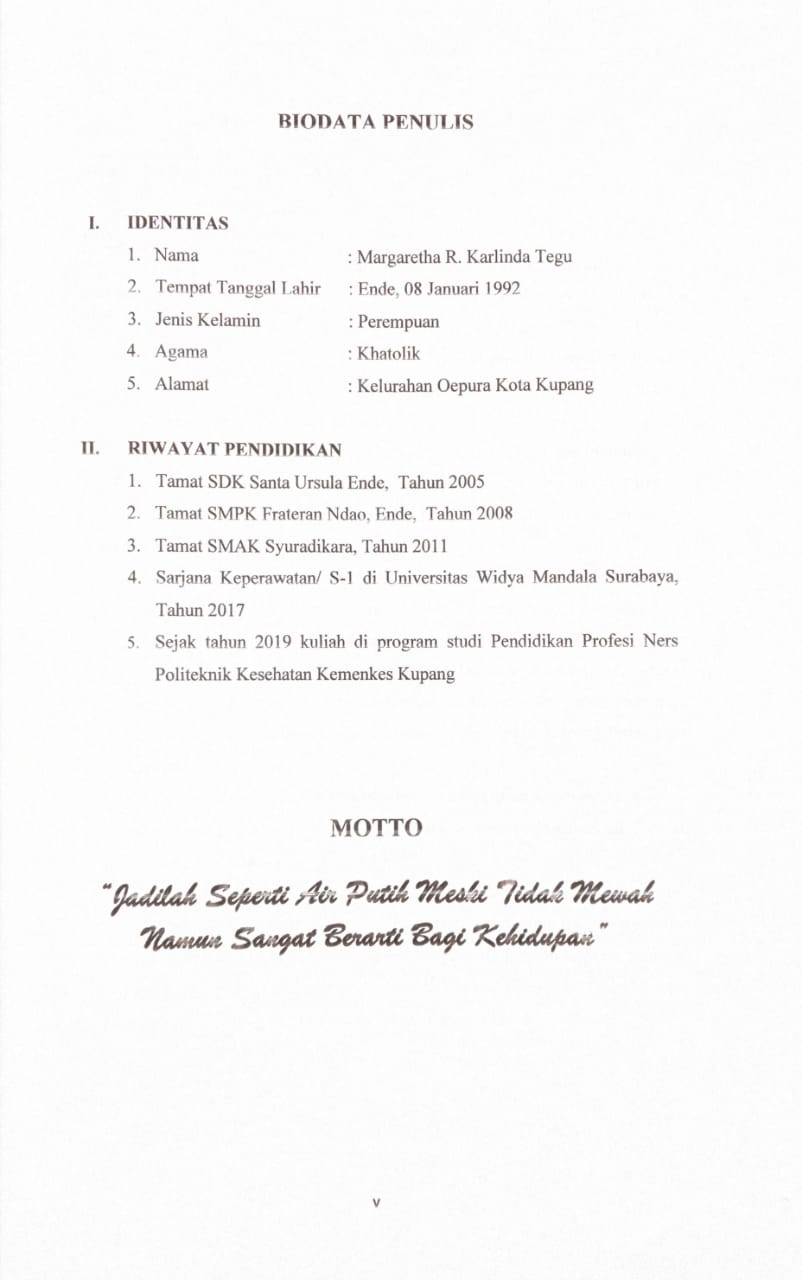
**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**2020**

****

****

****

****

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir dalam bentuk Studi Kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny.H dengan mastektomi Ca Mammae pada Di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang”. Penulis menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Maria Agustina Making., S.kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Pak Simon S.Kleden.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan dan mendukung saya menyelesaikan studi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi Ners Keperawatan Kupang.
4. Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah mendukung dan membimbing selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Ibu Era Dorihi Kale, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.MB selaku ketua Program Studi Ners Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah mendukung dan membimbing selama perkuliahan di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.
6. Dosen dan staf Prodi Ners Keperawatan Kupang yang telah membimbing selama perkuliahan dan banyak membantu selama kuliah.
7. Orang Tua terkasih, Alm. Bapa Gabriel Tegu dan Mama Mariati Belle yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik moril maupun perhatian.
8. Teman-teman angkatan I Prodi Prefesi Ners Poltekkes Kemenkes Kupang yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, 31 Agustus 2020

Margaretha R. K. Tegu

**ABSTRAK**

**Asuhan keperawatan pada Ny.H dengan post op mastektomi Ca Mamame**

**di Ruang Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang**

**Margaretha K. Tegu ¹, Maria A. Making ², ³ Simon Sani Kleden**

**Latar Belakang :** CA Mammae atau biasa disebut dengan kanker payudara adalah suatu penyakit dimana terjadi pertumbuhan berlebihan atau perkembangan tidak terkontrol dari sel-sel (jaringan) payudara, hal ini bisa terjadi terhadap wanita maupun pria. Kanker ini memiliki tingkat kejadian yang cukup tinggi di negara maju (Siregar, 2015). Menurut organisasi Badan Kesehatan Dunia (WHO) 8-9 % wanita akan mengalami kanker payudara.jumlah penderita kanker payudara mencapai 1.150.000 orang,700 diantaranya tinggal di Negara berkembang termasuk Indonesia. Word Healt Organisation (2016)

**Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. H Penderita Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang.

**Metode Penelitian :** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu peneliti ingin menggambarkan studi kasus tentang CA Mammae dalam tindakan perawatan luka dengan menggunakan madu pada pasien CA Mammae di Ruangan Asoka RSUD Prof.W.Z.Johannes Kupang.

**Hasil :** Setelah dilakukan penelitian tentang Asuhan keperawatan pada Ny.H dengan post op mastektomi Ca Mamame di Ruang Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang, diperoleh kesimpulan hasil evaluasi yang di harapkan sesuai dengan teori dan tujuan yang di harapkan sehingga semua masalah keperawatan teratasi.

**Kesimpulan :** Pada pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny.H dengan post op mastektomi Ca Mamame di Ruang Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang salah satu intervensi yaitu perawatan luka post op mastektomi dengan teknik aseptic dan sterill.

.

**Kata kunci :** ca Mamae, Mastektomi

***ABSTRACT***

**Nursing care for Mrs. H. with post op mastectomy Ca Mamame in the Ashoka Room of Prof. DR.W.Z.Yohanes Hospital, Kupang**

**Margaretha K. Tegu ¹, Maria A. Making², ³ Simon Sani Kleden**

**Background:** CA Mammae or commonly referred to as breast cancer is a disease where there is an overgrowth or uncontrolled development of breast cells (tissue), this can happen to both women and men. This cancer has a fairly high incidence rate in developed countries (Siregar, 2015). According to the World Health Organization (WHO) 8-9% of women will experience breast cancer. The number of breast cancer sufferers reaches 1,150,000 people, 700 of whom live in developing countries including Indonesia. Word Healt Organization (2016).

***Objective:*** This study aims to be able to apply nursing care to Mrs. H Patient with Ca Mammae in Asoka Room, Prof. DR.W.Z.Yohanes Hospital, Kupang.

***Research methods:*** This study used a descriptive type of research with a case study design, in which the researcher wanted to describe a case study of CA Mammae in the act of treating wounds using honey to CA Mammae patients in the Asoka room of Prof. W.Z.Johannes Kupang Hospital.

***Results:*** After conducting research on nursing care at Mrs. H. with post op mastectomy of Ca Mamame in the Ashoka Room at RSUD Prof. DR.W.Z.Yohanes Kupang, it was concluded that the expected evaluation results were in accordance with the expected theory and goals so that all nursing problems were resolved.

***Conclusion:*** In After carrying out the implementation of nursing care at Mrs. H. with post-op mastectomy Ca Mamame in the Ashoka Room, Prof. DR.W.Z.Yohanes Kupang Hospital, one of the interventions was post-op mastectomy wound care using aseptic and sterill techniques.

***Keywords:*** ca Mamae, Mastectomy

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul i

Halaman Pengesahan ii

Kata Pengantar iii

Daftar Isi iv

Daftar Lampiran v

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Tujuan 2
     1. Tujuan Umum 2
     2. Tujuan Khusus 3
     3. Manfaat 3

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1. Konsep Teori Ca Mammae 4

2.1.1. Pengertian Ca Mammae 4

2.1.2. Anatomi Fisiologi 4

2.1.3. Etiologi Kanker Serviks 7

2.1.4. Patofisiologi 8

2.1.5. Pathway 9

2.1.6. Manifestasi Klinis 10

2.1.7. Penatalaksanaan 11

2.1.8. Stadium Ca Mammae 11

2.1.9. Pemeriksaan Diagnostik 12

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan 13

2.2.1. Pengkajian Fokus 13

2.2.2. Diagnosa Keperawatan 14

2.2.3. Rencana Keperawatan 15

2.2.4. Implementasi Keperawatan 17

2.2.5. Evaluasi Keperawatan 17

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1. Pengkajian 18

3.2. Diagnosa Keperawatan 24

3.3. Intervensi Keperawatan 25

3.4. Implementasi Keperawatan 27

3.5. Evaluasi Keperawatan 29

**BAB IV PENUTUP**

* 1. Kesimpulan 32
  2. Saran 32

**DAFTAR PUSTAKA**

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Dewasa ini sering kita mendengar keluhanan dari pasien yang mengalami kanker payudara dengan masalah gangguan citra tubuh, banyak pasien yang memerlukan perhatian,motivasi,dukungan dan asuhan keperawatan yang benar agar persepsi dan kepercayaan diri pasien dapat kembali normal. CA Mammae atau biasa disebut dengan kanker payudara adalah suatu penyakit dimana terjadi pertumbuhan berlebihan atau perkembangan tidak terkontrol dari sel-sel (jaringan) payudara, hal ini bisa terjadi terhadap wanita maupun pria. Kanker ini memiliki tingkat kejadian yang cukup tinggi di negara maju (Siregar, 2015).

Menurut organisasi Badan Kesehatan Dunia (WHO) 8-9 % wanita akan mengalami kanker payudara.jumlah penderita kanker payudara mencapai 1.150.000 orang,700 diantaranya tinggal di Negara berkembang termasuk Indonesia. Word Healt Organisation (2016) Negara berkembang termasuk Indonesia. Word Healt Organisation (2016) menyebutkan kanker payudara adalah kanker paling umum yang terjadi pada wanita dan merupakan penyebab kematian nomor lima setelah kanker paru,kanker rahim,kanker hati, dan kanker usus. Ini menjadi kenker payudara sebagai jenis kanker yang paling banyak ditemui pada wanita. POS KUPANG.COM, KUPANG -- Berdasarkan sistem informasi rumah sakit jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada kanker payudara terbanyak yaitu 12.014 orang atau 28.7 persen.

Sel kanker dibentuk dari sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi. Fase Inisiasipada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetic sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetic sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen, yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi. Tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen. Kelainan genetic dalam sel atau bahan lainnya disebut promotor, yang menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik menahun pun dapat menyebabkan sel menjadi lebih peka unutk mengalami keganasan. Progesteron, sebuah hormone yang menginduksi ductal sidebranching pada kelenjar payudara dan lobualveologenesis pada sel epithelial payudara, diperkirakan berperan sebagai activator lintasan tumor genesis pada sel payudara yang diinduksi oleh karsinogen. Progestin akan menginduksitranskripsi regulator siklus sel berupa siklin D1 untuk disekresikan sel epithelial. Sekresi dapat ditingkatkan sekitar 5-7 kali lipat dengan stimulasi hormone estrogen, karena estrogen merupakan hirmon yang mengaktivasi ekspresi pencerap progesterone pada sel epithelial. Progesterone juga menginduksi sekresi kalsitonin sel luminal dan morfogenesis kelenjar.Fase promosipada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami insisi akan berubah menjadi ganas. Sel yag belum melewati tahap insisi tidak akan terpengaruh oleh promosi. Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel yang pecah dari suatu karsinogen) (NANDA, 2015)

Penatalaksanaan kanker payudara tergantung pada tipe,ukuran,dan lokasi tumor serta karateristiknya.adapun jenis-jenis pengobatan untuk mengatasi kanker payudara yakni dengan kemeterapi,radiasi,terapi hormone, dan operasi(pembedahan). Untuk menangani kanker payudara stadium awal,penelitian menujukkan bahwa kombinasi operasi pengangkatan tumor,dan diiringi dengan radioterapi dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penyebarandan tingkat stadium lanjut, sedangkanpada penderita kanker payudara yang berada pada stdium lanjut telah mengalami penyebaran hingga bagian tubuh lain, maka jenis pengobatan yang dapat di lakukan adalah dengan melakukan operasi pengangkatan payudara secara menyeluruh(Mastektomi). Jenis operasi untuk kanker payudara terbagi dua, yaitu operasi yang hanya mengangkat tumor (lumpektomi) dan operasi yang mengakat payudara secara menyeluruh (Mastektomi) baik jaringan payudara maupun putting (Smeltzer & Bare 2015).

Untuk mengatasi tindakan perawatan luka kanker maka perlu melakukan perawatan luka dengan baik dan benar, perawatan luka di lakukan agar luka kanker yang identik dengan bau yang kurang sedap (malodor),luka mudah berdarah,keluarnya eksudat yang belebihan, timbulnya rasa nyeri disekitar luka serta bentuk luka yang tidak beraturan.maka di lakukan perawatan luka.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus ini sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny.H dengan post op mastektomi Ca Mamame di Ruang Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang.”

## 1.2 Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. H Penderita Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang.

1. Tujuan Khusus
2. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. H dengan post op mastektomi Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang
3. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa pada Ny. H dengan post op mastektomi Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang
4. Mahasiswa dapat membuat perencanaan pada Ny. H dengan post op mastektomi Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang
5. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan pada Ny. H dengan post op mastektomi Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang
6. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi pada Ny. H dengan post op mastektomi Ca Mammae Di Ruangan Asoka RSUD Prof DR.W.Z.Yohanes Kupang
7. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

1. Menambah pengetahuan bagi penulis khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus Ca Mammae
2. Dapat menghasilkan lulusan yang berwawasan global, dan menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dan dapat menjadi masukan bagi yang berminat ingin membaca.
3. Manfaat Praktis
4. Bagi pasien dan keluarganya agar dapat mengetahui tentang penyakit dan perawatan Ca Mammae
5. Bagi rumah sakit dapat menjadi bahan masukan untuk menambah pengetahuan perawat dalam penatalaksanaan pada pasien Ca Mammae

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Pengertian**

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

Karsinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (NANDA, 2015)

Mastektomi adalah suatu tindakan pembedahan mengankat seluruh atau sebagian payudara,baik hanya pada satu sisi maupun pada kedua sisi. mastektomi umumnya dilakukan pada pasien-pasien dengan kanker payudara,baik dengan tujuan terapi kuratif (mengangkat jaringan tumor),diagnostic (insisi biopsi) maupun tujuan preventif (pengangkatan payudara pada wanita dengan resiko tinggi terkena kanker payudar) (Suyatno&Pasaribu 2015).

