

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Jumat tanggal 09 April 2021 di ruang Dahlia RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Adapun data yang didapat adalah sebagai berikut :

3.1.1 Identitas

a. Biodata Klien

Nama	: Ny. N
Umur	: 47 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Muara Basung, Duri
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa	: Jawa
No.RM	: 01032440
Diagnosa Medis	: Carcinoma Mammae Sinistra Stadium III A
Tanggal Masuk	: 03 April 2021
Tanggal Pengkajian	: 09 April 2021

b. Biodata Penanggung Jawab Klien

Nama	: Tn.N
Umur	:49 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Buruh

Alamat : Muara Basung,Duri

Hubungan dengan pasien : Suami

3.1.2 Riwayat Kesehatan

c. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri nya karena luka bekas operasi, didapatkan adanya luka operasi sebesar ± 15 cm horizontal dan tertutup kasa, terdapat drainase.

P: Nyeri pada bagian luka post op mastektomi

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dirasakan dibagian mammae sinistra

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri hilang timbul

Klien tampak lemah dan meringis, Klien mengatakan ia sulit tidur, tidak puas tidur, tidurnya terbangun bangun karena nyeri yang dialaminya.

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan pada awalnya ada benjolan dibagian payudara kiri sejak 2 tahun yang lalu. Pada mulanya muncul benjolan kecil tanpa menimbulkan rasa nyeri akan tetapi pasien tidak memeriksakan benjolan tersebut. Kemudian benjolan tersebut semakin membesar dan terasa nyeri sehingga pada November 2020 klien memutuskan memeriksakan diri ke Rumah Sakit Permata Hati Duri. Hasil Pemeriksaan USG didapatkan tumor payudara. Klien melakukan pemeriksaan lanjutan yaitu pemeriksaan PA dengan hasil *carcinoma mammae*, serta dianjurkan untuk melakukan pembedahan namun klien belum siap. Pada tanggal 02 April 2021 klien

datang ke Rumah Sakit Permata Hati Duri dengan keluhan benjolan semakin membesar, nyeri pada bagian payudara kirinya disertai luka. Kemudian klien dirujuk ke RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, klien tiba di IGD pada tanggal 03 April 2021 pukul 11.00 WIB lalu ditransfer ke ruangan Dahlia untuk melanjutkan perawatan. Klien direncanakan dilakukan pembedahan MRM (*Modified Radical Mastectomy*) pada tanggal 6 April 2021.

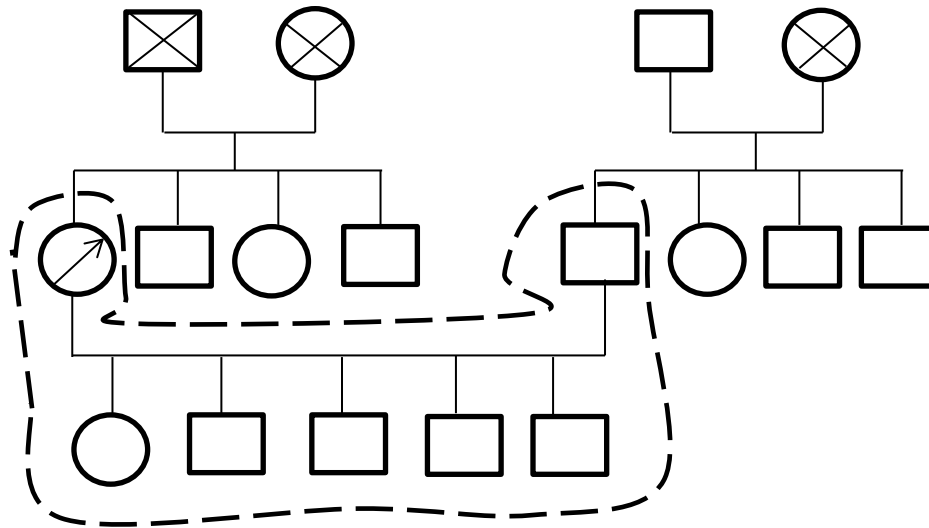
e. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan bahwa sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit untuk melakukan biopsi. Klien tidak ada alergi obat, makanan, cuaca dan tidak pernah mengalami kecelakaan. Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit lain selain *carcinoma mammae*.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien tidak mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit keturunan (seperti kanker, hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung) serta penyakit menular (seperti HIV, TBC, dan Hepatitis).

