BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tumor mammae merupakan kelainan mammae yang sering terjadi pada wanita. Tumor terbagi memjadi dua, tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak memiliki ciri-ciri tumbuh secara terbatas, memiliki selubung, tidak menyebar dan bila dioperasi dapat dikeluarkan secara utuh sehingga dapat sembuh sempurna, sedangkan tumor ganas memiliki ciri-ciri yaitu dapat menyusup ke jaringan sekitarnya, dan sel kanker dapat ditemukan pada pertumbuhan tumor tersebut. Fibroadenoma merupakan tumor jinakyang sering ditemukan, pada kelainan ini terjadi pertumbuhan jaringan ikat maupun kelenjar, yang banyak ditemukan pada wanita usia muda 10-30 tahun (www.depkes.go.id**)**

Di seluruh dunia 8,2 juta orang meninggal dunia setiap tahun akibat kanker. Diperkirakan pada tahun 2025 jumlah orang meninggal dunia akibat kanker meningkat menjadi 11,5 juta bila tidak dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian yang efektif. Berdasarkan estimasi Globocan, International Agency for Research on Cancer (IARC) tahun 2012, kanker mammaeadalah kanker dengan persentase kasus baru tertinggi (43,3%) dan persentase kematian tertinggi (12,9%) pada perempuan di dunia. Di Indonesia berdasarkan data sensus tahun 2014-2015 jumlah penduduk Indonesia mencapai 254,9 juta jiwa. Selain itu BPS menunjukkan dari total tersebut penduduk laki-laki mencapai 128,1 juta

jiwa dan perempuan sebanyak 126, 8 juta jiwa. Ketua Yayasan Kanker MammaeIndonesia (YLKPI), Linda Gumelar mengatakan kanker mammaemerupakan jenis kanker tertinggi pada klien rawat inap maupun rawat jalan di seluruh RS di Indonesia. Pada tahun 2010 jumlah klien kanker mammae28,7 persen dari total penderita kanker. Secara umum prevalensi penyakit kanker di Indonesia cukup tinggi. Menurut data riset Kesehatan Dasar 2013 prevalensi kanker di Indonesia adalah 1,4% dari 1000 penduduk atau sekitar 347.000 orang. Di Indonesia kasus baru kanker mammaemenjadi kasus kematian tertinggi dengan angka 21,5% pada setiap 100.000 penduduk, sekitar 70% kasus klien kanker mammae baru datang ke fasilitas kesehatan pada stadium lanjut.

Di RSUD Kota Yogyakarta pada tahun 2016 jumlah operasi sebanyak 1901 dan jumlah klien tumor mammaemenempati urutan ketiga dari 10 besar penyakit bedah di RSUD Kota Yogyakarta dengan jumlah kasus sebanyak 83 kasus, sedangkan tahun 2017 tumor mammae menempati urutan teratas 10 besar penyakit di Ruang Bedah Bougenville RSUD Kota Yogyakarta dengan 81 kasus.

Dengan semakin banyaknya kasus tumor mammae maka penting bagi kita sebagai perawat untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Berdasarkan hal-hal yang dikemukakan di atas penulis ingin menyusun karya tulis yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada klien Ny. S Dengan Tumor Mammae Di Ruang Bougenvil RSUD Kota Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah pengkajian pada klien Ny. S dengan tumor mammae ?
2. Bagaimana diagnosa Ny. S dengan tumor mammae ?
3. Bagaimana intervensi pada klien Ny. S dengan tumor mammae ?
4. Bagaimana implementasi pada klien Ny. S dengan tumor mamame ?
5. Bagaimana evaluasi pada klien Ny. S dengan tumor mammae ?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan Tumor Mammae di Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

   a. Menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan pada klien Ny. S dengan Tumor Mammae yang di rawat di Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta.

   b. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien Ny.S dengan diagnosa tumor mammae di Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta.

   c. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny.S dengan diagnosa tumor mammae di Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

   Menggambarkan bahwa kasus tumor mammae semakin bertambah setiap tahunnya di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Maka dibutuhkan perilaku masyarakat untuk melakukan pencegahan dan pemeriksaan tumor mammae.

2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

   Menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam kasus tumor mammae.

3. Bagi Penulis

   Memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien tumor mammae.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Tumor Mammae

1. Defenisi

Tumor mammae adalah adalah karsinoma yang berasal dari parenkim, stroma, areola dan papilla mammae (Lab. UPF Bedah RSDS, 2010).Tumor mammae adalah gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae di mana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembangbiak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (Kusuma, 2015).

2. Etiologi.

Menurut Iskandar (2010) Sampai saat ini, penyebab pasti tumor mammae belum diketahui. Namun, ada beberapa faktor resiko yang telah terid entifikasi, yaitu :

a. Jenis kelamin

Wanita lebih beresiko menderita tumor mammae dibandingkan dengan pria. Prevalensi tumor mammae pada pria hanya 1% dari seluruh tumor mammae.

b. Riwayat keluarga

Wanita yang memiliki keluarga tingkat satu penderita tumor mammae beresiko tiga kali lebih besar untuk menderita tumor mammae.

c. Faktor genetic

Mutasi gen BRCA1pada kromosom 17 dan BRCA2 pada kromosom 13 dapat meningkatkan resiko tumor mammae sampai 85%. Selain itu, gen p53, BARD1, BRCA3, dan noey2 juga diduga meningkatkan resiko terjadinya kanker mammae.

d. Faktor usia

Resiko tumor mammae meningkat seiring dengan pertambahan usia.

e. Faktor hormonal

Kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif, terutama jika tidak diselingi oleh perubahan hormon akibat kehamilan, dapat mening katkan resiko terjadinya tumor mammae.

f. Usia saat kehamilan pertama

Hamil pertama pada usia 30 tahun beresiko dua kali lipat dib andingkan dengan hamil pada usia kurang dari 20 tahun.

g. Terpapar radiasi

h. Intake alkohol

i. Pemakaian kontrasepsi oral

Pemakaian kontrasepsi oral dapat meningkatkan resiko tumor mammae.

Penggunaan pada usia kurang dari 20 tahun beresiko lebih tinggi dibandingkan dengan penggunaan pada usia lebih tua.

3. Patofisiologi

Tumor merupakan kelompok sel yang berubah dengan ciri-ciri: proliferasi sel yang berlebihan dan tidak berguna yang tidak mengikuti pengaruh struktur jaringan sekitarnya.Neoplasma yang maligna terdiri dari sel-sel kanker yang menunjukkan proliferasi yang tidak terkendali yang mengganggu fungsi jaringan normal dengan menginfiltrasi dan memasukinya dengan cara menyebarkan anak sebar ke organ-organ yang jauh. Di dalam sel tersebut terjadi perubahan secara biokimia terutama dalam intinya. Hampir semua tumor ganas tumbuh dari suatu sel di mana telah terjadi transformasi maligna dan berubah menjadi sekelompok sel-sel ganas di antar sel-sel normal.

Proses jangka panjang terjadinya kanker ada 4 fase:

a. Fase induksi: 15-30 tahun

   Sampai saat ini belum dipastikan sebab terjadinya kanker, tapi factor lingkungan mungkin memegang peranan besar dalam terjadinya kanker pada manusia.Kontak dengan karsinogen membutuhkan waktu bertahun-tahun samapi bisa merubah jaringan displasi menjadi tumor ganas. Hal ini tergantung dari sifat, jumlah, dan konsentrasi zat karsinogen tersebut, tempat yang dikenai karsinogen, lamanya terkena, adanya zat-zat karsinogen atau ko-karsinogen lain, kerentanan jaringan dan individu.

b. Fase in situ: 1-5 tahun

Pada fase ini perubahan jaringan muncul menjadi suatu lesi pre-cancerous yang bisa ditemukan di serviks uteri, rongga mulut, paru-paru, saluran cerna, kandung kemih, kulit dan akhirnya ditemukan di mammae.

c. Fase invasi

Sel-sel menjadi ganas, berkembang biak dan menginfiltrasi melalui membrane sel ke jaringan sekitarnya ke pembuluh darah serta limfe.Waktu antara fase ke 3 dan ke 4 berlangsung antara beberapa minggu sampai beberapa tahun.

d. Fase diseminasi: 1-5 tahun

Bila tumor makin membesar maka kemungkinan penyebaran ke tempat-tempat lain bertambah.