**2.2 Klasifikasi**

Berdasarkan WHO *Histological Classification of breast tumor,* kanker payudara diklasifikasi dalam tabel dibawah ini.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Non Invasif** | a. Intraduktal |
| b. Lobular karsinoma *in situ* |
| **2** | **Invasif** | a. Karsinoma invasif duktal |
| b. Karsinoma invasif duktal dengan komponen intraduktal yang *predominant* |
| c. Karsinoma invasif lobular |
| d. Karsinoma *mucinous* |
| e. Karsinoma *medullary* |
| f. Karsinoma *papillary* |
| g. Karsinoma *tubular* |
| h. Karsinoma *adenoid cystic* |
| i. Karsinoma sekretori (juvenile) |
| j. Karsinoma *apocrine* |
| k. Karsinoma dengan metaplasia |
| i. Tipe *squamous* |
| ii. Tipe *spindle-cell* |
| iii. Tipe *cartilaginous dan osseous* |
| iv. *Mixed type* |
| l. Lain-Lain |
| **3** | ***Paget’s disease of the nipple*** |  |

**Stadium**

Untuk menentukan suatu stadium, harus dilakukan pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang lainnya yaitu histopatologi atau PA, *rontgen,* USG, dan bila memungkinkan dengan CT scan, scintigrafi, dan lain-lain. Banyak sekali cara untuk menentukan stadium, namun yang paling banyak digunakan saat ini adalah stadium kanker berdasarkan klasifikasi sistem TNM yang direkomendasikan oleh UICC (*International Union Against Cancer* dari *World Helath Organization*) / AJCC (*American Joint Committee On Cancer* yang disponsori oleh *American Cancer Society dan American College of Surgeons*).

**Sistem TNM**

TNM merupakan singkatan dari “T” yaitu *tumor size* atau ukuran tumor, “N” yaitu *node* atau kelenjar getah bening regional dan “M” yaitu *metastasis* atau penyebaran jauh. Ketiga faktor T, N, dan M dinilai baik secara klinis sebelum dilakukan operasi, juga sesudah operasi dan dilakukan pemeriksaan histopatologi (PA). Pada kanker payudara, penilaian TNM sebagai berikut :

1. Ukuran Tumor (T)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ukuran Tumor (T)** | **Interpretasi** |
| T0 | Tidak ada bukti adanya suatu tumor |
| Tis | Lobular carninoma in situ (LCIS), ductus carninoma in situ (DCIS), atau Paget’s disease |
| T1  T1a  T1b | Diameter tumor ≤ 2cm  Tidak ada perlekatan ke fasia atau otot pektoralis  Dengan perlekatan ke fasia atau otot pektoralis |
| T2  T2a  T2b | Diameter tumor 2-5 cm  Tidak ada perlekatan ke fasia atau otot pektoralis  Dengan perlekatan ke fasia atau otot pektoralis |
| T3  T3a  T3b | Diameter tumor ≤ 5 cm  Tidak ada perlekatan ke fasia atau otot pektoralis  Dengan perlekatan ke fasia atau otot pektoralis |
| T4  T4a  T4b | Beberapa pun diameternya, tumor telah melekat pada dinding dada dan mengenai *pectoral lymph node*  Dengan fiksasi ke dinding toraks  Dengan edema, infiltrasi, atau ulserasi di kulit |

1. *Palpable Lymph Node (N)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Palpable Lymph Node (N)*** | **Interpretasi** |
| N0 | Kanker belum menyebar ke *lymph node* |
| N1 | Kanker telah menyebar ke *axillary lymph node ipsilatelar* dan dapat digerakkan |
| N2 | Kanker telah menyebar ke *axillary lymph node* ipsilateral dan melekat antara satu sama lain (konglumerasi) atau melekat pada struktur lengan |
| N3 | Kanker telah menyebar ke *mammary lymph node* atau *supraclavaculiar lymph node* ipsilatelar |

1. Metastase (M)

|  |  |
| --- | --- |
| **Metastase (M)** | **Interpretasi** |
| M1 | Tidak ada metastase ke organ yang jauh |
| M2 | Metastase ke organ jauh |

Setelah masing-masing faktor T, N, M didapatkan, ketiga faktor tersebut kemudian digabungkan dan akan diperoleh stadium kanker sebagai berikut:

Stadium Kanker Payudara

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stadium** | **Ukuran Tumor** | **Palpable Lymph Node** | **Metastase** |
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| I | T1 | N0 | M0 |
| IIA | T1  T2 | N1  N0 | M0  M0 |
| IIB | T2  T3 | N1  N0 | M0  M0 |
| IIIA | T1, T2  T3 | N2  N1 | M0  M0 |
| IIIB | T4 | N3 | M0 |
| IV | T | N | M1 |

1. **Etiologi**

Sampai saat ini, penyebab kanker payudara belum diketahui secara pasti. Penyebab kanker payudara termasuk multifaktorial, yaitu banyak faktor yang terkait satu dengan yang lain.

Beberapa faktor yang diperkirakan mempunyai pengaruh besar dalam terjadinya kanker payudara adalah riwayat keluarga, hormonal, dan faktor lain yang bersifat eksogen. (Wijaya & Putri, 2013).

Bahan-bahan yang termasuk dalam kelompok karsinogen, yaitu :

1. Senyawa kimia, seperti *aflatoxin* B1, ethionine, saccharin, asbestos, nikel, chrom, arsen, arang, tarr, asap rokok, dan oral kontrasepsi.
2. Faktor fisik, seperti radiasi matahari, sinar-x, nuklir, dan *radionukleide.*
3. Virus, seperti RNA virus (fam. retrovirus), DNA virus (papiloma virus, adeno virus, herpes virus).
4. Iritasi kronis dan inflamasi kronis dapat berkembang menjadi kanker.
5. Kelemahan genetic sel-sel pada tubuh, sehingga memudahkan munculnya kanker.

Faktor Resiko :

Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebab (etiologi) kanker payudara, namun beberapa faktor risiko terjadinya kanker payudara adalah :

1. Usia

Meningkat setelah usia 30 tahun keatas. Hal ini dapat dimengerti karena pajanan pada karsinogen, inisiator , dan promotor lebih lama pada usia lanjut.

1. Genetik

Sekitar 5 hingga 10% kanker payudara berkaitan dengan mutasi herediter spesifik. Sekitar separuh perempuan dengan kanker payudara herediter memperlihatkan mutasi di gen BRCA1 (pada kromosom 17q21.3) dan sepertiga di BRCA2 (pada kromosom 13q12-13). Kedua gen ini diperkirakan berperan penting dalam perbaikan DNA. Keduanya bekerja sebagai gen penekan tumor karena muncul jika kedua alel inaktif atau cacat pertama disebabkan oleh mutasi sel germinativum dan kedua oleh mutasi somatik berikutnya.

1. Riwayat keluarga

Jika ibu atau saudara wanita mengidap kanker payudara meningkat dua kali lipat dibandingkan wanita lain yang dalam keluarganya tidak ada penderita satupun.

1. Tidak kawin atau Nulipara

Wanita yang tidak kawin akan meningkat resikonya 2-4 kali untuk menderita kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang kawin dan punya anak.

1. Melahirkan anak pertama pada usia lebih dari 35 tahun

Wanita yang melahirkan anak pertamanya pada usia lebih dari 35 tahun akan memiliki risiko 2 kali lebih besar.

1. Menarche dini

Wanita yang mendapatkan haid pertama kali (Menarche) pada usia kurang dari 12 tahun, maka wanita akan mengalami siklus hormone esterogen yang lebih lama. Hormon esterogen dapat merangsang pertumbuhan duktus pada kelenjar payudara. Keterpajanan hormon esterogen lebih lama dapat menimbulkan perubahan sel-sel duktus kelenjar payudara. Perubahan tersebut dapat berupa hipertrofi dan poloferasi yang abnormal sehingga akhirnya dapat berubah menjadikanker. Menarche kurang dari 12 tahun mempunyai resiko 1,7-3,4 kali lebih tinggi daripada waita dengan menarche pada usia lebih dari 12 tahun.

1. Menopause terlambat

Wanita yang mengalami menopause di atas 55 tahun mempunyai risiko besar terkena kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang menopause sebelum usia 55 tahun. Hal ini berkaitan dengan usia yang demikian lama mengalami sirkulasi hormone sepanjang hidupnya.

1. Menderita tumor jarak payudara

Wanita yang pernah menderita tumor jinak payudara memiliki risiko terkena kanker payudara 2,5 kali lebih tinggi daripada wanita yang tidak pernak memliki tumor jinak sebelumnya.

1. Riwayat menyusui anak

Wanita yang tidak menyusui anaknya mempunyai risiko terkena kanker payudara lebih besar dibandingkan dengan menyusui anaknya. Pada wanita yang tidak menyusui anaknya terdapat gangguan keseimbangan esterogen, prolactin dan progesteron sehingga reseptornya tinggi, lebih peka terhadap keterpajanan esterogen akibat keadaan itu memudahkan mutasi sel normal menjadi kanker. Fungsi hormone prolactin adalah menstimulir terjadinya laktasi sehingga kelenjar payudara berfungsi dengan normal dan menstimulasi sekresi hormon progesterone yang bersifat melindungi wanita terhadap kanker payudara.

1. Mengalami radiasi

Wanita yang eprnah mengalami radiasi di dinding dada memiliki resiko terkena kanker payudara 2-3 kali lebih tinggi daripada wanita yang tidak pernah mengalami radiasi di dinding dada.

1. Penggunaan hormone

Minum obat yang mengandung hormone esterogen dalam jangka panjang (pil KB. Hormone replocement theraphy) dalam jangka waktu lama (>15 tahun) memiliki resiko terkena kankerpayudara 2-3 kali lebih tinggi daripada wanita yang terapi hormone dalam jangka waktu <15 tahun.

1. Obesitas

Orang dewasa yang memiliki berat badan lebih (obesitas), memilikiresiko lebih besar terkena kanker payudara dari yang memiliki berat badan normal. Resiko ini disebabkan oleh jumlah lemakyang berlebihan didalam darah sehingga akan meningkatkan pertumbuhan sel-sel kanker, Menurut laporan Nagi dan Lee Maffit yang dikutip Lowa (2004), perempuan yang mengalami berat badan pada usia di atas 30 tahun, dan yang lemak tubuhnya lebih banyak berada dibagian atas, tidak hanya memiliki resiko lebih besar untuk terkena kanker payudara, tetapi juga memiliki resiko lebih besar untuk meninggal akibat kanker itu.

1. Kanker pada salah satu payudara

Wanita yang sebelumnya telah mengidap kanker pada salah satu payudara beresiko 5 kali lebih tinggi menderita kanker payudara pada payudara yang sebelahnya.

1. Konsumsi makanan tinggi lemak

Wanita yang mengkonsumsi makanan tinggi lemak, memiliki resiko terkena kanker payudara 2 kali lebih tinggi dari yang tidak sering mengkonsumsi makanan tinggi lemak.

1. Peminum alcohol

Wanita peminum alkohol memiliki resiko kanker payudara 5 kali lebih tinggi daripada wanita yang tidak peminum alkohol. Hal ini didasari pada kenyataan bahwa alkohol dapat meningkatkan esterogen.

1. Perokok

Wanita perokok memiliki resiko kanker payudara 2 kali lebih tinggi dari pada wanita yang tidak merokok. Hal ini disebabkan oleh zat nikotin yang terdapat pada perokok yang bersifat karsinogen.

1. Trauma terus menerus

Pemakaian bra yang terlalu ketat dan menekan jaringan payudara. (Smeltzer&Bare. 2007).

1. **Patofisiologi**

Sel kanker dibentuk dari sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi.

1. Fase Inisiasi

Pada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetic sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetic sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen, yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi. Tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen. Kelainan genetic dalam sel atau bahan lainnya disebut promotor, yang menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik menahun pun dapat menyebabkan sel menjadi lebih peka unutk mengalami keganasan. Progesteron, sebuah hormone yang menginduksi ductal sidebranching pada kelenjar payudara dan lobualveologenesis pada sel epithelial payudara, diperkirakan berperan sebagai activator lintasan tumor genesis pada sel payudara yang diinduksi oleh karsinogen. Progestin akan menginduksitranskripsi regulator siklus sel berupa siklin D1 untuk disekresikan sel epithelial. Sekresi dapat ditingkatkan sekitar 5-7 kali lipat dengan stimulasi hormone estrogen, karena estrogen merupakan hirmon yang mengaktivasi ekspresi pencerap progesterone pada sel epithelial. Progesterone juga menginduksi sekresi kalsitonin sel luminal dan morfogenesis kelenjar.

1. Fase promosi

Pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami insisi akan berubah menjadi ganas. Sel yag belum melewati tahap insisi tidak akan terpengaruh oleh promosi. Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel yang pecah dari suatu karsinogen) (NANDA, 2015).

