

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kesediaan Pembimbing

SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep

NIDN : 0627088403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Alvia Ilfa

NIM : 40901800003

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Tumor Mammae Dextra Post Lumpektomi Hari Ke 0 Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 13 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep

NIDN. 0627088403

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN : 0627088403
Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Alvia Ilfa
NIM : 40901800003
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Tumor Mammae Dextra Post Lumpektomi Hari Ke 0 Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari 2021 sampai dengan 13 Mei 2021 secara online melalui media sosial WhatsApp.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 13 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN. 0627088403

Lampiran 3. Lembar Konsultasi Bimbingan

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ISLMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021

Nama Mahasiswa : Alvia Ilfa

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Diagnosa Tumor Mammae post Lumpektomi Hari ke 0 Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Pembimbing : Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD
26 Januari 2021	Mencari kasus KTI	1. Mencari kasus yang menarik	
20 Februari 2021	Judul KTI	1. Acc judul 2. Membuat sesuai buku panduan	
24 April 2021	BAB 1	1. Mencari referensi lain terutama dari buku 2. Menambahkan angka pravelensi 3. Menyesuaikan tujuan penulisan	
22 Mei 2021	BAB 1, 2 dan 3	1. Mencari sumber yang lebih relevan 2. Sesuaikan penulisan dan penomoran sub bab dengan buku panduan 3. Penulisan harus konsisten 4. Menjabarkan mengenai pengertian, data mayor, data minor, faktor yang	

		berhubungan dan faktor resiko dari SDKI	
		5. Bab 3 dibuat narasi	
24 Mei 2021	BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	1. Perhatikan penulisan lebih diteliti kembali 2. Cantumkan pengertian sesuai sdki 3. Perbaiki tujuan dan kriteria hasil berdasarkan siki dan slki 4. Buat dan teliti kembali daftar tabel/ narasi di bab 3 pemeriksaan penunjan 5. Teliti kembali pemberian therapy pada pasien 6. Perhatikan pengangkatan diagnosa keperawatan harus sesuai 7. Bab 5 saran disesuaikan dengan manfaat	

Lampiran 4. Laporan Asuhan Keperawatan tulis tangan

ASUHAN KEPERAWATAN NY. M DENGAN LUKA
POST LUMPECTOMI TUMOR MAMMAE DEXTAA
DI RUANG BAITUSSALAM 2 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG



PRODI D-III KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU
KEPERAWATAN UNIVERSITAS ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG
TAHUN 2021

A. Pengkajian Keperawatan

1. DATA UMUM

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. M
Umur : 25 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Sarjana
Pekerjaan : Mahasiswa
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Purwasari RT 02 RW 01, Sayung
Diagnosa medis : Tumor mammae dextra
Tanggal & jam masuk : 14 Februari 2021 jam 08.00

Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. Z
Umur : 29 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan terakhir : Sarjana
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Purwasari RT 02 RW 01, Sayung

Hub dengan klien : Kakak kandung

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan klien saat ini adalah nyeri pada payudara kanan yang terdapat luka post OP dan sulit tidur karena nyeri

c. Status kesehatan saat ini

Klien mengatakan punggung kanan terasa kebas, faktor pencetus saat klien melakukan aktivitas berat, lamanya keluhan sudah 1 bulan terakhir, timbul keluhan bertahap, upaya yang dilakukan klien hanya beristirahat.

d. Riwayat kesehatan lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan batuk dan demam seperti biasa

2) Kecelakaan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

3) Pernah dirawat

Klien pernah menjalani pengobatan kemo terapi untuk menghilangkan

benjolan di payudaranya sekitar satu tahun yang lalu sebanyak 4 kali kemudian berhenti menjalankan kemo selama setengah tahun.

4) Alergi

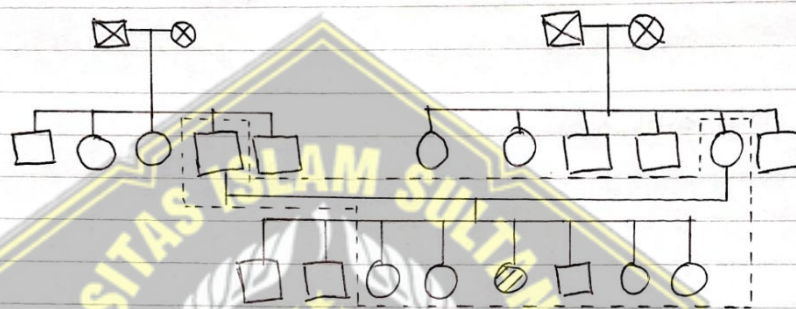
Klien mengatakan tidak memiliki alergi pada obat ataupun makanan