g. Genogram



Keterangan :



= Laki-laki



= Laki-laki meninggal



= Perempuan



= Perempuan Meninggal



= Serumah



= Klien Ny.N

3.1.3 Pola Fungsional Gordon

a. Pola Persepsi Kesehatan

Klien mengatakan tidak pernah menjaga status kesehatannya, apabila sakit klien tidak pernah berobat. Klien baru menyadari bahwa kesehatan itu penting.

b. Pola Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan tidak ada perubahan dalam pola makan. Klien mengatakan makan 3x sehari dan menghabiskan makanannya. Tidak ada perubahan dalam nafsu makan. Jenis makanannya adalah nasi, sayur, lauk,

dan buah buahan. Saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan masalah nutrisi pada klien.

Klien minum dengan frekuensi 5-7 kali sehari, jenis minuman yang dikonsumsi sebelum sakit yaitu : air mineral, teh dan minuman dingin.

Sedangkan saat di Rumah Sakit hanya minum air mineral

c. Pola Eliminasi

BAK : Pada saat dirumah klien BAK 4-5 kali, berwarna kuning jernih dan berbau khas. Setelah di rawat dirumah sakit klien BAK 3-4 kali, berwarna Kuning jernih berbau khas (amonia)

BAB : Pada saat di rumah klien BAB 1X/hari berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek dan tidak ada keluhan pada BAB, Setelah di rawat dirumah sakit klien sudah BAB 1 kali.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan aktivitas sebelum sakit klien bisa melakukan aktivitasnya dengan mandiri. Namun selama sakit klien hanya melakukan aktivitas ringan dan sedikit terganggu sehingga klien hanya tiduran di atas tempat tidur, dalam pemenuhan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga seperti mandi, mobilitas di tempat tidur dan berpindah.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Pada saat di rumah frekuensi tidur klien 7-8 Jam/hari dan tidak ada kesulitan tidur. Sedangkan pada saat di rumah sakit klien tidur 4-5 jam/hari setelah operasi. Pada saat pengkajian klien mengatakan ia sulit tidur, tidak puas tidur, tidurnya terbangun bangun terutama pada malam

hari karena merasakan nyeri di daerah dada kiri bekas luka operasi dan muncul saat bergerak.

f. Pola Persepsi Kognitif

Konsentrasi : Klien fokus saat diajak berbicara

Daya Ingat : Klien mampu mengingat kejadian dan perjalanan penyakitnya beberapa tahun lalu.

Pengetahuan tentang penyakitnya : Klien tidak mengetahui penyebab, gejala, dan cara menangani *carcinoma mammae* serta makanan apa saja yang dapat memulihkan *carcinoma mammae*.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien mengatakan sedih dan merasa malu dengan kondisinya saat ini, karena payudara kirinya sudah tidak ada lagi dan merasa tubuhnya jadi berubah bentuk. Klien tampak tampak menangis setiap menceritakan penyakitnya dan pasrah tetapi selalu berdoa agar cepat pulih.

h. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien mengatakan menstruasi pertama kali saat kelas 6 SD dengan siklus 28 hari secara teratur, lama menstruasi 4-5 hari. Klien menggunakan KB Spiral sejak 4 Tahun Terakhir

i. Pola Mekanisme dan Koping

Klien mengatakan khawatir jika kankernya menyebar ke payudara kanan. Koping yang digunakan klien ketika masalah muncul dengan diam, menangis dan berdoa.

j. Pola Hubungan

Klien mengatakan hubungan antar keluarga baik. Klien dan keluarga tampak harmonis dan apabila mempunyai masalah selalu di bicarakan dan diselesaikan secara bersama dengan anggota keluarga.

k. Pola Keyakinan dan Spiritual

Klien mengatakan selama sakit pasien tidak dapat menjalankan ibadahnya sholat 5 waktu karena klien takut bergerak akibat selesai operasi tetapi klien selalu memohon dan berdoa untuk kesembuhan penyakitnya.