1. **Manifestasi Klinis**

Wanita dengan kanker payudara, bisa jadi mengalami gejala-gejala berikut. Kadang meskipun di tubuhnya telah tumbuh kanker dia tidak merasakan gejala apapun. Atau boleh juga ditubuhnya menujukkan gejala tersebut tetapi bukan karena kanker payudara, tetapi akibat kondisi medis lain. Adapun tanda-tanda atau gejalanya antara lain :

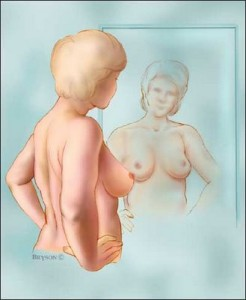
1. Ada bejolan yang keras di payudara

Bentuk umumnya berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara. Benjolan itu mula-mula kecil, semakin lama akan semakin besar, lalu melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada puting susu. Puting berubah (bisa masuk kedalam, atau terasa sakit terus-menerus), mengeluarkan cairan atau darah.Kulit atau puting susu menjadi tertarik ke dalam (retraksi), bewarna merah muda atau kecoklat-coklatan sampai menjadi *odema* hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk, mengkerut, atau timbul borok pada payudara. Borok itu semakin lama akan semakin membesar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara, sering berbau busuk, dan mudah berdarah. Ciri-ciri lainnya antara lain pendarahan pada puting susu, rasa sakit atau nyeri pada umumnya baru timbul apabila tumor sudah besar, sudah timbul borok, atau bila sudah muncul metastase ke tulang-tulang, kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening di ketiak, bengkak (edema) pada lengan, dan penyebaran kanker ke seluruh tubuh.

1. Ada perubahan pada kulit payudara diantara berkerut, iritasi, seperti kulit jeruk.
2. Adanya benjolan-benjolan kecil
3. Ada luka di payudara yang sulit sembuh
4. Payudara terasa panas, memerah, dan bengkak
5. Keluar darah, nanah, atau cairan encer dari puting susu pada wanita yang tidak sedang hamil ataupun tidak sedang menyusui.
6. Puting payudara tertarik kedalam (NANDA, 2015)
7. **Pemeriksaan Diagnostik**
8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

* Berdiri didepan cermin, lalu perhatikan bentuknya, simetris atau tidak, ada tidaknya kemerahan di payudara. Perhatikan pula puting susu dan sekitarnya, adakah luka atau puting tertarik ke dalam.



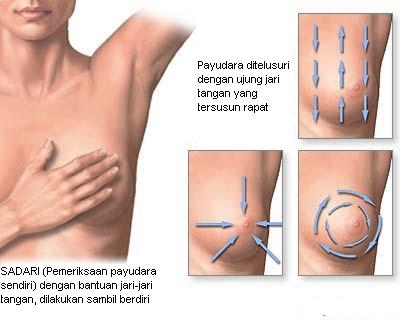
* Lalu angkat kedua lengan ke atas dengan telapak tangan diletakkan di daerah belakang kepala, sedikit di atas leher. Dengan gerakan ini, seharusnya payudara akan terangkat ke atas secara simetris. Perhatikan ada tidaknya daerah yang tertarik ke dalam. Perhatikan adakah kelainan pada kulit payudara yang menyerupai kulit jeruk.



* Turunkan salah satu lengan, lalu raba dengan telapak jari-jari tangan sepert tampak pada gambar 3. Berhenti sebentar,lalu raba dengan gerakan memutar dengan sedikit penekanan pada payudara.Lalu geser ke daerah lain, berhenti lagi sambil diraba dengan gerakan memutar. Lakukan hal ini berulang-ulang sampai seluruh bagian payudara selesai diperiksa.



* Lakukan pemeriksaan pada daerah ketiak dengan gerakan memutar seperti saat memeriksa payudara. Perhatikan adatidaknya pembesaran kelenjar getah bening.



* Pemeriksaan terakhir adalah gerakan mengurut dari arah dasar payudara ke arah puting, lalu beri sedikit penekanan di puting susu terus ke depan Tidak perlu khawatir bila dengan gerakan ini keluar beberapa tetes cairan jernih.

1. Mamografi

Sedapat mungkin dilakukan sebagai alatbantu diagnostik utama, terutama padausia di atas 30 tahun. Walaupun mamografisebelumnya normal, jika terdapat keluhanbaru, maka harus dimamografi ulang. Pada mamografi, lesi yang mencurigakan ganas menunjukkan salah satu atau beberapa gambaran sebagai berikut: lesi asimetris, kalsifikasi pleomorfi, tepi ireguler atau ber-spikula, terdapat peningkatan densitas dibandingkan sekitarnya.11,12 Pada salah satu penelitian terhadap 41.427 penderita, sensitivitasnya mencapai 82,3% dengan spesifi sitas 91,2%. Walaupun demikian, bila hasilnya negatif, harus tetap dilakukan pemeriksaan lanjutan.

1. Ultrasonografi

Ultrasonografi sangat berguna untuk membedakan lesi *solid* dan kistik setelah ditemukan kelainan pada mamografi. Pemeriksaan ini juga dapat digunakan pada kondisi klinis tertentu, misalnya pada wanita hamil yang mengeluh ada benjolan di payudara sedangkan hasil mamografi nya tidak jelas walaupun sudah diulang, dan untuk panduan saat biopsi jarum atau *core biopsy.*

Hasil pemeriksaan USG maupun mamografi dapat diklasifikasikan menurut panduan *The* *American College of Radiology* yang dikenal sebagai ACR-BIRADS, sebagai berikut:

Kategori 0 : Harus dilakukan mamografi untuk menentukan diagnosis

Kategori 1 : Negatif atau tidak ditemukan lesi

Kategori 2 : Jinak. Biasanya kista simpleks. Ulang USG 1 tahun lagi

Kategori 3 : Kemungkinan jinak. Sering ditemukan pada FAM. Ulang USG 3-6 bulan

Kategori 4 : Curiga abnormal. Harus dibiopsi

Kategori 5 : Sangat curiga ganas. Dikelola sesuai panduan kanker payudara dini

Kategori 6 : Kanker. Hasil biopsi memang benar keganasan payudara, dikelola sebagai kanker payudara dini.

1. Biopsi

Tidak terhadap semua kasus benjolan payudara dilakukan biopsi. Beberapa panduan terkini lebih menganjurkan *core biopsy* sebagai pilihan pertama. Apabila tidak ada fasilitas ini, maka biopsi insisi/ekstirpasi sebagai gantinya. Biopsi aspirasi dengan jarum halus tidak dianjurkan, kecuali dilakukan oleh ahli yang berpengalaman. Indikasinya: kista asimptomatik, massa *solid* kategori 4 (NANDA, 2015).

1. **Penatalaksanaan Medis**
2. Pembedahaan

Tumor primer biasanya dihilangkan dengan pembedahan. Prosedur pembedahan yang dilakukan pada pasien kanker payudara tergantung pada tahapan penyakit, jenis tumor, umur dan kondisi kesehatan pasien secara umum. Ahli bedah dapat mengangkat tumor (*lumpectomy*), mengangkat sebagaian payudara yang mengandung sel kanker atau pengangkatan seluruh payudara (*mastectomy*). Untuk meningkatan harapan hidup, pembedahan biasanya diikuti dengan terapi tambahan seperti radiasi, hormone, atau kemoterapi.

1. Terapi radiasi

Dilakukan dengan sinar-X dengan intensitas tinggi untuk membunuh sel kanker yang tidak terangkat saat pembedahan.

1. Terapi Hormon

Terapi hormonal dapat menghambat pertumbuhan tumor yang peka horman dan dapat dipakai sebagai terapi pendamping setelah pembedahan atau pada stadium akhir.

1. Kemoterapi

Obat kemoterapi digunakan baik pada tahap awal ataupun tahap lanjut penyakit (tidak dapat lagi dilakukan pembedahan). Obat kemoterapi dapat digunakan secara tunggal atau dikombinasikan. Salah satu diantaranya *Capecitabine* dari Roche, obat anti kanker oral yang diaktivasi oleh enzim yang ada pada sel kanker, sehingga hanya menyerang sel kanker saja.

1. Terapi Imunologi

Sekitar 15-25% tumor payudara menunjukkan adanya protein pemicu pertumbuhan atau HER2 secara berlebihan dan untuk pasien seperti ini, *trastuzumab,* antibodi yang secara khusus dirancang untuk menyerang HER2 dan menghambat pertumbuhan tumor, dapat menjadi pilihan terapi. Pasien sebaiknya juga menjalani tes HER2 untuk menentukan kelayakan terapi dengan *trastuzumab.*

1. Mengobati pasien pada tahap akhir penyakit

Banyak obat anti kanker yang telah diteliti untuk membantu 50% pasien yang mengalami kanker tahap akhir dengan tujuan memperbaiki harapan. Meskipun demikian, hanya sedikit yang terbukti mampu memperpanjang hidup pada pasien, diantaranya adalah kombinasi *trastuzumab* dengan *capecitabine.* Fokus terapi pada kanker tahap akhir bersifat paliatif (mengurangi rasa sakit). Dokter berupaya untuk memperpanjang serta memperbaiki kualitas hidup pasien melalui terapi hormon, terapi radiasi, dan kemoterapi. Pada pasien kanker payudara dengan HER2 positif, *trastuzumab* memberikan harapan untuk pengobatan kanker payudara yang dipicu oleh HER2 (NANDA, 2015).

**2.8 WOC (Web Of caution)**

Sel mengalami inisiasi

Sel menjadi rentan terhadap zat karsinogen

Kelainan genetic dalam sel

Terjadi suatu perubahan dlm *genetic* sel oleh karsinogen

Menopause pada usia lanjut

Menarche dini < 12th

Status menstruasi

meransang pertumbuhan sel abnormal kanker

Radiasi

Pemakaian alat kontasepsi oral/ mengandung estrogen terlalu banyak

Hormon

Kelenjar susu tidak pernah dirangsang untuk mengeluarkan air susu

Tidak pernah menyusui

Menekan Jaringan payudara terus menerus

Trauma Akibat pemakaian BH terlalu ketak

Merangsang BRCA 1 dan 2

Genetik

Mengalami siklus estrogen yang lama

Merubah sel-sel duktus kelenjar payudara

Terjadi hipertrofi dan poliferasi

Mammae membengkak

Peningkatan konsistensi mammae

Menekan jaringan pada mammae

Mendesak jaringan sekitar

B1

Sel menjadi ganas

CA MAMMAE

Terjadi proliferasi keganasan sel epitel yang mambatasi duktus atau lobus payudara

B3

B2

B4

B5

B1

Tidak ada masalah keperawatan

Tindakan pembedahan

Benjolan pada payudara

Tidak ada masalah keperawatan

Mensuplai nutrisi ke jaringan CA

Mendesak jaringan sekitar

Menekan jaringan pada mammae

Diknkontinuitas jaringan

Makin lama makin membersar

Tonus otot gastrointestinal 

Peristaltik usus 

Mammae membengkak

Merangsang hipotalamus

Melekat pada kulit

Erosi/ eksema putting susu

Perut kembung

Massa tumor mendesak jaringan luar

Melepaskan bradikinin

**Nyeri Akut**

Nafsu makan menurun

Infiltrasi pleura perietale

Akumulasi monosit

Pelepasan pirogen endogen

Merangsang il 1 dan il 6

Sinyal mencapai SSP

Pembentukan prostaglandin otak

Pelepasan Bradikinin

Merangsang nosiseptor

Medulla spinalis

Talamus

Korteks serebri

Persepsi nyeri

Nyeri Akut

Adanya proses inflamasi

Massa tumor mendesak jaringan luar

Efusi pleura

Pemasangan IPC

Perfusi jaringan terganggu

BB menurun

Defisit Nutrisi

Akumulas isputum

ulkus

Kerusakan integritas jaringan

Sesak, batuk

Bersihan jalan nafas tidak efektif

Efusi Pleura

Ekspansi paru menurun

O2 Menurun

Hipotalamus

Hipertermia

Suhu tubuh meningkat

Meningkatkan set point

Sesak nafas

Pola nafas tidak efektif

**2.9 Asuhan Keperawatan CA Mammae**

**2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

1. Indentitas: Ca mamae terjadi terutama pada usia lanjut (diatas 50 th), tetapi 80 % terjadi pada usia 35 tahun sampai 65 tahun cendrung meningkat 6 kali lipat, sebagian besar terjadi pada perempuan.
2. Riwayat sakit dan kesehatan

* Keluhan utama: pasien mengeluh adanya benjolan yang menimbulkan nyeri
* Riwayat penyakit sekarang: pasien mengeluh adanya benjolan atau ulkus pada payudara dan kadang-kadang timbul nyeri, serta perasaan takut atau cemas. Pada payudara terdapat adanya borok atau nodul-nodul yang mengeras serta bau tidak enak yang menyengat.
* Riwayat penyakit dahulu: adanya siklus perubahan hormonal yang lama dan tidak ada heti-hentinya, menarche awal, menopuse terlambat dan tidak ada kehamilan, adanya riwayat kanker sebelumnya, riwayat kehamilan (nullipara, multipara), penggunaan obat-obatan hormonal kontrapsepsi, riwayat menstruasi (*early menarce, late menopouse*).
* Riwayat penyakit keluarga: ibu dan anak prempuan khususnya dengan kanker premenopuse atau kanker payudara bilateral, adanya anggota keluarga yang menderita ca mammae.
* Riwayat alergi: dikaji apakah pasien memiliki riwayat alergi terhadap beberapa obat.

1. Pemeriksaan fisik
2. Inspeksi

* Kesimetrisan payudara kiri-kanan
* Kelainan papilla. Letak dan bentuk, adakah putting susu, kelainan kulit, tanda radang, peaue d’ orange, dimpling, ulserasi dan lain-lain. Inspeksi ini juga dilakukan dalam keadaan kedua lengan diangkat ke atas untuk melihat apakah ada bayangan tumor doio bawah kulit yang ikut bergerak atau adakah bagian yang tertinggal, dimpling dan lain-lain.

