

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kanker Payudara (Ca Mammae) Dengan penerapan terapi benson , maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai 13 Januari 2025 sampai dengan 20 Januari 2025. Data diperoleh dari wawancara dengan pasien serta keluarga pasien dan rekam medis sebagai berikut:

A. Pengkajian

Tanggal masuk RS : Senin,13 Januari 2025

Tanggal pengkajian : Selasa,14 Januari 2025

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Ny. H
Umur	: 47 tahun
Status perkawinan	: Menikah
Jenis kelamin	: Perempuan
Jumlah anak	: 5 orang
Agama/ suku	: Islam/ Aceh
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Aceh
Pendidikan	: SMA (Sekolah Menengah Atas)
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Pidie Jaya

b. Penanggung Jawab Nama : Tn.A
 Umur : 54 tahun
 Alamat : Pidie Jaya
 Hubungan dengan pasien : Suami

2. Data Medik Diagnosa medik

Saat masuk : *Ca mammae sinistra*
 Saat pengkajian : *Ca Mammae sinistra*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/ sedang / berat / tidak tampak sakit

Alasan: Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur, pasien tampak sadar penuh, Pasien dengan kecemasan, pasien terpasang cairan infus RL 500 cc 20tpm.

b. Tanda - Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Composmentis Skala koma Glasgow
 (kuantitatif)

a) Respon motorik	6
b) Respon bicara	5
c) Respon membuka mata	4 +
Jumlah	15

Kesimpulan : Composmentis

c. Tekanan darah :128/80 mmHg Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

1) Suhu :36,5⁰C ☐ Oral ☒ Axilla ☐ Rectal

2) Pernapasan:20x/menit

Irama : ☒ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea Kusmaul

☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☒ Dad ☐ Perut

d. Nadi : 104x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☒ Kuat ☐ Lemah

e. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : -

2) Tinggi badan : 150 cm

3) Berat badan : 45 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20, kg/m² Kesimpulan : normal

f. Genogram

Keterangan :

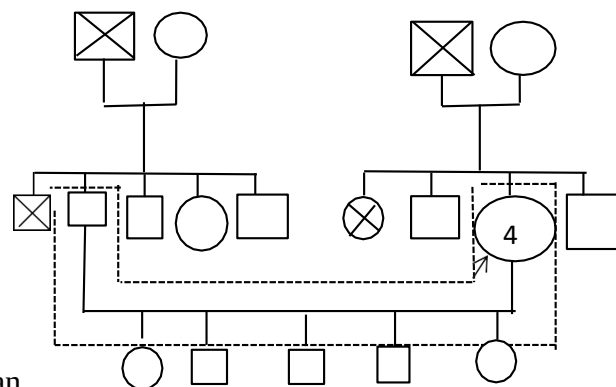
☐ : Laki-laki

☐ : Perempuan

☒/☒ : Meninggal

 : Pasien

—— : Garis perkawinan



4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jika pasien dan keluarga sakit seperti sakit kepala ia membeli obat di apotik. Pasien juga mengatakan mengkonsumsi obat herbal (rebusan daun-daunan), pasien menyukai makan-makanan yang berdaging, soto dan ikan bakar, makanan yang dihidangkan suaminya dirumah juga yakni selalu lauk pauk yang digoreng seperti ikan goreng atau tahu/tempe goreng. Pasien juga memiliki riwayat post op *ca mammae sinistra* sejak 2 tahun yang lalu, namun pasien jarang memeriksa kesehatan berobat ke RS.

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama : Nyeri

b) Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan Nyeri sejak 1 Minggu yang lalu, pada daerah dada terutama pada payudara sebelah kiri, terdapat benjolan kecil yang tumbuh di area bekas operasi pasien pada dada kirinya, mual (-).

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan ia memiliki riwayat penyakit post op *Ca mammae sinistra* sejak 2 tahun yang lalu.

