

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kperawatan



Disusun oleh :

Eka Trianti

NIM : 40902000097

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Eka Trianti

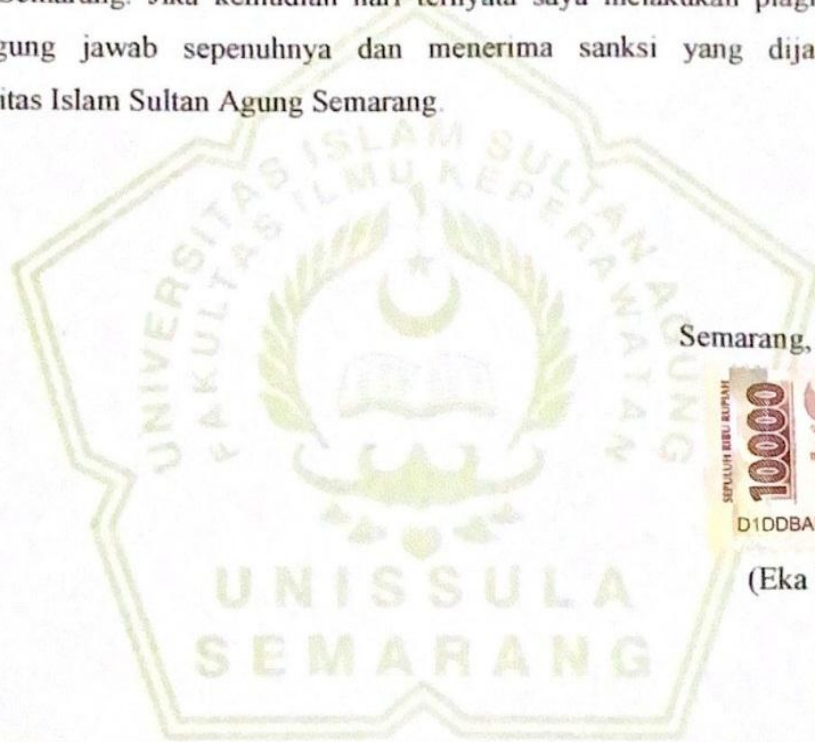
NIM : 40902000097

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarsime sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 20 Mei 2023



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN
KANKER PAYUDARA DI RUANG BAITUSSALAM 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

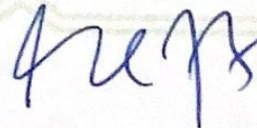
Eka Trianti

40902000097

Telah disetujui untuk dipertahankan dan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Jum'at
Tanggal : 19 Mei 2023

Pembimbing,



Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp. Kep.M.B
NIDN: 06-0203-7603

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 23 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Mei 2023

Penguji I

Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep
NIDN. 06-2005-7604

Penguji II

Ns. Retno Setvawati, M.Kep. Sp.KMB
NIDN. 06-1306-7403

Penguji III

Dr. Ns. Dwi Retno S., M.Kep, Sp.Kep.M.B
NIDN. 06-0203-7603

(*[Handwritten Signature]*) ;
(*[Handwritten Signature]*) ;
(*[Handwritten Signature]*) ;

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Iwan Ardian, SKM., M. Kep
NIDN. 0622087403

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Kanker Payudara di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah mendukung dan membimbing dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. H. Guntoro, SH., M.Hum, Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian SKM., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi D-III Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama proses studi

6. Bapak dan Ibu CI pembimbing di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membimbing penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktik dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ayahku (Parjan) dan Ibuku (Sri Wahyuni) tercinta yang selalu mendoakan, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan baik moril dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Terimakasih untuk Arya Eka Pratama yang selalu mensupport dan menemani saya dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan tepat waktu.
10. Untuk teman-teman seperjuangan D-III 2020 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Walaikumsallam wr. wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Penyakit.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	8
4. Manifetasi Klinis.....	9
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	10
6. Komplikasi.....	12
7. Penatalaksanaan.....	12
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	14
1. Pengkajian Keperawatan.....	14

2. Diagnosa Keperawatan.....	21
3. Intervensi Keperawatan.....	22
4. Impelemntasi Keperawatan.....	30
5. Evaluasi Keperawatan.....	30
6. Pathways	31
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	32
A. Pengkajian Keperawatan.....	32
1. Identitas	32
2. Riwayat Kesehatan.....	33
3. Pola Kesehatan Fungsional.....	35
4. Pemeriksaan Fisik <i>Head to toe</i>	38
5. Data Penunjang	40
B. Analisa Data.....	42
C. Diagnosa Keperawatan.....	43
D. Intervensi Keperawatan.....	43
E. Implementasi keperawatan.....	44
F. Evaluasi Keperawatan.....	47
BAB IV PEMBAHASAN.....	50
BAB V PENUTUP.....	59
A. Kesimpulan	59
B. Saran.....	60
1. Bagi Penulis	60
2. Bagi institusi pendidikan.....	60
3. Bagi Profesi Keperawatan.....	60
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN- LAMPIRAN.....	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Pathways Ca Mammae (Sumber: Susan C. Smeltzer. 2015	31
Gambar3. 1	Riwayat keturunan keluarga.....	34



DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1	Hasil pemeriksaan laboratorium klinik	40
------------	---	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Form bimbingan	66
Lampiran 2 Laporan Asuhan Keperawatan.....	68



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker payudara juga dikenal sebagai *carcinoma mammae* (Ca Mammae) merupakan kondisi patologis yang bermanifestasi sebagai perubahan pada sel tunggal dan mungkin sulit diidentifikasi dengan palpasi sejak dini (Smeltzer 2015). Menurut Hidayati (2022) penyebab spesifik dari kanker payudara belum diketahui namun terdapat sejumlah faktor yang berkaitan akan munculnya keganasan kanker payudara yaitu kombinasi dari faktor genetik, hormonal dan dapat juga dari faktor lingkungan yang dapat berperan dalam perkembangannya.

Berdasarkan Data *Global Burden of Cancer Study* (GLOBOCAN), *International Agency for Research on Cancer* (IARC) tahun 2020, kanker payudara menempati urutan pertama dengan jumlah kasus mencapai 2.26.419 kasus (11.7%) dari total jumlah kasus kanker di dunia 10.389.647 kasus (53.9%) (GLOBOCAN, 2020). Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2022 Indonesia memiliki jumlah kasus kanker payudara terbanyak dan kanker payudara merupakan salah satu penyebab utama kematian akibat kanker. Data Globocan tahun 2020 menunjukkan bahwa dari 396.914 kasus kanker baru di Indonesia, sebanyak 68.858 kasus (atau 16,6%) merupakan kasus kanker payudara.

Sementara itu, terdapat lebih dari 22.000 kasus kematian, dan 70% dari kasus tersebut memiliki deteksi stadium lanjut (Kemenkes 2022). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) pada tahun 2018 juga menyatakan angka kanker payudara naik dari 1,4% menjadi 1,79% pada tahun 2018. Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) Jawa Tengah menjadi provinsi ke 3 yang memiliki prevalensi sebesar 2,11%. Kota Semarang merupakan daerah

yang memiliki kasus tertinggi, hampir 0,4% penduduk wanita di Kota Semarang mengidap kanker payudara (Dinkes 2018). Pada pasien kanker payudara dapat mengalami berbagai komplikasi.

Kompikasi yang dapat muncul pada kanker payudara seperti anemia, neoplasma ganas sekunder, kelenjar getah bening dan efusi pleura (Susanto et al. 2018). Dampak yang dapat muncul dari penderita kanker payudara yaitu kecemasan tentang adanya kerugian karena kehilangan payudara yang sebenarnya, dapat merusak perasaan seksualitas, keibuan dan daya tarik. Menurut Al Ghazy, 2019 kanker payudara juga berdampak pada masalah fisik seperti adanya nyeri terus menerus, sulit untuk tidur, kelelahan, hilangnya nafsu makan, dan penurunan berat badan. Kanker payudara secara umum sering menjadi masalah kesehatan di masyarakat, sehingga menjadi salah satu kasus bedah yang memerlukan tindakan, salah satu tindakannya adalah mastektomi (Syamsul Arifin 2022).

Mastektomi merupakan prosedur operasi untuk mengangkat seluruh jaringan payudara. Sebagian besar kanker stadium I dan II dilakukan dengan tindakan ini. Terdapat tiga prosedur bedah yang berbeda yaitu mastektomi radikal, mastektomi lengkap dan mastektomi radikal yang dimodifikasi (Anggraeni et al. 2022). Tindakan mastektomi akan menyebabkan hilangnya daya tarik karena perubahan bentuk pada payudara, dan mengakibatkan gangguan pada citra tubuh wanita, dan masalah psikososial kemungkinan akan dialami pasien. Reaksi yang menonjol yaitu kecemasan. Kecemasan sebelum operasi adalah keadaan yang sering terjadi (Sugiartha and Kamayani 2021).

Kecemasan merupakan suatu kondisi emosional yang mengakibatkan persepsi subjektif seseorang terhadap objek yang tidak jelas dan khusus sebagai akibat dari antisipasi bahaya, yang memungkinkan orang tersebut merespon ancaman tersebut. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017b). Menurut Carbonel 2004 (dalam Lubis 2019) setiap individu pernah mengalami masa

cemas, lebih lagi pasien yang akan menjalani operasi. Kecemasan adalah gejala klinik yang jelas terlihat pada pasien dengan tindakan medis. Kegagalan dalam mengatasi kecemasan pada pasien sebelum operasi dapat mengakibatkan denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Karena itu, intervensi keperawatan dibutuhkan untuk mengatasi masalah kecemasan. Relaksasi tarik napas dalam merupakan salah satu tindakan untuk mengatasi kecemasan.

Relaksasi merupakan salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Terdapat berbagai jenis teknik relaksasi, salah satunya adalah teknik tarik napas dalam. Teknik relaksasi tarik napas dalam adalah pernapasan perut dengan frekuensi lambat serta perlahan, teknik ini dilakukan dengan memejamkan mata ketika menarik napas (Anggraini, 2020). Teknik nafas dalam merupakan salah satu jenis asuhan keperawatan dimana perawat menginstruksikan atau melatih klien tentang cara melakukan nafas dalam secara efisien sehingga ventilasi paru dan kapasitas vital meningkat Rosyidi, 2013 (dalam Verawaty and Widiastuti 2020). Menurut hasil penelitian (Andriyana 2021) teknik tarik napas dalam efektif untuk menangani kecemasan, karena dapat mengurangi stres baik stres fisik dan emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan.

Perawat memiliki peran yang sangat penting untuk mempromosikan kesejahteraan yang optimal, perawat memainkan peran penting baik sebagai pemberi asuhan keperawatan dan edukator kepada pasien baik dalam kesehatan yang baik maupun buruk (Simamora, Purba 2019). Salah satu peran perawat disini yaitu memberikan asuhan keperawatan menerapkan teknik relaksasi tarik napas dalam untuk membantu mencegah timbulnya kecemasan pada pasien. memotivasi dan memberikan dukungan kepada pasien untuk mengurangi kecemasan (Saragih, 2019). Kemudian perawat berperan mengajak keluarga untuk selalu memberikan semangat kepada pasien. Berdasarkan masalah yang telah diuraikan penulis tertarik dan merasa

perlu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.

B. Rumusan Masalah

Kanker payudara merupakan penyakit yang menakutkan dan menjadi peringkat pertama penyebab kematian. Kanker payudara merupakan jenis kanker terbanyak menurut data GLOBOCAN dari International Agency for Research on Cancer (IARC) tahun 2020, dengan kasus sebanyak 11,7%, sedangkan di Indonesia kasus baru kanker payudara mencapai (16,6%). Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Jawa Tengah menjadi provinsi ke 3 yang memiliki prevalensi sebesar 2,11%, dan Kota Semarang merupakan daerah yang memiliki kasus tertinggi, hampir 0,4% perempuan di Kota Semarang menderita kanker payudara (Dinkes 2018). Dampak yang dapat muncul dari penderita kanker payudara yaitu kecemasan tentang kemungkinan kerugian, serta kehilangan payudara yang sebenarnya dan adanya dampak fisik seperti nyeri terus menerus, insomnia dan mudah kelelahan. Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada kanker payudara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar penyakit meliputi, pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi dan penatalaksanaan medis.

- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan meliputi, pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.
- c. Mampu menjelaskan dan menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. S meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang kanker payudara, khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker payudara.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Mampu menjadi pengajaran, memberikan referensi, masukan dan menjadi evaluasi untuk perkembangan pengetahuan mahasiswa.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk menambah ilmu dan memberikan kontribusi dalam peningkatan pelayanan di bidang keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan efisien, efektif dan mandiri pada pasien kanker payudara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Kanker payudara atau yang biasa dikenal dengan CA Mammae atau *carcinoma mammae* adalah penyakit seluler yang dapat muncul dari jaringan payudara baik dari epitel ductus maupun lobulusnya dengan manifestasi klinis yang dapat mengakibatkan kegagalan untuk mengontrol proliferasi dan maturase sel (Lincoln Jackie 2008).