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum sedang, status kesadaran compos mentis(GCS 15), BB 65 kg, TB 160 cm, Tanda-tanda Vital: TD 130/80 mm/Hg, Nadi 88 x/menit, Suhu 37,1°C dan RR 20 x/menit.

2. Pemeriksaan Khusus

- a) Kepala: Bentuk kepala bulat, rambut panjang sebahu, rambut mudah rontok, berwarna hitam, tidak ada ketombe, saat di palpasi tidak terdapat bejolan.
- b) Muka : simetris
- c) Mata : Mata simetris kanan dan kiri, kelopak mata tidak ada edema dan terdapat lingkaran hitam pada mata, kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dan sklera tidak ikterik.
- d) Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung, rongga hidung bersih, penciuman normal.

e) Mulut :Bentuk mulut simetris, tidak terdapat karies gigi. Keadaan mulut bersih, tidak bau, lidah bersih dan tidak mengalami kesulitan menelan.

f) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjer tyroid, tidak terjadi pembesaran kelenjar limfe dan tidak terdapat bendungan pada vena jugularis.

g) Pemeriksaan Thoraks

Dada :*Normochest*, terdapat luka post operasi mastektomi pada payudara kiri tertutup verban berukuran ± 15 cm. Kassa terlihat bersih tak ada cairan merembes, terpasang drainase.

Paru paru :

Inspeksi : Simetris, reaksi intercosta tak nampak,

Palpasi : Vocal fremitus antara kanan dan kiri sama berkembangnya

Perkusi :Sonor diseluruh lapang paru,

Auskultasi :Tidak ada suara nafas tambahan (Vesikuler)

Jantung

Inspeksi :Ictus cordis tidak terlihat

Palpasi :Denyut jantung teratur

Perkusi :Bunyi Pekak

Auskultasi :Irama Reguler, tidak ada bunyi jantung tambahan

h) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi :Bentuk datar, tidak ada benjolan, simetris

Perkusi :Thympani

Palpasi :Tidak ada nyeri tekan,

Auskultasi :Peristaltik usus 30x / menit

i) Pemeriksaan Integumen

Warna kulit sawo matang Tampak luka operasi pada payudara kiri, tekstur kulit kasar, turgor elastis, keriput, nyeri tekan pada payudara kiri.

j) Pemeriksaan Genitalia

Urin berwarna kuning kecoklatan, Tidak terpasang kateter, klien mengatakan tidak ada keluhan

k) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Ekstremitas atas : Tidak ada edema,Pergerakan terbatas dan sering kebas

Ekstremitas bawah : Tidak ada edema, tidak ada varises, tidak ada luka

Punggung :Normal, tidak terdapat dekubitus

l) Terapi Medikasi

1. Inj Cefaxolin 2x1 gr

2. Inj Ketorolac 3 x 30 mg

m) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Radiologi

Tanggal 3 April 2021

X-Foto Toraks

Cardio : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Corakan bronkovaskular normal.

Diafragma dan sinus kostofrenikus normal

Kesan : Cor dalam batas normal dan Pulmo tidak tampak metastase

USG Abdomen : Hepar, Vesika felea, Pankreas, Lien, Renal dextra dan sinistra, Vesika urinaria dalam batas normal.

Kesan: Tak tampak metastase pada hepar dan Tak tampak lymfadenopati di paraaorta

Pemeriksaan Darah

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah pada tanggal 05 April 2021

Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
Hb : 13,0 g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Leukosit : 15,18 x 10 ³ µl	4,80 – 10,80 µl
Trombosit : 263 10 ³ µl	150-450 µl
Eritrosit : 4,67 x 10 ⁶ µl	4,20 – 5,40 µl
Hematokrit : 38.8 %	37.0 - 47.0 %
MCV : 83,1 FL	79.0 – 99.0 FL
MCH:27,8Pg	27.0 – 31.0 Pg
MCHC : 33,5 g/dl	33.0– 37.0 g/dl
Basofil : 0.2 %	0-1 %
Eosinofil : 0.1 %	1.0-3.0%
Neutrofil : 92.9 %	40.0 -70.0%
Limfosit : 5.1 %	20.0 – 40.0 %
Monosit : 1.7 %	2.0 – 8.0 %