4. Tanda dan Gejala

Penemuan tanda-tanda dan gejala sebagai indikasi tumor mammae masih sulit ditemukan secara dini. Kebanyakan dari kanker ditemukan jika sudah teraba, biasanya oleh wanita itu sendiri.

a. Terdapat massa utuh (kenyal)Biasanya pada kuadran atas dan bagian dalam, di bawah lengan, bentuknya tidak beraturan dan terfiksasi (tidak dapat digerakkan)
b. Nyeri pada daerah massa
c. Adanya lekukan ke dalam/dimping, tarikan dan retraksi pada area mammae.Dimpling terjadi karena fiksasi tumor pada kulit atau akibat distorsi ligamentum cooper. Cara pemeriksaan: kulit area mammae

dipegang antara ibu jari dan jari telunjuk tangan pemeriksa lalu didekatkan untuk menimbulkan dimpling.

d. Edema dengan Peaut d'orange skin (kulit di atas tumor berkeriput seperti kulit jeruk)
e. Pengelupasan papilla mammae
f. Adanya kerusakan dan retraksi pada area putting susu serta keluarnya cairan secara spontan kadang disertai darah.
g. Ditemukan lesi atau massa pada pemeriksaan mamografi.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium meliputi:
    1) Morfologi sel darah
    2) Laju endap darah
    3) Tes faal hati
    4) Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma
    5) Pemeriksaan sitologis
b. Pemeriksaan sitologik

    Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluarspontan dari putting mammae, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriasi.
c. Mammagrafi

    Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memperlihatkan struktur internal mammae untuk

mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karean gambaran kanker di antara jaringan kelenjar kurang tampak.

d. Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mendeteksi luka-luka pada daerah padat pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. Kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

e. Thermography

Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal dari mammae atau mengidentifikasi pertumbuhan cepat tumor sebagai titik panas karena peningkatan suplaydarah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

f. Xerodiography

Memberikan dan memasukkan kontras yang lebih tajam antara pembuluh-pembuluh darah dan jaringan yang padat. Menyatakan peningkatan sirkulasi sekitar sisi tumor.

g. Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengancara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna sebagai klasifikasi histologi, pentahapan dan seleksi terapi .

h. CT-Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carsinoma mammae pada organ lain.

i. Pemeriksaan hematologi

Yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah dengan sendimental dan sentrifugis darah.

6. Penatalaksanaan

Ada beberapa penanganan tumor mammae, antara lain:

a. Mastektomi

Mastektomi adalah operasi pengangkatan mammae. Ada 3 jenis mastektomi, yaitu:

1) Modified radical mastectomy, yaitu operasi pengangkatan seluruh mammae, jaringan mammae di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga serta benjolan di sekitar ketiak.
2) Total (simple) mastectomy, yaitu pengangkatan di seluruh mammae saja, tetapi bukan kelenjar ketiak.
3) Radical mastectomy, yaitu operasi pengangkatan sebagian darimammae. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh mammae.

b. Radiasi

c. Kemoterapi

7. Pencegahan

Perlu untuk diketahui, bahwa 9 di antara 10 wanita menemukan adanya benjolan di mammaenya. Untuk pencegahan awal, dapat dilakukan sendiri. Sebaiknya pemeriksaan dilakukan sehabis selesai masa menstruasi. Sebelum menstruasi, mammae agak membengkak sehingga menyulitkan pemeriksaan. Cara pemeriksaan adalah sebagai berikut:

a. Berdirilah di depan cermin dan perhatikan apakah ada kelainan pada mammae. Biasanya kedua mammae tidak sama, putingnya juga tidak terletak pada ketinggian yang sama. Perhatikan apakah terdapat keriput, lekukan, atau puting susu tertarik ke dalam. Bila terdapat kelainan itu atau keluar cairan atau darah dari puting susu, segeralah pergi ke dokter.
b. Letakkan kedua lengan di atas kepala dan perhatikan kembali kedua mammae.
c. Bungkukkan badan hingga mammae tergantung ke bawah, dan periksa lagi.
d. Berbaringlah di tempat tidur dan letakkan tangan kiri di belakang kepala, dan sebuah bantal di bawah bahu kiri. Rabalah mammae kiri dengan telapak jari-jari kanan. Periksalah apakah ada benjolan pada mammae. Kemudian periksa juga apakah ada benjolan atau pembengkakan pada ketiak kiri.

Periksa dan rabalah puting susu dan sekitarnya. Pada umumnya kelenjar susu bila diraba dengan telapak jari-jari tangan akan terasa kenyal

dan mudah digerakkan. Bila ada tumor, maka akan terasa keras dan tidak dapat digerakkan (tidak dapat dipindahkan dari tempatnya). Bila terasa ada sebuah benjolan sebesar 1 cm atau lebih, segeralah pergi ke dokter. Makin dini penanganan, semakin besar kemungkinan untuk sembuh secara sempurna. Lakukan hal yang sama untuk mammae dan ketiak kanan.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan mammae, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak dan nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat tumor mammae sebelumnya atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga yang mengalami ca mammae berpengaruh pada kemungkinan klien mengalami ca mammae atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala : Normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital dibagian posterior.

2) Rambut : Biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.

3) Mata : Biasanya tidak ada gangguan bentuk dan fungsi mata. Mata anemis, tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan.
4) Telinga : Normalnya bentuk dan posisi simetris. Tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada gangguan fungsi pendengaran.
5) Hidung : Bentuk dan fungsi normal, tidak ada infeksi dan nyeri tekan.
6) Mulut : Mukosa bibir kering, tidak ada gangguan perasa.
7) Leher : Biasanya terjadi pembesaran KGB.
8) Dada : Adanya kelainan kulit berupa peau d'orange, dumpling, ulserasi atau tanda-tanda radang.
9) Hepar : Biasanya tidak ada pembesaran hepar.
10) Ekstremitas: Biasanya tidak ada gangguan pada ektremitas.

2. Pengkajian 11 Pola Fungsional Gordon

a. Persepsi dan Manajemen

Biasanya klien tidak langsung memeriksakan benjolan yang terasa pada mammaenya kerumah sakit karena menganggap itu hanya benjolan biasa.

1. Nutrisi – Metabolik

   Kebiasaan diet buruk, biasanya klien akan mengalami anoreksia, muntah dan terjadi penurunan berat badan, klien juga ada riwayat mengkonsumsi makanan mengandung MSG.

2. Eliminasi

   Biasanya terjadi perubahan pola eliminasi, klien akan mengalami melena, nyeri saat defekasi, distensi abdomen dan konstipasi.

3. Aktivitas dan Latihan

   Anoreksia dan muntah dapat membuat pola aktivitas dan lathan klien terganggu karena terjadi kelemahan dan nyeri.

4. Kognitif dan Persepsi

   Biasanya klien akan mengalami pusing pasca bedah sehingga kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motorik.

5. Istirahat dan Tidur

   Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur karena nyeri.

6. Persepsi dan Konsep Diri

Mammae merupakan alat vital bagi wanita. Kelainan atau kehilangan akibat operasi akan membuat klien tidak percaya diri, malu, dan kehilangan haknya sebagai wanita normal.

7. Peran dan Hubungan

   Biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya dalam berinteraksi social.

8. Reproduksi dan Seksual

   Biasanya akan ada gangguan seksualitas klien dan perubahan pada tingkat kepuasan.

9. Koping dan Toleransi Stress

   Biasanya klien akan mengalami stress yang berlebihan, denial dan keputus asaan.