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien mengatakan ayah dari pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi

5) Pemeriksaan fisik :

- a) Kebersihan rambut: Tampak berminyak, dan tipis
- b) Kulit kepala: Tampak tidak ada ketombe atau lesi
- c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
- d) Higiene rongga mulut : Tidak dikaji
- e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan memiliki nafsu makan yang baik dengan jumlah yang teratur 3x1 sehari dengan porsi tiap 1 kali makan dengan menu yang biasa dimasak sendiri yakni nasi putih, sayur tumis, ikan atau tempe/tahu yang digoreng. Pasien juga mengatakan lebih banyak minum air putih kurang lebih 7-8 gelas per hari (gelas ukuran 200 cc), pasien juga mengatakan sebelum sakit berat badannya 52 kg. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit dan dirawat di rumah sakit. Pasien disediakan makanan 3x sehari dengan menu nasi putih, ikan kuah, sayur tumis dan buah semangka sebagai snack, sejak sakit juga pasien dianjurkan diet rendah kolesterol dan lemak. Pasien juga mengatakan sejak sakit nafsu makan pasien sedikit menurun karena pasien merasa mual, nyeri pada bagian payudara disertai sesak napas, sejak sakit pasien juga mengatakan kurang minum air putih

dalam sehari hanya sekitar $\pm$ 4-5 gelas per hari (gelas ukuran 200 cc), pasien mengatakan berat badannya sejak sakit sangat turun drastis dari 52 kg menjadi 45 kg.

2) Observasi :

Tampak pasien hanya menghabiskan 2-4 sendok makannya. Tampak pasien mengkonsumsi air putih sebanyak 250 ml aqua gelas.

3) Pemeriksaan fisik :

a) Keadaan rambut

b) Rambut tampak berwarna hitam bercampur uban

c) Hidrasi kulit

Tugor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalam < 3 detik.

d) Palpebra/conjungtiva

Palpebra tidak edema dan konjungtiva tidak edema

e) Sclera

Tidak tampak ikterik

f) Hidung

Septum hidung tampak lurus, tampak tidak ada lesi, tidak tampak sekret, fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan aroma minyak kayu putih. Rongga mulut tampak bersih gusi : Tidak tampak

peradangan

g) Gigi

Gigi pasien tampak lengkap, 1 gigi geraham belakang tampak berlubang, pasien tidak menggunakan gigi palsu.

h) Kemampuan mengunyah

Pasien tampak dapat mengunyah, dan mampu mengunyah makanan keras.

i) Lidah

Lidah pasien tampak bersih, tidak tampak peradangan.

j) Pharing

Tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening

Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening.

l) Kelenjar parotis

Tidak teraba adanya pembesaran.

m) Abdomen :

- Inspeksi

Tidak ada pembengkakan

- Auskultasi

Bising usus 20x/menit

- Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa atau benjolan dan tidak ada pembesaran hepar/lien.

- Perkusi: Terdengar thympani

n) Kulit :

- Edema : ☐ Positif ☒ Negatif
- Ikterik : ☐ Positif ☒ Negatif
- Tanda-tanda radang : tidak ada tanda peradangan
- Lesi : tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada nyeri saat BAB. Pasien mengatakan BAK ± 6x sehari, berwarna kuning jernih dengan jumlah ± 250cc setiap kali BAK dan tidak ada nyeri saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit dan BAK berwarna kuning pekat, dengan jumlah 450cc dan berbau khas urin

3) Observasi :

Tampak pasien tidak pernah BAB, tampak urin berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 20x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☒ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☒ Positif ☐ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

- Peradangan: Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengerjakan pekerjaan rumah, pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga dan saat waktu senggang diisi dengan menonton TV dan berkumpul dengan keluarga. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa sesak dan nyeri pada dada saat melakukan aktivitas sehingga seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

2) Observasi:

Tampak aktivitas harian pasien dilakukan ditempat tidur dibantu oleh keluarga dan perawat, tidak tampak adanya anggota gerak yang cacat.

a) Aktivitas harian:

- Makan 2
- Mandi 2
- Pakaian 2
- Kerapihan 2
- Buang air besar 2
- Buang air kecil 1
- Mobilisasi di tempat tidur: 2

0: mandiri 1: bantuan dengan alat 2: bantuan orang 3: bantuan alat dan orang 4: bantuan penuh

Kesimpulan: aktifitas pasien masih memerlukan bantuan orang lain

b) Postur tubuh : normal / tegak

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomi : tidak ada

3) Pemeriksaan fisik.

a) Tekanan darah Berbaring : - mmHg

Duduk : 122 / 80mmHg Berdiri : - mmHg

Kesimpulan: Hipotensi ortostatik: ☐ Positif ☒ Negatif

b) HR: 98x/menit

c) Kulit:

Keringat dingin : tidak ada Basah : tidak ada

d) JVP: 5-2 cm H₂O

Kesimpulan: pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: Kembali <3 detik.

f) Thorax dan pernapasan

g) Jantung

- Inspeksi: Ictus cordis: tidak tampak.