Kanker payudara merupakan kondisi patologis yang bermanifestasi sebagai perubahan pada sel tunggal dan mungkin sulit diidentifikasi dengan palpasi sejak dini (Smeltzer 2015). Kanker disebabkan oleh sel-sel tubuh yang membelah dengan cepat dan tidak normal, yang tidak dapat terkendalikan dan mendorong perkembangan benjolan tumor (kanker). Benjolan yang tidak segera ditangani dengan tepat atau tidak dikendalikan akan menyebabkan kanker berkembang dan menyebar (metastasis) ke bagian tubuh yang lain, dan mengakibatkan kematian. Paru-paru dan pleura (15-20%), tulang (20-60%), hati (5-15%), otak (5-10%), dan metastase lokal/regional (20%) merupakan tempat yang paling sering terjadi metastase. pada kanker payudara. 40%). (Rizka, Akbar, and Putri 2022).

2. Etiologi

Penyebab spesifik dari kanker payudara belum diketahui namun terdapat sejumlah faktor yang berkaitan akan munculnya keganasan kanker payudara yaitu kombinasi dari faktor genetik, hormonal dan dapat juga dari faktor lingkungan yang bisa menjadi penyebab terjadinya kanker. Menurut beberapa penelitian, perubahan genetik dapat

diakibatkan oleh perubahan atau mutasi gen normal serta dari keadaan protein yang meningkatkan risiko berkembangnya kanker payudara. perubahan genetik tidak selalu menjadi faktor penyebab kanker payudara. Hormon steroid merupakan salah satu hormon yang diproduksi oleh ovarium dan berperan penting dalam terjadinya kanker payudara. Estradiol dan progesteron adalah dua hormon ovarium utama yang mengalami perubahan pada lapisan limpa, kondisi ini meningkatkan risiko terkena kanker payudara (Brunner 2001). Menurut (Hidayati 2022) beberapa faktor resiko kanker payudara diantaranya :

a. Usia

Pada umumnya kanker payudara sering menyerang wanita antara usia 40 dan 70 tahun, tetapi seiring bertambahnya usia wanita, risiko terkena penyakit ini meningkat secara drastis dan cepat. Kondisi ini disebabkan karena kemampuan pengendalian sel dan fungsi dari tubuh yang sudah tidak optimal dan menyebabkan sel tumbuh tidak terkendali, faktor risiko saat ini untuk wanita pascamenopause lebih dari 50 tahun. Peluang untuk terkena kanker payudara juga meningkat setelah usia 30 tahun untuk ibu yang baru pertama kali melahirkan (Anggorowati 2018).

b. Genetik

Seseorang yang riwayat keluarga pernah mengidap kanker payudara kemungkinan besar akan beresiko terhadap keturunannya untuk mengidap penyakit kanker payudara. Gen BRCA1 (*Breast Cancer1*) dan BRCA2 (*Breast Cancer2*) ditemukan dalam tubuh manusia normal dan mengatur pertumbuhan tumor. Jika gen ini berubah, proliferasi sel akan menjadi tidak terkendali, dan sel kanker akhirnya akan muncul. Wanita yang mewarisi kelainan gen BRCA1 dan BRCA 2 mengalami peningkatan resiko kanker payudara, rahim dan mungkin juga usus (perut besar) (Lincoln Jackie 2008).

c. Riwayat Menstruasi

Paparan estrogen dan progesteron yang berkepanjangan meningkatkan risiko terkena kanker payudara, *menarche* dini sebelum usia 12 tahun dan menopause pada atau setelah usia 50 tahun memiliki risiko yang signifikan untuk terkena kanker payudara (Brunner 2001).

d. Riwayat Kesehatan

Apabila telah menjalani operasi untuk tumor payudara, mengalami ca endometrial. Pernah menderita atau mengalami optikal hiperplasia atau benigna proliferasif pada biopsi payudara. Wanita dengan perokok aktif dan pasif juga dapat beresiko tinggi terkena kanker payudara (Lincoln Jackie 2008).

e. Riwayat Reproduksi

Wanita yang hamil dan melahirkan usia diatas 30 tahun memiliki resiko 40% lebih tinggi kanker payudara dibandingkan dengan wanita yang hamil dan melahirkan berusia 20 hingga 25 tahun (Anggorowati 2018). Kondisi ini disebabkan oleh mutasi genetik yang meningkat dan tumbuh di payudara selama kehamilan dan menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia.

f. Menggunakan Obat Kontrasepsi Jangka Panjang

Menurut (Jariah and Kurniasari 2021) meningkatnya resiko kanker payudara karena kadar estrogen dan progesteron yang tinggi dapat mempercepat pertumbuhan jaringan kelenjar di payudara. Penggunaan pil KB memiliki efek meningkatkan risiko terkena kanker payudara. Perkembangan sel abnormal atau tumor pada jaringan berpotensi berubah menjadi kanker.

3. Patofisiologi

Menurut Perice dan Wilson (dalam Putri 2022) Kanker payudara berkembang dari jaringan epitel dan biasanya muncul di sistem duktus,

dimulai dengan hiperplasia sel dan munculnya sel-sel yang abnormal. Sel-sel ini pada akhirnya akan memasuki stroma dan berkembang menjadi *carcinoma in situ*. Karsinoma dapat memakan waktu hingga tujuh tahun untuk berkembang dari satu sel menjadi massa berdiameter 1 cm dan cukup besar untuk dirasakan. Sekitar 25% karsinoma payudara sebesar ini telah menyebar ke organ lain (Smeltzer 2015). *Carcinoma mammae* bermetastasis dengan langsung menyebar ke jaringan sekitarnya serta melalui sistem limfatik dan peredaran darah.

Transformasi merupakan proses yang melibatkan fase inisiasi dan fase promosi dan menghasilkan perkembangan sel kanker dari sel normal (Wijaya 2013).

a. Fase inisiasi

Merupakan tahapan awal perubahan sel menjadi ganas. Adanya karsinogen yang timbul inilah yang menyebabkan perubahan sel tersebut, meskipun tidak semua sel peka terhadap karsinogen ini. Promotor termasuk kondisi genetik yang membuat sel lebih rentan terhadap rangsangan dari karsinogen, bahkan masalah fisik dapat meningkatkan kerentanan sel terhadap keganasan.

b. Fase promosi

Fase yang dilewati setelah fase awal adalah fase promosi. Kombinasi berbagai keadaan, seperti sel yang peka terhadap karsinogen, dapat menyebabkan kanker pada sel yang tidak melewatinya.

4. Manifestasi Klinis

Keluhan didaerah payudara merupakan manifestasi klinis yang paling khas pada penderita kanker payudara. Gejala tersebut antara lain benjolan keras yang nyeri dan tidak bisa digerakan, puting susu tertarik ke dalam atau mengeluarkan cairan, kerak pada areola, kulit payudara berkerut kulit jeruk, perubahan bentuk payudara, benjolan di ketiak, edema lengan,

penyembuhan luka lambat, payudara merah dan bengkak (Syamsul, 2022). Metastasis kulit dapat terlihat sebagai retraksi puting susu, lesi pada dinding dada, atau luka ulserasi atau jamur (Brunner 2001). Beberapa wanita tidak memiliki gejala dan tidak ada benjolan yang teraba, namun pada pemeriksaan mamografi menunjukkan hasil tidak normal (Smeltzer 2015).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Moewardi et al. 2019) pemeriksaan diagnostik yang harus dilakukan yaitu diantaranya:

a. *Mammografi*

Mammografi memiliki beberapa kelebihan, antara lain kemampuan untuk mendeteksi lesi pada payudara yang bukan nodul melainkan area mikroklasifikasi, bisa digunakan untuk analisis diagnostik dan referensi tindak lanjut, dan dapat mengungkapkan nodul yang sulit dipalpasi atau diraba abnormal menjadi gambar. Ketepatan dari diagnostik sekitar 80%. Hasil dari tindakan pemeriksaan mammogram adalah jaringan payudara terlihat putih dan jaringan lemak terlihat hitam. Seseorang yang terkena kanker payudara pada pemeriksaan mammogram akan ada bagian yang berbentuk bintang (spikulata) yang dapat menjadi kepingan kapur (mikro-klasifikasi, proses pengerasan menjadi kapur-kapur kecil) sehingga terlihat seperti bintik-bintik putih. Sebagian besar mikro-klasifikasi tidak mengkhawatirkan karena biasanya hanya tumor jinak. Tetapi proporsi yang kecil dapat diwaspadai sebagai ductus karsinoma in situ (DKIS) (Lincoln Jackie 2008).

b. *Ultrasonography*

Ultrasonografi memiliki kelebihan mampu menampilkan gambaran atau gambar keadaan bagian dalam tubuh. Ini digunakan

untuk membedakan antara kista (kantong berisi cairan) dan massa padat, serta untuk memastikan suplai darah dan kesehatan jaringan di sekitarnya.

c. *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Diagnosis karsinoma payudara stadium awal dapat ditegakkan dengan sensitivitas dan spesifisitas yang baik menggunakan MRI *mammæ*. Diagnosis banding mikrotumor adalah satu-satunya pemeriksaan yang mahal dan sulit digunakan untuk meluas.

d. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium diantaranya: Morfologi sel darah, dilakukan pemeriksaan untuk eritrosit, leukosit, dan trombosit. Pemeriksaan laboratorium digunakan untuk referensi diagnosis dan tindakan lanjut klinis. Pada pemeriksaan CA15-3 apabila hasilnya tinggi semakin banyak kanker yang ada di dalam tubuh, tingkat tertinggi dapat mnyebar ke tulang, hati atau keduanya. Jika tingkat CA15-3 turun atau kembali normal hal ini mengindikasi bahwa pengobatan berhasil. Apabila kadar terus meningkat seiring waktu menandakan kanker tidak merespon pengobatan dengan baik, masih tumbuh atau akan kambuh (Chazar and Erawan 2020).

e. Pemeriksaan Biopsy

Biopsy eksisi atau insisi merupakan cara untuk biopsy, namun pada umumnya menggunakan biopsy eksisi. Tindakan ini dilakukan untuk diagnosis banding dan menggambarkan pengobatan. Menurut (Smeltzer 2015) biopsy dianggap sebagai standar asuhan untuk terapi kanker payudara stadium dini.

6. Komplikasi

Menurut (Prajoko 2019) komplikasi pada kanker payudara antara lain:

- a. Metastasis (penyebaran *limfogen dan hematogen*) ke jaringan sekitarnya melalui saluran limfatik dan arteri darah kapiler; penyebaran ini dapat membahayakan hati, paru-paru, pleura, tulang, otak, dan saraf.
- b. Gangguan neuromuskular merupakan kondisi yang mempengaruhi otot rangka, saraf tepi. Gejala dari neuromuskular adalah kelemahan otot, kram otot, nyeri otot, spastisitas otot (kekakuan), yang kemudian menyebabkan deformitas sendi atau tulang (Nindatu & Huwae 2020).
- c. Fraktur patologi, ketika penyakit atau kondisi yang mendasari telah melemahkan tulang, mengakibatkan fraktur (patah tulang yang disebabkan oleh penyakit atau kondisi yang melemahkan tulang).
- d. fibrosis payudara merupakan jenis benjolan pada payudara yang terbentuk dari jaringan yang sama dengan jaringan pembentuk sendi. Sekitar seperempat dari benjolan payudara akan berubah menjadi kantung berisi cairan yang disebut kista (Zulqarnain and Kuntjoro 2018).
- e. Kematian merupakan komplikasi paling akhir apabila kanker tidak lagi bisa diatasi akan menyebabkan kematian.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada kanker payudara yang dapat diberikan dibagi menjadi dua, yaitu kuratif dan palatif. Terapi kuratif ditandai oleh periode bebas penyakit (*disases free interval*) dan harapan hidup yang lama (*overall survival*), terapi ini digunakan pada kanker payudara stadium I, II, III. Terapi palatif memiliki tujuan untuk peningkatan kualitas hidup tanpa adanya periode bebas penyakit, terapi ini umumnya digunakan pada stadium

IV (Risnah 2020). Kesembuhan yang tinggi apabila kanker payudara diterapi sejak stadium dini . Terapi kanker payudara antara lain:

a. Kemoterapi

Merupakan proses pemberian obat anti kanker dalam bentuk pil, kapsul, atau infus untuk membunuh sel kanker. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik (seluruh tubuh) yang menggunakan obat-obat sitotoksin. Obat sitotoksin dibawa melalui peredaran darah atau langsung ke dalam tumor (Lincoln Jackie 2008). Terdapat 3 jenis kemoterapi yaitu, *adjuvant* (diberikan setelah tindakan operasi), *neoadjuvant* (Kemoterapi neoadjuvant diberikan sebelum operasi atau pengobatan radiasi, diikuti dengan kemoterapi), dan primer (palatif) (kemoterapi yang diberikan pada penderita dengan stadium lanjut).