10. Nilai dan Keyakinan

    Diperlukan pendekatan agama supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada.

b. Diagnosa

1. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional.
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis.
4. Risiko infeksi.
5. Risiko perdarahan.

c. Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan ... x ..... jam tingkat kecemasan klien dapat menurun, dengan kriteria hasil : a. Tidak mengatakan terjadi kecemasan. b. Tidak terjadi gangguan tidur. c. Tidak terjadi serangan panik. d. Tangan tidak gemetaran. e. Tidak marah yang berlebihan	1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Jelaskan semua tindakan dan apa yang akan dirasakan selama tindakan 3. Berikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis 4. Dorong secara tepat kepda keluarga untuk mendampingi klien 5. Dukung perilaku klien secara tepat 6. Dengarkan klien dengan penuh perhatian 7. Ciptakan suasana saling percaya dengan klien 8. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, persepsi dan ketakutan 9. Anjurkan klien untuk menggunakan teknik relaksasi 10. Kaji tanda-tanda cemas secara verbal dan nonverbal
Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan …..x…….jam, klien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil: a. Klien mengetahui informasi kesehatan b. Klien berperilaku sesuai dengan kondisinya c. Klien mampu menghindari perilaku yang	1. Nilai tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya 2. Jelaskan secara obyektif pendidikan kesehatan yang diberikan pada klien 3. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan 4. Berikan informasi yang tepat kepada keluarga tentang kemajuan klien 5. Hindari memberikan harapan kosong 6. Hindari taktik menakut-nakuti klien dalam merubah pola perilaku klien

	merugikan kesehatan	7. Diskusikan dengan klien tentang perubahan gaya 8. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi kronis 9. Berikan informasi secara tepat tentang kondisi klien saat ini
Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis.	Setelah dilakuka asuhan keperawatan .... x 24 jam klien dapat menurunkan nyeri dengan kriteria hasil : a. Tidak melaporkan nyeri b. Tidak menunjukan ekspresi nyeri c. Tidak mengerang dan menangis d. Tidak meringis e. Tidak menggosok area nyeri	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan , dan kebisingan) 3. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis (misal : hipnosis, relaksasi, akupresur, pijatan, sensasi dingin/panas, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, terapi musik,) baik sebelum, setelah, bahkan selama terjadi nyeri bila memungkinkan 5. Berikan medikasi untuk mengurangi nyeri 6. Tingkatkan istirahat 7. Dorong klien untuk mengungkapkan pengalaman nyerinya 8. Berikan infoirmasi tentang nyeri, termasuk penyebab nyeri, berapa lama akan terjadi, antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 9. Turunkan faktor –faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri
Risiko infeksi.	Setelah dilakukan .... x 24 jam klien tidak terjadi peningkatan	1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain. 2. Batasi jumlah pengunjung

	infeksi dengan kriteria hasil: a. Tidak ada kemerahan b. Tidak ada discharge yang berbau busuk c. Tidak ada sputum purulen d. Tidak ada demam e. Ada nafsu makan	3. Ajarkan teknik cuci tangan pada klien dan keluarga 4. Cuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan di tempat klien 5. Terapkan universal precaution 6. Pakai sarung tangan steril sesuai indikasi 7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat (tindakan invasif) 8. Pastikan menggunakan teknik perawatan luka secara tepat 9. Dorong klien untuk meningkatkan pemasukan nutrisi 10. Berikan antibiotik bila perlu 11. Ajarkan kepada klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
Risiko perdarahan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan ….. x 24 jam klien tidak terjadi penurunan kehilangan darah dengan kriteria hasil: a. Tidak terjadi perdarahan b. Tidak ada perdarahan post operasi c. Tidak terjadi kepucatan di kulit dan membrane mukosa d. Tidak terjadi penurunan haemoglobin (Hb) dan hematokrit (Hmt)	1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Monitor tanda dan gejala dari perdarahan yang menetap (catat berapa darah yang keluar) 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif 4. Berikan medikasi secara tepat 5. Sarankan untuk tidak mengkonsumsi aspirin atau obat antikoagulan lainnya 6. Monitor tanda-tanda vital 7. Berika tranfusi darah (WB,PRC) 8. Lindungi klien dari trauma, terutama yang bias menyebabkan perdarahan.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

KASUS

Hari/Tanggal	: Senin, 2 Juli 2018
Jam	: 07.30 WIB
Tempat	: Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta
Oleh	: Nur Rohmah Wakhidah
Sumber data	: Klien dan status Rekam Medis
Metode	: Wawancara dan Pemeriksaan Fisik

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Klien

1)	Nama Klien	: Ny. S
2)	Tempat Tgl Lahir	: 13 – 05 – 1967 (51 tahun)
3)	Jenis Kelamin	: Perempuan
4)	Agama	: Islam
5)	Pendidikan	: SGPLB
6)	Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
7)	Status Perkawinan	: Menikah
8)	Suku/ Bangsa	: Jawa

9) Alamat : Dukuh, Karangsari, Pengasih,Kulon Progo.

10) Diagnosa Medis : Tumor Mammae dextra& sinistra

11) No. RM : 731220

12) Tanggal Masuk RS : 01 – 07 - 2018

b. Penanggung Jawab/ Keluarga

1) Nama : Bp. N

2) Umur : 59 tahun

3) Pendidikan : Sarjana (S1)

4) Pekerjaan : Pensiunan PNS

5) Alamat :Dukuh, Karangsari, Pengasih,Kulon Progo

6) Hubungan dengan klien : Suami

7) Status perkawinan : Menikah

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Klien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Klien merasa ada benjolan di mammaedextra& sinistra sejak 2 minggu yang lalu dan merasa tidak nyaman dengan keadaannya saat ini.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS :

Adanya benjolan di mammae kanan dan kiri sejak 2 minggu yang lalu klien mengatakan ingin diambil benjolannya karena merasa takut jika membesar. Kemudian klien periksa ke poli onkologi di RSUD Kota Yogyakarta, dokter menganjurkan klien dirawat inap untuk tindakan operasi .

b) Riwayat Kesehatan Klien :

Kurang lebih 2 minggu yang lalu klien merasa ada benjolan di sebelah kanan dan kiri pada mammaenya. Atas saran dari anaknya klien diminta periksa ke RS.

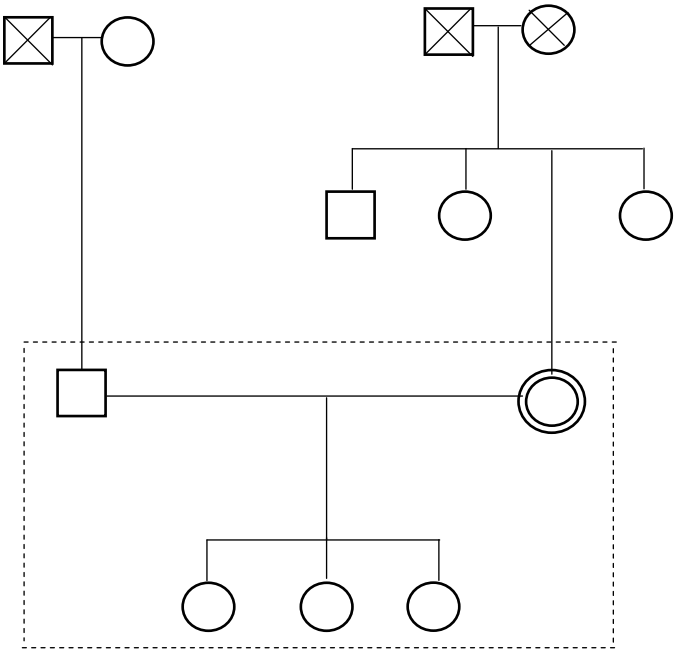
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Selama ini klien belum pernah operasi dan mondok di RS.Klien juga tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti Diabetus Militus, Hipertensi,Jantung Coroner.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit tumor, hipertensi, DM dan jantung coroner. Di keluarganya juga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti hepatitis, TBC, dan HIV.

1) Genogram



Keterangan Gambar :

: Laki-laki

: Perempuan

: Klien

: Meninggal

: Garis pernikahan

: Garis keturunan

: Tinggal satu rumah

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik – Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum Sakit

Klien mengatakan biasanya makan 3 kali sehari pagi, siang dan sore (nasi, sayur dan lauk), klien dan keluarga tidak mengonsumsi makanan yang mengandung MSG.minum 8 – 10 gelas sehari dan keluarga tidak minum minuman yang mengandung bahan pengawet atau pemanis buatan.

b) Selama Sakit

Klien mengatakan makan sore 1 kali dan minum 2 gelas air putih dan teh 1 gelas (sebelum puasa untuk operasi).