1. Palpasi

* Konsistensi, banyak, lokasi, infiltasi, besar, batas dan operabilitas.
* Pemebesaran kelenjar gerah bening (kelenjar aksila)
* Dakah metastase Nudus (regional) atau organ jauh)
* Stadium kanker

**2.9.1Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d. agen cedera biologis (neoplasma).
2. Kerusakan integritas kulit b.d. tekanan dari tumor.
3. Gangguan citra tubuh b.d. perubahan bentuk payudara.
4. Ansietas b.d perubahan status kesehatan

**2.9.2 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** |
| 1 | Nyeri akut b.d. agen cedera fisik (neoplasma) | **Goal:** pasien tidak akan mengalami nyeri selama dalam perawatan.  **Objektif:** perkembangan neoplasma pasien akan berkurang selama dalam perawatan.  **NOC 1: Tingkat Nyeri**   1. Tidak melaporkan nyeri 2. Tidak mengerang/ menangis 3. Tidak berkeringat 4. Nafsu makan baik 5. Frekuensi napas normal 6. Tekanan darah normal 7. Denyut nadi normal | **NIC 1: Manajemen Nyeri**   1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, faktor pencetus) 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. 3. Pantau TTV pasien 4. Berikan informasi mengenai nyeri (penyebab, lama nyeri) 5. Berikan lingkungan yang nyaman. 6. Anjurkan kepada pasien untuk istirahat yang cukup 7. Ajarkan teknik manajemen nyeri nonfarmakologi (relaksasi, distraksi) 8. Kolaborasi pemberian anlgesik. |
| 2 | Kerusakan integritas kulit b.d. tekanan dari tumor | **Goal:** integritas kulit pasien akan membaik selama dalam perawatan.  **Objektif:** tekanan dari tumor pasien akan berkurang selama dalam perawatan.  **NOC 1: Integritas Jaringan Kulit**   1. Tidak ada pigmentasi 2. Lesi pada kulit berkurang 3. Tidak ada jaringan parut 4. Tidak ada pengelupasan pada kulit 5. Tidak ada penebalan kulit 6. Tidak ada eritema | **NIC 1: Manajemen Pruritus**   1. Tentukan penyebab terjadinya pruritus 2. Lakukan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi kerusakan kulit 3. Berikan kompres dingin untuk mengatasi iritasi 4. Anjurkan pasien untuk tidak memakai pakaian yang ketat 5. Anjurkan pasien untuk menghindari sabun mandi dan minyak yang mengandung parfum. 6. Anjurkan pasien untuk menggunakan telapak tangan ketika menggosok area kulit. 7. Kolaborasi pemeberian antipruritik |
| 3 | Gangguan citra tubuh b.d. perubahan bentuk payudara | **Goal:** pasien tidak akan merasa terganggu degnan citra tubuhnya selama dalam perawatan.  **Objektif:** perubahan bentuk payudara pasien akan berkurang selama dalam perawatan.  **NOC 1: Citra Tubuh**   1. Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik 2. Penyesuaian terhadap perubahan fungsi tubuh 3. Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan 4. Penyesuaian terhadap perubahan tubuh akibat cedera biologis (neoplasma) | **NIC 1: Peningkatan Citra Tubuh**   1. Monitor frrekuensi dari pernyataan mengkritisi diri 2. Monitor apakah pasien mengetahui bagian tubuh mana yang berubah 3. Jelaskan kepada pasien tentang perubahan tubuh akibat proses penyakit 4. Bantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan yang akan meningkatkan penampilan |

**2.9.3 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/ dibuat.

**2.9.4 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi, tidak teratasi atau teratasi sebagian dengan mengacu pada kriteria evaluasi.

Bulechek***,*** Gloria dkk. 2016.

**2.10 Perawatan Luka Kanker**

Kanker payudara yang diseratai dengan luka kronis,memiliki masalah yang kompleks dalam penangananya,karena kondisi pasien kanker payudara dengan luka,bukan saja terkait dengan masalah fisik/fisiologis,tetapi yang tidak kalah pentingnya adalah masalah respon psikologis yang juga memerlukan penanganan khusus. Payudara merupakansalah satu cirri-ciri seks sekunder yang mempunyai arti penting bagi wanita,tidak saja sebagaisalah satu identitas bahwa ia seorang wanita, melainkan mempunyai nilai tersendiri, baik dari segi biologic,psikologik,psikiseksual maupun masalah sosialpritul lainya (Hawari,2004).Dengan demikian, perawatan luka kanker merupakan tantangan tersendiri bagi perawat (William, 2001) karena luka kanker sulit untuk sembuh,akibat sel-sel kanker yang harus bertambah (Manus,2007)serata menimbulkan gejala sulit untuk ditangani, terkait dengan malodor,eksudat dan infeksi (Laverty,2000 dalam Laverty,2003). Secara umum masalah,fisik yang menjadi keluhan pasien kanker payudara adalah masalah luka kanker yang identik dengan bau yang kurang sedap (malodor),luka mudah berdarah,keluarnya eksudat yang belebihan, timbulnya rasa nyeri disekitar luka serta bentuk luka yang tidak beraturan (Growcott,2000; Naylor, 2002; Nazarko,2006).

Gejalah yang ditemukan pada luka kanker adalah malodor,eksudat,nyeri perdarahan dan maserasi.penyebab malodor belum diketahui,namun beberapa hal yang berkontribusi terhadap malodor sudah menjadi postulat yaitu terjadinya infeksi, kolonisasi bakteri anaerob,degradasi atau nekrosis (Kalinski,C.,at.all,2013).pengeluaran eksudat disebabkan oleh meningkatnya permeabilitas pembulu darah oleh tumor dan sekerasi factor permeabilitas vascular sel tumor. Luka pada kanker dapat menimbulkan nyeri karena adanaya penekanan tumor pada saraf dan pembulu darah dan kerusakan saraf. Nyeri juga dapat terjadi pada saat melakukan prosedur pencucian luka atau pengangkatan balutan yang lengket (Naylor,2012). Pendarahan bisa terjadi jika tumor merusak pembulu darah besar dan biasanya luka kanker rapuh sehingga mudah berdarah terutama pada saat penggantian balutan yang di lakukan sehari-hari dalam perawatan luka. Luka kanker dikatakan sebagai luka kronis dilihat dari karateristiknya yaitu sulit sembuh. (Dennis et.all,2010 dalam Astriana,2013).

standar operasional prosedur (sop) perawatan luka ca mamae (Dedi Irawandi, 2019)

1. Pengertian : Melakukan tindakan perawatan terhadap luka, mengganti balutan dan membersihkan luka.

2. Tujuan :

a) Mencegah infeksi

b) Membantu penyembuhan luka

c) Meningkatkan harga diri klien

3. Peralatan dan bahan :

a) Bak instrumen yang berisi:

1) 2 buah pinset anatomi

2) 2 buah pinset chirugis

3) Gunting jaringan

4) Cucing 2 buah

b) Peralatan lain:

1) Trolly

2) Tromol berisi kasa steril

3) Korentang

4) 1 pasang sarung tangan bersih

5) 1 pasang sarung tangan steril

6) Hipafiks secukupnya

7) Gunting plester

8) Perlak kecil

9) H2O2 (Perhidrol)

10)NaCl 0,9 %

11)Bengkok

12)Tas kresek

13)Obat sesuai advis

4. Prosedur Pelaksanaan :

a) Tahap Pra Interaksi :

1) Melakukan verifikasi program terapi

2) Mencuci tangan

3) Memakai sarung tangan bersih

4) Menempatkan alat ke dekat pasien

b) Tahap orientasi :

1) Mengucapakan salam dan menyapa klien

2) Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien

3) Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

4) Memberi kesempatan bertanya pada klien sebelum tindakan

c) Tahap kerja :

1) Menjaga privacy klien

2) Mengatur posisi klien sehingga luka dapat terlihat dan terjangkau oleh perawat

3) Membuka bak instrumen

4) Menuangkan NaCl 0,9% ke dalam cucing

5) Mengambil kasa steril secukupnya, kemudian masukan ke dalam cucing yang berisi larutan NaCl 0,9%

7) Mengambil sepasang pinset anatomis dan cirugis

8) Memeras kasa yang sudah di tuangkan ke dalam cucing

9) Taruh perasan kasa di dalam bak instrumen atau tutup bak instrumen bagian dalam

10)Pasangkan perlak di bawah luka klien

11) Buka balutan luka klien, sebelumnya basahi dulu plester atau hipafiks dengan NaCl atau semprot dengan alkohol

12)Masukan balutan tadi ke dalam bengkok atau tas kresek

13)Observasi keadaan luka klien, jenis luka, luas luka, adanya pus atau tidak dan kedalaman luka

14)Buang jaringan yang sudah membusuk (jika ada) menggunakan gunting jaringan

15)Ganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan streil

16)Lakukan perawatan luka dengan kasa yang sudah di beri larutan NaCl 0,9%

17)Oleskan obat luka (jika ada)

18)Tutup luka dengan kasa kering streil secukupnya

19)Fiksasi luka dengan hipafiks

20)Rapikan klien

d) Tahap terminasi :

1) Bereskan peralatan

2) Sampaikan pada klien bahwa tindakan sudah selesai

3) Sampaikan terimakasih atas kerjasamanya

4) Lepas sarung tangan

5) Cuci tangan

6) Dokumentasikan kegiata

**BAB 3**

**METODELOGI PENELITIAN**

**3.1 Jenis dan Rancangan Studi**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus, yang dilaksanakan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, kelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi masalah tersebut secara mendalam dianalisa baik dari segi yang berhubungan dengan kasusnya sendiri, factor resiko yang mempengaruhi, kejadian yang berhubungan dengan kasus maupun tindakan dan reaksi dari kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu Setiadi (2013)

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut. Desain penelitian membantu peneliti untuk mendapatkan jawaban dari pertanyaan penelitian dengan sahih, objektif, akurat serta hemat (Setiadi, 2013)

Desain penelitian ini ditujukan untuk mendeskripsikan atau member gambaran tentang CA Mammae dalam tindakan perawatan luka dengan menggunakan cutimed sorbet pada pasien CA Mammae di Ruangan Asoka RSUD Prof.W.Z.Johannez Kupang

**3.2 Tempat dan Waktu Pengambilan Data**

Tempat dan waktu pengambilan data dalam penelitian ini adalah di Ruangan Asoka RSUD W.Z. Johannes Kupang

**3.3 Cara Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Wawancara dilakukan dengan cara anamnesa tentang identitas pasien, keluhan utama riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga. Sumber data dari pasien, keluarga serta perawat dan petugas kesehatan lainnya.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik pada system tubuh khususnya area payudara yang mengalami luka dan melakukan perawatan luka secara steril
3. Studi dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik

**3.4 Analisa Data**

Analisa data dilakukan dengan mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dangan teori yang ada dan selenjutnya di tuangkan dalam opini pembahasan teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban- jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku umum atau generalisasi Analisis statistic ini digunakan apabila peneliti hanya ingin mendeskripsikan data sampel, tidak untuk membuat kesimpulan yang berlaku untuk populasi dimana sampel diambil. Analisis statistic deskriptif juga dapat dilakukan mencari kuatnya hubungan antara variable melalui analisis, korelasi, melakukan prediksi dengan analisis regresi, dan membuat perbandingan dengan membandingkan rata-rata data sampel atau populasi. Analisis ini tidak sampai pada pengujian signifikansinya, karena dalam analisis deskriptif tidak membuat generalisasi (Sugiyono, 2010).

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai data-data yang telah didapatkan, meliputi data pengkajian, hasil analisa data, Intervensi, implementasi dan evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. H dengan diagnosa medis CA Mammae di ruang Asoka RSUD Prof DR.W.Z. Yohannes Kupang pada tanggal 24 Februari 2020.

1. **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap pertama yang penulis lakukan di dalam proses perawatan. Pengkajian ini melalui pengkajian pola fungsional menurut Gordon, pemeriksaan fisik dengan metode head to toe, dan pengumpulan informasi atau data-data ini diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien, melakukan observasi, catatan keperawatan, dan pemeriksaan fisik. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh kelompok kepada klien didapatkan data bahwa pasien dibawa ke RSUD Prof DR.W.Z. Yohannes Kupang setelah dilakukan tindakan operasi pemasangan IPC (Indwelling Pleura Catheter) pasien mengeluh batuk dan terdapat sputum berawarna merah, sesak napas dan nyeri pada bekas operasi pemasangan IPC (Indwelling Pleura Catheter), skala nyeri 4, waktu: hilang timbul dengan kualitas seperti disayat-sayat, diameter tumor 2-5 cm,TD: 130/80 mmHg. Hal terebut selaras dengan penelitian (Avryna dkk, 2019) bahwa pada diagnosa kanker payudara juga menimbulkan gejala seperti batuk, sesak nafas dikarenakan kanker payudarabisa bermestatase pada organ lain disekitarnya. Lokasi paling sering terjadinya metastasis pada kanker payudara yaitu paru dan pleura (15-20%), tulang (20-60%), hati (5-15%), otak ( 5-10%) dan metastasis lokal/regional (20-40%%).

Pada pasien pasca operasi pengangkatan payudara dengan diagnosa CA Mammae mengalami keluhan nyeri di sekitar luka insisi. Hal ini selaras dengan penelitian dari Guntari & Suiriyani (2016) bahwa Sebanyak 61% penderita mengeluh nyeri pada bagian yang dioperasi, 41.5% merasa kesakitan dan 34,1% merasakan mual. Berbagai keluhan tersebut berkaitan dengan kondisi pemulihan dan terapi yang dijalani penderita pasca tindakan mastektomi dan kemoterapi. untuk melakukan tindakan perawatan pada pasien yang menderita Ca Mammae perawat menggunakan APD level 1 menggunakan masker,handscon berbahan karet,menggunakan celemek plastik.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan CA Mammae yang sudah bermetastase pada paru, kami menegakkan sebanyak tiga diagnosa yang penulis tegakkan. Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis menegakkan diagnosa yang pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan napas. Diagnosa keperawatan yang kedua adalah pola nafas tidak efektif berhubungan gangguan neurologis akibat efusi pleura. Diagnosa keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang ada bahwa masalah keperawatan yang sering muncu pasca operasi pemasangan IPC pada pasien dengan CA Mammae adalah bersihan jalannafas tidak 1efektif, pola nafas tidak efektif dan nyeri akut (NANDA, 2015).