3.1.4 Data Fokus

Data Subjektif :

- a) Klien mengatakan nyeri pada bagian payudara kirinya

P: Klien mengatakan nyeri pada bagian luka post op mastektomi

Q: Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian payudara kiri

S: Skala nyeri 6

T: Klien mengatakan nyeri sering dirasakan tiba tiba dan timbul ketika bergerak

- b) Klien mengatakan ia sulit tidur, tidak puas tidur, tidurnya terbangun bangun karena nyeri yang dialami
- c) Klien mengatakan disekitar luka terasa panas.
- d) Klien mengatakan sedih dan merasa malu dengan kondisinya saat ini, karena payudara kirinya sudah tidak ada lagi dan merasa tubuhnya jadi berubah bentuk.
- e) Klien mengatakan khawatir jika kankernya menyebar ke payudara kanan.

Data Objektif :

- a) Klien tampak lemah dan meringis
- b) Skala nyeri 6
- c) Tanda-tanda Vital:
 - TD 130/80 mm/Hg
 - Nadi 88 x/menit
 - Suhu 37,1°C
 - RR 20 x/menit.
- d) Tampak luka post mastektomi pada mammae sinistra sebesar ± 15 cm horizontal dan tertutup verban
- e) Luka tampak kemerahan
- f) Terpasang drainase berjumlah 200 ml
- g) Klien tampak pasrah dan sering menangis
- h) Tampak lingkaran hitam pada mata
- i) Klien tampak sering menguap
- j) Klien tampak gelisah
- k) Klien tampak tegang

3.1.5 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

NO.	DATA KLIEN	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>Data subektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian payudara kirinya - P: Klien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi - Q: Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R:Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian payudara kiri - S: Skala nyeri 6 - T: Klien mengatakan nyeri sering dirasakan tiba tiba dan timbul ketika bergerak <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka post mastektomi pada mammae sinistra sebesar ±15 cm horizontal dan tertutup verban - Klien tampak lemah dan meringis - Skala nyeri 6 - Tanda-tanda Vital: TD 130/80 mm/Hg Nadi 88 x/menit Suhu 37,1°C RR 20 x/menit. 	Agen cedera fisik (Prosedur Operasi)	Nyeri Akut
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ada luka bekas operasi di payudara kirinya - Klien mengatakan disekitar luka terasa panas. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan operasi mastektomi pada tanggal 9 April 2021 - Tampak luka bekas operasi mammae sinistra sebesar ±15 cm horizontal dan tertutup verban - Luka tampak kemerahan 	Luka bekas insisi pembedahan	Gangguan Integritas Jaringan Kulit
3	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ia sulit tidur, tidak puas tidur, tidurnya terbangun bangun karena nyeri yang dialami 	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan Pola Tidur

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak lingkaran hitam pada mata - Klien tampak sering menguap - Klien tampak lemah 		
4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sedih dan merasa malu dengan kondisinya saat ini, karena payudara kirinya sudah tidak ada lagi dan merasa tubuhnya jadi berubah bentuk. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pasrah dan sering menangis 	Kehilangan bagian tubuh	Gangguan Citra Tubuh
5	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terkadang disekitar luka terasa panas. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka bekas operasi mammae sinistra sebesar ± 15 cm horizontal dan tertutup verban - Terpasang drainase berjumlah 200 ml - Leukosit : $15,18 \times 10^3 \mu l$ - Tanda-tanda Vital: TD 130/80 mm/Hg Nadi 88 x/menit Suhu $37,1^\circ C$ RR 20 x/menit. 	Prosedur Invasif	Resiko Infeksi
6	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan khawatir jika kankernya menyebar ke payudara kanan. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Klien tampak tegang - Tanda-tanda Vital: TD 130/80 mm/Hg Nadi 88 x/menit Suhu $37,1^\circ C$ RR 20 x/menit 	Kurang Terpapar Informasi	Ansietas

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada Ny.N dengan *carcinoma mammae* post mastektomi hari ketiga adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Kerusakan integritas jaringan kulit berhubungan dengan efek terapi mastektomi
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh
5. Resiko infeksi
6. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasinya

3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang dilakukan kepada Ny.N di Ruang Dahlia dengan diagnosa *Carcinoma Mammae* Post Mastektomi hari ketiga dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Kesulitan tidur menurun • Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun • Tekanan darah membaik • Pola tidur membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karekteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik latihan nafas dalam) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

			<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan efek terapi mastektomi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan jaringan menurun • Kerusakan lapisan kulit menurun • Nyeri menurun • Kemerahan menurun • Suhu kulit membaik • Sensasi membaik • Tekstur membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka kepada klien dan keluarga <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan keluhan sulit tidur menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan tidak puas tidur menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup menurun • Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) • Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

4	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan tingkat Citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun • Kekhawatiran terhadap penolakan/reaksi orang lain menurun • Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun • Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun • Fokus pada bagian tubuh menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri • Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya • Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri • Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan) • Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis • Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh • Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh • Latih fungsi tubuh yang dimiliki.
5	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam menurun • Kemerahan menurun • Drainase purulen menurun • Periode malaise menurun • Kadar sel darah putih membaik • Kultur area luka membaik • Kadar sel darah putih membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area luka • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
6	Ansietas berhubungan dengan kurang	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, maka diharapkan tingkat ansietas	<p>Observasi</p> <p>Monitor tanda tanda ansietas Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p>

	terpapar informasi	menurun kriteria hasil : Khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun Perilaku gelisah menurun Perilaku tegang menurun Pola tidur meningkat	Terapeutik Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami Latih Teknik relaksasi
--	--------------------	--	--

1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang dilakukan kepada Ny.N di Ruang Dahlia dengan diagnosa *Carcinoma Mammariae* Post Mastektomi hari ketiga dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama
Jumat/9 April 2021 09.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Memberikan analgetik (kolaborasi), jika perlu untuk mengurangi nyeri (Ketorolac 2x1gr IV) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan nyeri bekas luka operasi belum berkurang - P: Ny.N mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi - Q:Ny.N mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R:Ny.N mengatakan nyeri dirasakan dibagian payudara kiri - S: Skala nyeri 5 - T: Ny.N mengatakan nyeri sering dirasakan tiba tiba dan timbul ketika bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.N tampak meringis menahan nyeri - Ny.N tampak berhati hati saat bergerak terutama saat memiringkan tubuhnya 	Pricilla kartika

09.15	Kerusakan integritas jaringan kulit berhubungan dengan efek terapi mastektomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat karakteristik luka misalnya warna luka, ukuran luka. 2. Melihat tanda tanda infeksi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Memberikan antibiotik (kolaborasi), jika perlu untuk mengurangi kuman yang masuk melalui luka (cefazolin 3x30 mg IV) 	<p>- Ttv : TD 130/80 mm/Hg Nadi 88 x/menit Suhu 37,1°C RR 20 x/menit</p> <p>A :Masalah Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik latihan nafas dalam) 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>S: - Ny.N mengatakan disekitar luka terasa panas.</p> <p>O: - Tampak luka bekas operasi mastektomi mammae sinistra tampak kemerahan dan ukuran luka sebesar ±15 cm horizontal - Tampak lebih dari 1 tanda infeksi yaitu luka tampak kemerahan, terasa panas dan fungsiolesa, namun tidak terdapat pus</p> <p>A: Masalah kerusakan integritas jaringan kulit belum teratasi</p>
-------	---	---	--

10.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Mengajarkan membuat lingkungan nyaman sebelum tidur 	<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan Luka 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ny.N mengatakan sulit tidur, selama di rumah sakit Ny.N mengatakan tidur pukul 22.00, bangun pukul 03.00 dan tidak dapat tidur kembali - Ny.N mengatakan masih sering terbangun-bangun karena nyerinya <p>O: Ny.N Tampak lesu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.N Mata tampak sayu - Ny.N Tampak lingkaran hitam pada mata <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 2. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara 	
-------	--	---	--	--