5) Imunisasi

Klien mengatakan diimunisasi tapi tidak tahu lengkap atau tidak

e. Kesehatan keluarga

1) Susunan keluarga



Keterangan:

☒ ☒ : meninggal

□ : ~~perempuan~~ laki-laki

○ : perempuan

○ : pasien

---- : tinggal satu rumah

2) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga (Dx. medis yang berhubungan dengan penyakit klien)

Klien mengatakan bibi dari ayahnya pernah memiliki penyakit sama dengan klien dan sudah sembuh setelah operasi

3) Penyakit yang sedang diderita.

Klien mengatakan keluarga tidak ada yang sedang sakit.

f. Riwayat kesehatan lingkungan.

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Klien mengatakan tinggal di pesantren dengan lingkungan yang cukup bersih

2) Kemungkinan terjadinya bahaya.

Klien mengatakan tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya.

2. Pola kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit : klien kurang memperhatikan kesehatannya.

Setelah sakit: klien mengerti tentang pentingnya kesehatan diri

2) Pengetahuan dan persepsi diri Klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit: klien sudah menduga akan sakit seperti ini

Setelah sakit: klien tau bagaimana penyakitnya dan perawatannya.

3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan.

Sebelum sakit: Klien selalu memeriksa diri ke klinik terdekat jika merasakan sakit

Setelah sakit: klien akan selalu memeriksa diri secara berkala

4) Kemampuan pasien mengontrol kesehatan

Sebelum sakit: Klien jarang menghabiskan obat dari dokter saat sakit

Setelah sakit: klien minum obat sesuai anjuran dan mengikuti prosedur perawatan selama di rumah sakit

5) kebiasaan hidup

Sebelum sakit: Klien tidak pernah berolah raga tetapi selalu melakukan aktivitas berat

Setelah sakit: klien membatasi aktivitasnya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Pola makan

Sebelum sakit: Pola makan klien normal 3x sehari 1 porsi habis

Setelah sakit: Pola makan Klien 3x sehari setengah porsi makan yang disediakan oleh rumah sakit

2) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum klien mengatakan perubahan pada porsi makan yang hanya habis setengah porsi.

3) Makanan yang disukai klien, adakah pantangan makanan tertentu yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi

Sebelum sakit: klien menyukai makanan yang asin, klien tidak memiliki alergi makanan, klien tidak membatasi makannya.

Setelah sakit: Klien berhenti makan makanan asin, klien membatasi makannya dengan makanan yang sehat.

4) Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan

Sebelum sakit: Klien tidak pernah mengonsumsi vitamin/obat-obatan

Setelah sakit: Klien tidak dianjurkan diberi vitamin/obat penambah nafsu makan.

5) Keluhan dalam makan

Sebelum sakit: Klien mengatakan tidak ada keluhan makan

Setelah sakit: Klien mengatakan tidak ada keluhan, hanya saja

porasi makannya berturang sedikit karena tidak menyukai makanan dan rumah sakit

6) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa
sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan
setelah sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan

7) Adakah keluhan mual / muntah
sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan
setelah sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan.

8) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan
sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan
setelah sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan.

9) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir
sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada penurunan berat badan
setelah sakit : klien mengatakan tidak ada penurunan berat badan.

10) Pola minum
sebelum sakit : klien mengatakan minum $\pm$ 6-8 gelas / hari
setelah sakit : klien mengatakan minum $\pm$ 4-5 gelas / hari

11) Adanya keluhan demam
sebelum sakit : tidak ada keluhan demam
setelah sakit : tidak ada keluhan demam.

C. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Feses

a) Pola BAB : sebelum sakit : klien mengatakan BAB
1x sehari, dipagi hari,
warna coklat, konsistensi lunak
setelah sakit : klien BAB 2 hari 1x di waktu
tidak menentu, warna coklat,
konsistensi padat.

b) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB

Klien tidak terpasang kolostomi / ileostomi, klien tidak menggunakan obat pencakar, perubahan BAB dari 1x sehari menjadi 2 hari sekali.