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum Sakit

Klien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning. Biasanya BAK 4 – 5 kali sehari dengan warna urin jernih, tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada rasa belum tuntas saat BAK dan tidak ada anyang-anyangan saat BAK.

b) Selama Sakit

Pagi hari sebelum operasi klien sudah BAB dengan konsistensi lembek dan BAK 2 kali pada pagi sebelum operasi tanpa keluhan (warna jernih, lancar dan tidak ada nyeri).

3) Pola Aktivitas

a) Sebelum Sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Klien mengatakan melakukan kegiatan sebagai ibu rumah tangga, tidak ada keluhan saat melakukan aktivitas sehari-hari, tidak ada sesak nafas ataupun lemas.

(2) Keadaan pernafasan

Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing

(3) Keadaan Kardiovaskuler

Klien mengatakan tidak sesak nafas

b) Selama Sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Klien selama sebelum operasi masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, mengganti baju operasi dan berjalan di kamar.

(2) Keadaan pernafasan

Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing

(3) Keadaan kardiovaskuler

Klien mengatakan tidak sesak nafas.

(4) Skala ketergantungan

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional (***Barthel Index***)

Klien Ny. S di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02 - 08 – 2018

No	Fungsi	Skor	Uraian	NilaiSkor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Takterkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang-kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	2		
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Takterkendali/ pakai kateter			
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)			
		2	Mandiri	2		
3.	Membersihkandiri (cuci muka,sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			
		1	Mandiri	1		
4..	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan , memakai celana, membersihkan,	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain			

	menyiram)	2	Mandiri	2
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	2
6.	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	3
7.	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	3
8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju)	
		2	Mandiri	2
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	

		2	Mandiri	2
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	1
Total Skor				20
Tingkat Ketergantungan				Mandiri
Paraf & Nama Perawat				

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

KETERANGAN:

20 : Mandiri

9-11 : Ketergantungan Sedang

12-19 : Ketergantungan ringan

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

Tabel 3.2 Pengkajian Resiko Jatuh

Klien Ny. S di Ruang BougenvilleRumah Sakit Jogja Tanggal 02 - 07 - 2018

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tgl 02/07	Skoring 2 Tgl 03/07	Skoring 3 Tgl 04/07
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0	0	0
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0	0	0	0

		Ya 15			
3.	Alat bantu jalan: Bed rest/diabntu perwat	0	0	0	0
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4.	Menggunakan infus	Tidak 0	0		0
		Ya 25		25	
5.	Cara berjalan/berpindah: Normal/bed rest/imobilisasi	0	0	0	0
	Lemah	15			
	Terganggu	30			
6.	Status mental: Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			0	25	0
Tingkat Resiko Jatuh			Tidak berisiko		
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

Tingkat Risiko:

Tidak berisiko bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik

Risiko rendah bila skor 25-50 → lakukan intervensi jatuh standar(lanjutkan formulir pencegahan) Risiko Tinggi bila skor ≥ 51 lakukan intervensi jatuh resiko tinggi (lanjutkan dengan pencegahan jatuh klien dewasa)

Tabel 3.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Klien Ny. S di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02 - 07 - 2018

Tangal	**PENILAIAN**	**4**	**3**	**2**	**1**
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
	Skor	4	4	4	4
	Total Skor		20		
Paraf & Nama Perawat	.....				
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur

Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu brgerak
Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor	4	4	4	4
Total Skor		20		

Paraf & Nama Perawat

Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinen	Kadang –kadang int/ kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor	4	4	4	4
Total Skor		20		

Paraf & Nama Perawat

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

KETERANGAN:

16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus

12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus

<12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

4) Kebutuhan istirahat – tidur

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidak ada keluhan untuk kebiasaan tidurnya.

Biasanya tidur antara jam 22.00 – 04.00.

b) Selama sakit

Klien mengatakan bisa tidur saat di RS.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Selama ini jika sakit biasanya klien priksa ke dokter. Saat ada benjolan di mammae kana dan kiri klien langsung priksa ke poli onkologi. Setelah memeriksakan diri klien dianjurkan untuk operasi dan klien setuju untuk operasi karena nanti benjolannya akan diambil dan diperiksa.

2) Pola hubungan

Selama mondok di RS hubungan klien dengan petugas kesehatan baik. Hubungan dengan dokter, perawat, ahli gizi dan praktikan baik. Klien selalu ditunggui oleh suaminya dan anaknya. Selama pengobatan ini klien selalu diantar dan didukung oleh keluarga.

3) Koping atau toleransi stress

Sejak tahu ada benjolan di mammae kanan dan kiri klien memeriksakan diri ke poli onkologi. Klien mengatakan lebih memilih untuk memeriksakan diri ke dokter daripada mencari alternatif lain dan mau mengikuti program terapi di RS. Klien mengatakan menerima sakitnya dan berusaha untuk mencari obatnya. Tetapi klien mengatakan takut dengan hasil pemeriksaan laboratorium dari tindakan operasi.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

5) Klien mengatakan mau operasi tetapi tidak tahu prosedur operasinya, apa yang akan dilakukan di kamar operasi.

6) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Klien mengatakan mengerti jika setelah operasi ada bekas luka di mammae kanan dan kiri. Klien mengatakan menerima hasil luka operasi.

b) Harga Diri

Sejak sakit ini klien merasa tetap dihargai dan dihormati oleh suami dan anak-anaknya.

c) Peran Diri

Klien adalah ibu rumah tangga, selama di RS sebagai klien, Ny. S bersikap baik dan kooperatif dengan program terapi.

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan mendapatkan pengobatan yang tuntas dan hasil dari operasi baik.

e) Identitas Diri

Klien mengatakan sebagai seorang istri dari suami dan ibu bagi anak-anaknya sebagai ibu rumah tangga.

7) Seksual dan menstruasi

Klien mengatakan melakukan hubungan seksual 1 minggu sekali, kadang tidak. Klien mengatakan sudah menopause.

8) Nilai

Klien mengatakan beragama Islam dan menjalankan sholat 5 waktu, klien juga mengatakan bahwa penyakitnya karena ujian dari Allah SWT.

c. Aspek Lingkungan Fisik

Lingkungan rumah klien baik. Lingkungan di kamar perawatan klien bersih, tidak ada ceceran makanan, seprei rapi dan bersih, dan tidak ada semut.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Compos Mentis

2) Status Gizi :

TB = 150cm

BB = 45 Kg

IMT= 20 (normal)

3) Tanda Vital :

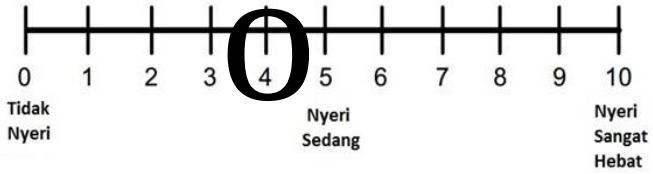
TD = 130/70mmHg

Nadi = 85 x/mnt

Suhu = 36 °C

RR = 16 x/mnt

4) SkalaNyeri:



b. Pemeriksaan Secara Sistematik (*Cephalo – Caudal*)

1) Kulit

Kulit bersih warna sawo matang.

2) Kepala

Bentuk mesocephal, tak ada benjolan, rambut pendek, hitam dan bersih.

3) Leher

Tak ada benjolan, tak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada nyeri telan.

4) Tengkuk

Tidak ada benjolan

5) Dada

a) Inspeksi

Bentuk dada simetris, kedua mammae ada benjolan (massa pada mammaedextra& sinistra).Puting menonjol dan tidak ada cairan yang keluar dari mammae.

b) Auskultasi

Suara nafas Vesikuler

c) Perkusi

Sonor

d) Palpasi

Tidak ada benjolan

6) Mammae

a) Inspeksi

Kedua mammae simetris dan puting menonjol, tidak ada cairan yang keluar dari mammae dextra dan sinistra.

b) Palpasi

Teraba ada benjolan di mammaedextra kurang lebih 5cm dan mammae sinistra kurang lebih 3cm.

7) Punggung

Tidak ada nyeri punggung, tidak ada skoliosis dan lordosis.