- Palpasi: Ictus cordis: Teraba pada ICS 5 midclavicularis sinistra.

- Perkusi:

Batas atas jantung : ICS 2 Linea Sternalis Sinistra

Batas bawah jantung : antara ICS 5 midclavicularis dextra Batas

kanan jantung : ICS 3 linea midclavicularis dextra Batas

kiri jantung : ICS 4 linea axila anterior

sinistra Auskultasi:

Bunyi jantung II A: tunggal Bunyi jantung II P: tunggal Bunyi

jantung I T : tunggal Bunyi jantung I M: tunggal

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar Murmur: tidak terdengar

Bruit: Aorta: tidak terdengar

A. Renalis : tidak terdengar

A. Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : ☐ Positif ☒ Negatif

▪ Rentang gerak :

Kaku sendi : tampak tidak terdapat kaku sendi

Nyeri sendi : tampak tidak terdapat nyeri pada sendi

Fraktur : tampak tidak terdapat fraktur

Parese : tampak tidak terdapat

parese Paralisis : tampak tidak terdapat paralisis

▪ Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan Kaki Keterangan:	5	5
Nilai	5	5

5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak

mampu

melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan

sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan Nilai 0:

tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak Refleks

fisiologi: bisep, trisep, patella positif

- Refleks patologi: tampak refleks patologi negatif Babinski,

Kiri: ☐ Positif √ Negatif

Kanan: ☐ Positif √ Negatif

- Clubing jari-jari : tidak ada

- Varises tungkai : tidak ada

i) Columna vertebralis : tidak dikaji

- Inpeksi : tidak ada kelainan

- Palpasi : tidak ada nyeri, tidak terdapat adanya lesi

- Kaku kuduk : tidak terdapat kaku kuduk

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan jam tidur malam mulai dari jam 10 malam sampai jam 6 pagi, pasien merasa segar ketika bangun pagi dan siap untuk melakukan aktivitas. Sebelum tidur, pasien biasanya menonton TV. Pasien lebih nyaman tidur dalam suasana terang.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan semenjak sakit pasien menjadi sulit tidur karena sering merasa sesak, nyeri didaerah dada tembus ke belakang dan kualitas tidur

pasien menurun. Pasien merasa kurang segar setelah bangun.

3) Observasi:

Tampak kualitas tidur pasien menurun, tampak pasien mengeluh sesak napas dan nyeri.

Ekspresi wajah mengantuk: ☐ Positif ☒ Negatif Banyak

menguap: ☐ Positif ☒ Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : ☐ Positif ☒ Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak memakai alat bantu pendegaran, pasien mengatakan penglihatan bagus, dan daya ingat pasien baik.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada yang berubah pada tubuhnya.

3) Observasi:

Tidak tampak tidak ada penggunaan alat bantu mendengar, tampak tidak menggunakan kacamata, tampak mampu berbicara dengan baik, dan tampak pasien daya ingat baik.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan

- Kornea : tampak jernih.
- Pupil : tampak isokor
- Lensa mata : tampak jernih.

- Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kenyal mata kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : tampak simetris kanan dan kiri, serta tidak tampak adanya luka atau lesi.
- Kanalis: tampak bersih, tampak tidak ada serumen.
- Membran timpani : tampak terlihat cahaya pelitzer

g. Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga yang mengurus rumah dan anaknya.

2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan merasa gelisah karena

tidak bisa bekerja dan pasien merasa cemas dengan kondisinya.

Pasien mengatakan ia merasa kurang percaya diri dengan penyakitnya.

1) Observasi:

Tampak pasien merasa gelisah, cemas, dan malu-malu saat berbicara.

a) Kontak mata : Perhatian penuh.

b) Rentang perhatian : Baik.

c) Suara dan cara bicara : Terderngar pelan.

d) Postur tubuh : Postur tubuh pasien tidak seimbang ketika duduk.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama.

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan suami dan anak.

Pasien mempunyai hubungan yang baik dengan tetangga sekitar dan keluarga yang lain

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul bersama keluarga di Rumah dan jarang bertemu dengan keluarga lainnya

3. Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh suaminya sambil nonton TV di Rumah Sakit.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan adalah seorang wanita sekaligus istri dan ibu dari 5 orang anaknya. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat post op *ca mammae* sejak 2 tahun yang lalu.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak ada perilaku menyimpang dari seksualitas.