2) Pola BAK

sebelum sakit : klien mengatakan pola BAK normal 4-5x
sehari, warna kuning, jumlah tidak terhitung
setelah sakit : klien mengatakan pola BAK sering 5-6x sehari,
warna kuning jumlah 1200 ml

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Kegiatan dalam Pekerjaan

sebelum sakit: klien mengatakan mampu melakukan aktivitas berat dan aktif dalam kegiatan di pesantren

setelah sakit: klien harus membatasi aktivitas dan kegiatannya hingga sembuh total.

2) Olahraga yang dilakukan

sebelum sakit: klien mengatakan diperantren setiap 1 minggu sekali diadakan jalan sehat dan renang pagi

setelah sakit: klien mengatakan akan melakukan olah raga ringan dipagi hari.

3) Kesulitan / keluhan dalam aktivitas

sebelum sakit: klien mengatakan tidak ada kesulitan

setelah sakit: klien mengatakan ada sedikit kesulitan dalam beraktivitas terutama aktivitas berat.

4) Pergerakan tubuh.

sebelum sakit: klien mengatakan tidak ada kesulitan menggerakkan tubuhnya.

setelah sakit: klien mengatakan nyeri saat miring kanan/kiri

5) Perawatan diri

sebelum sakit: klien mengatakan melakukan perawatan diri secara mandiri

setelah sakit: klien mengatakan dibantu reha gien saat melakukan perawatan diri

6) Berhajat.

sebelum sakit: klien mengatakan melakukan dengan mandiri

setelah sakit: klien mengatakan masih bisa melakukan sendiri

7) Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

sebelum sakit: klien mengatakan tidak ada sesak nafas

setelah sakit: klien mengatakan saat nyeri terasa sesak.

8) Mudah merasa kelelahan.

sebelum sakit: klien mengatakan tidak mudah lelah

setelah sakit: klien mengatakan sangat mudah lelah.

e. Pola Istirahat dan Tidur

1) Kebiasaan tidur

sebelum sakit: klien mengatakan tidur dengan baik dan tepat waktu, durasi tidur 7-8 jam sehari

setelah sakit: klien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun.

saat nyeri muncul, klien memulai tidur menjelang

pagi dan hanya tidur 4 jam dalam sehari.

2) Kesulitan tidur

sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan saat tidur

setelah sakit : klien mengatakan sulit tidur karena nyeri.

f. Pola kognitif dan Perseptual sensor.

1) keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori

sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan dan pendengaran

setelah sakit : klien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan dan pendengaran.

2) kemampuan kognitif

sebelum sakit : klien mengatakan mampu mengingat dengan baik, berbicara dan memahami pesan yang disampaikan dengan baik

setelah sakit : klien mengatakan mampu mengingat dengan baik, berbicara dan memahami pesan yang disampaikan dengan baik.

3) kesulitan yang dialami

sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan yang dialami

setelah sakit : klien mengatakan tidak ada kesulitan, pusing, maupun menurunnya sensitivitas terhadap nyeri.

4) Persepsi terhadap nyeri

sebelum sakit : klien mengatakan tidak nyeri

setelah sakit : p : nyeri saat bergerak.

Q : nyeri seperti disayat-sayat

R : nyeri pada payudara kanan atas

S : skala 4 (1-10)

T : saat melakukan pergerakan.

g. Pola Persepsi dan konsep diri

1) Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini klien mengatakan ingin segera sembuh, harapan klien setelah melakukan perawatan yaitu klien mengatakan agar dapat melakukan aktifitas dengan normal kembali, tidak ada lagi sakit yang dirasakan, klien mengatakan akan berusaha menghindari hal-hal yang akan memperburuk kondisinya.

2) konsep diri

- a) Citra body : tidak ada pengaruh persepsi klien terhadap tubuhnya selama sakit.
- b) Dentitas : status klien selama melakukan perawatan di rumah sakit adalah pasien. klien mengerti posisinya sesuai keadaan.
- c) Peran : peran klien dalam keluarga adalah seorang anak, klien mampu melaksanakan perannya dengan baik.
- d) Ideal diri : harapan klien agar luka post op lekat sembuh dan dapat beraktivitas tanpa merasa nyeri.
- e) Harga diri : klien tidak merasa malu ataupun merendahkan dirinya atas penyakit yang sedang dialami.