11.00	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 2. Memonitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah 3. Mendiskusikan perubahan tubuh dan menjelaskan kelebihan dan kekurangan setelah dilakukan mastektomi 	<p>nonfarmakologi (hipnosis 5 jari)</p> <p>S : Ny.N mengatakan sedih dan merasa malu dengan payudaranya yang tidak ada lagi</p> <p>O : Ny. N tampak mengulang ulangi rasa malunya kalau payudaranya tidak ada lagi sebanyak 3x selama pengkajian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak murung - Tampak selalu menutupi dada kirinya dengan selimut <p>A: Masalah Gangguan Citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 2. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis,luka, penyakit,pembedahan) 3. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 	
12.00	Resiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan 	<p>S: Ny.N mengatakan terkadang disekitar luka terasa panas.</p> <p>O:</p> <p>Tanda-tanda infeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sekitar luka kemerahan dan panas 	

12.30	Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	<p>lingkungan pasien</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Memberikan antibiotik (kolaborasi), jika perlu untuk kuman yang masuk ke tubuh melalui luka (cefazolin 3x30 mg IV)</p> <p>1. Memonitor tanda tanda ansietas</p> <p>2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>3. Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p>	<p>- Tidak tampak bengkak</p> <p>- Verban luka operasi bersih, Tidak ada rembesan cairan</p> <p>- Terdapat drainase berjumlah 200 ml</p> <p>Tanda-tanda Vital:</p> <p>TD 130/80 mm/Hg</p> <p>Nadi 88 x/menit</p> <p>Suhu 37,1°C</p> <p>RR 20 x/menit.</p> <p>Leukosit : 15,18 x 10³ µl</p> <p>A: Masalah Resiko Infeksi belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan luka 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>S :</p> <p>- Ny.N mengatakan khawatir kankernya menyebar kepayudara kanan dan bertanya-tanya apakah bisa sembuh</p> <p>O :</p> <p>- Ny.N tampak gelisah</p> <p>- Klien menceritakan segala kekhawatirannya</p>	
-------	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Ny. N tampak memahami proses pengobatan penyakitnya. A : Masalah Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Keperawatan - Monitor tanda tanda ansietas - Latih Teknik relaksasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 	
Sabtu/10 April 2021 09.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik latihan nafas dalam) 4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 5. Memberikan analgetik (kolaborasi), jika perlu untuk mengurangi nyeri (Ketorolac 2x1gr IV) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan nyeri sedikit berkurang dengan menggunakan tarik nafas dalam - Ny. N mengatakan Skala nyeri 4 <p>O: Ny. N tampak mampu mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam yang diajarkan</p> <p>Ttv :</p> <p>TD 120/70 mm/Hg Nadi 85 x/menit Suhu 37,0°C RR 20 x/menit</p> <p>A :Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <p>1. Identifikasi skala nyeri Identifikasi</p>	Pricilla Kartika

09.30	Kerusakan integritas jaringan kulit berhubungan dengan efek terapi mastektomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Perawatan Luka 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 4. Memberikan antibiotik (kolaborasi), jika perlu untuk kuman yang masuk ke tubuh melalui luka (cefazolin 3x30 mg IV) 	<p>respons nyeri non verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik latihan nafas dalam) 3. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan terasa hangat disekitar bekas jahitan operasi - Ny. N mengatakan akan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka bekas operasi mastektomi mammae sinistra sebesar ± 15 cm horizontal, Luka tampak kemerahan, terasa hangat, tidak bengkak dan Tidak terdapat pus - Ny. N diberikan antibiotik (kolaborasi) <p>A: Masalah kerusakan integritas jaringan kulit teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Perawatan Luka 3. Ajarkan prosedur perawatan luka kepada klien dan keluarga 4. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu 	
-------	---	---	--	--

10.30	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 2. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 3. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi (hipnosis 5 jari) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan memahami pentingnya tidur yang cukup dan akan melakukan teknik hipnosis 5 jari saat klien susah tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mampu mendemonstrasikan teknik hipnosis 5 jari dengan baik - Mata tampak sayu - Tampak lingkaran hitam pada mata <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) 3. Modifikasi lingkungan (pencahayaan,kebisingan) 	
11.00	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 2. Mendiskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis,luka, penyakit,pembedahan) 3. Mendiskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan harapannya setelah payudaranya sudah dioperasi ada lagi, penyakitnya bisa sembuh <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mampu memahami kelebihan dan kekurangan dilakukannya operasi mastektomi pada dirinya. - Ny. N kooperatif selama implementasi 	