Pasien juga mengatakan muncul benjolan kecil di area operasi dan dada

terasa nyeri bahkan sesak napas.

3) Observasi:

Tampak pasien tidak ada perilaku menyimpang bahkan pasien berperilaku layaknya seorang wanita.

j. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan mampu menyelesaikan masalah dalam kehidupannya, pasien mengatakan bila ada masalah selalu didiskusikan solusinya dengan keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya menonton TV. Pasien juga mengatakan terkadang merasa terganggu dengan sesak napas dan nyeri payudara yang dirasakan

3) Observasi: Tampak pasien sering menonton TV.

k. Pola sistem nilai kepercayaan.

1) Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam dan rutin ke masjid setiap hari, dan rutin mengikuti pengajian kumpulan yang diadakan setiap hari senin dan jumat

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat shalat ke masjid dikarenakan kondisinya.

3) Observasi:

Tampak alqur'an di samping tempat tidur pasien

5. Uji Saraf Kranial

a. N I *Olfactorius*

Pasien mampu menghirup bau minyak kayu putih.

b. N II *Opticus*

Pasien dapat membaca pada jarak $\pm 30\text{cm}$ dengan ukuran font 12.

c. N III, IV, VI *Oculomotorius, Trochlearis, Abducens*

Bola mata pasien mampu bergerak ke segala arah dan refleks pupil isokor.

d. N V *Trigeminus*

Sensorik: pasien mampu menunjukkan goresan tissue pada wajahnya.

Motorik: pasien mampu menggigit.

e. N VII *Fascialis* Sensorik

Pasien dapat membedakan rasa manis, asin, dan pahit. Motorik

Pasien mampu tersenyum, mencururkan bibir, mengerutkan dahi, dan mengangkat alis.

f. N VIII *Vestibulo-acusticus* Vestibularis

Pasien dapat berdiri tapi tidak dapat bertahan lama karena lemah dan

sesak.

Akustikus Pasien dapat mendengar gesekan jari pada telinga kanan dan kiri.

g. N IX *Glossopharyngeus*

Tampak letak ovula berada ditengah.

h. N X *Vagus*

Pasien mampu menelan makanan yang dimakannya.

i. N XI *Accessorius*

Pasien mampu mengangkat kedua bahu dan menggerakkan kepalanya.

j. N XII *Hypoglossus*

Pasien mampu menjulurkan lidah lurus ke depan dan mampu mendorong pipi menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan thorax Kesan :

- Efusi minimal pleura bilateral
- Multiple lesi titik os scapula dan clavícula bilateral, CVT11-L1 disertai destruksi CVT12 ec suspek tumor metastasis
- Scoliosis thoraulumbal dextraconvex

b. Pemeriksaan diagnostic Laboratorium : Tanggal 15 Jnauari 2025

Darah lengkap

Tabel 3.1. Hasil Laboratorium Darah

Parameter	Hasil	Satuan	Hasil nomal
WBC	6.98	$10^3/\mu\text{L}$	4.80 -10.20
RBC	4.08	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.50
HGB	7.3	g/dL	12.2-16.2
HCT	17.2	%	37.7-47.9
MCV	93.0	fL	80.0-97.0
MCH	28.6	Pg	26.0-31.0
MCHC	30.8	g/dL	31.8-35.4
PLT	391	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
RDW-SD	67.7	fL	37.0-54.0
RDW-CV	20.0	%	11.5-14.5
PDW	7.6	fL	9.0-13.0
MPV	8.5	fL	7.2-11.1
P-LCR	12.5	%	15.0-25.0
PCT	0.33	%	0.17-0.35
NEUT#	4.89	$10^3/\mu\text{L}$	1.50-7.00
LYMPH#	2.29	$10^3/\mu\text{L}$	1.00-3.70
MONO#	0.47	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.70
EO#	0.29	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.40
BASO#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.10
IG#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-7.00

NEUT%	61.3	%	37.0-80.0
LYMPH%	28.7	%	10.0-50.0
MONO%	5.9	%	0.0-14.0
EO%	3.6	%	0.0-1.0
BASO%	0.5	%	0.0-1.0
IG%	0.4	%	0.0-72.0

7. Terapi

1. Ranitidine 50mg / 8 jam /bolus intra vena
2. Ketorolac 10 mg / 8 jam /bolus intra vena
3. Ondasentron 4mg /12 jam/ bolus intra vena
4. Dexamethason 2x1 tablet /oral 0,5 mg
5. Cairan RL 500cc 20 tetes / menit