b. Radioterapi

Radiologi merupakan proses menggunakan sinar-X dan sinar gamma untuk menyinari daerah yang terkena kanker. Tujuan terapi ini adalah untuk membasmi sel kanker di payudara yang mungkin masih ada. Tindakan ini biasanya dilakukan bersamaan dengan tindakan lumpektomi dan mastektomi. Mekanisme utama kematian sel kanker adalah kerusakan DNA dengan gangguan pada proses replikasi (Brunner, 2001).

c. Terapi Hormonal

Menurut (Lincoln Jackie, 2008) Tujuan dari terapi hormonal adalah untuk memperlambat produksi hormon yang dapat memperlambat pertumbuhan sel kanker. Terapi untuk mencegah hormon estrogen mendorong pertumbuhan kanker payudara dikenal sebagai terapi estrogen. *Adjuvant hormonal terapi* diindikasikan hanya pada payudara yang menunjukkan ekspresi positif *estrogen reseptor* dan atau *progesterone reseptor* tanpa memandang usia, status menopause, status kelenjar getah bening aksila maupun ukuran tumor.

d. Pembedahan (Operasi)

Menurut Olfah, Mendri, & Badi'ah 2013 (dalam MA'RUF 2022) Tindakan pembedahan paling utama dilakukan pada kanker payudara stadium I, dan II. Ada tiga cara pembedahan atau operasi pada kanker payudara, yaitu:

1) Mastektomi radikal (lumpektomi)

Merupakan eksisi bedah sebagian jaringan payudara. Pasien dengan tumor tepi payudara yang berukuran kurang dari 2 cm direkomendasikan melakukan lumpektomi.

2) Mastektomi total

Merupakan prosedur pengangkatan seluruh payudara, hanya menyisakan kelenjar getah bening dan otot dada.

3) Mastektomi radikal yang dimodifikasi

Mastektomi radikal merupakan mastektomi yang diperpanjang dibandingkan mastektomi superradikal melibatkan pengangkatan kelenjar getah bening dari payudara serta yang ada di ketiak, otot dada, dan lokasi lainnya. Tindakan ini telah digantikan oleh mastektomi radikal yang telah dimodifikasi.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang memiliki tujuan untuk mengumpulkan data atau informasi tentang pasien, sehingga dapat mengidentifikasi, mengenal masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien, baik kebutuhan fisik, mental, sosial dan lingkungan Effendy 1995 dalam (Sinulingga 2019). Pengkajian keperawatan dibagi menjadi beberapa tahap diantaranya:

a. Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari data-data umum seperti nama, jenis kelamin; pada kanker payudara lebih sering terjadi pada wanita, tetapi pria juga memiliki kemungkinan untuk terkena kanker payudara. Menurut (Elmika 2020) perbandingan terkena penyakit ini antara pria dan wanita yaitu 1:1000 (1,1%). Usia; pada umumnya kanker payudara menyerang usia 40-70 tahun, alamat; risiko kanker payudara lebih besar (hingga dua kali) pada wanita dari tingkat sosial-ekonomi yang lebih tinggi dan yang tinggal di wilayah perkotaan dibanding wilayah perdesaan (Lincoln Jackie 2008).

Menurut penelitian (Sulviana and Kurniasari 2021) tingkat pendidikan mempengaruhi meningkatnya risiko kanker payudara, hal ini terjadi karena wanita yang memiliki pendidikan tinggi cenderung dapat mengetahui gejala stadium dini dari kanker payudara sehingga dapat memperoleh pengobatan lebih dini dibandingkan dengan wanita yang rendah cenderung mendapatkan pengobatan ketika sudah memasuki stadium lanjut. Menurut penelitian (Sulviana and Kurniasari 2021) status pernikahan mempengaruhi terjadinya kanker payudara, karena pada wanita biasanya akan menggunakan obat kontrasepsi, sedangkan secara langsung kadar estrogen berperan menambah berat badan secara tidak langsung, pil kontrasepsi oral dapat menyebabkan terjadinya kanker payudara.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien yang masuk ke rumah sakit terkadang memiliki keluhan seperti merasakan nyeri, terdapat bengkak atau benjolan yang menekan payudara, terdapat ulkus, dan kulit berwarna merah serta mengeras (Brunner 2001).

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada umumnya pasien yang mempunyai riwayat penyakit kanker payudara akan memiliki resiko terkena kanker payudara dibagian payudara yang lain. Pasien kanker payudara biasanya pernah terpapar dengan faktor resiko atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami penyakit pada dada sehingga mendapatkan penyinaran pada bagian dada (Lincoln Jackie 2008). Pasien juga akan dikaji kebiasaan obat-obatan yang digunakan, termasuk pil kb dengan jangka waktu yang lama. Riwayat menarache, jumlah kehamilan, abortus dan riwayat menyusui. Kebiasaan dalam merokok, meminum kopi dan alkohol (Syamsul 2022).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien yang masuk ke rumah sakit terkadang memiliki keluarga yang pernah mengalami kanker payudara sebelumnya, atau beberapa dari pasien memiliki keluarga yang sedang mengalami penyakit kanker lainnya seperti, kanker ovarium atau kanker serviks (Smeltzer 2015).

4) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien akan dikaji bagaimana lingkungan disekitar rumah, apakah terdapat bahaya yang mengancam akan terjadinya kecelakaan, polusi maupun ventilasi dan pencahayaan.

c. Pola Pengkajian Fungsional (DATA FOKUS)

Pola pengkajian fungsional menurut Gordon yaitu:

1) Pola persepsi pemeliharaan kesehatan

Menggambarkan tentang pemahaman pasien tentang pola kesehatan dan kesejahteraan, dan bagaimana penanganannya. Pada pasien dengan kanker payudara biasanya hanya menganggap

bahwa itu hanya benjolan biasa, maka pada umumnya dipemeriksaan awal pasien Nampak belum mau untuk memeriksakan benjolannya lebih lanjut.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Menjelaskan tentang bagaimana pola konsumsi makanan dan minuman yang berkaitan dengan kebutuhan metabolik dan pola-pola yang menunjukkan nutrisi lokal. Pada pasien dengan kanker payudara biasanya memiliki kebiasaan makan yang buruk seperti mengkonsumsi makanan yang mengandung msg, makanan yang tinggi lemak (Smeltzer 2015). Menurut (Rafana et al. 2022) pasien yang telah melakukan kemoterapi akan mengalami anoreksia. Anoreksia merupakan hilangnya atau berkurangnya nafsu makan yang menyebabkan terjadinya malnutrisi. Menurunnya asupan per oral salah satunya karena ada gangguan mual muntah dan anoreksia hingga terjadi penurunan berat badan.

3) Pola eliminasi

Menggambarkan tentang pola eksretori (*bowel, bladder* dan kulit). Pada pasien dengan kanker payudara akan mengalami beberapa perubahan seperti melena, nyeri saat defekasi dan konstipasi. Perubahan tersebut terjadi karena pola makan yang tidak teratur dan keengganan untuk makan atau hilangnya nafsu makan pasien sehingga pencernaan tidak berjalan dengan baik (Rafana et al. 2022).

4) Pola aktivitas dan latihan

Menjelaskan tentang bagaimana pola latihan dan aktivitas dan relaksasi. Pada pasien kanker payudara akan mengalami kelemahan, nyeri, anoreksia dan muntah sehingga menyebabkan aktivitas pasien terganggu.

5) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan tentang pola tidur, istirahat dan relaksasi. Nyeri biasanya akan menyebabkan pasien mengalami gangguan pada pola tidurnya.

6) Pola kognitif – perseptual sensori

Menjelaskan tentang pola kognitif dan perseptual sensori. Kemungkinan akan terjadi komplikasi seperti komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motorik, sehingga pasien akan mengalami pusing pascabedah.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Menggambarkan konsep diri dan persepsi diri (contohnya gambaran diri, kenyamanan tubuh, dan suasana perasaan). Pasien akan merasa malu karena kehilangan bagian dari anggota tubuhnya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017a).

8) Pola peran dan hubungan

Menggambarkan pola kekerabatan dan hubungan antar keluarga. Pola interaksi sosial, biasanya akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya.

9) Pola seksualitas dan reproduksi

Menjelaskan tentang pola-pola kepuasan dan ketidakpuasan dalam seksualitas, menggambarkan pola reproduksi. Terjadi perubahan pada tingkat kepuasan dan biasanya akan mengalami gangguan seksualitas.

10) Pola koping dan toleransi stress

Menjelaskan tentang pola koping yang umum dan keefektifan toleransinya terhadap stres. Pada pasien kanker payudara sebagian besar biasanya akan mengalami rasa putus asa dan berada difase denial (penyangkalan).

11) Pola nilai kepercayaan

Menggambarkan pola nilai-nilai keyakinan (termasuk spiritual), atau sasaran yang mengarahkan pada memilih atau memutuskan. Memerlukan pendekatan agama agar pasien mampu menerima kondisinya dengan lapang dada.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan yang dilakukan menggunakan metode *head to toe*, yaitu pemeriksaan dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis ataupun kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi,

Pemeriksaan fisik meliputi: Keadaan umum berupa keadaan kesadaran pasien apakah pasien dalam keadaan kompos mentis, somnolen, apatis, stupor, spoor koma, koma. Pada pasien dengan kanker payudara saat masuk ke rumah sakit biasanya masih dengan kesadaran kompos mentis. Melihat penampilan pasien ketika pertama masuk ke rumah sakit apakah lemah, atau pucat. Pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendapatkan data obyektif dari keadaan pasien, pemeriksaan ini meliputi tekanan darah, suhu tubuh, nadi, dan respirasi.

Pemeriksaan pertama yang dilakukan yaitu pemeriksaan bagian kepala meliputi bentuk kepala normal, tulang kepala berbentuk bulat, dengan tonjolan frontal di region anterior dan oksipital dibagian posterior. Pemeriksaan bagian rambut seperti teraba merata, tidak terlalu kering ataupun terlalu berminyak. Pada pasien yang menjalani kemoterapi rambut akan rontok dan tipis. Pemeriksaan mata meliputi, tidak terdapat kelainan khusus tidak akterik ataupun tidak anemis. Pemeriksaan telinga yaitu tidak terdapat kelainan khusus normalnya

simetris dan tidak ada tanda-tanda infeksi atau gangguan fungsi pendengaran. Pemeriksaan hidung meliputi bentuk dan fungsi normal, tidak ada infeksi dan nyeri tekan. Pemeriksaan mulut seperti mulut terdapat mukosa bibir kering namun disertai ada gangguan perasa. Pemeriksaan leher seperti pada leher biasanya akan ditemukan pembesaran pada kelenjar getah bening.

Pemeriksaan pada payudara meliputi inspeksi, biasanya terjadi perubahan pigmentasi kulit seperti kemerahan, kelainan kulit berupa peau d'orange, dumpling, papilla mammae tertarik kedalam, hiperpigmentasi aerola mammae, ada atau tidaknya pengeluaran cairan pada puting susu, ada atau tidaknya oedem ansimetris payudara serta apakah terlihat adanya ulkus pada bagian payudara (Lincoln Jackie 2008). Apabila terdapat ulkus pada payudara kemudian lakukan pengkajian luka meliputi, jenis luka, panjang luka, lebar luka, kedalaman luka, dan warna luka. Palpasi biasanya akan teraba massa pada payudara, kemudian akan adanya nyeri tekan (Brunner 2001).

Pemeriksaan pada bagian dada meliputi inspeksi, bagaimana bentuk payudara apakah simetris atau tidak, apakah terlihat menggunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas pasien, palpasi yaitu penilaian vokal premitus, perkusi, dilakukan disemua lapang paru dan auskultasi yaitu penilaian suara nafas, suara ucapan suara.

Pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi, pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat bentuk dada, kemudian mengamati pulsasi dan ictus cordis dan palpasi untuk menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung. Pemeriksaan auskultasi mendengarkan bunyi jantung, adanya bunyi jantung tambahan atau tidak (Fikriana 2018).

Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi yaitu untuk melihat bentuk abdomen ada atau tidaknya benjolan, oedem, dan bekas luka, auskultasi mendengarkan bising usus dengan hasil yang normal 5-35x/menit, palpasi apakah teraba ada atau tidaknya massa, ada atau tidaknya pembesaran limfe dan ada atau tidaknya nyeri tekan, dan perkusi dilakukan untuk penilaian suara abdomen, normalnya suara abdomen adalah timpani (Risnah 2020). Pemeriksaan hepar pada umumnya tidak ada gangguan pada hepar. Sedangkan pemeriksaan pada ekstermitas umumnya tidak ada gangguan pada ekstermitas, tetapi kemungkinan juga bisa terjadi dibagian ekstermitas atas karena adanya nyeri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang didapatkan dari analisa data. Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok keluarga maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan dalam tiga kategori yaitu: aktual, potensial/ resiko dan resiko tinggi (PPNI 2020).

Menurut (Nuarif, 2015 (dalam Putri, 2022), diagnosa yang muncul pada pasien kanker payudara yaitu:

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisisologis.
- b. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient ke jaringan
- c. Pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan, deformitas dinding dada.
- d. Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129) berhubungan dengan faktor mekanik/ penekanan massa kanker.

- e. Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan perubahan pada bentuk / struktur tubuh.
- f. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- g. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional.
- h. Resiko infeksi(D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap perencanaan kegiatan atau tindakan dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien (Beatrik Yeni Sampang 2017).

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan untuk tidur menurun, frekuensi nadi membaik, dan tekanan darah membaik.

Intervensi utama: Manajemen nyeri (1.08238).

- 1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, dan monitor efek samping penggunaan analgetik.

- 2) Terapeutik

Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi

istirahat dan tidur. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

3) Edukasi

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient ke jaringan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, berat badan atau IMT meningkat, frekuensi makan meningkat, nafsu makan meningkat.

Intervensi utama: Manajemen nutrisi (1.03119)

1) Observasi

Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, monitor asupan makanan dan monitor berat badan. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

2) Terapeutik

Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. Fasilitasi pedoman diet (mis, piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan, jika perlu. Hentikan pemberian

makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi.

3) Edukasi

Ajarkan posisi duduk, jika perlu. Ajarkan diet yang diprogramkan.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, Pereda nyeri, antimetik), jika perlu. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

c. Pola napas tidak efektif (D.0005) berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan, deformitas dinding dada.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hial dyspnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, frekuensi napas membaik dan kedalaman napas membaik.

Intervensi utama: Manajemen jalan napas (1.01011)

1) Observasi

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya gurgling, wheezing, ronchi kering), dan monitor sputum (jumlah, warna, dan aroma)

2) Terapeutik

Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-til* dan *chin-lift* (*jaw trust* jika curiga fraktur servikal), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeam keluarkan

sumbatan benda padat dengan *forsep McGill*, berikan oksigen, jika perlu.

3) Edukasi

Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi, ajarkan teknik batuk efektif.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekpektoran, mukolitik, jika perlu.

d. Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129) berhubungan dengan factor mekanik/ penekanan massa kanker.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuahn keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, dan kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi utama: Perawatan luka (l. 14564)

1) Observasi

Monitor karateristik luka (mis, drainase, warna, bau, dan ukuran), monitor tanda-tanda infeksi.

2) Terapeutik

Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambur disekitar daerah luka, jika perlu. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pemberian nontoksi, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit.lesi, jika perlu. Pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien.

3) Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

4) Kolaborasi

Kolaborasi prosedur debridement (mis, enzimatis, biologis, mekanis, autolitik, jika perlu. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

e. Gangguan citra tubuh (D.0083) berhubungan dengan perubahan pada bentuk / struktur tubuh.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil melihat bagian tubuh membaik, menyentuh bagian tubuh membaik, verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik, dan verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik.

Intervensi utama : Promosi citra tubuh (1,09305)

1) Observasi

Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh, identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah.

2) Terapeutik

Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan), diskusikan cara mengembangkan harapan

cutra tubuh secara realistis, dan diskusikan persepsi dan keluarga tentang perubahan citra tubuh.

3) Edukasi

Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, anjurkan mengungkapkan gambaran diri sendiri terhadap citra tubuh, anjurkan menggunakan alat bantu (mis, pakaian, wig, kosmetik), anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis, kelompok sebaya). Latih fungsi tubuh yang dimiliki, latih peningkatan penampilan diri (mis, berdandan), latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.

f. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Intervensi utama: Edukasi kesehatan (L.12383)

1) Observasi

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

2) Terapeutik

Sediakan materi dan media oendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dan berikan kesempatan untuk bertanya.

3) Edukasi

Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

g. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuahn keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, kontsentrasi membaik, dan pola tidur membaik.

Intervensi utama : Reduksi ansietas (1.09314)

1) Observasi

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, standar), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, dan monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

2) Terapeutik

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. Pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan oenuh perhatian, gunakan pendektakan yang tenang dan meyakinkan. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, dan diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

3) Edukasi

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnose, pengobatan dan prognosis. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat dan latih teknik relaksasi.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

h. Resiko infeksi(D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x7 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, dan kadar sel darah putih membaik.

Intervensi utama: Pencegahan infeksi (1.14539)

1) Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.

2) Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

3) Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan meningkatkan asupan cairan,

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

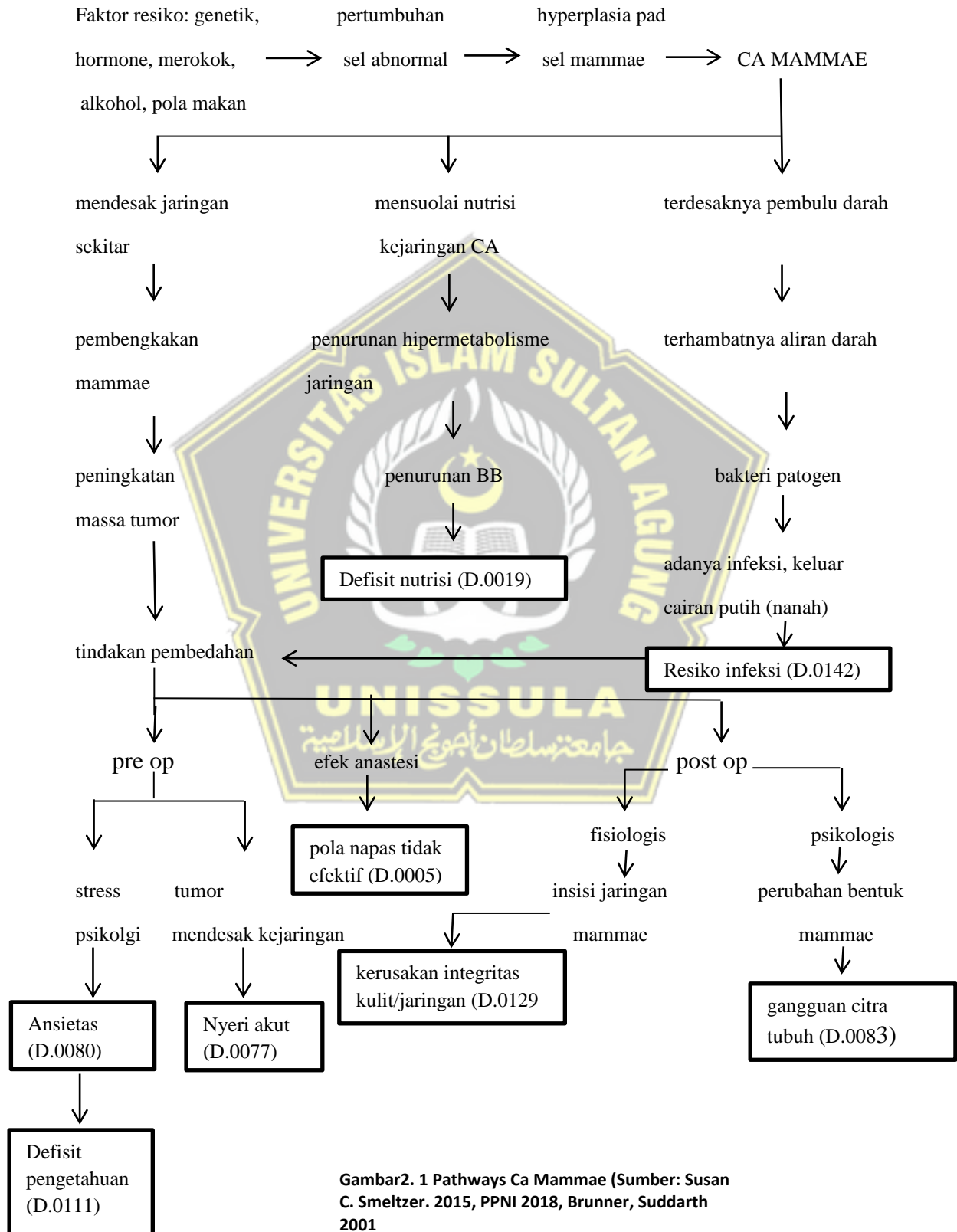
Implementasi adalah tahapan atau tindakan dalam proses keperawatan dimana harus membutuhkan penerapan intelektual, interpersonal, dan teknis. Implementasi keperawatan merupakan tindakan langsung dan implementasi dari rencana meliputi pengumpulan data. Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah dibuat (Purba 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi dalam keperawatan merupakan tahap akhir untuk melihat apakah rencana atau proses keperawatan yang telah dilakukan berhasil secara optimal atau tidak, jika belum tercapai tujuan dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, maka akan dilakukan penyusunan ulang atau modifikasi rencana yang baru, modifikasi rencana yang baru perlu memerlukan persetujuan dari keluarga pasien (Fatimah 2019).

Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan tindakan dan dilakukan terus-menerus sampai mencapai tujuan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap hari setelah semua tindakan sesuai diagnosa keperawatan, evaluasi sumatif terdiri dari SOAP (subjek, objek, analisis, dan planning).

6. Pathways



Gambar2. 1 Pathways Ca Mammae (Sumber: Susan C. Smeltzer. 2015, PPNI 2018, Brunner, Suddarth 2001

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada kasus ini diperoleh dari hasil observasi langsung, dilakukan dengan menggunakan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan melihat data rekam medik pasien nomor rekam medik pasien 01-46-33-19. Sebelum pembuatan laporan asuhan keperawatan penulis meminta izin persetujuan pada pasien untuk mengelola kasus dengan menemui langsung di RSI Sultan Agung Semarang ruang Baitussalam 2, dari pengkajian tersebut didapatkan data sebagai berikut:

1. Identitas

a) Identitas Klien

Pasien bernama Ny, S berjenis kelamin perempuan, usia 46 tahun dan bertempat tinggal di Wirosari, Grobogan, suku Jawa berkebangsaan Indonesia, dan beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien SD dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 21 februari 2023 sekitar pukul 09.00 WIB dengan diagnose medis Kanker payudara (Ca Mammae).

b) Identitas Penanggungjawab

Adapaun penanggung jawab pasien yaitu Tn. R berjenis kelamin laki-laki usia 50 tahun bertempat tinggal di Wirosari, Grobogan, suku Jawa berkebangsaan Indonesia dan beragama Islam. Pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai karyawan swasta. Hubungan dengan pasien yaitu suami.

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan

b) Status Kesehatan Saat ini

Pasien masuk RSI Sultan Agung Semarang ruang Baitussalam 2 pada tanggal 21 februari 2023 pada pukul 09.00 WIB. Pasien mengatakan nyeri dan ada benjolan keras pada payudara sebelah kanan dan semakin membesar. Pasien mengatakan merasakan benjolan pada payudara kurang lebih 1 bulan dan merasakan nyeri sekitar 1 bulan. Pasien mengatakan terdapat luka pada payudaranya, kemudia memeriksakan ke RSISA dan disarankan untuk melakukan operasi.

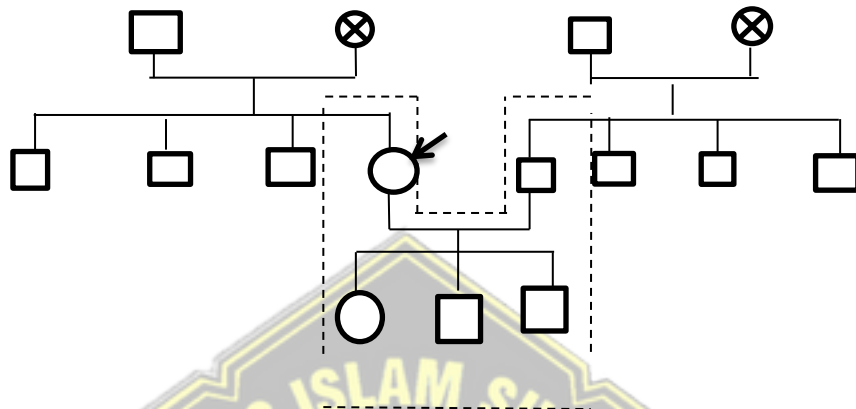
c) Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan sebelumnya memiliki penyakit yang sama dan sudah dilakukan operasi, pasien melakukan operasi pada payudara sebelah kiri sekitar bulan November tahun lalu. Pasien mengatakan tidak menyangka akan mengalami penyakit yang sama pada payudara sebelah kanan. Pasien pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit yang sama. Pasien mengatakan setelah operasi pertama telah melakukan 3 kali kemoterapi. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit seperti DM ataupun hipertensi. Pasien juga tidak memiliki alergi makanan maupun alergi obat.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang pernah mengalamu penyakit keturunan seperti hipertensi ataupun DM. Pasien mengatakn ibunya pernah mengalami penyakit yang sama.

a. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↖ : Pasien
- ⊗ : Meninggal
- - - : Tinggal satu rumah
- : Garis keturunan

Gambar3. 1 Riwayat keturunan keluarga

e) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan bertempat tinggal dirumah yang bersih dan tertata. Pembuangan sampah di lingkungan rumah menggunakan bak sampah dan sebagian dibakar. Selokan disamping rumah tertutup. Pasien mengatakan tidak terdapat bahaya yang mengancam di daerah tempat tinggalnya.

3. Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan dirinya selalu memperhatikan kesehatannya, setelah melakukan operasi payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan selalu memeriksakan kesehatan dirinya ke puskesmas terdekat apabila merasakan tidak enak badan, hanya saja saat terdapat benjolan pada payudara kanan pasien menyepelkan dan berfikir bahwa benjolannya akan mengecil dan sembuh dengan sendirinya, karena ia berfikir tidak mungkin penyakitnya yang dulu akan mengenai payudara sebelah kanannya.

Setelah dirawat dirumah sakit pasien mengatakan tidak akan menyepelkan penyakit sekecil apapun, dan akan memakan makanan yang sehat.

b) Pola Nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 2 kali sehari dengan nasi, lauk, dan sayur dengan menghabiskan 1 porsi. Pasien mengatakan mengalami penurunan nafsu makan dan berat badan. Pola makan pasien menurun semenjak dilakukan operasi pada payudara sebelah kiri. Pasien mengatakan sebelumnya bisa makan 3 kali sehari, berat badan pasien mengalami penurunan, BB awal : 60 kg, dan BB saat ini : 58kg. Pasien mengatakan untuk minum sehari sebanyak 6-7 gelas setiap hari, dan lebih sering meminum air putih.

Selama dirawat pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, lauk, dan sayur sesuai jadwal makan yang diberikan dari rumah sakit, tetapi pasien hanya menghabiskan setengah, terkadang seperempat bahkan terkadang tidak dimakan. Pasien mengatakan nafsu makan masih menurun dan masih mengalami mual dan muntah.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB sehari 1 kali pada pagi hari, tidak mengalami kesulitan saat BAB. BAB dengan konsistensi padat, dan tidak menggunakan obat pencahar. Pasien mengatakan BAK lancar sehari 5-6 kali dengan warna kuning sedikit bening dengan bau khas urin.

Selama dirawat pasien mengatakan BAB kurang lancar, pasien BAB pada hari ke 2 dirawat, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat dan tidak menggunakan obat pencahar. Pasien mengatakan untuk BAK lancar sehari 5-6 kali dengan warna kuning muda dan bau khas urine. Pasien terlihat tidak terpasang kateter.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan pekerjaannya adalah ibu rumah tangga, pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam aktivitasnya, hanya saja pasien mengurangi kegiatan yang berat-berat. Pasien tidak pernah memaksakan melakukan kegiatan yang membuat nyeri pada payudara. Pasien mengataka semenjak merasakan nyeri pada payudara aktivitas pasien menjadi terganggu.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan biasanya tidur malam 7-9 jam dan tidur siang selama 1 jam, pasien tidak memiliki kesulitan tidur. Selama dirawat pasien mengatakan susah untuk tidur malam dan

sering terbangunkarena nyeri pada payudara kanan dan tidur hanya 5-6 jam.

f) Pola Kognitif- Persepsi Sensori

Sebelum sakit pasien mengatakan penglihatan dan pendengaran baik, tidak ada gangguan ayau keluhan dan kemmpuan bicara pasien lancer. Selama dirawat pasien mengeluh nyeri pada payudara kanan.

P: Nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan miring kekanan

Q: Nyeri terasa cenut0cenut

R: Nyeri pada payudara sebelah kanan

S: Skala nyeri 4

T: Hilang timbul 2-3 menit.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan jika dirinya adalah seorang istri dan ibu dari 3 anak. Pasien memahami kondisinya saat ini dan berharap setelah sakit pasien bisa segera sembuh dan tidak akan operasi untuk yang kesekian kalinya dan berharap dapat beraktivitas seperti biasa. Pasien mengatakan cemas dan takut karena akan dioperasi. Pasien mengatakan malu dan kurang percaya diri dengan kondisinya saat ini, tetapi akan berusaha menerima dan menyerahkan semua kepada Allah SWT.

h) Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit pasien mengatakan ketika mengambil keputusan dalam menghadapi masalah selalu berbicara pada suami dan anak-anaknya untuk mencari solusi. Selama dirawat pasien mengatakan dalam mengambil keputusan dibantu oleh suaminya dan perawat yang menangani.

i) Pola Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi seksual dan reproduksi, tidak ada masalah dalam menstruasi. Pasien mengatakan sudah pernah hamil dan memiliki 2 anak perempuan dan 1 laki-laki.

j) Pola Peran-berhubungan dengan orang lain

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada masalah komunikasi dalam keluarganya., orang terdekat pasien adalah suami dan anaknya. Selama dirawat pasien mengatakan mendapat dukungan dan perhatian lebih dari keluarganya.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit pasien mengatakan beragama islam, pasien berserah kepada Allah SWT dan selalu sholat 5 waktu. Selama dirawat pasien mengatakan tetap melakukan sholat 5 waktu dengan cara duduk.

4. Pemeriksaan Fisik *Head to toe*

Hasil observasi dan pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, Tekanan Darah (TD) 147/82 MmHg, Nadi (N) 108x/menit, Suhu (S) 36,7°C, Pernapasan (P) 22X/menit. Pemeriksaan pada daerah daerah kepala didapatkan hasil, bentuk kepala mechocephal, rambut warna hitam pendek, rambut rontok, kulit kepala terdapat ketombe. Pada mata bentuk kanan dan kiri simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, penglihatan normal. Hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada polip dan tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat serumen, mampu mendengar dengan jelas dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Pemeriksaan mulut didapatkan hasil bibir berwarna gelap, terdapat gigi berlubang bagian geraham belakang, gigi lengkap, tidak ada stomatitis, tidak ada gangguan dalam berbicara, tidak ada kesulitan dalam mengunyah dan menelan, tidak terdapat benjolan dileher. Pemeriksaan pada daerah payudara bentuk kanan dan kiri tidak simetris, payudara sebelah kiri sudah diangkat, payudara kanan terdapat benjolan dengan tekstur keras, terdapat luka dan cairan, ketik tidak ada lesi dan pembengkakan.

Pemeriksaan dada dan thotax dimulai dari pemeriksaan jantung bentuk dada tidak simetris, terdapat benjolan pada payudara sebelah kanan dan terdapat luka dan cairan, terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kanan. Terdengar bunyi sonor, auskultasi suara lup dup. Pemeriksaan paru-paru perkembangan dada simetris saat bernapas, terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kanan, terdengar bunyi sonor, dan auskultasi terdengar bunyi vesikuler. Bentuk abdomen simetris tidak ada lesi dan benjolan, terdengar bunyi bising usu 20x/menit, terdengar suara sonor, dan tidak terdapat nyeri tekan. Pemeriksaan pada genetalia, bersih tidak ada luka maupun infeksi dan tidak terpasang kateter. Ekstermitas kekuatan otot tangan kanan menurun, dapat digerakan tetapi tidak bisa berlebihan. Kekuatan otot tangan kiri, kaki kanan dan kaki kiri normal, terpasang infus pada tangan kiri dan tidak terdapat edema. Kulit berwarna coklat, turgor kulit normal, capillary refil (CRT) kurang dari 2 detik. Pemeriksaan antropometri, berat badan awal pasien : 58 kg, tinggi badan : 156 cm. IMT : 23,83.

5. Data Penunjang

a) Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tabel 3. 1 Hasil pemeriksaan laboratorium klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Darah rutin 1		
Hemoglobin	L 11,6	11,7-15,5
Hematokrit	34,5	33,0-45,0
Leukosit	4,64	3,60-11,0
Trombosit	271	150-440
Golongan darah/RH	B/Positif	
PPT		
PT	10,4	9,3-11,4
PT(kontrol)	11,3	9,2-12,4
APPT		
APPT	27,1	21,8-28,4
APPT (control)	26,2	20,3-27,5
KIMIA KLINIK		
Glukosa darah sewaktu	96	<200
Ureum	17	10-50
Creatinin	0.87	0,60-1,10
ELEKTROLIT (Na, K, Cl)		
Natrium (Na)	145,0	135-157
Kalium (K)	4,20	3,5-5,0
Klorida (Cl)	99,0	95-105

b) Pemeriksaan Radiologi

1. Thorax Besar (Non Kontras)

TS Yth

X FOTO THORAX

Cor : Bentuk dan letak normal

Pulmo : Corakan vaskuler normal

Tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru, Hamidiafragma kanan setinggi costa 10 posterior.

Sinus costophrenicus kanan kiri baik

Tak tampak lesi litik, sterotik, maupun destruksi pada os cortae, os scapulae, dan os clavicular yang tervisualisasi.

KESAN:

Cor tak membesar

Tak tampak gambaran refiltrasi, metastase, maupun kelainan lain pada pulmo dan tulang tervisualisasi.

c) Pemeriksaan Histopologi

Organ : Mammae

Dierima : Satu tempat sediaan identitas sesuai

Makroskopik : Satu buah jaringan dengan berat 2, 3 gram, berukuran 1,5x1, 5x0,6 cm, berwarna putih kecoklatan, sebagian berwarna kuning, konsistensi kenyal. Pada pembelahan penampang berwarna putih kecoklatan, sebagian berwarna kuning semua cetak belah.

Mikroskopi : Sediaan menunjukkan Jaringan mammae fibrous dan perlemakan. Didalamnya terdapat beberapa kista kecil dan radang dilapisi epitel kuboid atau gepeng selapis, juga ditemukan sarang-sarang tumor epitelial sebagian solid dan seluler, sebagian bentuk dukta/tubuler. Sel-sel epitel polimarsi dengan beberapa mitosis. Sebagian sudah infiltrasi ke stroma.

Kesimpulan : Mammae:

Histologis menunjukkan lesi fibrokistik dengan tumor ganas, jenis carcinoma ductal infiltrating (Grade II).

d) Diit yang diperoleh

Disesuaikan dari ahli gizi yaitu : nasi, sayur, lauk dan buah 3x sehari.

e) Terapi

Terapi nonfarmakologi : Tarik napas dalam (teknik relaksasi)

Terapi nonfarmakologi : Infus RL 20 tpm.

B. Analisa Data

Saat dilakuakn pengkajian pada Ny. S tanggal 21 february 2023 pukul 15.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan. P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan tidur miring sebelah kanan, Q: nyeri terasa cenat-cenut, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien berhati-hati ketika akan memiringkan badannya kekanan, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah: 147/82 MmHg, nadi: 108x/menit, dan suhu 36,7°C. Dari pengkajian tersebut didapatkan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedea fisiologis.

Pengkajian pada pukul 15.05 WIB pasien mengatakan jika akan makan atau mencium bau makanan mual dan muntah, nafsu makan menurun, ketika dipaksa makan terkang hanya ¼ porsi makan. Pasien terlihat lemas dan berbaring, terlihat rambut dibanal pasien karena rontok, didapatkan hasil pemeriksaan berat badan awal pasien 60 kg kemudian untuk berat badan ssat ini 58 kg, porsi makan yang dihabiskan hanya ½ porsi -1/4 porsi, tekanan darah : 147/82 MmHg, nadi: 108x/menit, dan suhu 36,7°C, nadi 108x/ menit dan IMT 23,83. Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan diagnosa resiko deficit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient. Kemudian pengkajian pada pukul 15.10 pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan operasi, pasien tampak tegang, muka tampak sedikit pucat, dan tampak kesulitan untuk tidur. tekanan darah : 147/82 MmHg, nadi: 108x/menit. Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan diagnosa ansietas b.d krisis situasional.

C. Diagnosa Keperawatan

Dapat disimpulkan dari hasil analitasa data diatas terdapat tiga diagnose keperawatan, yaitu:

1. Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri.
2. Resiko deficit nutrisi (D.0032) b.d ketidakmampuan mengabsorbsi makanan d.d nafsu makan menurun.
3. Ansietas (D.0080) b.d krisis situasional d.d tampak tegang.

D. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan tingakt nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, pada diagnosa pertama yaitu dilakukan dengan intervensi utama manajemen nyeri (1.08238), Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intesitas nyeri. Identifikasi factor yang memperberat nyeri. Terapeutik: fasilitasi itirahat dan tidur. Edukasi: ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberin analgetik, jika perlu.

Diagnosa kedua setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, nafsu makan membaik, dan berat badan meningkat. Intervensi utama yang dilakukan yaitu dengan manajemen nutrisi (1,03119). Observasi: identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, dan monitor berat badan. Terapeutik: berikan makanan tinggi kalori dan protein, berika suplemen makanan, jika perlu dan edukasi pentingnya nutrient bagi tubuh. Kolaborasi: kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (contoh. Pereda nyeri).

Pada diagnosa ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku tegang menurun, pola tidur membaik, dan verbalisasi khawatir kondisi yang

dihadapi menurun. Intervensi utama yang dilakukan yaitu dengan reduksi ansietas (1.09314). Observasi: identifikasi saat tingkat ansietas berubah. Terapeutik: ciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan. Edukasi: anjurkan keluarga untuk tetap menemani, tetap bersama pasien, dan latih teknik relaksasi tarik napas dalam.

E. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan hari pertama yang dilakukan pada tanggal 22 februari 2023 pukul 15.40 WIB dengan diagnosa pertama nyeri akut, yaitu : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Pasien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan. P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan tidur miring kesebelah kanan. Q: nyeri terasa cemas-cemas, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak meringis menahan nyeri, tampak berhati-hati ketika bergerak dan ketika akan memiringkan badannya kesebelah kanan. tekanan darah 147/82 MmHg. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperringan nyeri, pasien mengatakan “saya kalau mau miring tidur kekanan gak kuat mba, makanya tidurnya terlentang terus, tapi saya kang capek, saya pengen tidur miring “. Pasien tampak berhati-hati ketika mencoba memiringkan badannya kesebelah kanan. Memfasilitasi istirahat dan tidur, pasien mengatakan ingin posisi tidur badannya dinaikan sedikit bagian kepalanya. Pasien tampak sedikit lebih nyaman dengan posisi yang diinginkan. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, pasien mengatakan bersedia dan mampu untuk melakukannya. Pasien tampak mencoba melakukan teknik tarik napas dalam. Diagnosa kedua resiko defisit nutrisi pada pukul 18.00 WIB dengan implementasi mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, pasien terlihat mendapatkan makanan lengkap nasi, lauk sayur dan buah 3x sehari. Memonitor asupan makanan dan memberikan makanan selagi hangat sedikit demi sedikit. Pasien mengatakan

tidak nafsu untuk makan, porsi makan yang dihabiskan hanya $\frac{1}{4}$ porsi. Memonitor berat badan, pasien mengatakan berat badannya turun setelah operasi yang pertama dan melakukan kemoterapi, berat badan awal 60kg berat badan saat ini 58kg. Mengkolaborasi pemberian medikasi, pemberian pengobatan anemetik. Diagnosa ketiga ansietas pada pukul 18.30 WIB dengan implementasi mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, pasien mengatakan cemas karena akan melakukan operasi. Pasien tampak tegang, muka sedikit pucat, dan mengeluh sulit untuk tidur, tekanan darah 147/82 MmHg, nadi: 108x/menit, dan suhu 36,7°C. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pasien mengatakan senang karena diajak ngobrol dan bisa mengutarakan kecemasannya. Pasien tampak mulai nyaman. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. Keluarga pasien terlihat selalu mendampingi pasien. Melatih teknik relaksasi atau pengalihan untuk mengurangi ketegangan, pasien mengatakan akan mengikuti yang diajarkan dan berdia. Menganjurkan pasien untuk melakukan dzikir agar tidak tegang dan pasien tampak memahami apa yang telah diajarkan.

Implementasi keperawatan hari kedua yang dilakukan pada tanggal 22 februari 2023 pukul 14.40 WIB dengan diagnosa pertama nyeri akut yaitu: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Pasien mengatakan terasa nyeri pada payudara sebelah kanan sedikit berkurang, P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan memiringkan badan ke sebelah kanan, Q: nyeri terasa cemat-cemat, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak berhati-hati ketika bergerak dan apabila akan memiringkan badan ke sebelah kanan, tekanan darah 148.84 MmHg, nadi 105x/menit. Memfasilitasi istirahat dan tidur, pasien mengatakan masih susah untuk tidur, pasien tampak nyaman setelah suhu ruangan diatur sesuai keinginan pasien, dan tidak ada kebisingan dari lingkungan. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, pasien mengatakan merasa lebih baik, ketika nyeri terasa kemudian melakukan

tarik napas dalam sesuai yang diajarkan. Pasien tampak melakukan teknik tarik napas dalam ketika merasakan nyeri. Diagnosa kedua resiko defisit nutrisi pada pukul 15.00 WIB dengan implementasi memonitor asupan makanan, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan masih merasa mual dan ingin muntah. Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makan, porsi makan yang dihabiskan belum bertambah, masih $\frac{1}{4}$ porsi. Mengedukasi pentingnya nutrisi bagi tubuh, pasien mengatakan mengerti dan akan mencoba makan untuk kesembuhannya. Pasien tampak memahami apa yang telah dijelaskan oleh perawat. Memonitor berat badan, pasien mengatakan porsi makan yang dihabiskan masih sedikit. Porsi makan yang dihabiskan hanya $\frac{1}{4}$ porsi, berat badan 58kg. Diagnosa ketiga ansietas pada pukul 16.00 WIB dengan implementasi menganjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien. Keluarga pasien terlihat selalu menemani pasien. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, pasien mengatakan selalu melakukan dzikir dan berdoa agar lebih tenang. Pasien tampak lebih tenang dari hari sebelumnya dan selalu melakukan dzikir.

Implementasi keperawatan hari ketiga yang dilakukan pada tanggal 23 februari 2023 pukul 08.00 WIB dengan diagnosa pertama nyeri akut yaitu: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Pasien mengatakan terasa nyeri pada payudara sebelah kanan sedikit berkurang, P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan memiringkan badan ke sebelah kanan, Q: nyeri terasa cekat-cekut, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, tekanan darah 140/83 MmHg. Mengidentifikasi teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, pasien mengatakan jika terasa nyeri langsung melakukan teknik Tarik napas dalam dan nyeri yang dirasakan akan lebih sedikit berkurang. Pasien tampak lebih nyaman dan melakukan teknik tarik napas dalam. Diagnosa kedua resiko defisit nutrisi pada pukul 09.00 WIB dengan implementasi memonitor asupan makanan, pasien mengatakan nafsu makan masih menurun, tetapi akan mencoba untuk tetap

makan lebih banyak. Porsi makan yang dihabiskan meningkat menjadi $\frac{1}{2}$ porsi. Diagnosa ketiga ansietas pada pukul 09.10 WIB dengan implementasi mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah. Pasien mengatakan merasa lebih tenang dan mengatakan insyaAllah siap untuk melakukan operasi, pasien tampak lebih tenang. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien, keluarga pasien mengatakan akan selalu mendampingi pasien. Keluarga pasien menemani pasien sampai ke ruang operasi. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan atau teknik relaksasi, pasien mengatakan akan selalu berdzikir dan berdoa, kemudian akan melakukan Tarik napas dalam jika merasa sangat cemas dan takut. Pasien tampak berdzikir dan berdoa, pasien terlihat lebih tenang.

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama dari implementasi diatas pada diagnosa pertama pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 18.50 WIB, pasien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan tidur miring kesebelah kanan. Q: nyeri terasa cemat-cemat, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak meringis menahan nyeri, tampak berhati-hati ketika bergerak dan ketika akan memiringkan badannya kesebelah kanan. tekanan darah 147/82 MmHg, nadi 108x/menit, suhu 36,7°C. Masalah belum teratasi, kemudian untuk planning ulang intervensi yaitu, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Memfasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Diagnosa kedua evaluasi pukul 18.55 WIB, pasien mengatakan nafsu makan menurun, berat badan juga menurun. Porsi makan yang dihabiskan hanya $\frac{1}{4}$ porsi, pasien juga mengatakan mual dan muntah. Pasien tampak lemas, rambut pasien terlihat rontok berat badan awal 60 kg, berat badan saat ini 58 kg, porsi makan $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ porsi, tekanan darah 147/82 MmHg, nadi 108x/menit. Masalah belum teratasi, Planning ulang

intervensi, yaitu monitor asupan makanan dan monitor berat badan. Diagnosa ketiga evaluasi pukul 19.00 WIB, pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan operasi. Pasien tampak tegang, muka terlihat pucat dan tampak kurang tidur, tekanan darah 147/82 MmHg, nadi 108x/menit, suhu 36,7°C. Masalah belum teratasi, planning ulangi intervensi yaitu menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, menganjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien dan melatih teknik relaksasi dan pengalihan.

Evaluasi hari kedua dari implementasi diatas pada diagnosa pertama pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 18.50 WIB, pasien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan sedikit berkurang, P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan memiringkan badan kesebelah kanan, Q: nyeri terasa cemat cemat, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak berhati-hati ketika bergerak dan ketika memiringkan badannya, tekanan darah: 146/84 MmHg, nadi 105x/ menit, pasien terlihat mempraktikkan teknik relaksasi tarik napas dalam. Masalah belum teratasi, planning pertahankan intervensi yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

Diagnosa kedua pukul 16.15 WIB pasien mengatakan nafsu makan masih menurun, tetapi akan mencoba makan sedikit demi sedikit untuk kesembuhannya. Setelah dilakukan edukasi pasien tampak memahami penjelasan yang diberikan, porsi makan habis ¼ porsi, tekanan darah 146/84 MmHg, mual mulai berkurang. Masalah belum teratasi, planning ulangi intervensi yaitu monitor asupan makanan. Diagnosa ketiga evaluasi pada pukul 16.20 WIB, pasien mengatakan selalu berdzikir untuk mengurangi ketegangan seperti yang diajarkan oleh perawat. Pasien tampak lebih tenang dari hari-hari sebelumnya, selalu berdoa dan melakukan dzikir. Masalah belum teratasi, planning ulangi intervensi yaitu anjurkan keluarga untuk menemani pasien dan latih kegiatan pengalihan dan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan.

Evaluasi hari ketiga dari implementasi diatas pada diagnosa pertama pada tanggal 23 Februari 2023 pukul 09.30 WIB, pasien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan sedikit berkurang dan pasien mengatakan melakukan nyeri P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan memiringkan badan kekiri. Q: nyeri terasa cekat-cenu, R: nyeri pada payudara sebelah kanan, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul 2-3 menit. Pasien tampak berhati-hati ketika bergerak, pasien tampak mempraktikkan teknik Tarik napas dalam. Masalah belum teratasi, planning pertahankan intervensi yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Diagnosa kedua evaluasi pada pukul 09.35 WIB, pasien mengatakan nafsu makan masih menurun, tetapi tetap berusaha makan sedikit demi sedikit. Porsi makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, berat badan 58 kg, masalah belum teratasi. Planning ulangi intervensi yaitu monitor asupan makanan, monitor berat badan dan edukasi kesehatan tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh. Diagnosa ketiga evaluasi pada pukul 09.45 WIB, pasien mengatakan sudah lebih tenang dan selalu berdzikir. Pasien tampak tenang saat pergi ke ruang operasi dan selalu berdzikir dan berdoa. Masalah tertasi, planning pertahankan intervensi yaitu lakukan kegiatan pengalihan dan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menyampaikan hasil dari laporan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan kanker payudara sesuai kasus yang didapatkan. Asuhan keperawatan pada Ny. S dikelola selama 3 hari mulai tanggal 21 Februari 2023 – 23 Februari 2023 di ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. Sebelum pembahasan lebih lanjut asuhan keperawatan pada Ny. S terlebih dahulu penulis akan membahas kekurangan pada penulisan asuhan keperawatan yang belum tepat.

Pada pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena telah melakukan perkenalan dan meminta persetujuan serta menjelaskan tujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga secara terbuka. Dalam penulisan asuhan keperawatan penulis mengalami kekurangan yaitu tidak mencantumkan tanggal pengkajian. Pada pengkajian riwayat kesehatan lingkungan seharusnya penulis mengkaji lingkungan pasien dan mengkaitkan dengan penyakit. Menurut penelitian (Wulandari, 2018) seseorang yang bertempat tinggal di daerah lingkungan industri, dan mengkonsumsi makanan yang mengandung zat karsinogenik memiliki resiko terkena kanker payudara karena disebabkan oleh bahan kimia yang menyebabkan perubahan DNA sehingga memicu kanker payudara. Pada pengkajian pola nutrisi dan metabolisme pada poin pola minum penulis menuliskan kurang tepat, pola minum hanya dituliskan dengan ukuran gelas seharusnya penulis lebih lanjut mengkaji ukuran gelas yang digunakan oleh pasien, karena ukuran gelas dapat mempengaruhi pola minum. Menurut Kemenkes, 2022 pola minum yang baik adalah delapan gelas berukuran 230 ml per hari atau total 2 liter.