1. **Intervensi Keperawatan**

Menurut UU perawat No. 38 Th. 2014, perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien. pada kasus asuhan post op IPC pada CA Mammae dilakukan perdiagnosa. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas, intervensi yang dilakukan yaitu monitor pola nafas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-Fowler atau Fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator. Hal ini selaras dengan teori bahwa pada pasien dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dianjurkan untuk mengatur posisi yang nyaman semi fowler, memberikan nebulisasi, memberikan oksigen serta mengobervasi pernafasan pasien (NANDA, 2015). Diagnosa yang kedua yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan gangguan neurologis akibat efusi pleura, intervensi yang dilakukan adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, dipsnea, hiperventilasi, kusmaul, *Chyne-Stokes*, *Biot,* ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya sputum, auskultasi bunyi napas. Diagnosa yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi, intervensi yang diberikan adalah identifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri, bantu pasien mengatur posisi yang nyaman, ajarkan pasien teknik relaksasi. Pada kasus nyeri akut akibat post operasi pemasangan IPC pada CA Mammae tidak diberikan analgesik dikarenakan nyeri yang dirasakan akibat sesak nafas bukan dikarenakan luka insisi sehingga tidak perlu diberikan upaya non farmakalogis dari dokter.

1. **Impelementasi Keperawatan**

Menurut (Hawari,2004) Kanker payudara yang diseratai dengan luka kronis,memiliki masalah yang kompleks dalam penangananya,karena kondisi pasien kanker payudara dengan luka,bukan saja terkait dengan masalah fisik/fisiologis,tetapi yang tidak kalah pentingnya adalah masalah respon psikologis yang juga memerlukan penanganan khusus.Payudara merupakansalah satu cirri-ciri seks sekunder yang mempunyai arti penting bagi wanita, tidak saja sebagaisalah satu identitas bahwa ia seorang wanita, melainkan mempunyai nilai tersendiri, baik dari segi biologic,psikologik,psikiseksual maupun masalah sosialpritul lainya .Dengan demikian, perawatan luka kanker merupakan tantangan tersendiri bagi perawat karena luka kanker sulit untuk sembuh,akibat sel-sel kanker yang harus bertambah serata menimbulkan gejala sulit untuk ditangani, terkait dengan malodor,eksudat dan infeksi Secara umum masalah,fisik yang menjadi keluhan pasien kanker payudara adalah masalah luka kanker yang identik dengan bau yang kurang sedap (malodor),luka mudah berdarah,keluarnya eksudat yang belebihan, timbulnya rasa nyeri disekitar luka serta bentuk luka yang tidak beraturan (Growcott,2000; Naylor, 2002; Nazarko,2006).

Menurut Kalinski,C.,at.all,2013 Gejalah yang ditemukan pada luka kanker adalah malodor,eksudat,nyeri perdarahan dan maserasi.penyebab malodor belum diketahui,namun beberapa hal yang berkontribusi terhadap malodor sudah menjadi postulat yaitu terjadinya infeksi, kolonisasi bakteri anaerob,degradasi atau nekrosis.pengeluaran eksudat disebabkan oleh meningkatnya permeabilitas pembulu darah oleh tumor dan sekerasi factor permeabilitas vascular sel tumor. Luka pada kanker dapat menimbulkan nyeri karena adanaya penekanan tumor pada saraf dan pembulu darah dan kerusakan saraf. Nyeri juga dapat terjadi pada saat melakukan prosedur pencucian luka atau pengangkatan balutan yang lengket (Naylor,2012). Pendarahan bisa terjadi jika tumor merusak pembulu darah besar dan biasanya luka kanker rapuh sehingga mudah berdarah terutama pada saat penggantian balutan yang di lakukan sehari-hari dalam perawatan luka. Luka kanker dikatakan sebagai luka kronis dilihat dari karateristiknya yaitu sulit sembuh. (Dennis et.all,2010 dalam Astriana,2013).

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi dengan masing – masing diagnosa.

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas

Implementasi keperawatan yang diberikan yaitu memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), memposisikan semi-Fowler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen nasal 5lpm, mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian nebulisasi yaitu ventolin 2x1. Hal ini selaras dengan teoriyang ada bahwa bila seseorang dengan gangguan bersihan jalan nafas wajib untuk diberikan ventolin untuk meredakan batuk yang disertai dengan sputum (NANDA, 2015)

1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi

Implementasi yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi kerusakan kulit, menganjurkan pasien menggunakan pakian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,melakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan steril, melakukan cuci tangan dengan dengan 6 langkah degan benar. Hal ini selaras dengan penelitian menurut (NANDA,2015) bahwa upaya keperawatan yang wajib untuk dilakukan pada pasien dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi adalah melakukan perawatan luka teknik aseptic dan steril.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi

Impelementasi keperawatan yang diberikan adalah mengiidentifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri, membantu pasien mengatur posisi yang nyaman, mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam dan dihembuskan secara perlahan. Hal ini selaras dengan penelitian menurut Rampengan dkk (2017) bahwa Hasil penelitian terhadap 15 responden sebelum dilakukan teknik relaksasi didapatkan hasil sebagian besar responden mengalami intensitas nyeri lebih nyeri yaitu sebanyak 6 orang (40%), intensitas nyeri sedikit lebih nyeri sebanyak 4 orang (26,7%), intensitas nyeri sangat nyeri 3 orang (20%) dan intensitas nyeri sedikit nyeri sebanyak 2 orang (13,3%). Setelah dilakukan teknik relaksasi, sebanyak 2 responden menyatakan tidak mengalami nyeri dan tidak ada responden yang mengalami intensitas nyeri sangat nyeri dan intensitas nyeri lebih nyeri.

1. **Evaluasi Keperawatan**

Menurut Mareelli, 2007 evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari tahap-tahap proses keperawatan untuk mengetahui apakan masalah-masalah keperawatan yang muncul pada kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post pemasangan IPC dengan diagnosa CA Mammae teratasi atau tidak dan untuk membandingkan antara yang sistematik dengan yang terencana berkaitan dengan fasilitas yang tersedia.

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini antara lain :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas

Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah bersihan jalan nafas dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien bahwa intervensi yang dilakukan selama 2x24 jam. Dalam hal ini belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana pasien terlihat relaks, rasa ingin batuk berkurang, produksi sputum berkurang.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi

Implementasi yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi kerusakan kulit, menganjurkan pasien menggunakan pakian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,melakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan steril, melakukan cuci tangan dengan dengan 6 langkah degan benar. Hal ini selaras dengan penelitian menurut (NANDA,2015) bahwa upaya keperawatan yang wajib untuk dilakukan pada pasien dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi adalah melakukan perawatan luka teknik aseptic dan steril.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi

Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah tingkat nyeri dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien bahwa intervensi yang dilakukan selama 2x24 jam. Dalam hal ini belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana pasien terlihat keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, TD dan Nadi memmbaik.

Analisa masalah

Masalah yang diambil dari Asuhan Keperawatan yang ada yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi.

**4.6 Pembahasan**

**4.6.1 Pengkajian**

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

Karsinoma mammae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sle abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (NANDA, 2015)

Pada saat pengkajian tahap pertama yang penulis lakukan di dalam proses perawatan. Pengkajian ini melalui pengkajian pola fungsional menurut Gordon, pemeriksaan fisik dengan metode head to toe, dan pengumpulan informasi atau data-data ini diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien, melakukan observasi, catatan keperawatan, dan pemeriksaan fisik. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh kelompok kepada klien didapatkan data bahwa pasien dibawa ke RSUD Prof DR.W.Z. Yohannes Kupang setelah dilakukan tindakan operasi pemasangan IPC (Indwelling Pleura Catheter) pasien mengeluh batuk dan terdapat sputum berawarna merah, sesak napas dan nyeri pada bekas operasi pemasangan IPC (Indwelling Pleura Catheter), skala nyeri 4, waktu: hilang timbul dengan kualitas seperti disayat-sayat, TD: 130/80 mmHg. Hal terebut selaras dengan penelitian (Avryna dkk, 2019) bahwa pada diagnosa kanker payudara juga menimbulkan gejala seperti batuk, sesak nafas dikarenakan kanker payudarabisa bermestatase pada organ lain disekitarnya. Lokasi paling sering terjadinya metastasis pada kanker payudara yaitu paru dan pleura (15-20%), tulang (20-60%), hati (5-15%), otak ( 5-10%) dan metastasis lokal/regional (20-40%%).

Menurut (NANDA, 2015)Wanita dengan kanker payudara, bisa jadi mengalami gejala-gejala berikut. Kadang meskipun di tubuhnya telah tumbuh kanker dia tidak merasakan gejala apapun. Atau boleh juga ditubuhnya menujukkan gejala tersebut tetapi bukan karena kanker payudara, tetapi akibat kondisi medis lain. Adapun tanda-tanda atau gejalanya antara lain :

1. Ada bejolan yang keras di payudara

Bentuk umumnya berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara. Benjolan itu mula-mula kecil, semakin lama akan semakin besar, lalu melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada puting susu. Puting berubah (bisa masuk kedalam, atau terasa sakit terus-menerus), mengeluarkan cairan atau darah.Kulit atau puting susu menjadi tertarik ke dalam (retraksi), bewarna merah muda atau kecoklat-coklatan sampai menjadi *odema* hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk, mengkerut, atau timbul borok pada payudara. Borok itu semakin lama akan semakin membesar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara, sering berbau busuk, dan mudah berdarah. Ciri-ciri lainnya antara lain pendarahan pada puting susu, rasa sakit atau nyeri pada umumnya baru timbul apabila tumor sudah besar, sudah timbul borok, atau bila sudah muncul metastase ke tulang-tulang, kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening di ketiak, bengkak (edema) pada lengan, dan penyebaran kanker ke seluruh tubuh.

2. Ada perubahan pada kulit payudara diantara berkerut, iritasi, seperti kulit jeruk.

3. Adanya benjolan-benjolan kecil

4. Ada luka di payudara yang sulit sembuh

5. Payudara terasa panas, memerah, dan bengkak

6. Keluar darah, nanah, atau cairan encer dari puting susu pada wanita yang tidak sedang hamil ataupun tidak sedang menyusui.

7. Puting payudara tertarik kedalam.

**4.6.2Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis menegakkan diagnosa yang pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan napas. Diagnosa keperawatan yang kedua adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi Diagnosa keperawatan yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang ada bahwa masalah keperawatan yang sering muncu pasca operasi pemasangan IPC pada pasien dengan CA Mammae adalah bersihan jalan nafas tidak efektif, kerusakan integritas kulit dan nyeri akut (NANDA, 2015).

**4.6.3 Intervensi Keperawatan**

Menurut UU perawat No. 38 Th. 2014, perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu pertama bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas, intervensi yang dilakukan yaitu monitor pola nafas, monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-Fowler atau Fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator. Hal ini selaras dengan teori bahwa pada pasien dengan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif dianjurkan untuk mengatur posisi yang nyaman semi fowler, memberikan nebulisasi, memberikan oksigen serta mengobervasi pernafasan pasien (NANDA, 2015). Diagnosa yang kedua yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi, intervensinya lakukan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi kerusakan kulit, anjurkan menggunakan pakian yang longgar,jaga kebersihan kulit agar bersih dan kering lakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan steril,cuci tangan enam langkah Diagnosa yang ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi, intervensi yang diberikan adalah identifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri, bantu pasien mengatur posisi yang nyaman, ajarkan pasien teknik relaksasi. Pada kasus nyeri akut akibat post operasi pemasangan IPC pada CA Mammae tidak diberikan analgesik dikarenakan nyeri yang dirasakan akibat sesak nafas bukan dikarenakan luka insisi sehingga tidak perlu diberikan upaya non farmakalogis dari dokter.

**4.6.4 Impelementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi dengan masing – masing diagnosa.

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas

Implementasi keperawatan yang diberikan yaitu memonitor bunyi napas tambahan, memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), memposisikan semi-Fowler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen nasal 5lpm, mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian nebulisasi yaitu ventolin 2x1. Hal ini selaras dengan teoriyang ada bahwa bila seseorang dengan gangguan bersihan jalan nafas wajib untuk diberikan ventolin untuk meredakan batuk yang disertai dengan sputum (NANDA, 2015)

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi

Implementasi yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi kerusakan kulit, menganjurkan pasien menggunakan pakian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,melakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan steril, melakukan cuci tangan dengan dengan enam langkah degan benar. Hal ini selaras dengan penelitian menurut (NANDA,2015) bahwa upaya keperawatan yang wajib untuk dilakukan pada pasien dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi adalah melakukan perawatan luka teknik aseptic dan steril.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi.

Impelementasi keperawatan yang diberikan adalah mengiidentifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri, membantu pasien mengatur posisi yang nyaman, mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam dan dihembuskan secara perlahan. Hal ini selaras dengan penelitian menurut Rampengan dkk (2017) bahwa Hasil penelitian terhadap 15 responden sebelum dilakukan teknik relaksasi didapatkan hasil sebagian besar responden mengalami intensitas nyeri lebih nyeri yaitu sebanyak 6 orang (40%), intensitas nyeri sedikit lebih nyeri sebanyak 4 orang (26,7%), intensitas nyeri sangat nyeri 3 orang (20%) dan intensitas nyeri sedikit nyeri sebanyak 2 orang (13,3%). Setelah dilakukan teknik relaksasi, sebanyak 2 responden menyatakan tidak mengalami nyeri dan tidak ada responden yang mengalami intensitas nyeri sangat nyeri dan intensitas nyeri lebih nyeri.

**4.6.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Mareelli, 2007 evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari tahap-tahap proses keperawatan untuk mengetahui apakan masalah-masalah keperawatan yang muncul pada kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post pemasangan IPC dengan diagnosa CA Mammae teratasi atau tidak dan untuk membandingkan antara yang sistematik dengan yang terencana berkaitan dengan fasilitas yang tersedia.

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini antara lain :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas.Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah bersihan jalan nafas dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien bahwa intervensi yang dilakukan selama 2x24 jam. Dalam hal ini belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana pasien terlihat relaks, rasa ingin batuk berkurang, produksi sputum berkurang.
2. . Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi

Implementasi yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi kerusakan kulit, menganjurkan pasien menggunakan pakian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,melakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan steril, melakukan cuci tangan dengan dengan 6 langkah degan benar. Hal ini selaras dengan penelitian menurut (NANDA,2015) bahwa upaya keperawatan yang wajib untuk dilakukan pada pasien dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi adalah melakukan perawatan luka teknik aseptic dan steril.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi

Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan masalah tingkat nyeri dapat teratasi. Pada proses keperawatan sebelumnya yaitu implementasi keperawatan sudah dijabarkan bagaimana penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien bahwa intervensi yang dilakukan selama 2x24 jam. Dalam hal ini belum sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis dimana pasien terlihat keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, TD dan Nadi memmbaik.