B. Identifikasi Masalah

Tabel 3.2. Identifikasi Masalah

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - Pasien mengatakan nyeri pada area dada - Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri sejak 1 minggu yang lalu	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut

	P: nyeri pada payudara kiri Q: nyeri seperti tertusuk tusuk R: nyeri terasa di area dada sampai tembus belakang S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul dirasakan 3-4 menit Do: - Pasien tampak lemah - Tampak pasien gelisah - TD: 128/80 mmHg, - HR: 104x/menit, - T: 36,2°C, - RR: 22x/menit, Spo2: 98%. - Pasien tampak meringis - Terdapat benjolan kecil di area dada sebelah kiri		
--	---	--	--

2.	Ds: - Pasien mengatakan takut dan cemas akan tindakan oprasiterhadap tindakan pengangkatan payudaranya - Pasien mengatakan cemas dan khawatir tentang hasil operasi payudara nanti apakah akan muncul lagi - Pasien mengeluh sulit tidur karena memikirkan penyakitnya Do: Ku: Composmetis Pasien tampak cemas - TD : 130/90mmHg - HR : 97 x/menit - RR : 20 x/menit - T : 37,7 °C	Kecemasan operasi pengangkatan payudara	Ansietas
----	---	---	-----------------

3.	Ds : - Pasien mengatakan malu dengan perubahan bentuk dadanya - Pasien khawatir jika suaminya tidak tertarik lagi padanya Do : - Pasien tampak menunduk - Tampak luka di bagian dada - Tampak luka di perban - Pasien tampak sedih dan gelisah	Perubahan struktur tubuh	Gangguan citra tubuh
----	--	--------------------------	----------------------

C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.3. Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2.	Anxietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajememn nyeri (1.08238) Observasi : - Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R/ membantu diagnosa dini agar dapat memberikan tindakan selanjutnya - Identifikasi skala nyeri R/ mengidentifikasi tingkat nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal R/ mengidentifikasi nyeri dari ekspresi atau gestur tubuh Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri R/ teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur R/ mengurangi resiko gangguan tidur pada klien akibat nyeri

			Edukasi - Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri R/ mengetahui awal dari munculnya nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri R/ mengurangi nyeri yang dirasakan - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri R/ teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu R/ obat analgetik dapat menghambat pusat nyeri sehingga rasa nyaman dapat ditingkatkan Kolaborasi pemberian obat ketorolac 10 mg/8 jam/IV Menangani respon nyeri yang dirasakan oleh klien
--	--	--	---

2.	Anxietas b.d kurang terpapar informasi D.0080	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Pola tidur embaik 5. Perasaan tidak berdaya membaik	Reduksi ansietas I.09314 Observasi: - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda2 ansietas Terapeutik: - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi: - Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin akan di
----	---	--	--

			alami - Informasikan secara factual mengenal diagnosis ,pengobatan,dan prognosis - Anjurkan keluarga tetap bersama pasien - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif ,sesuai dengan kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi dengan terapi benson Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu.</i>
--	--	--	--

3.	Gangguan citra tubuh b/d Perubahan struktur /bentuk tubuh (mis.luka bakar)	Citra Tubuh L.O9067 Setelah dilakuakn tindakan keperawatan, diharapkan citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil: -Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh meningkat - verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain membaik - melihat bagian tubuh menurun Menyentuh bagian tubuh menurun	Promosi citra tubuh I.09305 Observasi: -Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan - Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social - Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri Edukasi: -jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh - Anjurkan menggunakan alat bantu - Anjurkan mengikuti kelompok pendukung - Latih fungsi tubuh Teurapeutik : - Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
----	---	---	--

			Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis
--	--	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/ Waktu	Implementasi	Evaluasi
1	15- januari- 2025 07.30	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Mengidentifikasi skala nyeri. - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis memperingan rasa nyeri dengan terapi distraksi dengan terapi benson	S: Pasien mengatakan nyeri mulai sedikit berkurang O: Do: Pasien tampak menahan sakit Pengkajian nyeri P: nyeri ketika bgerak, Q: seperti di tusuk-tusuk R : pada dada post operasi S: 6 (NRS) T: hilang timbul Ttv : - Td : 126/79mmhg - Hr : 86x/menit - Rr : 21 x/menit - T : 37,0 °c