8) Abdomen

a) Inspeksi

Warna kulit sawo matang, tidak ada kemerahan dan kekuningan, tidak ada bekas luka.

b) Auskultasi

Bising usus 16x / menit.

c) Perkusi

Terdengar redup, tidak ada hepatomegali

d) Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak nyeri tekan

9) Panggul

Tidak ada nyeri panggul

10) Anus dan Rectum

Klien mengatakan tidak pernah BAB darah dan tidak ada benjolan di anus.

11) Genetalia

a) Pada Wanita

Klien mengatakan genetalianya bersih dan tidak ada sekret yang keluar.

12) Ekstremitas

a) Atas

Mampu menggerakkan tangan secara mandiri, tidak teraba benjolan dan terpasang infus di lengan kanan.

b) Bawah

Mampu menggerakkan tangan secara mandiri dan tidak teraba benjolan.

5. PemeriksaanPenunjang

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium Ny. S di Ruang Bougenville Rumah Sakit JogjaTanggal 02 Juli 2018

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
01 – 07- 2018	**Leukosit**	**9,1**	**4,4-11,3**
	Eritrosit	**4,51**	**4,1-5,1**
	Haemoglobin	**13,6**	**12,3-15,3**
	Trombosit	**113**	**350-470**
	Masa perdarahan	**2’3”**	**<6 menit**
	Masa Penjendalan	**8’30”**	**<12 menit**
	GDS	**113**	**70-140**
	SGOT	**21**	**<31**
	SGPT	**10**	**<32**
	Ureum	**23**	**10-50**
	Creatinin	**0,9**	**<1,1**
	HbsAg	**Negatif**	

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi Klien Ny.S di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 01 Juli 2018

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan / Interpretasi
01-7-2018	**Rontgen thorax**	**Cor & pulmo dbn**

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

6. Terapi

Tabel 3.6 Pemberian Terapi Klien Ny.S di Ruang BougenvilleRumah Sakit JogjaTanggal 02/07/2018

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
01-07	Injeksi Cefim	1 gram	IV jam 07.00
02-07	Injeksi Cefim 1gr/12 jam	1 gram	IV
	Injeksi Ketorolac 1A/12 jam	30 mg	IV
	Injeksi Asam Tranexamat	500 mg	IV

(Sumber Data Sekunder : RM Klien)

B. ANALISA DATA PRA OPERASI

Klien Ny.S di Ruang BougenvilleRumah Sakit Jogja Tanggal 02-07-2018 jam 09.00 WIB

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS: Klien mengatakan tidak tahu tentang prosedur tindakan operasi. DO: Klien terlihat gugup, gelisah dan wajah tegang	Kurang terpapar informasi	Kurang pengetahuan tentang prosedur informasi
2.	DS: Klien mengatakan takut dengan hasil pemeriksaan operasi. Klien bertanya tentang penyakitnya. DO: Gugup, gelisah dan wajah tegang	Hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang dipelajari)	Ketakutan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pre operasi

1. Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi.
2. Ketakutan berhubungan dengan hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang dipelajari).

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	INTERVENSI
Senin, 02/07	Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit klien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil: 1. klien mengetahui informasi tentang tindakan operasi. 2. klien berperilaku sesuai dengan kondisinya.	1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang tindakan operasi. 2. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara teat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan.

Senin, 02/07	Ketakutan berhubungan dengan hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang dipelajari)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit klien akan terjadi pengurangan rasa takut, dengan kriteria hasil: 1. Tidak terjadi kekhawatiran terhadap prosedur tindakan. 2. Wajah tidak tegang, tidak gelisah, dan tidak gugup. 3. Tidak muncul verbalisasi rasa takut. 4. Tidak menangis.	1. Gunakan pendekatanyang tenang. 2. Dukung sikap klien terkait dengan harapan yang realistis. 3. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan rasa takutnya. 4. Dukung klien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan diri. 5. Dukung keterlibatan keluarga untuk mendukung klien.

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

NamaKlien/ NO CM: Ny. S/731xxx.

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLENTASI	EVALUASI
Senin, 02/07 jam 08.30	Kurang pengetahuan tentang prosedur operasi berhubungan dengan kurang paparan informasin	1. Mengkaji tingkat pengetahuan pada klien tentang tindakan apa yang akan dilakukan. 2. Menjelaskan secara objektif tindakan yang akan dilakukan kepada klien dan keluarga. 3. Menjelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti perdarahan, rasa nyeri dan risiko infeksi. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah faham tentang prosedur tindakan operasi. O: Tingkat pendidikan DIII, klien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan A: masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W

Senin, 02/07 jam 08.30	Ketakutan berhubungan dengan hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang dipelajari)	1. Mendukung sikap klien terkait dengan harapan yang realistis terhadap tindakan, dengan: • Menjelaskan pada klien tentang penyakit yang diderita. • Menjelaskan pada klien hal-hal atau kemungkinan yang terjadi dari hasil pemeriksaan. 2. Mendorong dan mendukung klien untuk mengungkapkan perasaan dan rasa takutnya. 3. Memberikan dukungan pada klien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan diri, dengan: • Menganjurkan pada klien untuk berdoa. • Memberikan nasehat atau menyarankan pada klien untuk berpikir positif tentang positif tentang penyakitnya. 4. Memberikan dukungan pada keluarga untuk terlibat demi mendukung kesembuhan klien. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan merasa lebih tenang. O: Wajah rileks, tidak tegang, klien mampu berdoa. Keluarga selalu mendampingi sebelum dilakukan tindakan operasi. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien/No.C.M : Ny. S/ 731xxx
Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi.

Hari/TGL/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin, 02/07 2018 jam 08.30	1. Mengkaji tingkat pengetahuan pada klien tentang tindakan apa yang akan dilakukan. 2. Menjelaskan secara objektif tindakan yang akan dilakukan kepada klien dan keluarga. 3. Menjelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti perdarahan, rasa nyeri dan risiko infeksi. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah faham tentang prosedur tindakan operasi. O: Tingkat pendidikan DIII, klien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan A: masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W
Senin, 02/07 2018 jam 08.30	1. Mendukung sikap klien terkait dengan harapan yang realistis terhadap tindakan, dengan: • Menjelaskan pada klien tentang penyakit yang diderita. • Menjelaskan pada klien hal-hal atau kemungkinan yang terjadi dari hasil pemeriksaan. 2. Mendorong dan mendukung klien untuk mengungkapkan perasaan dan rasa takutnya. 3. Memberikan dukungan pada klien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan diri, dengan: • Menganjurkan pada klien untuk berdoa. • Memberikan nasehat atau menyarankan pada klien untuk berpikir positif tentang positif tentang penyakitnya. 4. Memberikan dukungan pada keluarga untuk terlibat demi mendukung kesembuhan klien. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan merasa lebih tenang. O: Wajah rileks, tidak tegang, klien mampu berdoa. Keluarga selalu mendampingi sebelum dilakukan tindakan operasi. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W

Data fokus klien post operasi hari ke-0 eksisi luas tumor mamae dekstra dan sinistra

Klien kembali dari ruang OK tanggal 02-07-2018 jam 11.30, dengan kondisi:

DS: Klien mengatakan masih terasa lemas dan tempat operasi terasa nyeri. Klien mengatakan belum tahu caranya merawat luka yang ada di mammae kanan dan kirinya.

DO:

1. Klien Ny.S usia 51 tahun dilakukan tindakan operasi eksisi luas pada mamae dekstra kurang lebih 5cm dan sinistra kurang lebih 3cm, dengan lama operasi 30 menit. Dilakukan general anestesi di OK dengan premedikasi Fentanyl 100mg dan SA 1 ampul, dilakukan pemasangan LMA, propofol 100mg, dan Ondansentron injeksi 1 ampul. Terpasang infus asering di tangan kiri 20 tpm, kassa perban di mamae kanan dan kiri terlihat bersih dan kering, tidak ada rembesan darah.
2. KU: cukup, terlihat lemah, kesadaran: compos mentis. Tanda vital: tensi: 110/70mmhg, N: 80/menit, RR: 20x/menit, S: 37^{o}C.
3. Pengkajian nyeri:
   a. P: nyeri pada tempat operasi
   b. Q: terasa teriris-iris
   c. R: pada mamae kanan dan kiri
   d. S: VAS: 4
   e. T: sepanjang waktu, paling sakit saat bergerak

a. Analisa Data Post Operasi

Klien: Ny. S, tangal 02/07/2018 jam 11.30 WIB.