Analisa masalah

Masalah yang diambil dari Asuhan Keperawatan yang ada yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi.

**BAB 5**

**PENUTUP**

**5.1 Kesimpulan**

1. pada pengkajian sesuai degan tujuan yang di harapkan yaitu perawat dapat melakukan pengkajian dengan baik pada kasus yang di alami Ny. H dengan penyakit CA Mammae sehingga semua keluhan dan data subjektif dan objektif dapat di kaji secara keseluruhan

2. Diagnosa yang di tegakkan pada Ny. H sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan CA Mammae sesuai denagn tujuan yang di harapkan yaitu : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan hipersekresi jalan nafas, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi,Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi

3. Perawat telah menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan tujuan yang di harapkan dan diberikan secara efektif, sesuai dengan masalah yang di alami oleh Ny. H

4. Pada implementasi keperawatan sudah sesuai dengan tujuan karena perawat melakukan tindakan sesuai dengan intervensi atau rencana yang sudah ditegakkan sehingga semua kebutuhan Ny. H terpenuhi dengan baik

5. Hasil evaluasi yang di harapkan sesuai dengan teori dan tujuan yang di harapkan sehingga semua masalah keperawatan teratasi.

**5.2 Saran**

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat memberi kemudahan dalam pemakaian sarana dan prasarana merupakan fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam melalui praktek klinik dan pembuatan laporan akhir.

1. Bagi Rumah sakit

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada pasien seoptimal mungkin untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

1. Bagi penulis

Diharapkan pada penulis dapat menggunakan atau memanfaatkan pengetahuan, keterampilan dan waktu seefektif mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner & Suddarth. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volum 3. Jakarta: EGC

Nanda. 2015. *Nursing Diagnosis: Defiition and Classification*. Philadelphia

Nurlaela dkk, 2017. Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Congestive Heart Failure. *Publikasi Ilmiah.* Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diakses tanggal 20 Oktober. Diunduh dari <http://eprints.ums.ac.id/52333/1/karya%20tulis%20ilmiah.pdf>

Wijaya, A. S & Putri, Y. M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa) 2.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Rampengan dkk. 2017. Pengaruh Teknik Relaksasi Dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Irina A Atas Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Kesehatan Ilmiah.* Diakses tanggal 20 Oktober 2019. Diunduh dari <https://media.neliti.com/media/publications/113009-ID-none.pdf>.

Robbins, dkk. 2017. *Buku Ajar Patologi*. Jakarta: EGC

Hermin pello, Pos Kupang. Artikel dengan judul Kanker Payudara Terbanyak, https;//kupang,tribunnews.com/2016/10/29

Standar Operasional Prosedur (sop) perawatan luka ca mamae Dedi Irawandi, 2019

Moorhead, Sue dkk. 2016. *Nursing Outcomes Clasification (NIC)*, 5th *Indonesian Edition.*

Smeltzer & Bare 2015. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC

Suyatno,& Pasarib, E.T, (2014), Kanker payudara. In Bedah onkologi diagnosis dan terapi (2 ed.,p.,39,Jakarta: Sugeng Seto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\dM\Pictures\logo kemenkes 2016 baru.png** | **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  **BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  **SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG  Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com | D:\Logo\Logo Politeknik Kesehatan.jpg |

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**PENGKAJIAN, Tanggal 24-februari 2020, Jam 09.00 WIB**

Pilih yang sesuai dengan memberi tanda (√ ) pada (❑)

1. **IDENTITAS KLIEN**

No. Register : 566421

Nama : Ny. H

Umur : 35 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Kristen

Alamat : Alor

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Tanggal/Jam MRS : 23-02-2020/11.41 WIB

Diagnosis Masuk : CA mammae

Jenis Operasi (bila ada) :sedang Post op hari ke : 0

Tindakan operasi :insersi IPC (Indwelling pleura catheter) dengan NGT 18 fc

Keluarga yang dapat dihubungi : suami Tn. S

1. **RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

- Pernah dirawat Ya, Kapan ; Tahun √Tidak

- Penyakit yang pernah di derita : Pasien mengatakan tidak pernah menderita sakit lain selain kanker payudara

1. **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

❑ DM ❑ Hypertensi ❑ Basedow

❑ Jantung ❑ Epilepsi ❑ asma

❑ alergi ❑ Kanker ❑ Lain-lain

❑ Lupus

Genogram:

Keterangan :

: Laki-laki

**:** Perempuan

37

50000

**:** meninggal

**:** pasien

**:** serumah

1. **RIWAYAT ALERGI**

**Terhadap;** ❑ Obat, reaksi : Tidak ada

❑ Makanan, reaksi : Tidak ada

❑ Plester, reaksi : Tidak ada

❑ Lain-lain : Tidak ada

1. **RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

Pasien mengatakan sudah 4 tahun mengalami benjolan pada payudara bagian kanan

1. **KELUHAN UTAMA**

Pasien mengatakan batuk, sesak napas dan nyeri pada bekas operasi pemasangan IPC

**Masalah Keperawatan: bersihan jalan napas tidak efektif dan Nyeri Akut**

1. **SAAT MASUK RS :** ❑ Berjalan ✓ Dengan Kursi roda ✓
2. **ALAT MEDIK YANG DIPAKAI SAAT PENGKAJIAN**

√ **Infus**

❑ Infus Pump ✓ IV Set ❑ Tranfusi Set

Nama cairan: Ringer Lactat

Jumlah pemberian: 1000 cc/ 24 jam

Jumlah tetesan: 14 tpm

Lokasi pemasangan: metakarpal sinistra

✓ Alat bantu nafas

**Nasal**/masker sederhana : 4 lpm

Masker resevoir :...........lpm

Tracheostomy : tidak ada

Ventilator : tidak ada

❑Folley Catether/ Three way Catether:

Nomer : -

Isi Balon : -

Warna Urine : -

Jumlah : -

❑ NasoGastricTube : Tidak ada

√ Drain :

Nama : IPC (Indwelling Pleura Cathehter)

Lokasi : Dada sebelah kanan

Pengeluaran : Jenis: Darah warna: Merah Jumlah: 200 cc/4 jam

❑Lain- lain

**Masalah Keperawatan : Resiko Infeksi**

1. **ALAT BANTU YANG DIGUNAKAN**

❑ Kaca mata ❑ Gigi palsu

❑ Alat bantu dengar ❑ Lensa kontak

❑ Walker/ Kruk / kursi roda ❑Protesa

❑ Pace maker

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **KEADAAN UMUM**

❑ Ringan ✓ Sedang ❑ Berat

**Masalah Keperawatan : Tidak ada maasalah keperawatan**

1. **PENGKAJIAN NYERI**

P(Provocative): Nyeri karena bekas operasi pemasangan IPC

Q (Quality) : Seperti ditusuk-tusuk

R(Regio) : di dada bagian kanan

S (Severity Scale) : Skala 4

T (Time) : saat bergerak

Keluhan lain :pasien tampak meringis, pasien tampak berhati-hati saat bergerak

**Masalah Keperawatan : Nyeri akut**

**TANDA-TANDA VITAL**

Suhu : 36.9 oC

√ Aksila ❑ Rektal ❑ Timpani ❑Oral ❑Frontal ❑Lain-lain: Tidak ada

Pernafasan : 24 x/mnt ✓ Reguler ❑ Irreguler

Nadi : 112 x/mnt ✓ Reguler ❑ Irreguler

Tekanan darah : 130/80 mmHg ✓ Berbaring ❑ Duduk ❑ Berdiri

**Masalah Keperawatan : Pola napas tidak efektif**

1. **SISTEM PERNAFASAN**

Jalan nafas : ❑ Bersih ✓ Obstruksi

Inspeksi :

Bentuk dada : √ Simetris ❑ Pigeont chest ❑ Barrel chest ❑Funnel chest

Tipe pernafasan : ❑ Perut ✓ Dada ❑ Biot ❑ Kusmaul ❑ Cheyne Stoke

Gerakan otot bantu nafas: ❑ tidak ✓ ya

Jika iya: ✓ Retraksi intercostalis ❑Supraclavicula ❑ Subcostalis

❑ Suprasternalis ❑Sternocleidomastoideus

Ekspansi paru: √Simetris, ❑ Asimetris, ❑ Flail chest

Tanda distress nafas : ❑Nafas Cuping Hidung,

✓Retraksi Intercosta: ❑ Ringan ❑Sedang ✓ Berat

❑ Pursed Lips Breathing

Palpasi: ❑ Tumor ❑Krepitasi

Auskultasi

Suara nafas : ❑Vesiculer Area : tidak ada

❑ Bronkovesikuler Area : tidak ada

❑Bronchial Area : tidak da

✓ Ronchi: + / - Area : Lapang dada bagian kanan

❑ Wheezing : + / - Area : Tidak ada

❑Lain- Lain: - Area : Tidak ada

Suara Perkusi : ❑ Sonor ❑ Hipersonor ✓ Redup/Pekak

Lokasi: kanan

Batuk : **❑** Tidak

✓ Ya : Jika Ya: ❑Kering ✓ Berdahak

Akumulasi sputum : ✓ Ya ❑ Tidak

Warna : merah Konsistensi: cair Jumlah: 50 cc tiap 8 jam

SpO2: 97 %

Keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien) : Pasien mengatakan batuk dan sesak napas.

**Masalah Keperawatan : bersihan jalan napas tida efekif dan pola napas tidak efektif**

1. **SISTEM JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH**

1. Inspeksi :

❑ Clubbing Finger ❑ Distensi Vena Jugularis

❑ Pucat ❑ Kemerahan

❑ Sianosis, Jika Ya: ❑ Sentral ❑ Perifer

❑ Perdarahan pada : tidak ada Jumlah : - cc

❑ Hematoma pada : Tidak ada

❑ Varises pada : tidak ada

Pembesaran kelenjar getah bening: ❑ Ada, Lokasi:............................✓ Tidak

1. Palpasi :

Akral : ❑Panas √ Hangat √ Kering

❑ Merah ❑ Pucat ❑Basah ❑Dingin

Nadi Radialis/ Brakialis : ❑Lemah √Kuat ❑Dalam ❑ Dangkal

Nadi Karotis : ❑Lemah √ Kuat ❑ Teraba ❑ Tidak Teraba

Capillary Refill / Pengisian Kapiler : √ <3 Detik ❑ >3detik

Oedema : ❑ Anasarka ❑ Piting : Derajat: tidak ada

AV Shunt ❑ Ada , : Letak:.......................... ✓ Tidak

1. Perkusi : ❑Redup/ Pekak
2. Auskultasi : √ S1 &S2 Tunggal ❑ Murmur ❑Gallop ❑ Lain- Lain:.....
3. JVP : tidak ada Cm Head Up......0
4. CVP: Letak: Tidaak ada Nilai: - cmH2O

Kelainan/keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM PERSYARAFAN**
2. Inspeksi

Kesadaran : √ Compos Mentis ❑Apatis ❑Dellirium

❑Somnolen ❑Stupor ❑ Coma

Pupil : ❑ Ukuran: ✓ Isokor ❑ Anisokor kanan/kiri

❑ Myosis ✓ Normal ❑ Midriasis

Reaksi cahaya : ✓ Positif ❑ Negatif (kanan/kiri)

❑ Konvulsi ❑ Tremor ❑ Kaku kuduk ❑ Tics pada : Tidak ada

❑ Kesemutan

1. Palpasi

G.C.S : E: 4 V: 5 M: 5 total GCS: 15

❑ Kernig sign

❑ Para parese / hemi parese/ tetra parese : Tidak ada

❑ Para plegia / hemi plegia/ tetra plegi : Tidak ada

1. Perkusi

Reflek Normal: ❑Bisep ❑Trisep ❑ Patela, ❑Plantar ❑Achiles

Reflek Patologis: ❑Babinski ❑ Brudzinsky ❑Lain- lain:

Kelainan/keluhan lain (maslaah yang dikeluhkan pasien):

Tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM PERKEMIHAN**

1)Inspeksi

A)Urethra : Letak √ Normal ❑ Hipospadia ❑ Epispadia

B) Kebersihan : √ Ya, ❑ Tidak

C) Sekresi : ❑ Fluor Albus ❑ Pus ❑ Darah

D) Untuk Laki- Laki: ❑Sircumsition ❑ Unsircumsition

2) Palpasi **:** Distensi Kandung Kemih : ❑ Ya √ Tidak

3)Keluhan:

❑ Dribbling ❑ Retensi ❑ Inkontinensia ❑ Gross Hematuri ❑ Hesitensi

❑ Oliguri ❑ Disuria ❑ Anuri ❑Poliuri

4) Irigasi

Nama Cairan : Tidak ada

Jumlah : Tidak ada

Warna : Tidak ada

5)Output/ urine : Jumlah :± 1500 cc Warna : Kuning jernih   
 Bau: Amoniak

6)IWL **:**  34,37cc/hari

Kelainan/keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): Tidak ada keluhan

**Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM PENCERNAAN**
2. Inspeksi

Mulut : √ Bersih ❑ Candidiasis ❑ Halitosis ❑ Stomatitis

❑Caries ❑ Tumor

Leher : Pembesaran tonsil: ❑ Ada √ Tidak

Abdomen : ❑ Striae (Gelap/Putih), ❑ Jejas : tidak ada

❑ Hematemesis ❑ Melena

❑ Muntah, Jika Ya ❑Warna : tidak ada ❑Jumlah ; tidak ada

❑Isi Pengeluaran ; tidak ada

❑ Menggunakan Kolostomi/ Ileustomi : tidak ada

1. Palpasi:

Abdomen : √ Supel ❑ Distended ❑ Lingkar Abdomen: - cm

❑ Benjolan Di : tidak ada

❑ Hepatomegali ❑ Splenomegali

❑Nyeri McBurney

Anus : ❑ Hemmoroid ❑ Atresia Ani ❑ Fissura Ani

1. Perkusi abdomen: ❑ Asites
2. Auskultasi : ❑ Peristaltik/ bising usus : 15x/mnt
3. Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawata**

1. **SISTEM MUSKULOSKELETAL**
2. Inspeksi:

❑ Radang sendi pada : tidak ada

❑ Kaku sendi pada : tidak ada ❑ Fraktur pada: tidak ada

❑ Atrofi pada : tidak ada ❑ Traksi/ spalk/ gips : tidak ada

❑ Kontraktur ❑ Deformitas

❑ Pergerakan sendi : **bebas**/ terbatas

❑ Kelainan tulang belakang

1. Palpasi:

❑ Skala Kekuatan Otot : 5 5

5 5

❑ Kompartement sindrome :

❑AVN(*Arteri Vein Nervus*):

❑ROM : √Aktif ❑Pasif

Kelainan/keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien) : tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM INTEGUMEN DAN SELAPUT LENDIR**
2. Inspeksi : ❑ Ichterus ❑Petechie ❑Hiperpigmentasi ❑ Malar

❑ Rash ❑ Acne ❑ Lain- Lain : tidak ada

Luka : √ Ada, ❑Tidak

Jika Ada:

Bula pada : tidak ada

Laserasi pada: tidak ada

Combutio : Area: tidak ada luas permukaan: - %

Grade tidak ada

Decubitus pada : Area: tidak ada Derajat: tidak ada

Ganggren :Area : tidak ada Derajat:tidak ada

Abses di : tidak ada

Luka post op: area: dada bagian kanan Keadaaan: tidak ada pus, tidak kemerahan, tidak bengkak

**Gambar Luka: Meliputi Panjang, Lebar, Kedalaman, Keadaan Luka**

Hecting : ❑Tidak ❑Ya, Jika Ya: Jenis Benang -

1. Palpasi**:** Turgor √ Baik ❑ Sedang ❑ Jelek

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM SENSORI PERSEPSI**

**Sistem Penglihatan**

❑ Berkunang-Kunang ❑ Kabur ❑ Buta

Sclera : ❑ Icterus ❑ Hiperemi ✓ Putih

Kornea : ❑ Keruh ❑ Bintik-Bintik

Konjungtiva : √ Tidak Anemis ❑ Anemis/Pucat ❑ Hiperemis

Oedema Palpebra: ❑ Ya √ Tidak

Hordeolum: tidak ada

Strabismus : ❑ Ya √ Tidak

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**Sistem pendengaran**

❑ Tinitus ❑ Berkurang ❑ Nyeri ❑ Tuli (Kanan/Kiri)

❑ Nyeri Tarikan Daun Telinga ❑ Nyeri Tekan ❑Otorhea ( Cairan/Darah)

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM ENDOKRIN**

**Leher:**

Pembesaran kelenjar tiroid : ❑ Ada ✓ Tidak

Parotitis : ❑ Ada ✓ Tidak

Torticollis : ❑ Ada ✓ Tidak

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **SISTEM REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS**
2. Wanita

Riwayat haid : Siklus haid 28 hr Haid terakhir : September 2019

✓ Menarche usia 13 tahun

Lama Haid 3-4 hari Sifat haid : banyak/sedikit ; Gumpal/encer

❑ Dismenore

❑ Fluor albus

❑ Menopouse

Paritas : Jumlah kehamilan tidak ada

Keikutsertaan KB: ❑ Tidak / belum pernah ❑ Perlu, tapi belum ikut KB

❑ Ya. Metode yang dipakai:

❑ IUD ❑ Kondom ❑ Susuk

❑ MOW

❑ Alamiah

❑ Condyloma, di : tidak ada

❑ Sekresi Vagina : Banyak/ Sedang/ Sedikit ❑ Warna Sekret: -

❑ Berbau / Tidak

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): pasien mengatakan  
 dulu pernah pakai KB suntik dan Pil

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Laki-Laki

Penis : ❑bersih, ❑ kotor Testis : (desensus/ undesensus)

Skrotum : .............

Phimosis : .............

Keikutsertaan KB : ❑ Tidak / belum pernah ❑ Perlu, tapi belum ikut KB

❑ Ya, Metode yang dipakai:

❑ Kondom ❑ Alamiah ❑ MOP

❑ Condyloma, di : .......................................

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien):

....................................................................................................................................

**Masalah Keperawatan:**

.............................................................................................................................

**DATA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR**

1. **NUTRISI**

**Pengkajian Saat Di Rumah**

✓ BB 55 Kg ✓ TB157 cm ✓ IMT : 22,3

Nafsu Makan : ❑ Tidak Ada ❑ Kurang ❑ Berlebihan √ Normal

Keluhan : ❑ Nausea ❑ Vomiting ❑ Disfagia

Jenis Diet : tidak ada

Jumlah kalori : -

Kebutuhan cairan : 1500 cc/24 jam

Pola makan : - Frekuensi : 3 kali (pagi, siang, malam)

- Jenis makanan : nasi, sayur, lauk

- Makanan yang disukai : tidak ada

- Makanan yang tidak disukai : tidak ada

Pola minum : - Jumlah : 1500 cc/24jam

- Jenis minuman : air putih

- Minuman yang disukai : tidak ada

- Minuman yang tidak disukai : tidak ada

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**Pengkajian Saat Di Rumah Sakit**

✓ BB 55 Kg ✓ TB157 cm ✓ IMT : 22,3

Nafsu Makan : ❑ Tidak Ada ❑ Kurang ❑ Berlebihan √ Normal

Keluhan : ❑ Nausea ❑ Vomiting ❑ Disfagia

Jenis Diet : Bubur halus

Jumlah kalori : -

Kebutuhan cairan: 1500 cc/24 jam

Pola makan : - Frekuensi : 3 x/hari (pagi, siang, malam)

- Jenis makanan : nasi ,sayur ,lauk

- Makanan yang disukai : tidak ada

- Makanan yang tidak disukai : tidak ada

Pola minum : - Jumlah : 1500 cc/24jam

- Jenis minuman : air putih, susu hangat

- Minuman yang disukai : tidak ada

- Minuman yang tidak disukai : tidak ada

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

1. **ELIMINASI**

**Pengkajian Saat Di Rumah**

Buang air kecil : ✓ Lancar ❑Dibantu ✓ Mandiri

✓ Frekuensi : 5-6 x/hari ✓ Warna : kuning jernih ✓Bau: amonia

❑ Jumlah urine:1500/24jam

Buang air besar : ❑ Obstipasi ❑ Konstipasi ❑ Diare

❑ Melena ❑ Lendir Dan Darah

❑ Dibantu ✓ Mandiri

❑ Frekuensi :1x/hari

❑ Warna : kuning kecoklatan ❑ Konsistensi : lembek ❑ Jumlah :

Penggunaan pencahar: ❑ Tidak ❑Ya,

Jika Ya :Nama ; tidak ada Frekuensi ; tidak ada Dosis; tidak ada

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**Pengkajian Saat Di Rumah Sakit**

Buang air kecil : ✓ Lancar ❑Dibantu ✓ Mandiri

❑ Frekuensi : 5-6 x/hari ❑ Warna : kuning jernih ❑Bau: amonia

❑ Jumlah urine: 1500 cc /24jam

❑ Balance cairan:

Buang air besar : ❑ Obstipasi ❑ Konstipasi ❑ Diare

❑ Melena ❑ Lendir Dan Darah

❑ Dibantu ❑ Mandiri

❑ Frekuensi - x/hari

❑ Warna : - ❑ Konsistensi : - ❑ Jumlah : -

Penggunaan pencahar: ✓ Tidak ❑Ya,

Jika Ya :Nama - Frekuensi - Dosis : -

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan**

1. **POLA AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT**

**Pengkajian Di Rumah**

Lama tidur : - Siang : 3 jam

- Malam : 8 jam

Waktu tidur : - Siang pukul : 13.00-16.00 WIB

- Malam pukul : 22.00-06.00 WIB

Kelainan / keluhan lain : Tidak ada

Memakai obat tidur : ✓Tidak ❑ Ya,

jika Ya: Nama: tidak ada Frekuensi:- Dosis: -

Kegiatan rutin : mengurus rumah

Latihan fisik :Jenis: tidak ada Durasi : tidak ada Frekuensi : tidak  
 ada

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien : Tidak ada

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**Pengkajian Di Rumah Sakit**

Lama tidur : - Siang : 2 jam

- Malam : 7 jam

Waktu tidur : - Siang pukul : 13.00-15.00 WIB

- Malam pukul : 21.00-05.00 WIB

Kelainan / keluhan lain : Tidak ada

Memakai obat tidur : ✓ Tidak ❑ Ya,

jika Ya: Nama : tidak ada Frekuensi: - Dosis :-

Kegiatan rutin : tidak ada

Latihan fisik :Jenis - Durasi – Frekuensi -

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): Tidak ada

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **POLA MERAWAT DIRI**

**Pengkajian Di Rumah**

Mandi : 2x/hari ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Gosok gigi : 3x/hari ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Cuci rambut : 3x /minggu ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Berpakaian/ Berhias : ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Instrumental : ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Kuku : ❑ Panjang ❑ Pendek ❑ Bersih ❑ Kotor

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien): tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**Pengkajian Di Rumah Sakit**

Mandi : 2x/hari ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Gosok gigi : 2x/hari ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Cuci rambut : - x /minggu ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Berpakaian/ Berhias : ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Instrumental : ❑ Tergantung ❑ Dibantu ❑ Mandiri

Kuku : ❑ Panjang ❑ Pendek ❑ Bersih ❑ Kotor

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien):pasien mengatakan merasa  
 lemah

**Masalah Keperawatan : defisit perawatan diri**

1. **GAYA HIDUP**

❑ Merokok : Sejak : tidak ada ❑ Banyaknya : -

❑ Minuman keras : Nama : tidak ada ❑ Sejak : -

❑Obat-obatan : Nama : tidak ada ❑ Sejak : -

Interaksi sosial : Pasien mengatakan tidak ada hambatan saat beinteraksi dengan orang lain

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien):tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**DATA PSIKOSOSIAL**

Komunikasi : √Verbal ❑ Non verbal

Kemampuan bicara : √ Lancar ❑ Gugup ❑ Afasia

Bahasa yang dipakai sehari-hari : Indonesia dan Jawa

Pasien tinggal dengan : Suami dan kedua anak

Orang yang paling dekat : Suami

Orang yang membantu di rumah : Suami

Apakah pasien mengerti tentang penyakitnya √ Ya ❑ Tidak

Kelainan / keluhan lain (masalah yang dikeluhkan pasien):tidak ada keluhan

**Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan**

**DATA SPRITUAL**

Melaksanakan ibadah : √ Ya ❑ Tidak

Persepsi terhadap sehat / sakit : Pasien mengatakan mungkin sakitnya karena pola makan yang salah

Kelainan / keluhan lain : Tidak ada

Bantuan yang dibutuhkan : ❑ Pastur ❑ Pendeta

❑ Ustad ❑ Pemuka agama lain :

Keyakinan terhadap sakitnya : Pasien mengatakan cobaan dari Tuhan

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal, 25-02-2020** | | | |
| **Parameter** | **Result** | **Unit** | **Ref. Rager** |
| **KIMIA** |  |  |  |
| Gula darah acak | 193 | Mg/dL | < 120 |
| BUN | 11 | Mg/dL | 10-24 |
| Kreatinin | 0,7 | Mg/dL | 0,5-1,5 |
| Natrium | 135,6 | mmol/L | 135,0-147,0 |
| Kalium | 3,61 | mmol/L | 3.00-5.00 |
| Chloride | 99,8 | Mmol/L | 95,0-105,0 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal, 25-02-2020** | | | | |
| **Parameter** | | **Result** | **Unit** | **Ref. Ranger** |
| **HEMATOLOGI** | |  |  |  |
| Neu# | | 7,37 |  | 2,0-7,0 |
| Neu % | | 81,3 | % | 50,0-70,0 |
| Lym % | | 9,9 | % | 20,0- 40,0 |
| Eos% | | 0,0 | % | 0,5-5,0 |
| Bas # | | 002 |  | 0,0-0,1 |
| Bas % | | 0,3 | % | 0,0-1,0 |
| HGB | | 13,8 | g/dl |  |
|  | | | | |
| **NO** | **TERAPI MEDIS** | | | |
| **1.** | **Nama:** Ventolin | | | |
|  | **Kandungan:** Salbutamol Sulfate | | | |
|  | **Kelas/Golongan obat:** Antiasma dan Bronkodilator | | | |
|  | **Dosis dan cara pemberian:** 2x1 dengan nebulizer | | | |
|  | **Indikasi/fungsi:** Meringankan gejala asma, batuk dan mengencerkan produksi sputum | | | |
|  | **Kontraindikasi:** Hipersensitivitas | | | |
|  | **Efek Samping:** Gugup, gemetar, sakit kepala, mulut atau tenggorokan kering | | | |
|  | | | | |
| **2.** | **Nama:** Fortison | | | |
|  | **Kandungan:** Hydrocortisone | | | |
|  | **Kelas/Golongan obat:** Kortikosteroid | | | |
|  | **Dosis dan cara pemberian:** 3x1 melalui injeksi IV | | | |
|  | **Indikasi/fungsi:** Gangguan endokrin, rematik, penyakit kolagen, penyakit terkait pernafasan, gangguan hematologi,gangguan pada kulit | | | |
|  | **Kontraindiksi:** Hipersensitivitas, riwayat epilepsi,infeksi jamur sistemik | | | |
|  | **Efek samping:** Gangguan cairan dan elektrolit pada tubuh, gangguan muskuloskeletal, gangguan gastrointestinal | | | |
|  | | | | |
| **3.** | **Nama:** Dextral Syrup | | | |
|  | **Kandungan:** Chlorpheniramine Maleate, Dextromethorphan, Glyceryl Guaiacolate dan Phenylephrine Hydrochloride. | | | |
|  | **Kelas/Golongan obat: -** | | | |
|  | **Dosis dan cara pemberian obat:** 3x1 sendok melalui oral | | | |
|  | **Indikasi/fungsi:** Untuk meredakan batukdan pilek | | | |
|  | **Kontraindikasi:** Hipertensi berat, penyakit jantung, diabetes melitus | | | |
|  | **Efek samping:** Sakit kepala, sesak napas, mual, muntah, ruam, gatal-gatal | | | |