	8.30 WIB		Terapi obat yang diberikan - Ranitidine 50mg/IV - Ketorolac 10 mg/IV - Ondansetron 4 mg/IV - Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg A: Nyeri belum teratasi P: lanjutkan Intervensi I: menerapkan terapi benson E: Nyeri masih dirasakan (skala nyeri 4) R: terapkan terapi benson 2x sehari
2	09.30	Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri	S: “Pasien mengatakan takut tindakan pembedahan yang tinggal menunggu jadwal” O : Ku : composmetis Pasien tampak gelisah

		menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh menganjurkan menggunakan alat bantu mis baju lengan panjang menganjurkan mengikuti kelompok pendukung melatih fungsi tubuh Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap	Pasien menanyakan tindakan yang akan dilakukan TTV : TD : 125/ 78 mmHg HR : 76 x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7 °C A: Ansietas belum teratasi
3	12.00	- Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan - Mengidentifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi social - Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri - menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh	S: Pasien mengatakan masih malu terhadap kondisinya saat ini O: Pasien menanyakan kondisinya apakah bisa sembuh kembali Pasien tampak menunduk Pasien tampak sedih dan gelisah A: gangguan citra tubuh

		- menganjurkan menggunakan alat bantu mis baju lengan panjang	P: Lanjutkan intervensi
1	16 – januari - 2025 07.30	- Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengkaji skala nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis memperingan rasa nyeri dengan terapi distraksi dengan terapi benson - Memfasilitasi istirahat dan tidur - Memberikan kolaborasi pemberian analgesik	S : pasien mengatakan sudah berkurang P : Nyeri pada payudara kiri tembus ke belakang Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri dada tembus ke belakang S : Skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul dengan durasi 2-3 menit O : - Tampak wajah meringis - Tampak pasien mengeluh nyeri - Tampak pasien menerapkan terapi benson jika merasakan nyeri

			Ttv : Td : 122 /79mmhg HR : 86x / menit RR : 22 x / menit T : 37,0 °c Terapi obat yang diberikan - Ranitidine 50mg/IV - Ketorolac 10 mg/IV - Ondansetron 4 mg/IV - Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg A: Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I:Menerapkan terapi benson E:Nyeri masih dirasakan (skala nyeri 3) R: terapkan terapi benson 2x sehari
2	10.-00	- Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Motivasi mengidentifikasi	S: “Pasien mengatakan masih merasakan takut

		situasi yang memicu kecemasan - Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin akan di alami - Anjurkan keluarga tetap bersama pasien - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif ,sesuai dengan kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih teknik relaksasi	dan cemas tindakan pembedahan ” O : Ku : composmetis Pasien tampak gelisah berkurang Pasien menanyakan tindakan yang akan dilakukan TTV : TD : 122/70 mmHg HR : 68 x/menit RR : 20 x/menit T : 36,7 °C A: Anietas teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
3	13.30	- Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri - menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh	S: - Pasien mengatakan sudah menerima dan percaya diri terhadap kondisinya saat ini O:

		- menganjurkan menggunakan alat bantu mis baju lengan panjang - menganjurkan mengikuti kelompok pendukung - melatih fungsi tubuh - Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri - Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis	- Pasien tampak mulai mengungkapkan perasaan dengan positif - Sesekali menanyakan kondisinya - Pasien masih merasa tidak nyaman dengan kondisi pasien pasca mastectomi - Pasien mulai menerima keadaanya A: gangguan citra tubuh teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi
1	17- januari- 2025 15.00	- Mengkaji skala nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis memperingan rasa nyeri dengan terapi distraksi dengan terapi benson - Memfasilitasi istirahat dan tidur - Memberikan kolaborasikan pemberian analgesik	S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian dada sudah terasa - P : Nyeri pada benjolan kecil di sebelah kiri Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri dada sudah

			berkurang S : Skala nyeri 1 T : Nyeri hilang timbul O : - Tampak pasien tidak meringis - Tampak pasien menerapkan terapi benson jika merasakan nyeri Ttv : - TD: 122/72mmhg - HR : 72x/menit - RR : 20 x/menit - T : 37,0 °c Terapi obat yang diberikan - Ranitidine 50mg/IV - Ketorolac 10 mg/IV - Ondansetron 4 mg/IV - Dexamethason 2x1 tablet 0,5 mg A: Nyeri teratasi
--	--	--	--