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: Klien mengatakan nyeri tempat operasi DO: P: nyeri pada tempat operasi, Q: terasa teriris-iris, R: pada mamae kanan dan kiri, S: VAS: 4, T: sepanjang waktu, paling sakit saat bergerak.	Agen injuri fisiologis (tindakan operasi)	Nyeri akut
2.	DS: - DO: Usia klien 51 th, eksisi luas mamae dekstra dn sinistra, terpasang infus di tangan kiri		Risiko infeksi
3.	DS: Klien mengatakan belum tahu caranya merawat luka yang ada di mammae kanan dan kirinya. DO: Klien tidak mampu menjawab pertanyaan klien tentang perawatan luka pasca operasi.	Kurangnya paparan informasi	Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi

b. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).
2. Risiko infeksi.
3. Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.

c. Perencanaan Keperawatan

Nama klien/ NO. CM: Ny. S/731xxx.

Hari/tgl /jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Intervensi
Senin,	Nyeri akut berhubungan	Setelah dilakukan	1. Lakukan pengkajian nyeri

02/07 jam 13.30	dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri klien menurun, dengan KH: • Klien tidak melaporkan nyeri (VAS: 0-3) • Klien tidak mengerang atau meringis	secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Kolaborasi pemberian terapi anti nyeri. 5. Monitor tanda-tanda vital klien. 6. Tingkatkan istirahat.
Senin, 02/07 jam 13.30	Risiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, klien tidak mengalami infeksi, dengan KH: • Tidak ada kemerahan. • Tidak demam. • Tidak ada rembesan luka operasi.	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Ajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Terapkan universal precaution. 4. Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Berikan antibiotik bila perlu. 7. Batasi pengunjung.
Senin, 02/07 jam 13.30	Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x20 menit klien akan mengetahui cara merawat luka setelah operasi, dengan KH: • klien mengetahui informasi tentang tindakan operasi. • klien berperilaku sesuai dengan kondisinya	1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang cara merawat luka setelah operasi. 2. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti rembesan luka, kassa tidak sengaja basah, plester mengelupas. 5. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan.

d. Pelaksaan Keperawatan

Nama Klien/ NO. CM: Ny.S/ 731xxx,

Hari/tgl/	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi

jam			
Senin, 02/07 jam 21.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital klien. 6. Menganjurkan klien untuk istirahat. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mame kana-n dan kiri, S: VAS: 5, T: sepanjang waktu. Klien terlihat meringis menahan sakit. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat klien
			Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 14.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital klien.	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 4, T: saat bergerak. Klien terlihat meringis

		6. Menganjurkan klien untuk istirahat. Nur Rohmah W	menahan sakit. Tensi: 110/70, N: 80, RR: 18, S: 36,1oC. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 21.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital klien. 6. Menganjurkan klien untuk istirahat.\ Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 3, T: saat bergerak. Klien sudah bisa tersenyum. Tensi: 110/70, N: 76, RR: 16, S: 36oC. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan

			relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 07.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital klien. 6. Menganjurkan klien untuk istirahat. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam dan sudah bisa mobilisasi. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 3, T: saat mengangkat tangan. Klien sudah bisa tersenyum. Klien mampu melakuka.n relaksasi Tensi: 110/70, N: 80, RR: 18, S: 36,4oC. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien

			• Berikan injeksi anti nyeri Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 14.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital klien. 6. Menganjurkan klien untuk istirahat. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur semalam dan sudah bisa mobilisasi. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mammae kanan dan kiri, S: VAS: 2, T: saat mengangkat tangan. Klien sudah bisa tersenyum. Klien mampu melakukan relaksasi Tensi: 110/70, N: 76, RR: 16, S: 36oC. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W

NamaKlien/ No. CM: Ny.S/731xxx.

Hari/tgl/ jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. \ Nur Rohmah W	S: - O: Ku: lemah, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien masih belum mau makan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. • Berikan antibiotik bila perlu. • Batasi pengunjung. Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 07.30	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga.	S: Klien sudah mulai makan sedikit-sedikit O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi

		3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. Nur Rohmah W	bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan seperempat makanan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. Nur Rohmah W

Selasa, 03/07 jam 14.00	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan seperempat makanan. Tidak ada tanda plebitis di area insersi infus. Klien masih salah melakukan 6 langkah cuci tangan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Batasi pengunjung • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi.
Selasa, 03/07 jam 21.00	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan ¾ makanan.

		5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. Nur Rohmah W	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Berikan antibiotic • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 07.30	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Batasi pengunjung • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi.

			Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 14.00	Risiko infeksi	1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong klien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memerikan antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka operasi mamae kanan dan kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan darah atau pus. Klien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi
			Nur Rohmah W

Nama Klien/No CM: Ny.S 731xxx

Hari/tgl/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 02/07 jam 14.00	Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.	1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang cara merawat luka setelah operasi. 2. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti rembesan luka, kassa tidak sengaja basah, plester mengelupas. 5. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan mulai mengetahui bagaimana cara merawat luka operasinya O: Klien lulusan DIII (terpelajar), sudah mulai bisa mengerti merawat lukanya. Saat ditanya kembali masih ada pertanyaan yang salah jawab. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi • Jelaskan kembali pendidikan kesehatan secara objektif • Libatkan keluarga dalam pendidikan kesehatan Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jm14.	Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan	1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang cara merawat luka setelah operasi.	S: Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui

00	kurangnya paparan informasi.	2. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien. 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti rembesan luka, kassa tidak sengaja basah, plester mengelupas. 5. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan.	bagaimana cara merawat luka operasinya O: Klien lulusan DIII (terpelajar), sudah mengerti cara merawat lukanya. Saat ditanya kembali pertanyaan sudah bisa menjawab dengan benar. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

Nur Rohmah W

Nur Rohmah W

Catatan Perkembangan

Nama Klien/No CM: Ny.S/731xxx.

Diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).

Hari/tgl/ jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 16.00 16.15 16.40	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Memonitor tanda-tanda vital klien. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV	S: Klien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mame kana-n dan kiri, S: VAS: 5, T: sepanjang waktu. Klien terlihat meringis menahan sakit. Tensi: 110/70, N: 82, RR: 20, S: 36^{o}C. Klien mampu melakukan nafas dalam.

17.30 20.00		A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien Nur RohmahW
		Nur Rohmah W
Senin, 02/07 jam 21.30 22.00 06.3007.15	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan klien untuk istirahat. Memonitor tanda-tanda vital klien. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri, semalam msh sering terbangun karena sakit. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 4, T: sepanjang waktu. Klien terlihat meringis menahan sakit. Tensi: 120/70, N: 78, RR: 20, S: 36,2^{o}C. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri Nur Rohmah W
Selasa, 03/07	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas,	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang

jam 07.30 08.00 10.00 10.15 12.00 13.00	intensitas nyeri, onset nyeri. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Memonitor tanda-tanda vital klien. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan klien untuk istirahat. Menganjurkan klien untuk melakukan relaksasi. Nur Rohmah W	O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 4, T: saat bergerak. Klien terlihat meringis menahan sakit. Tensi: 110/70, N: 80, RR: 18, S: 36,1^{o}C. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri Nur Rohmah W
Selasa, 03,07 jam 15.00 16.00 16.15 16.30 20.00 20.30	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Memonitor tanda-tanda vital klien. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan klien untuk melakukan relaksasi Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Menganjurkan klien untuk istirahat. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 3, T: saat bergerak. Klien sudah bisa tersenyum. Tensi: 110/70, N: 76, RR: 16, S: 36^{o}C. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri

		Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 21.30 21.45 07.00 07.30	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan klien untuk istirahat. Memonitor tanda-tanda vital klien. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam dan sudah bisa mobilisasi. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 3, T: saat mengangkat tangan. Klien sudah bisa tersenyum. Klien mampu melakuka.n relaksasi Tensi: 110/70, N: 80, RR: 18, S: 36,4^{o}C. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat klien • Berikan injeksi anti nyeri
		Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 07.30 08.00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Menganjurkan klien untuk melakukan relaksasi Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Memonitor tanda-tanda vital klien.	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur semalam dan sudah bisa mobilisasi. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa teriris-iris, R: mamae kanan dan kiri, S: VAS: 2, T: saat mengangkat tangan. Klien sudah bisa tersenyum. Klien

10.00		mampu melakukan relaksasi Tensi: 110/70, N: 76, RR: 16, S: 36^{o}C. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi
	Nur Rohmah W	Nur Rohmah W

Nama Klien/No CM: Ny.S/731xxx
Diagnosa keperawatan: Risiko infeksi

Hari/tgl/ jam	**Pelaksanaan**	**Evaluasi**
Senin,02 /07 jam 16.00 16.05 16.30 17.30 19.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Mengajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat klien bergantian dua-dua orang. Mendorong klien untuk makan Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Nur Rohmah W	S: - O: Ku: lemah, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien masih belum mau makan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. • Berikan antibiotik bila perlu. • Batasi pengunjung.