h. Pola Mekanisme Koping

- 1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan
 Sebelum sakit: klien mengatakan selalu mengambil keputusan dengan sendiri
 setelah sakit: klien mengatakan dibantu orang tua dan kakak perempuannya dalam mengambil keputusan
- 2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah
 klien mengatakan akan membicarakan dengan keluarga, jika tidak ada solusi klien meminta pertolongan atau berbicara dengan teman terdekat yang klien dapat percaya.
- 3) Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
 klien selalu berdoa untuk kebbaikannya.
- 4) Menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar klien merasa nyaman
 klien mengatakan agar perawat terus mengontrol kondisinya dan memberikan perawatan yang terbaik.

i. Pola Seksual dan Reproduksi

- 1) Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual
 klien cukup memahami fungsi seksualnya.
- 2) Adakah gangguan hub. seksual disebabkan oleh berbagai kondisi
 klien mengatakan belum mengetahui karena belum menikah
- 3) Adakah permasalahan selama melakukan aktivitas seksual

Klien mengatakan belum menikah, jadi belum mengetahui apakah ada permasalahan atau tidak

- 4) Pengkajian pada perempuan terutama pada klien dengan masalah tumor atau keganasan system reproduksi

Klien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksinya.

- 5) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan haid dengan teratur saat awal bulan, klien mengatakan keluhan saat hari pertama haid pinggang hingga kaki terasa pegal.

- 6) Riwayat kehamilan

Klien mengatakan belum menikah dan belum pernah hamil

- 7) Riwayat pemeriksaan ginekologi

Klien mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan ginekologi ataupun pap smear.

J. Pola Peran - Berhubungan dengan orang lain.

- 1) Mengkaji bagaimana hub. klien dengan orang lain

Hubungan klien dengan keluarga, saudara, dan perawat baik, keadaan klien saat ini tidak mempengaruhi hubungan dengan orang lain.

- 2) Kemampuan klien dalam komunikasi.

Saat perawat bertanya dan menjelaskan, klien mampu menjawab dengan baik, cukup jelas, dan dapat memahami pesan yang disampaikan.

- 3) Siapa orang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien.

Klien mengatakan ibu dan kakak perempuannya

- 4) Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah.

Klien mengatakan meminta bantuan pada kakaknya

- 5) Adakah kesulitan dalam hubungan keluarga.

Klien mengatakan tidak ada kesulitan hubungan dengan keluarga ataupun saudara.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan.

- 1) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan
Sebelum sakit: klien beribadah dengan baik
Setelah sakit: klien beribadah dengan lebih baik.

- 2) Masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat

Klien sedikit kesulitan beribadah karena saat bergerak terasa sakit.

3) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.
Klien mengatakan tidak ada pertentangan dengan kesehatan.

4) Adakah pertentangan nilai/keyakinan/kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani
Klien mengatakan tidak ada pertentangan.

3. Pemeriksaan Frenk (Head to Toe)

a. Kesadaran: Composmentis

b. Penampilan: Lemah, pucat, hanya berbaring dibed

c. Vital sign:

TD: 102/96 mmHg

N: 76 x/menit

RR: 22 x/menit

S: 36.6°C

d. Kepala

Mesochepal, rambut panjang hitam, tidak rontok, tidak ada ketombe

e. Mata

Tertihat sayu, kemampuan penglihatan normal, pupil mengecil jika terkena cahaya, konjungtiva anemis.

f. Hidung

Bersih, tidak ada nafas cuping hidung

g. Telinga

Simetris, pendengaran normal, tidak memakai alat bantu, bersih tidak ada infeksi.

h. Mulut dan tenggorokan

tidak ada gangguan/kemulitan bicara, gigi putih bersih, tidak bau, tidak ada kesulitan mengunyah/menelan, tidak ada benjolan di-leher, vena jugularis teraba.

i. Dada :
• Inspeksi : terdapat luka jakitan 7 cm, luka bersih
• Palpasi : terdapat nyeri tekan, tidak ada pus, & perdarahan
• Perkusi : -
• Auskultasi : -

- Jantung :
• Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat, bentuk simetris
• Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5
• Perkusi : bunyi pekak

- Auskultasi : tidak ada suara tambahan, kama jantung teratur
- Paru-paru :
 - Inspeksi : bentuk simetris kiri dan kanan
 - Palpasi : terdengar bunyi sonor
 - Perkusi : bunyi sonor
 - Auskultasi : vesikuler