12.00	Resiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perawatan luka 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 4. Berkolaborasi pemberian antibiotik (cefazolin 3x30 mg IV) 	<p>- Klien tampak lebih bersemangat A: Masalah Gangguan Citra tubuh teratasi P: Intervensi di hentikan</p> <p>S: Ny. N mengatakan terkadang bekas lukanya terasa sedikit hangat O: - Tampak luka kemerahan, tidak ada bengkak. - Verban luka operasi bersih, Tidak ada rembesan cairan - Terdapat drainase berjumlah 200 ml Tanda-tanda Vital: TD 110/80 mm/Hg Nadi 85 x/menit Suhu 37,0°C RR 18x/menit. A: Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan luka 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Ajarkan klien menilai kondisi luka operasi 	
-------	----------------	--	---	--

12.30	Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda tanda ansietas 2. Melatih Teknik relaksasi 3. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 	<p>S : Ny.N mengatakan sudah merasa lega terhadap penyakitnya dan berusaha untuk sembuh dan menjadi lebih relaks</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.N tampak tenang - Ny.N tampak mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi yang diajarkan - Ny. N tampak memahami prosedur yang dijelaskan <p>A: Masalah Ansietas Teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Minggu/1 1/April/2 021 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi durasi nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi) 4. Memberikan analgetik (kolaborasi), jika perlu untuk mengurangi nyeri (Ketorolac 2x1gr IV) 	<p>S : Ny. N mengatakan nyeri sedikit berkurang dengan menggunakan tarik nafas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan skala nyeri 3 - Ny.N mengatakan nyeri terkadang dirasakan tiba-tiba dan timbul ketika tangan kiri digerakan <p>O: Ny. N tampak mampu mendemonstrasikan teknik distraksi yang diajarkan</p> <p>Ttv :</p> <p>TD 110/70 mm/Hg</p> <p>Nadi 88 x/menit</p> <p>Suhu 36,5°C</p> <p>RR 20 x/menit</p> <p>A :Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 	Pricilla Kartika

10.30	Kerusakan integritas jaringan kulit berhubungan dengan efek terapi mastektomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Melakukan Perawatan Luka 3. Mengajarkan prosedur perawatan luka kepada klien dan keluarga 4. Berkolaborasi pemberian antibiotik (cefazolin 3x30 mg IV) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan luka pada jahitan tidak merasakan panas lagi - Ny. N mengatakan sering mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka bekas operasi mastektomi mammae sinistra sebesar ± 15 cm horizontal, kondisi luka baik, tidak terasa hangat, tidak bengkak dan Tidak terdapat pus - Keluarga mampu memdemonstrasikan kembali perawatan luka jahitan klien. <p>A: Masalah kerusakan integritas jaringan kulit teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi keperawatan Monitor karakteristik luka</p>	
11.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) 3. Memodifikasi lingkungan (pencahayaannya, kebisingan) 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N mengatakan sebelumnya pola tidur klien pukul 01.00-05.00 namun sekarang pukul 22.00-05.00 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. N tampak lebih fresh - Tampak lingkaran hitam pada mata berkurang <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	

12.00	Resiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perawatan luka 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Mengajarkan klien menilai kondisi luka operasi 4. Memberikan antibiotik (kolaborasi), jika perlu untuk kuman yang masuk ke tubuh melalui luka (cefazolin 3x30 mg IV) 	<p>S: Ny. N mengatakan lukanya sudah berkurang nyeri dan tidak terasa panas lagi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak tertutup, bersih, tidak ada rembesan cairan (darah,pus), tidak bengkak dan kemerahan - Terdapat drainase berjumlah 200 ml <p>Tanda-tanda Vital:</p> <p>TD 110/70 mm/Hg Nadi 88 x/menit Suhu 36,5°C RR 18x/menit. Leukosit normal</p> <p>A: Masalah Resiko Infeksi teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	
-------	----------------	--	--	--