		Nur Rohmah W
Senin, 02/07 jam 21.15 07.00 07.15	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Mengevaluasi apakah klien sudah mau makan Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Mendorong klien untuk makan	S: Klien sudah mulai makan sedikit-sedikit O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan seperempat makanan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada klien dan keluarga. • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi.
		Nur Rohmah W
		Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 07.30 08.00 11.15 11.30 12.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Melakukan dressing infus Mengganti cairan infus klien Futrolit 20 tpm Mengevaluasi kemampuan mencuci tangan klien Mendorong klien untuk menghabiskan makanan	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan seperempat makanan. Tidak ada tanda plebitis di area insersi infus. Klien masih salah melakukan 6 langkah cuci tangan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:

	Nur Rohmah W	• Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Batasi pengunjung • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. Nur Rohmah W
Selasa,03/07 jam 16.00 16.15 17.30 19.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat klien bergantian dua-dua orang. Mendorong klien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan. Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Nur Rohmah W	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan ¾ makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Berikan antibiotic • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. Nur Rohmah W
Selasa, 03/07 jam 21.30	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Mengganti linen klien	S: Klien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak

07.00 07.15	Mendorong klien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan. Menganjurkan klien untuk minum susu. Nur Rohmah W	ada rembesan darah. Klien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat klien. • Batasi pengunjung • Dorong klien untuk meningkatkan nutrisi. Nur Rohmah W
Rabu, 04/07 jam 07.30 07.35 10.0010.30 12.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat klien Mengevaluasi kemampuan cuci tangan klien. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril Melepas infus klien Mengevaluasi makanan yang sudah dimakan klien	S: Klien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka operasi mamae kanan dan kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan darah atau pus. Klien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

Nur Rohmah W Nur Rohmah W

Nama Klien/No CM: Ny.S 731xxx.
Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.

Hari/tgl/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Selasa, 03/07 jam 09.00 09.05 09.15 09.20	Kaji tingkat pengetahuan klien tentang cara merawat luka setelah operasi. Jelaskan secara objektif pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi, seperti rembesan luka, kassa tidak sengaja basah, plester mengelupas. Dorong keluarga untuk membantu klien dalam merubah perilaku kesehatan.	S: Klien mengatakan mulai mengetahui bagaimana cara merawat luka operasinya O: Klien lulusan DIII (terpelajar), sudah mulai bisa mengerti merawat lukanya. Saat ditanya kembali masih ada pertanyaan yang salah jawab. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: • Jelaskan kembali pendidikan kesehatan secara objektif • Libatkan keluarga dalam pendidikan kesehatan Nur Rohmah W

Nur Rohmah W

Rabu, 04/07 jam 09.30 09.35	Kaji kembali tingkat pengetahuan klien tentang cara merawat luka setelah operasi. Evaluasi pemahaman klien dan keluarga dalam pendidikan kesehatan Berikan kembali pendidikan kesehatan jika klien dan keluarga belum paham Nur Rohmah W	S: Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bagaimana cara merawat luka operasinya O: Klien lulusan DIII (terpelajar), sudah mengerti cara merawat lukanya. Saat ditanya kembali pertanyaan sudah bisa menjawab dengan benar. A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi Nur Rohmah W

PEMBAHASAN

Dari hasil study kasus yang telah dilakukan pada klien Ny. S dengan tumor mammae di Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta, mulai tanggal 02 Juli 2018 sampai dengan 04 Juli 2018 di dapatkan pengalaman nyata melakukan asuhan keperawatan dan terdapat kesesuaian dengan SPO dari tinjauan teori.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, oleh karena itu di perlukan ketepatan dan ketelitian dalam mengenali masalah-masalah yang muncul pada klien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan dengan tepat (Muttaqin. 2008).

Dari hasil pengkajian ditemukan data pra operasi adanya benjolan pada mammae dextra dan sinistra tidak nyeri, tidak ada cairan yang keluar dari puting dan puting susu menonjol. Sedangkan data pasca operasi, terdapat balutan pasca operasi pada mammae dextra dan sinistra, balutan kering, klien merasa nyeri pada luka pasca operasi dengan skala nyeri VAS 4. P = Nyeri luka pasca operasi, Q = terasa teriris-iris, R = mammae dextra dan sinistra, S = VAS = 4, T = terasa terus-menerus setelah operasi.

Menurut teori Iskandar (2010) terdapat tanda nyeri tekan pada masa retraksi pada area mammae, adanya keluhan kedalam mammae. Tetapi, saat pengkajian kasus pada klien Ny. S tidak ditemukan. Hal ini besar kemungkinan karena masih stadium awal, sehingga tidak semua gejala yang ada pada teori ditemukan pada kasus Ny. S.

B. Diagnosa

Dalam kasus ini diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S ada 5, tetapi menurut tinjauan teori ada 6 diagnosa. Diagnosa yang tidak muncul adalah risiko perdarahan. Hal ini di karenakan masa tumor yang masih relatif kecil.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada saat pra operasi:

1. kurang pengetahuan mengenai prosedur tindakan.

   Hampir semua klien kurang paham tentang prosedur tindakan operasi. Pada kasus Ny. S telah dijelaskan tentang prosedur tindakan operasi menurut SPO yang berlaku di RSUD Kota Yogyakarta dan sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit.

2. Takut berhubungan dengan hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang di pelajari) (Nanda Nic-Noc 2015)

   Ketakutan pada hasil laboratorium dari tindakan operasi, wajar di alami hampir semua klien. Pada kasus Ny. S diagnosa ini penulis angkat karena data yang menunjang klien mengatakan takut dengan hasil laboratorium tindakan operasi, gelisah, dan selalu menanyakan tentang penyakitnya. Diagnosa ini sesuai dengan teori Nanda Nic-Noc 2015.

Setelah dilakuka tindakan operasi pada Ny. S diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri akut, risiko terjandinya infeksi dan kurang pengetahuan tentang cara perawatan luka pasca operasi (Nanda, Nic-Noc. 2015)

1. Nyeri akut, merupakan pengalaman sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan secara subyektif maupun individual menyakitkan tubuh

kapanpun individu mengatakan adalah nyata. Reseptor nyeri terletak pada semua syaraf, kulit tulang, persendian dinding arteri, membran yang mengelilingi otak, dan usus (Solehati dan Kosasih, 2015).

Pada kasus Ny. S, nyeri akut terjadi akibat tindakan operasi yang berupa sayatan di kulit sampai jaringan di bawah kulit yang ada masa (tumor) sehingga menimbulkan nyeri.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan agen injuri biologis (Nanda, Nic-Noc 2015)

   Risiko infeksi bisa terjadi pada klien Ny. S dikarenakan ada luka bekas sayatan operasi sehingga tanpa perawatan yang baik dan benar sesuai standar yang berlaku akan berdampak pada klien.

   Program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi). Rumah sakit bertujuan memutus mata rantai infeksi penularan dengan program 6 langkah cuci tangan dan 5 moment yaitu ssebelum ke tempat klien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh klien, setelah terkena cairan tubuh klien, setelah kontak dengan lingkungan klien. Jika perawat mampu menerapkan program dari PPI tersebut maka risiko infeksi klien akan jauh berkurang (Istiqomah, brosur PPI Jogja. 2016).
3. Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (Nanda Nic-Noc, 2015). Diagnosa tersebut penulis angkat karena sesuai dengan teori kasus klien Ny. S tidak tahu cara merawat luka pasca operasi karena klien tidak tahu informasi.