J. Abdomen

- Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan.
- Auskultasi : bising usus normal 18x/menit
- Perkusi : bunyi redup, tidak ada hepatomegali
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

K. Genitalia

Bersih, tidak terpasang kateter

L. Ekstremitas

- Atas : tangan kanan dan kiri normal, turgor baik, capillary refill > 2 detik, tidak ada edema, tidak ada nyeri, tangan kiri terpasang infuse
- Bawah : kaki kanan dan kiri normal, turgor baik, tidak ada levi, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.
- * Bila terpasang infuse : tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada nyeri tekan berlebih pada daerah tunikan infus.

m. Kulit : bersih, lembab, tidak ada edema, tidak ada sianosis

4. Data Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laborat

Hematologi	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Darah rutin 1	15.2	11.3 - 15.0	g/dL
Hemoglobin	13.2	11.7 - 15.5	g/dL
Hematokrit	40.6	33.0 - 45.0	%
Leukosit	9.68	3.60 - 11.00	ribu/pL
Trombosit	379	150 - 440	ribu/pL
Colongan darah	0/positif		
PPT			
PPT	9.3	9.3 - 11.4	detik

PT (kontrol)	11,0	9,1 - 12,3	detik
APTT			
APTT	27,9	21,8 - 28,4	detik
APTT (kontrol)	25,8	21,0 - 28,4	detik
Kimia klinik			
Glukosa darah sewaktu	90	75 - 110	mg/dL
Ureum	29	10 - 50	mg/dL
Creatinin	0,97	0,06 - 1,10	mg/dL
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	L 139,0	135 - 147	mmol/L
Kalium (K)	4,20	3,5 - 5,0	mmol/L
Klorida (Cl)	H 107,0		
Imunologi			
HBsAg (kualitatif)	non reaktif		

2) Pemeriksaan Radiologi

Thorax Besar

Ts. Yth

Radiografi toraks

Cor: bentuk dan letak normal

Pulmo: Corakan vascular tampak normal

tak tampak bercak pada kedua lapang paru

Hemidiaphragma kanan setinggi costa 9 posterior

sinus kostofrenikus kanan kiri baik

KEESAN:

Cor tak membesar

pulmo tak tampak infiltrat

b. Diet yang diperoleh: makanan tinggi protein & karbohidrat yaitu: nasi, ikan, ayam, dengan sayur sop dan air mineral

c. Terapi yang didapat:

Shorox 2x 750 mg

Paracetamol 3x1 tablet

Bantu balut per 2 hari.

B. Analisa Data.

Tgl/jam	DATA Fokus	Problem	Etiologi	TTD
15/2021 12.00	DS: -klien mengatakan nyeri P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti disayat-sayat	Nyeri akut	Agan pencedera fisik	4/4

		R: nyeri pada payudara kanan atas S: skala 4 T: nyeri muncul hilang timbul DO: - Klien tampak menahan nyeri - klien tampak meringis kesakitan - klien tampak pucat & gelisah TD: 142/96 mmHg RR: 20x/menit N: 76x/menit S: 36,6°C			
15/2021	12.00	DS: - Klien mengatakan nyeri pada luka post op DO: - Klien tampak meringis kesakitan - terdapat luka jahitan post op - TD: 142/96 mmHg RR: 20x/menit - N: 76x/menit S: 36,6°C	Risiko infeksi	efek prosedur invasif	4/2
16/2021	07.30	DS: - Klien mengatakan sulit tidur - Klien mengatakan memulut tidur saat menjelang pagi - Klien mengatakan mudah terbangun saat nyeri muncul - Klien hanya tidur 4 jam sehari DO: - Klien tampak lesu, pucat - mata tampak sayu TD: 150/90 mmHg RR: 20x/menit N: 80x/menit S: 36°C	gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	4/2

C. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- 2) Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif
- 3) Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur.