Pada pemeriksaan fisik jantung penulis kurang tepat dalam mendokumentasikan. Menurut (Fadli and Sastria, 2022) pemeriksaan fisik jantung meliputi inspeksi: biasanya terlihat penonjolan yang lebar di daerah precardium, diantara sternum dan apeks cordis, terkadang memperlihatkan pulsasi jantung. Palpasi:

untuk penjelasan lebih lanjut mengenai lokasi punctum maksimum, semua yang ditemukan selama inspeksi harus dipalpasi untuk menentukan frekuensi, dan kualitas nadi yang teraba. Perkusi: untuk menentukan batas-batas jantung. Pada kondisi normal antara linea sternalis kiri dan kanan di manubrium sterni terdapat pekak yang merupakan daerah aorta. Auskultasi: ketika katup mitral dan trikuspid menutup, suara jantung yang sehat disebut lub dub. Saat katup aorta dan pulmonal menutup, terdengar suara dub.

Pada pemeriksaan payudara penulis tidak menuliskan secara spesifik bagaimana pemeriksaannya. Pemeriksaan payudara meliputi inspeksi yaitu akan terlihat seperti kemerahan, kelainan kulit seperti peau d'orange, dumpling, papilla mammae yang tertarik ke dalam, hiperpigmentasi areola mammae, ada tidaknya cairan pada puting susu, ada tidaknya edema asimetris payudara, dan ada tidaknya ulkud dipayudara (Lincoln Jackie 2008). Menurut (Maulidia & Indraswari 2022) mendeteksi secara dini kanker payudara adalah tindakan awal untuk menurunkan resiko kanker payudara, salah satu cara untuk deteksi dini yaitu dengan cara melakukan SADARI. Apabila dilakukan secara rutin wanita akan mengetahui apabila adanya perubahan dan mengenali apabila ada tanda dan gejala kanker payudara sehingga dapat segera ditangani dengan tepat.

Berikut ini penulis akan membahas asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakan:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang terkait kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan cepat atau bertahap dan berintensitas ringan hingga berat waktu kurang dari tiga bulan (Tim Pokja PPN, 2018). Penulis menegakan diagnosa nyeri akut karena pada data pengkajian pola kognitif-sensori pasien Ny.S mengeluh nyeri pada payudara sebelah kanan dan terdapat benjolan keras serta luka dan keluar cairan, pasien tampak meringis dan kesulitan untuk tidur. Pada pengkajian nyeri terdapat data yaitu P: nyeri dirasakan ketika banyak bergerak dan tidur miring sebelah kanan, Q: nyeri terasa

cenat-cenut, R: nyeri pada payudara kanan, S: skala nyeri 4, T: hilang timbul 2-3 menit. Data pengkajian *vital sign* nadi 108x/menit, tekanan darah 147/82 mmHg. Tanda dan gejala mayor sesuai dengan yang terdapat pada SDKI sehingga diagnosa dapat ditegakan.

Alasan penulis menegakan diagnosa nyeri akut menjadi prioritas utama karena menurut Abraham Maslow dalam Syariah and Muazaroh (2019) nyeri merupakan kebutuhan fisik (*physiological needs*) karena merupakan kebutuhan manusia yang paling mendasar dan penting. Menurut triage konsep dalam (Kushayati, 2018) nyeri akut termasuk dalam prioritas 2 yaitu *emergent*. *Emergent* merupakan kondisi yang dapat mengancam nyawa atau anggota tubuh dan membutuhkan tindakan medis segera. Apabila tidak segera ditangani nyeri dapat menimbulkan ketidaknyamanan, mengganggu proses penyembuhan, dan kegelisahan (Sitinjak & Masliah 2018). Terdapat tanda dan gejala mayor yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesulitan untuk tidur. Tanda dan gejala minor yaitu pola napas yang berubah dan tekanan darah meningkat.

Rencana asuhan keperawatan pada diagnosa nyeri akut yaitu pada kriteria hasil diagnosa nyeri akut dalam Tim Pokja PPNI (2018) yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, seharusnya penulis melengkapi dengan skala nyeri menurun dengan skala 3, meringis menurun, dan kesulitan tidur membaik, seharusnya penulis melengkapi dengan jumlah jam tidur pasien. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nyeri, yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja PPNI 2018). Menurut (Anggraini 2020) teknik nonfarmakologi tarik napas dalam dapat membantu mengurangi nyeri dan mengontrol intensitas nyeri.

Pada implementasi diagnosa nyeri akut sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) selama 3x8 jam yaitu,

mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur dan mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, teknik yang digunakan yaitu tarik nafas dalam.

Menurut Potter & Perry (2010) relaksasi merupakan suatu teknik yang dapat menyebabkan pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui proses yang akan melepaskan ketegangan otot tubuh. Teknik relaksasi tarik napas dalam merupakan pernapasan yang lambat dan perlahan dari perut, untuk menggunakan teknik ini dilakukan dengan menutup mata saat menarik napas (Anggraini, 2020). Menurut Bare dan Smeltzer (2002) tujuan dari teknik relaksasi tarik napas dalam adalah untuk meningkatkan alveoli, mengeluarkan gas, dan menurunkan stres atau kekhawatiran fisik dan emosional, khususnya untuk mengurangi intensitas rasa sakit dan kecemasan. Menurut penelitian (Utami 2021) penerapan teknik tarik napas dalam efektif untuk mengatasi pasien yang mengalami nyeri karena dapat merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada diagnosa nyeri akut pada pasien Ny. S menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) kriteria hasil yang diharapkan yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan kesulitan tidur menurun. Evaluasi belum sesuai dengan teori, karena pada hari ketiga nyeri masih belum sepenuhnya teratasi karena pasien masih akan menjalani operasi, tetapi pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi yang diajarkan untuk mengontrol nyeri. Teknik relaksasi merupakan teknik yang dapat membantu seseorang mengurangi ketidaknyamanan atau rasa sakit atau nyeri dengan melepaskan ketegangan dan stres mental dan fisik. (Hastomo and Suryadi 2019).

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Kecemasan merupakan kondisi emosional dan persepsi subyektif seseorang terhadap suatu hal yang tidak jelas dan khusus sebagai akibat dari antisipasi bahaya, yang memungkinkan orang tersebut untuk menghadapi ancaman tersebut

(Tim Pokja PPNI, 2018). Penulis menegakan diagnosa ansietas karena pada pengkajian data subjektif pasien mengatakan cemas dan takut karena akan di lakukan operasi, kemudian untuk data objektif didapatkan data pasien tampak tegang, muka tampak pucat dan tampak kesulitan untuk tidur, tekanan darah meningkat 147/82 mmHg. Tanda dan gejala mayor sesuai dengan yang terdapat pada SDKI sehingga dapat diagnosa dapat ditegakan.

Alasan penulis menegakan diagnosa ansietas menjadi diagnosa kedua karena menurut Abraham Maslow dalam Syariah and Muazaroh (2019) ansietas merupakan kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*) khususnya kecenderungan manusia untuk mencari rasa aman, kebebasan dari rasa takut dan kekacauan. Menurut triage konsep dalam (Kushayati, 2018) ansietas termasuk dalam prioritas 4 yaitu *less urgent*. *Less urgent* merupakan kategori pasien dengan kondisi resiko rendah menjadi lebih buruk ketika pasien menunggu pengobatan. Kegagalan dalam mengatasi kecemasan pada pasien sebelum operasi beresiko mengalami denyut jantung dan tekanan darah yang lebih tinggi sehingga akan menyebabkan penundaan dilakukannya operasi (Yuneli, Arif, and Sulastri 2019). Terdapat tanda dan gejala mayor yang sesuai yaitu merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang dan kesulitan untuk tidur.

Rencana keperawatan pada diagnosa ansietas yaitu, pada kriteria hasil diagnosa ansietas dalam Tim Pokja PPNI (2018) yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku tegang menurun, pola tidur membaik seharusnya penulis melengkapi dengan jam tidur pasien, verbalisasi khawatir kondisi yang dihadapi menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah reduksi ansietas, yaitu identifikasi ketika tingkat ansietas berubah, ciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, anjurkan keluarga untuk tetap menemani atau tetap bersama pasien, dan latih relaksasi/ pengalihan (Tim Pokja PPNI 2018).

Pada implementasi diagnosa ansietas sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) selama 3x8 jam yaitu, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, dan melatih teknik relaksasi atau pengalihan. Teknik relaksasi merupakan teknik manajemen diri seperti relaksasi didasarkan pada bagaimana fungsi sistem saraf simpatik dan parasimpatis (Anggraini, 2020). Menurut penelitian (Verawaty & Widiastuti 2020) relaksasi tarik napas dalam efektif untuk mengurangi rasa kecemasan, terdapat perubahan penurunan tekanan darah, frekuensi kerja jantung, pengurangan ketegangan otot, peningkatan konsentrasi, mencari cara mengelola stres dengan lebih baik, dan fokus pada relaksasi dan bukan pada stres.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada diagnosa ansietas pada Ny. S menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) kriteria hasil yang diharapkan yaitu perilaku tegang menurun, pola tidur membaik, verbalisasi khawatir kondisi yang dihadapi menurun. Evaluasi sudah sesuai dengan teori, karena pasien mulai tampak tenang dan sudah tidak tegang sampai keruang operasi dan pasien selalu mempraktikkan teknik relaksasi tarik napas dalam dan dzikir. Pada diagnosa ini hanya mempertahankan intervensi untuk selalu mengingatkan pasien melakukan dzikir.

3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.

Resiko defisit nutrisi merupakan beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk mendukung kebutuhan metabolisme (Tim Pokja PPNI, 2018). Penulis menegakan diagnosa resiko defisit nutrisi karena pada data pengkajian pola nutrisi dan metabolik pasien mengeluh nafsu makan berkurang dan mengalami mual dan muntah, berdasarkan data pengkajian porsi makan yang dihabiskan pasien hanya 1/2 -1/4 porsi dan mengalami penurunan berat badan. Penulis kurang tepat dalam penulisan faktor resiko diagnosa, seharusnya faktor

resiko yang tepat yaitu ketidakmampuan menelan makanan karena didapatkan data ketika akan makan kemudian mencium bau makanan pasien sudah merasa mual dan akan muntah. Apabila dipaksakan untuk makan terkadang hanya sampai dimulut sudah dimuntahkan karena merasa mual, atau terkadang hanya habis $\frac{1}{4}$ porsi makan, jika keadaan pasien sudah tidak merasa mual. Tanda dan gejala mayor sesuai yang terdapat pada SDKI sehingga diagnosa dapat ditegakkan. Menurut (Rafana et al. 2022) menurunnya nafsu makan dan adanya mual muntah sehingga mengalami penurunan berat badan terjadi karena efek dari kemoterapi, karena pasien sebelumnya pernah melakukan kemoterapi. Berdasarkan data pengkajian pasien telah kemoterapi post operasi kanker payudara yang pertama.

Alasan penulis menegakan diagnosa resiko defisit nutrisi menjadi diagnosa ketiga karena menurut Abraham Maslow dalam Syariah and Muazaroh (2019) resiko defisit nutrisi merupakan kebutuhan fisik (*physiological needs*) karena merupakan kebutuhan manusia yang paling mendasar dan penting. Penulis menjadikan diagnosa ketiga karena data-data masih menunjukkan resiko terjadinya defisit nutrisi. Menurut triage konsep dalam Dian (2018) resiko defisit nutrisi termasuk dalam prioritas 5 *non urgent*. *Non urgent* merupakan kategori kondisi pasien yang stabil dan cukup aman untuk menunggu treatment selanjutnya.

Pada kriteria hasil diagnosa resiko defisit nutrisi dalam Tim Pokja PPNI (2018) yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat, nafsu makan membaik, berat badan meningkat. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nutrisi, yaitu identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan, berikan makanan tinggi kalori dan protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, edukasi pentingnya nutrient (Tim Pokja PPNI 2018). Pada intervensi keperawatan seharusnya penulis tidak perlu mencantumkan intervensi kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan,

karena dalam implementasi penulis tidak melakukan kolaborasi pemberian analgetik.

Pada implementasi diagnosa resiko defisit nutrisi sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) selama 3x8 jam yaitu, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memberikan makanan tinggi kalori dan protein, memberikan edukasi pentingnya nutrisi bagi tubuh. Menurut (Chayatin 2009) edukasi merupakan suatu proses memberikan pengetahuan, memberi pemahaman, dan memberikan pengajaran yang bersifat mendidik.

Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pada diagnosa resiko defisit nutrisi pada Ny. S menurut (Tim Pokja PPNI, 2018) kriteria hasil yang diharapkan yaitu nafsu makan meningkat dan berat badan meningkat. Hasil evaluasi belum sesuai dengan teori yang diharapkan karena porsi makan yang dihabiskan pasien hanya bertambah sedikit dan berat badan pasien belum bertambah sehingga perlu mengulang intervensi monitor asupan makanan, monitor berat badan, dan memberikan edukasi tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Diagnosa yang belum ditegakan penulis yaitu: gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh dibuktikan dengan mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh. Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 a) gangguan citra tubuh merupakan perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Penulis melakukan pengkajian dan didapatkan data pada pola persepsi dan konsep diri pasien mengatakan malu dan kurang percaya diri dengan kondisinya saat ini. Rencana asuhan keperawatan diagnosa gangguan citra tubuh dengan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik, verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu promosi citra tubuh: observasi, identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi perubahan

citra yang mengakibatkan isolasi sosial. Terapeutik, diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, diskusikan stress yang mempengaruhi citra tubuh. Edukasi, jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari studi kasus Ny. S dengan kanker payudara di ruang Baitussalam 2 yang dikelola selama 3 hari dimulai dari tanggal 21 februari - 23 februari 2023 dengan pembahasan kasus meliputi pengumpulan data, penepatan diagnosa dan intervensi, melakukan implementasi yang telah ditetapkan, dan melakukan penilaian akhir berupa evaluasi maka dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Kanker payudara adalah kanker urutan pertama penyebab kematian, penyebab spesifiknya belum diketahui namun terdapat beberapa faktor dari munculnya keganasan kanker payudara diantaranya faktor genetik dan hormonal. Kanker payudara berkembang dari jaringan epitel dan biasanya muncul di sistem duktus. Kanker payudara dimulai dengan perubahan pada sel tunggal dan mungkin sulit diidentifikasi dengan palpasi sejak dini.
2. Fokus asuhan keperawatan pada kanker payudara adalah mengurangi rasa nyeri, memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien, dan mengatasi kecemasan.
3. Asuhan keperawatan pada Ny. S berfokus untuk mengurangi rasa nyeri, skala nyeri pasien mengalami perubahan setelah dilakukan terapi relaksasi tarik napas dalam yaitu penurunan skala nyeri dari 4 menjadi 3. Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien, nutrisi pasien belum cukup terpenuhi karena masih mengalami mual, muntah. Mengatasi kecemasan dengan tarik napas dalam dan dzikir, kecemasan mengalami perubahan yaitu pasien tenang hingga dibawa keruang operasi untuk dilakukan operasi dan

4. tetap melakukan tarik napas dalam dan dzikir untuk mengontrol kecemasan.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Hasil penelitian memberikan kesempatan belajar untuk memperoleh pengetahuan dan kemampuan yang berkaitan dengan pasien kanker payudara dan memberikan wawasan sebagai sumber bagi peneliti yang akan datang dalam menghasilkan penelitian baru pada pasien kanker payudara.

2. Bagi institusi pendidikan

. Diharapkan sebagai sarana untuk melanjutkan pendidikan sehingga dapat melahirkan generasi perawat yang pemikir kritis dan memiliki keterampilan dan pengetahuan keperawatan yang unggul, khususnya yang berkaitan dengan kanker payudara.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan untuk perawat yang merupakan petugas pelayanan kesehatan sudah seharusnya memiliki pengetahuan yang baik, keterampilan yang kompeten dan mampu berkolaborasi dengan baik dengan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara sesuai standar operasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyana, Mey. 2021. “Perbedaan Efektivitas Terapi Zikir Dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Sectio Caesarea.” *Jurnal Ilmiah Karya Kesehatan* 2(1): 1–9.
- Anggorowati, Linda. 2018. “Faktor Risiko Kanker Payudara Wanita.” *KESMAS - Jurnal Kesehatan Masyarakat* 8(2): 121–26.
- Anggraeni, Dhestirati Endang et al. 2022. “Gambaran Diri Pasien Post Mastektomi Di Ruang Kemoterapi Santosa Hospital Bandung Central.” *Jurnal Keperawatan BSI* 10(2): 266–74.
- Anggraini, Yanti. 2020. “Penatalaksanaan Nonfarmakologi Tarik Napas Dalam.” 5(1): 41–47.
- Beatrik Yeni Sampang. 2017. “Latar Belakang : Metode : Hasil : Pembahasan : Tujuan :” *Hubungan Berfikir Kritis Dengan Perilaku Caring Dalam Pendidikan Keperawatan Untuk Menjalankan Asuhan Keperawatan*: 1–7.
- Brunner, Suddarth &. 2001. *BUKU AJAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. 8th ed. ed. Endah Pakaryaningsih; Monica Ester. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Chayatin, Mubarak &. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori Dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Chazar, Chalifa, and Bagus Erawan. 2020. “Machine Learning Diagnosis Kanker Payudara Menggunakan Algoritma Support Vector Machine.” *INFORMASI (Jurnal Informatika dan Sistem Informasi)* 12(1): 67–80.
- Dinkes. 2018. “Profil Kesehatan Jawa Tengah.” <https://dinkes.jatengprov.go.id/wp->

content/uploads/2019/08/Renstra-2018-2023.pdf.

Elmika, Elma. 2020. "DOI: [Http://Dx.Doi.Org/10.33846/Sf11101](http://dx.doi.org/10.33846/Sf11101) Gambaran Umur, Dan Jenis Kelamin Pasien Kanker Payudara Di RS Ibnu Sina Kota Makassar Elma Elmika." *penelitian Kesehatan Suara Forikes* 11(5): 422–24.

Fadli, and Andi Sastria. 2022. "Pengetahuan Perawat Dalam Melakukan Pemeriksaan Fisik Pada Kasus Kardiovaskuler Knowledge of Nurses in Carrying out Physical Examinations in Cardiovascular Cases." *Journal of Nursing* 01(2): 26–30.

Fatihah, Wanda Miftah. 2019. "Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit." *JIP: Jurnal Ilmiah PGMI* 2(3): 28–31.

Fikriana, Riza. 2018. *Sis Tem Kardiovaskuler*. 1st ed. Yogyakarta: Deepublish Publisher.

Hastomo, Mochamad Tri, and Bambang Suryadi. 2019. "Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Pada Saat Pemasangan Infus Di Instalasi Gawat Darurat." *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia* 8(02): 436–42.

Hidayati, Ratna. 2022. "Pelatihan Deteksi Dini Cancer (Ca) Mammae Dan Pemeriksaan SADARI Pada Kader Kesehatan." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Indonesia* 2(5): 523–29.

Jariah, N, and L Kurniasari. 2021. "Hubungan Antara Status Pernikahan Dan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Dengan Kejadian Knaker Payudara." *Borneo Student Research (BSR)* 2(2): 1131–38. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/1797>.

Kemenkes, Republik Indonesia. 2022. "Profil Data Kesehatan Indonesia." 1. <https://www.kemkes.go.id/article/print/22020400002/kanker-payudara-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan.html>.

Kushayati, Nuris. 2018. "Analisis Metode Triage Prehospital Pada Insiden Korban Masal (Mass Casualty Incident)." : 1–9.

Lincoln Jackie, Wilensky. 2008. *KANKER PAYUDARA Diagnosis Dan Solusinya*. 1st ed. ed. Fitri. Jakarta.

Lubis, Khairunnisa. 2019. "Hubungan Pemberian Informasi Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Di Ruang Kenanga I Dan Melati III RSUD Dr . Pirngadi Medan Tahun 2019."

- MA'RUF, SAHRONI. 2022. "Faktor Resiko Karsinoma Mamae Menurut Pudiastuti (2011)." : 4–19.
- Maulidia, Hanum Rahma, Priyadi Nugraha Prabamurti, and Ratih Indraswari. 2022. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Dalam Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara Pada Santriwati Pondok Pesantren Di Kecamatan Mijen Kota Semarang Tahun 2021." *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 21(3): 162–68.
- Moewardi, D I R sud et al. 2019. "HUBUNGAN ANTARA KELENGKAPAN INFORMASI MEDIS DENGAN KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS CARCINOMA MAMMAE." 9(1).
- Population, Incidence, Mortality Population, and Prevalence Sum. 1969. "International Agency for Research on Cancer." *WHO chronicle* 23(7): 323–26.
- PPNI. 2020. "Diagnosa Keperawatan Sebagai Bagian Penting Dalam Asuhan Keperawatan." *OSF Preprints*: 1–9.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017a. *STANDAR DIAGNOSA KEPERAWATAN INDONESIA*. Jakarta selatan.
- . 2017b. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. 2018. *STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA*. Jakarta selatan.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. 2018. *STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA*. Jakarta selatan.
- Prajoko, Yan Wisnu. 2019. "Artikel_Integrating .Pdf."
- Purba, Clara Febiola. 2018. "Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan." *Jurnal Keperawatan Indonesia*: 1–7. <https://osf.io/yfx3t/download/?format=pdf>.
- Rafana, Risa, Fariz Malvi, Zamzam Zein, and Dini Sapardini Warsodoedi. 2022. "Profil Status Nutrisi Pada Pasien Kanker Payudara Stadium Lanjut Pasca Kemoterapi Di RSUD Waled." *Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan* 8(2): 1–5.
- Risnah. 2020. 7 Jariah Publishing Intermedia *Konsep Medis Dan Perawatan Pada Gangguan Sistem Onkologi*. Makasar. https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_govern

ance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://thinkasia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625.

- Rizka, Adi, Muhammad Khalilul Akbar, and Narisha Amelia Putri. 2022. "CARCINOMA MAMMAE SINISTRA T4bN2M1 METASTASIS PLEURA." *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh* 8(1): 23.
- Saragih, Rini Jessica. 2019. "Proses Keperawatan Dalam Menangani Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Dirumah Sakit." <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/jyxaq>.
- Simamora, Roymond H, Jenni Marlindawani Purba, and Evi Karota. 2019. "PENGUATAN PERAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN ASUHAN." 3(1).
- Sinulingga, seri bulan. 2019. "Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam." *Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan* 1(1).
- Sitinjak, Labora, Leo Rulino, and Regina Masliah. 2018. "Manajemen Nyeri Pada Pasien Kanker Payudara Dengan Menggunakan Tehnik Distraksi Terapi Musik Di RSUD Koja." *Jakhkj* 4(2): 34–39.
- Smeltzer, Susan C. 2015. *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (Handbook For Brunner & Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing)*. Edisi 12. ed. Annisa Mardela Eka.
- Sugiarta, Putu Agus, I Gusti Ngurah Juniartha, and Made Oka Ari Kamayani. 2021. "Gambaran Kecemasan Pada Pasien Pra-Operasi Di Rsud Buleleng." *Coping: Community of Publishing in Nursing* 9(3): 305.
- Sulviana, Erlinda Rara, and Lia Kurniasari. 2021. "Hubungan Antara Usia, Pendidikan, Dan Pekerjaan Dengan Kejadian Kanker Payudara Pada Wanita Di Kalimantan Timur." *Borneo Student Research* 2(3): 1937–43. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/download/1988/951>.
- Susanto, Edy et al. 2018. "The Suitability Lenght Of Stay Of BPJS Patient Based On Clinical Pathway Of Ca Mammae Case In RSUP Dr. Kariadi Semarang." *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* 1(1): 6.
- Syamsul, Arifin. 2022. *2 Asuhan Keperawatan Pada Ca Mamame*.
- Syariah, Tinjauan Maqasid, and Siti Muazaroh. 2019. "DALAM PEMIKIRAN ABRAHAM MASLOW." 7.

- Teurupun, Siska, Maria Nindatu, and Laura B S Huwae. 2020. "GAMBARAN PENGGUNAAN TANAMAN OBAT UNTUK GANGGUAN Sistem Neuromuskular Merupakan Dengan Gangguan Otot Yang Membu." 13(April).
- Utami, Dwi. 2021. "Penerapan Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam."
- Verawaty, Kessy, and Sri Hunun Widiastuti. 2020. "Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan M." *Jurnal Keperawatan Cikini* 1(1): 16–21.
- Wijaya, Andra Saferi. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wulandari, Lina Anggun. 2018. "Perancangan Iklan Layanan Masyarakat Sosialisasi Bahaya Kanker Payudara Di Semarang."
- Yuneli, Ermaneti, Trilianto Arif, and Sulastri Sulastri. 2019. "Pengaruh Komunikasi Terapiutik Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi." *Jurnal Keperawatan Profesional* 7: 17.
- Zulqarnain, Nasirun, and Eko Kuntjoro. 2018. "Pneumonitis Radiasi Pada Penderita Karsinoma Payudara Yang Mendapat Terapi Kemoradiasi Di Rsup Dr. Kariadi." *Media Medika Indonesiana* 44(4): 37–43.