			P : Intervensi Dihentikan
2	18.00	- Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin akan di alami - Anjurkan keluarga tetap bersama pasien - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif ,sesuai dengan kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih teknik relaksasi	S: “Pasien sudah tidak takut dan cemas lagi terhadap tindakan operasi yang sudah dilakukan” O : Ku : composmetis Pasien tampak menerima Tampak wajah mulai senyum TTV : - TD : 117/70 mmHg - HR : 80 x/menit - RR : 20 x/menit - T : 36,5 °C A: Ansietas teratasi P: Intervensi di hentikan

3	20.00	- menganjurkan menggunakan alat bantu mis baju lengan panjang - menganjurkan mengikuti kelompok pendukung - melatih fungsi tubuh - Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri - Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis	S: Pasien mengatakan sudah menerima dan percaya diri terhadap kondisinya saat ini O: - Pasien tampak lebih ceria - Pasien mengatakan merasa lebih percaya diri dengan penampilannya sekarang - Pasien mengatakan sudah tidak memikirkan tentang kekurangan tubuhnya A: gangguan citra tubuh teratasi P: Intervensi di hentikan
---	-------	---	---

F. Terapi Pengobatan

1. Nama obat : Ranitidine

a. Klasifikasi/ golongan obat : Antagonis reseptor histamine H2

b. Dosis umum : 50 mg/ hari

c. Dosis untuk pasien : 50 mg / 12 jam

d. Cara pemberian : Injeksi

e. Mekanisme kerja obat : cara kerjanya dengan menurunkan kandungan asam yang dihasilkan oleh perut. Obat ini dapat digunakan untuk menurunkan asam lambung berlebihan.

f. Alasan pemberian obat : Menurunkan asam lambung pada kondisi basal maupun tertimulasi makanan, insulin, asam amino, histamine maupun pentagastrin.

1). Kontra Indikasi : Penderita penurunan fungsi hati.

2). Efek samping : Sakit kepala, pusing, mual dan muntah.

2. Nama obat : Ketorolac

a. Klasifikasi/golongan obat : nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)

b. Dosis umum : 10 mg/ml/12 jam

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg/ml/8jam

d. Cara pemberian obat : IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sistem prostaglandin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang bekerja perifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiat.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami nyeri bagian dada

g. Kontra indikasi

1). Hipersensitif terhadap ketorolac tromethamine dan pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya.

- 2). Pasien dengan atau mempunyai riwayat ulkus peptikum akut, perdarahan saluran cerna atau perforasi.
- 3). Pasien yang diduga menderita perdarahan serebrovaskuler, diatesis hemoragik.
- 4). Pasien yang sedang mengalami proses persalinan
- 5). Ibu menyusui
- 6). Mendapatkan obat AINS lainnya dan probenecid

h. Efek samping obat : ulkus, perdarahan saluran cerna dan perforasi, hemoragis pasca bedah, gagal ginjal akut, reaksi anafilaktoid, dan gagal hati.

3. Nama obat : Ondansetron

- a. Klasifikasi obat/golongan obat : Antiemetik antagonis reseptor serotonin
- b. Dosis umum : 8 mg
- c. Dosis untuk pasien : 4 mg/12jam
- d. Cara pemberian : IV
- e. Mekanisme kerja obat : Memblokir efek serotonin (5HT₃). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
- f. Alasan pemberian obat : obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
- g. Kontraindikasi : pasien yang mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini dan kombinasi dengan apomorphin karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran. Dan pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat.

- h. Efek samping : sakit kepala, pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil, mengantuk.

4. Nama obat : Dexamethason

- a. Klasifikasi / golongan obat : kortikosteroid
- b. Dosis umum : pada dewasa berkisar 0,5-0,9mg/hari, untuk anak- anak 0,02-0,03mg/kg
- c. Dosis untuk pasien : 2x1 tablet
- d. Cara pemberian : oral
- e. Mekanisme kerja obat : menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memiliki efek immunosupresan atau menekan sistem kekebalan tubuh.
- f. Alasan pemberian obat : obat ini sering digunakan untuk mengobati berbagai kondisi peradangan seperti alergi dan masalah kulit.
- g. Kontraindikasi : pada kasus hipersensitivitas, infeksi akut yang tidak diobati, dan adanya infeksi jamur.
- h. Efek samping : sakit perut, sakit kepala, pusing, nafsu makan meningkat, sulit tidur, perubahan siklus menstruasi ,muncul jerawat