D. Intervensi

Tgl/jam	Diagnosa	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	TD
15/2021	Dx. 1	Setelah dilakukan perawatan selama 3x4 jam diharapkan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil:	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri	
13.00		- keluhan nyeri menurun - meringis menurun - gelisah menurun	- Identifikasi skala nyeri - kontrol ruang yg memberat nyeri - Ajarkan teknik non	

			farmakologis untuk mengurangi nyeri	4
			- kolaborasi pemberian analgesik	
15/2021	Dx.2	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan Beniko infeksi menurun dengan kriteria hasil:	- monitor tanda gejala infeksi	4
13.00		- tidak ada demam	- monitor karakteristik luka	
		- tidak ada kemerahan	- pasang balutan sesuai jenis luka	
			- kolaborasi pemberian antibiotik	
16/2021	Dx.3	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:	- Identifikasi pola aktifitas dan tidur	4
09.00		- keluhan kulit tidur menurun	- Identifikasi faktor pengganggu tidur	
		- keluhan sering terjaga menurun	- modifikasi lingkungan	
		- keluhan pola tidur berubah menurun	- lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan (posisi).	
			- anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	

E. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
15/2021	Dx.1	- mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: klien mengatakan nyeri pada payudara kanan atas	4
13.00		- mengidentifikasi skala nyeri	O: terdapat balutan luka post op	
13.05			S: klien mengatakan nyeri skala 4 (1-10)	
			O: klien tampak meringis kesakitan	
13.30		- mengontrol ruangan yang memperberat nyeri	S: klien mengatakan kurang nyaman tanpa menggunakan bantal	
			O: klien tampak gelisah	
14.00		menggunakan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam)	S: klien mengatakan akan mencoba saat nyeri muncul	
			O: klien tampak mengulangi dengan benar	
14.05		mengkolaborasi pemberian analgesik	S: klien mengatakan bersedia	
			O: klien tampak tenang	

14.05	Dx. 2	- mengkolaborasi pemberian antibiotik	S: klien mengatakan bersedra O: klien tampak tenang	
14.10		- memonitor tanda gejala infeksi	S: klien mengatakan tidak merasa demam O: area luka post op tidak terdapat edema, pus, kemerahan, perdarahan	
14.15		- memonitor karakteristik luka	S: klien mengatakan nyeri jika ditekan O: luka tampak bersih	
08.00	Dx. 3	- mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: klien mengatakan tidur menjelang pagi dan mudah terbangun saat nyeri O: klien tampak lesu + pucat	40
08.00		mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S: klien mengatakan mudah terbangun saat nyeri muncul O: terdapat luka post op	
08.30		memodifikasi lingkungan	S: klien mengatakan nyaman jika lampu direduktan O: klien tampak lesu	
09.00		melakukan prosedur meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	S: cukup nyaman tidur tertentang O: klien tampak tenang	
09.15		menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	S: klien mengatakan akan berusaha menepati waktu tidur O: klien tampak bersedia	

Hari ke - 2

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	TTD
16/2021 07.30	Dx. 1	mengidentifikasi skala nyeri	S: nyeri menurun menjadi skala 3 (1-10) O: klien masih tampak menahan nyeri	
07.35	-	mengontrol ruangan yang memperberat nyeri	S: klien mengatakan ruangan sudah cukup nyaman	

				O: klien tampak lebih tenang	
07.45			mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam)	S: klien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan relaksasi nafas dalam O: klien tampak dapat mempraktekan dengan baik	
08.00			mengkolaborasi pemberian analgetik	S: klien mengatakan bersedia O: klien terlihat tenang.	
16/2/2021 08.00	Dx. 2		memonitor tanda gejala infeksi	S: klien mengatakan tidak ada keluhan demam O: area luka post op tidak terdapat edema, puri, kemerahan, perdarahan.	40
08.05			memonitor karakteristik luka	S: klien mengatakan nyeri jika ditekan O: luka tampak bersih, balutan sedikit kotor	
11.30			mengkolaborasi pemberian antibiotik	S: klien mengatakan bersedia O: klien tampak tenang	
17/2/2021 08.00	Dx. 3		memodifikasi lingkungan	S: klien mengatakan sudah nyaman O: klien tampak tenang	40
08.15			melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (Pengaturan posisi)	S: cukup nyaman dengan posisi terlentang O: klien tampak sedikit tenang	
08.30			menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	S: klien mengatakan mulai tidur tepat waktu tapi masih terbangun jika nyeri O: klien tampak lesu dan pucat	