**Analis Data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| DS :   * Pasien mengatakan batuk   DO :   * Terdapat suara Ronchie * Terdapat akumulasi sputum * Suara perkusi redup di lapang dada kanan * IPC produksi 200 cc/4jam * RR : 24 X/menit * Menggunakan O2 nasal 4lpm | CA Mammae bermestatase ke paru  Mendesak jaringan sekitar  Menekan jaringan pada mammae  Mammae membengkak  Massa tumor mendesak jaringan sekitar  Efusi pleura  Pemasangan IPC  Akumulasi sputm  Sesak, batuk  Bersihan jalan nafas tidak efektif | Bersihan jalan napas tdak efektif |
| DS :   * Pasien mengatakan masih ada luka bekas operasi payudara bagian kanan   DO :   * Terdapat luka post operasi * Luka di bagaian paudara kanan * RR : 24 x/menit * Spo2 : 97 % | Luka post operasi | Kerusakan integritas kulit |
| DO :   * Pasien mengatakan merasa nyeri di bekas pemasangan IPC * P : nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC * Q :seperi tertusuk-tusuk * R : di dada bagian kanan * S : skala 4 * T : saat bergerak   DO :   * Pasien tampak meringis * Pasien tampak berhati-hati saat ingin bergerak * TD : 130/80 mmhg * Nadi : 112 x/menit * RR : 24 X/menit | CA mammae bermetastase ke paru  Pemasangan IPC  Tindakan pembedahan  Dinkontunitas jaringan  Merangsang hipotalamus  Melepaskan bradikinin  Nyeri akut | Nyeri akut |

**Diagnosa Keperawatan**

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan di tandai dengan dengan pasien mengatakan batuk, terdapat suara ronchie, terdapat akumulasi sputum, suara perkusi redup di lapang dada kanan, IPC produksi /4 jam 200 cc, RR : 24 X/menit, menggunakan 02 nasal 4lpm.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operas yang di tandai dengan Pasien mengatakan masih ada luka bekas operasi payudara bagian kanan, terdapat luka post operasi,Luka di bagaian paudara kanan
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang di tandai dengan pasien mengatakan merasa nyeri di bekas pemasangan IPC, P : nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC, Q :seperi tertusuk-tusuk, R : di dada bagian kanan, S : skala 4, T : saat bergerak, pasien tampak meringis, pasien tampak berhati-hati saat ingin bergerak, TD : 130/80 mmhg, Nadi : 112 x/menit, RR : 24 X/menit

**Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **LUARAN** | **INTERVENSI** | **RASIONAL** |
| 1. | Bersihan jalan napas tida efektif berhubungan dibuktikkan dengan pasien mengatakan batuk, terdapat suara ronchie, terdapat akumulasi sputum, suara perkusi redup di lapang dada kanan, IPC produksi /4 jam 200 cc, RR : 24 X/menit, menggunakan O2 nasal 4lpm | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :   * Keluhan pasien menurun * Produksi sputum menurun * Frekuensi nafas membaik (16-20xmenit) * Saturasi oksigen membaik (95%-100%) | **Manajemen Jalan Nafas :**   1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 4. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 5. Berikan minum hangat 6. Berikan oksigen 7. Ajarkan batuk efektif 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator | 1. Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien 2. Untuk mengetahui apakah adanya suara nafas tambahan pada pasien 3. Untuk mengetahui produksi sputum pasien 4. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien agar tidak sesak 5. Agar saluran nafas pasien terasa lega dan nyaman guna meringankan rasa batuk pasien 6. Untuk mempertahankan oksigenasi yang adekuat 7. Agar mudah untuk mengeluarkan sekret saat pasien ingin batuk 8. Agar sputum mudah untuk dikeluarkan dari saluran nafas |
| 2. | Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operas yang di tandai dengan Pasien mengatakan masih ada luka bekas operasi payudara bagian kanan, terdapat luka post operasi,Luka di bagaian paudara kanan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :   * Tidak ada pigmentasi * Lesi pada kulit berkurang * Tidak ada jaringan parut * Tidak ada pengelupasan pada kulit * Tidak ada penebalan kulit * Tidak ada eritema | 1. Tentukan penyebab terjadinya pruritus 2. Lakukan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi kerusakan kulit 3. Berikan kompres dingin untuk mengatasi iritasi 4. Anjurkan pasien untuk tidak memakai pakaian yang ketat 5. Anjurkan pasien untuk menghindari sabun mandi dan minyak yang mengandung parfum. 6. Anjurkan pasien untuk menggunakan telapak tangan ketika menggosok area kulit.   Kolaborasi pemeberian antipruritik | 1. Agar tidak terjadi infeksi 2. Agar tidak terjadi luka yang lebih serius 3. Agar tidak terjadi iritasi 4. Agar tidak terjadi perdarahan pada luka post operasi 5. Agar tidak terjadi kerusakan kulit 6. Agar luka tidak infeksi |
| 3. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa nyeri di bekas pemasangan IPC, P : nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC, Q :seperi tertusuk-tusuk, R : di dada bagian kanan, S : skala 4, T : saat bergerak, pasien tampak meringis, pasien tampak berhati-hati saat ingin bergerak, TD : 130/80 mmhg, Nadi : 112 x/menit, RR : 24 X/menit | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri munurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :   * Keluhan pasien menurun * TD membaik (100//70mmHg -130/90mmHG) * Nadi membaik (60-100xmenit) | **Manajemen Nyeri :**   1. Identifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri 2. Bantu pasien mengatur posisi yang nyaman 3. Ajarkan pasien teknik relaksasi | 1. Untuk mengetahui sumber nyeri 2. Posisi yang nyaman dapat mengurangi rasa nyeri 3. Untuk mengalihkan rasa nyeri |

**Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HARI/TANGGAL/JAM** | **DIAGNOSA** | **IMPLEMENTASI** | **PARAF** |
| **24-02-2020**  09.00  09.05  09.10  09.15  09.25  10.00  10.05  10.15  10.20  10.30  11.00  11.05 | 1&2  3  1,2,3  1,2  1,2  1,2  1,2,3  1,2  1,2  1,2  3  3  3  3  1,2  1,2 | Memonitor pola nafas pasien  R: Pasien kooperatif  Pola nafas cepat :   * RR: 24 x/mnt - TD : 120/90 mmHg * Nadi : 90 x/mnt - S : 36’7C – SPO2 : 97%   Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri  R:   * Pasien mengungkapkan nyeri pada dada sebelah kanan * P : Nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC * Q : Seperti ditusuk-tusuk * R : di dada bagian kanan * S : Skala nyeri 4 * T : Nyeri pada saat bergerak   Membantu pasien dalam posisi yang nyaman yaitu semi fowler  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mengatakan lebih enakan posisi duduk, tidak sesak   Melakukan auskultasi mengenai bunyi napas tambahan  R :   * Pasien kooperatif * Terdapat suara nafas tambahan pada isi lapang dada kanan   Menganjurkan pasien untuk minum air  R:   * Pasien kooperatif * Pasien menerim dan melaksanakan anjuran yang diberikan   Mengajarkan pasien untuk batuk efektif dengan cara mengambil nafas melalui hidung dan menghembuskannya sampai 3x daan pada saat mengambil nafas yang ke 3 langsung diikuti dengan batuk.  R:   * Pasien mengikuti arahan yang diberikan   Mengobservasi TTV  **Respon** :   * TD 120/80 mmHg * Nadi 90x/mnt * Suhu 36,40 C * RR 24x/mnt * SpO2 97%   Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi nebul pada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mau di nebul   Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)  R:   * Pasien dapat batuk spontan * Jumlah sputum kurang lebih 50cc, warna kuning, warna : normal   Memberikan terapi O2 nasal kanul 4 lpm  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mengatakan kalau tidak memakai oksigen batuk – batuk dan sulit bernafas   Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut  R:   * Pasien mengikuti ajaran yang diberikan   Memberikan obat fortison secara injeksi, dan ventolin melalui nebul  R:   * Pasien kooperatif * Obat masuk lancer, tidak ada phlebitis   Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam memlalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut  R:   * Pasien mengikuti ajaran yang diberikan   Memberikan obat fortison secara injeksi  R:   * Pasien kooperatif * Obat masuk lancer, tidak ada phlebitis   Memberikan ventolin memlalui nebul kepada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mau di nebul   Memberikan obat dextral syrup secara oral kepada pasien  R :   * Pasien kooperatif dan meminum obat yang diberikan |  |
| **26-02-2020**  10.00  10.05  10.30  11.00  11.10  11.15    11.30  12.00  11.30  12.30  13.00  13.05  13.10  13.15  13.20  13.30  14.00  14.05 | 1,2,3  1,2  3  1,2,3  1,2  3  1,2  1,2  1,2,3  3  1,2  1,2  1,2,3  1,2,3  1,2  1,2  3  1 | Mengobservasi TTV  **Respon** :   * TD 120/80 mmHg * Nadi 90x/mnt * Suhu 36,40 C * RR 23x/mnt * SpO2 97%   Memberikan terapi O2 nasal kanul 4 lpm  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mengatakan kalau tidak memakai oksigen batuk – batuk dan sulit bernafas   Memberikan obat fortison secara injeksi kepada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Obat masuk lancar, tidak ada phlebitis   Membantu pasien dalam posisi yang nyaman yaitu semi fowler  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mengatakan lebih enakan posisi duduk, tidak sesak   Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)  R:   * Pasien dapat batuk spontan * Jumlah sputum kurang lebih 100cc, warna kuning, warna : normal   Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut  R:   * Pasien mengikuti ajaran yang diberikan   Menganjurkan pasien untuk minum air hangat  R:   * Pasien kooperatif * Pasien menerima dan melaksanakan anjuran yang diberikan   Mengajarkan pasien untuk batuk efektif dengan cara mengambil nafas melalui hidung dan menghembuskannya sampai 3x daan pada saat mengambil nafas yang ke 3 langsung diikuti dengan batuk.  R:   * Pasien mengikuti arahan yang diberikan   Mengobservasi TTV  **Respon** :   * TD 120/80 mmHg * Nadi 88x/mnt * Suhu 36,40 C * RR 23x/mnt * SpO2 99%   Memberikan obat injeksi fortison kepada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Obat masuk lancar, tidak ada phlebitis   Memberikan nebul dengan ventolin kepada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mau di nebul   Memberikan obat oral dextral syrup  R :   * Pasien kooperatif dan meminum obat yang diberikan   Membantu pasien dalam posisi yang nyaman yaitu semi fowler  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mengatakan lebih enakan posisi duduk, tidak sesak   Mengobservasi TTV  **Respon** :   * TD 120/80 mmHg * Nadi 88x/mnt * Suhu 36,40 C * RR 23x/mnt * SpO2 99%   Memberikan nebul dengan ventolin kepada pasien  R:   * Pasien kooperatif * Pasien mau di nebul   Mengajarkan pasien untuk batuk efektif dengan cara mengambil nafas melalui hidung dan menghembuskannya sampai 3x daan pada saat mengambil nafas yang ke 3 langsung diikuti dengan batuk.  R:   * Pasien mengikuti arahan yang diberikan   Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut  R:   * Pasien mengikuti ajaran yang diberikan   Menganjurkan pasien untuk minum air hangat  R:   * Pasien kooperatif * Pasien menerima dan melaksanakan anjuran yang diberikan |  |

* 1. **Evaluasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **TANGGAL DAN JAM** | **NO DX** | **EVALUASI** | **TT** |
| 1 | **24-02-2020** | 1 | S :   * Pasien mengungkapkan batuk   O :   * Terdapat suara ronchie * Terdapat akumulasi sputum * Suara perkusi redup di lapang dada kanan * IPC produksi /24 jam 200 cc/ 4jam   TD : 120/80 mmHg  Nadi : 90 x/mnt  RR : 24 x/mnt  Suhu : 36’7C  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi nomor 1 sampai 8 dilanjutkan. |  |
| 2 | **25-02-2020** | 2 | S :   * Pasien mengungkapkan sesak   O :   * Terdapat gerakan otot pernapasan retrakasi intercostal, RR : 24 x/menit, Spo2 : 97 % * Pasien menggunakan alat bantu nafas O2 nasal 4 lpm * Pasien terlihat sesak   TD : 120/80 mmHg  Nadi : 90 x/mnt  RR : 24 x/mnt  Suhu : 36’7C  Spo2 : 97 %  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi nomor 1 sampai 5 dilanjutkan. |  |
| 3 | **26-02-2020** | 3 | S :   * Pasien mengatakan merasa nyeri di bekas pemasangan IPC * P : nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC * Q :seperi tertusuk-tusuk * R : di dada bagian kanan * S : skala 4 * T : saat bergerak,   O :   * Pasien tampak meringis * Pasien tampak berhati-hati saat ingin bergerak * TD : 130/80 mmhg * Nadi : 112 x/menit * RR : 24 X/menit   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi nomor 1 sampai 3 dilanjutkan |  |
| 4 | **27-02 -2020** | 1 | S :   * Pasien mengungkapkan batuk   O :   * Terdapat suara ronchie * Terdapat akumulasi sputum * Suara perkusi redup di lapang dada kanan * IPC produksi /24 jam 200 cc/4 jam   TD : 120/80 mmHg  Nadi : 90 x/mnt  RR : 23 x/mnt  Suhu : 36’7C  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi nomor 1 sampai 8 dilanjutkan. |  |
| 5 | **28-02-2020** | 2 | S :   * Pasien mengungkapkan sesak   O :   * Terdapat gerakan otot pernapasan retrakasi intercostal * Pasien menggunakan alat bantu nafas O2 nasal 4 lpm * Pasien terlihat sesak   TD : 120/80 mmHg  Nadi : 90 x/mnt  RR : 23 x/mnt  Suhu : 36’7C  Spo2 : 97 %  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi nomor 1 sampai 5 dilanjutkan. |  |
| 6 | **28-02-2020** | 3 | S :   * Pasien mengatakan merasa nyeri di bekas pemasangan IPC * P : nyeri karena setelah operasi pemasangan IPC * Q :seperi tertusuk-tusuk * R : di dada bagian kanan * S : skala 3 * T : saat bergerak,   O :   * Pasien tampak meringis * Pasien tampak berhati-hati saat ingin bergerak * TD : 130/80 mmhg * Nadi : 112 x/menit * RR : 23 X/menit   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi nomor 1 sampai 3 dilanjutkan |  |