Peranan perawat sangat penting dalam memberikan informasi tentang cara perawatan luka.

C. Perencanaan

Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Penyelesaian masalah disesuaikan dengan prioritas masalah . rencana tindakan yang disusun mencakup 4 aspek; nursing treatment, observasi, education, kolaborasi.Adapun pembahasan perencanaan keperawatan untuk pra dan pasca operasi adalah sebagai berikut.

Perencanaan intervensi diagnosa keperawatan pra operasi menggunakan kriteria waktu 1 x 20 menit, mencakup penjelasan tentang prosedur tindakan operasi dan penjelasan tentang hasil laboratorium dari tindakan, diharapkan setelah 20 menit diberikan penjelasan, klien mengetahui dan memahami informasi tentang prosedur tindakan dan kemungkinan hasil laboratorium tindakan sehingga tidak terjadi kekhawatiran dan ketakutan

Perencanaan intervensi pasca operasi diselesaikan dengan menggunakan prioritas masalah, sebagai berikut:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis, menjadi prioritas pertama karena perlu dilakukan tindakan keperawatan segera pada klien. Pada diagnosa keperawatan ini penulis menggunakan kriteria waktu 3 x 24 jam, dengan maksud nyeri dapat terkontrol dan teratasi dengan pemberian terapi non farmakoligi maupun dengan obat. Data yang mendukung pada diagnosa nyeri pasca operasi yaitu dari klien mengeluh nyeri seperti teriris-iris pada mammae dextra dan sinistra. Nyeri ini

sifatnya lokal sehingga intervensi keperawatan keparahan nyeri disesuaikan dengan teori yang ada pada Nanda Nic-Noc.

2) Resiko inifeksi. Faktor resiko terjadinya infeksi pada klien pasca operasi adalah kondisi klien, prosedur operasi, jenis operasi dan perawatan pasca operasi. Hal ini memungkinkan sekai terjadinya infeksi.
3) Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi. Pada saat klien pasca operasi, perawat perlu meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan luka operasi karena ada kassa perban akan menempel pada klien untuk beberapa waktu. Diagnosa ini klien ankgat dengan data-data yang mendukung yaitu klien tidak tahu cara merawat luka pasca operasi.
4) Risiko perdarahan. Perdarahan biasa terjadi pada saat pembedahan dan pendrahan ini tergantung dari jenis operasi dan tindakan yang dilakukan. Diagnosa risko pendarahan tidak dimunculkan karena jenis operasi eksisi (relatif kecil), tidak ada rembesan darah pada kassa.

D. Implementasi

Tahap ini merupakan pelaksanaan dini rencana tindakan yang telah ditetapkan dengan maksud kebutuhan klien dapat terpenuhi dengan optimal. Dalam tahap implementasi keperawatan ini penulis mengacu pada rencana tindakan yang telah disusun sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien sehingga implementasi juga sesuai dengan kebutuhan klien pada kasus Ny. S tidak semua rencana tindakan bisa dilaksanakan karena perawat tidak bisa setiap saat berada di tempat klien. Dalam melaksanakan tindakan

keperawatan penulis selalu melibatkan peran keluarga dan tim kesehatan lain.

Faktor yang mendukung terlaksananya tindakan keperawatan adalah adanya kerjasama yang baik antara perawat bangsal dan tenaga kesehatan lain serta paien, keluarga klien dan sarana prasaraa yang ada di rumah sakit.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap pengukuran keberhasilan rencana keperawatan dalam melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien. Ada 2 macam evaluasi yaitu evaluasi proses yang dibuat untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan, sedangkan evaluasi hasil merupakan keadaan klien sebagai respon terhadap tindakan yang telah dilakukan dalam kasus ini. Adapun evaluasi untuk masing-masing diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

1) Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi. Kriteria dan tujuan diagnosa ini tercapai semua karena pada evaluasi hasil didapatkan data bahwa klien memahami prosedur tindakan operasi yang akan dilakukan.
2) Ketakutan berhubungan dengan hasil laboratorium dari tindakan operasi (respon yang dipelajari). Kriteria dan tujuan diagnosa ini tercapai semua pada evaluasi hasil didapatkan data bahwa klien tampak lebih tenang, tak gelisah dan mengatakan siap menerima hasil pemeriksaan operasi.
3) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisiologis (tindakan operasi). Kriteria tujuan diagnosa ii tercapai semua.

4) Resiko infeksi. Kriteria dan tujuan diagnosa ini tercapai semua karena pada evaluasi hasil didapatkan data: tidak terjadi tanda-tanda infeksi pada klien dan pada luka operasi tidak terjadi tanda-tanda infeksi. Luka operasi bersih, tidak ada kemerahan di sekitar luka operasi tidak ada rembesan.
5) Kurang pengetahuan tentang cara merawat luka pasca operasi berhubungan dengan kurangnya paparan informasi. Kriteria dan tujuan diagnosa ini tercapai semua.

F. Dokumentasi

Dokumentasi yang penulis gunakan adalah berorientasi pada masalah keperawatan secara ilmiah dan sistematis sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan. Dalam pelaksanaan pendekatan poses keperawatan pada studi kasus ini, penulis telah mendokumentasikan secara lengkap mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan evaluasi.

KETERBATASAN KASUS

Keterbatasan peneliti untuk mendapatkan sumber-sumber buku referensi terbaru dan keterbatasan kemampuan penulis dalam mengakses internet.

Asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Bedah yang baru pertama kali bagi penulis melakukan asuhan keperawatan di sana. Dengan waktu yang singkat penulis harus bisa menjalin hubungan saling percaya dengan klien.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

a. Telah dilakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.S dengan tumor mammae dekstra dan sinistra selama 3 hari, yang meliputi pengkajian, analisa data, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat rencana asuhan, melaksanaan implementasi dan melakukan evaluasi.

b. Penulis mendapat pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan tumor mammae di runag Bougenville RSUD Kota Yogyakarta.

   Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tidak selalu muncul pada kasus.Sedangkan diagnosa yang ada pada kasus tidak ada pada teori

c. Proses pelaksanaan asuhan keperawatan melibatkan peran antar perawat, keluarga klien dan tim kesehatan yang lain.

d. Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan format.

2. Saran.

a. Untuk Rumah Sakit

   Menyediakan sarana dan prasarana yang lebih lengkap kerjasama dengan tim, pasien dan keluarga lebih ditingkatkan.

b. Untuk Perawat

   Agar mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK) dan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPO.

c. Untuk ilmu keperawatan

Sebagai sumber referensi bagaimana melaksanakan asuhan keperawatan pada klien tumor mammae.

DAFTAR PUSTAKA

Andarmoyo Sulistyo. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri.* Yogyakarta: Ar-Ruzz Media

Balitbang kemenkes RI. 2014. *Riset Kesehatan Dasar.* Jakarta: Balitbang Kemenkes RI

Eva Agustina, Fariani Syahrul. 2017. *Pengaruh Prosedur Operasi Terhadap Infeksi pada Klien Operasi Bersih Terkontaminasi.* Fakultas kesehatan masyarakat

Fitria Nita. 2011. *Terapi Psikospiritual.* Http: //arsipnitafitria.wordpress. diakses 17 Juli 2018

Grece Frida Rasubala, Lucky Tommy Kumaat, Mulyadi. 2017. *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pada Klien Post Operasi di RSUP Prof. Dr. D. Kandau dan RS TK III R. W. Mongisidi Teling Manado.* Jurnal Keperawatan Volume 5 no. 1 Februari 2017

Kementrian Kesehatan RI. 2014. *Pusat Data dan Informasi.* Jakarta Selatan

Kusuma Amin. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan NANDA NIC NOC. Penerbit Mediaction

Mawei, Nikita Mayumi. 2012. *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Klien Post Operasi Apendiktomi.* Skripsi Manado: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sam Ratulangi

Moh. Alimansur, Agung Setiawan. 2013. *Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre dan Post Operasi di Ruang Seruni RSUD Pare.* Jurnal ilmu kesehatan, Vol. 1 no. 2. Mei 2013

Solehati Tetti & Kokasih Cecep Eli. 2015. *Konsep dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung: PT Refika Aditama