Hari ke.3				
Tgl / Jam	Diagnosa	Implementasi	Respon	
17/2021 7.30	Dx.1	mengidentifikasi skala nyeri	S: klien mengatakan nyeri menurun skala 2 O: klien tampak tenang & gelisah.	
7.45		mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam)	S: klien mengatakan nyeri sangat berkurang O: klien melakukan dgn baik dan benar	
08.00		mengkolaborasi pemberian analgesik	S: klien mengatakan bersedia O: klien tampak tenang.	
17/2021 08.05	Dx.2	memonitor tanda gejala infeksi	S: klien mengatakan tidak ada keluhan demam O: luka tidak terdapat edema, pus, kemerahan, perdarahan	
08.10		memasang balutan sesuai jenis luka	S: klien mengatakan bersedia O: klien tampak sedikit kesakitan	
08.30		mengkolaborasi pemberian antibiotik	S: klien mengatakan bersedia O: klien tampak tenang	
18/2021 08.30		melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	S: klien mengatakan sudah dapat mengatur posisi nyaman mungkin O: klien tampak rileks	
08.45		menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	S: klien mengatakan sudah dapat tidur tepat waktu O: klien tampak bugar, rileks	

7. Evaluasi			
Tgl/jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD
15/10/2021	Dx. 1	S: - klien mengatakan nyeri pada luka post op P: klien mengatakan nyeri saat bergerak A: nyeri seperti disayat-sayat R: nyeri di payudara kanan atas I: skala 4 (1-10) T: nyeri muncul hilang timbul O: - klien tampak meringis kesakitan - klien tampak lemah dan gelisah TD: 142/96 mmHg RR: 20x/menit N: 76x/menit S: 36.6°C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi: - identifikasi skala nyeri - kontrol ruang yang memperberat nyeri - ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam) - kolaborasi pemberian analgetik	
	Dx. 2	S: - klien mengatakan tidak ada keluhan demam - klien mengatakan nyeri pada luka post op O: - klien tampak kesakitan - luka tampak tidak ada tanda-tanda infeksi (edema, puri, kemerahan, perdarahan) A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi: - monitor tanda gejala infeksi - monitor karakteristik luka - kolaborasi pemberian antibiotik	
	Dx. 3	S: - klien mengatakan sulit tidur - klien mengatakan tidur menjelang pagi - klien mengatakan sering terbangun saat nyeri O: - klien tampak lesu dan pucat - mata klien tampak sayu A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi: - modifikasi lingkungan, lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan, anjurkan mengikuti kebiasaan tidur	

Hari ke. 2			
Tgl/jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD
16/2021	Dx.1	S: -klien mengatakan nyeri sedikit menurun -klien mengatakan nuangan cukup nyaman P: klien mengatakan nyeri saat bergerak A: nyeri seperti disayat-sayat R: nyeri pada payudara kanan atas S: skala 3(1-10) T: nyeri muncul hilang timbul O: -klien tampak menahan nyeri TD: 150/90 mmHg RD: 20x/menit N: 80x/menit S: 36°C A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik non farmakologi, kolaborasi pemberian analgesik.	
	Dx.2	S: - klien mengatakan tidak ada keluhan demam - klien masih merasa sedikit nyeri pada luka - post op O: -klien tampak sedikit kesakitan - luka tampak tidak terdapat tanda-tanda infeksi - balutan sedikit kotor A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi: monitor tanda gejala infeksi monitor karakteristik luka, pasang balutan sesuai jenis luka, kolaborasi pemberian antibiotik	
	Dx.3	S: -klien mengatakan kesulitan tidur sedikit berkurang - klien mengatakan masih mudah terhangun saat nyeri -klien mengatakan mulai tidur tepat waktu O: klien tampak pulcat dan lelu A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi: lakukan prosedur peningkatan kenyamanan, anjurkan kebiasaan menepati waktu tidur	

Hari ke. 3			
Tgl / jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD
17/2 2021	Dx. 1	S: klien mengatakan nyeri sudah menurun P: klien mengatakan nyeri saat bergerak A: nyeri spt disayat-sayat R: nyeri pada payudara kanan atas S: skala 2 (1-10) T: nyeri muncul hilang timbul O: - Klien tampak lebih tenang - Klien tampak tidak gelisah TD: 130/80 mmHg RR: 20x/menit N: 80x/menit S: 36,6°C A: masalah sudah teratasi P: hentikan intervensi	
	Dx. 2	S: - klien mengatakan tidak ada keluhan demam O: - luka tampak bersih - tidak ada tanda gejala infeksi A: masalah teratasi P: hentikan intervensi	
	Dx. 3	S: - klien mengatakan sudah tidur tepat waktu - Klien nyaman dengan posisinya O: - klien tampak rileks dan bugar A: masalah teratasi P: hentikan intervensi	