

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.FR

Usia : 40 Tahun

Agama : Islam

Alamat : Jl. Jati Lr. Anggrek Dusun Panyang, Desa Mibo Kec.Banda
Raya Kota Banda Aceh

Pekerjaan : Ibu Rumah Tanggal

Pasien MRS : 10 November 2025

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.S

Usia : 45 Tahun

Agama : Islam

Alamat : Jl. Jati Lr. Anggrek Dusun Panyang, Desa Mibo Kec.Banda
Raya Kota Banda Aceh

Pekerjaan : Pedagang

3. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 November 2025 kondisi pasien lemah, terdapat luka pada bagian dada sebelah kiri (luka *post op mastektomi*) mengeluh nyeri di dada sampai ke punggung.

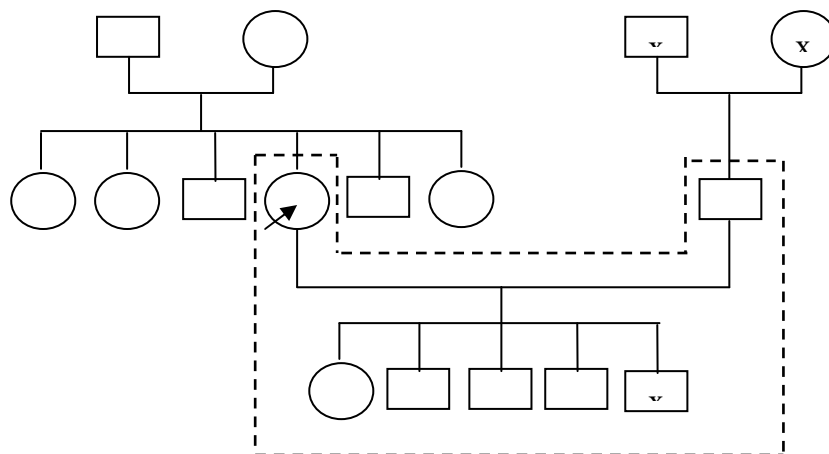
4. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah sesak napas, sesak napas terjadi pada sekitar pukul 07.00 WIB, saat pasien sedang mencuci di dapur rumahnya, saat itu dada pasien terasa sakit seperti tertekan dan membuat pasien sampai sesak napas. Kemudian pasien mulai lemas dan bersandar di dinding dapur rumahnya, saat kejadian tersebut ada anak laki-laknya yang sempat melihat dan langsung membawa ibunya pada pukul 08.00 WIB ke IGD RSUD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh karena saat itu juga napas ibunya terasa cepat, dan dada naik turun. Kemudian dilakukan tindakan yaitu pasien terpasang O₂ Nasal kanul 5 l/menit dan pemasangan Infus NaCL 500 ml. Pasien dengan compos mentis, GCS: E3V4M5. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, Babinski -/-, tekanan darah 112/72 mmHg, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 92x/menit, saturasi oksigen 99%, *respiratory rate* 21x/menit, kejang tidak ada. Pada jam 18.00 pasien dipindahkan ke ruang perawatan, memberikan tindakan *maintenance* dan tetap dipertahankan pengobatan yang diberikan IGD RSUD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh dan dilakukan tindakan prosedur operasi pada tanggal 16 November 2025 yang sudah terlaksana. Keluhan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 November 2025 adalah nyeri di payudara sebelah kiri dan punggung setelah *post* operasi hari pertama, kesadaran Compos mentis, GCS E4V5M6.

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah menjalani pemeriksaan FNAB dan MRI, hasil pemeriksaan FNAB pada tanggal 10 September 2025 dengan kesimpulan *mammae sinistra*, FNAB *Infiltrating Ductal Carcinoma*. Magnetic Resonance Imaging (MRI) pada tanggal 14 September 2025 didapatkan *Corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral* dengan melibatkan *pedicle et processus transversus et lamina bilateral*. Serta hingga ke *iliac wing* kanan kiri (yang tervisualisasi, *incidental finding*). Destruksi corpus VTh 12 dengan retropuls fragmen ke canal spinalis, disertai paraspinal soft tissue mass sisi kiri. Epidural metastasis level VTh 5-12. Pasien dengan riwayat kanker payudara sudah stadium II B.

6. Riwayat Keluarga



Gambar 3.1 Genogram keluarga Ny.FR

Keterangan:

- | | | | |
|-------|------------------|---|-----------|
| ○ | : Perempuan | ↗ | : Pasien |
| □ | : Laki-Laki | — | : Sedarah |
| ----- | : Tingga serumah | | |

X : Meninggal

Pasien mengatakan anak ke 4 dari 6 bersaudara, pasien saat ini berumur 40 tahun, tinggal serumah dengan suami dan anak-anaknya. Pasien mengatakan suami anak tunggal ibu dan bapaknya sudah lama meninggal. Pasien mengatakan memiliki 5 anak yang pertama perempuan dan keempat anak lainnya laki-laki, serta meninggal dunia satu orang.

7. Riwayat Sosial

Ny.FR mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik, ayah dan ibu dari Ny.FR sering berkunjung ke rumah Ny.FR. Selama dirawat di RSUD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh pasien di rawat oleh dokter dan perawat. Pasien dalam keadaan *bedrest* atau masih dalam keadaan tirah baring, terpasang infus di tangan kanan, kateter urine dan O₂ jika dibutuhkan pasien.

8. Keadaan Umum

a. Saat masuk

Pasien masuk ke RSUD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh melalui IGD pada tanggal 15 November 2025 pada pukul 08.00 WIB dengan keluhan sesak napas, badan lemas, saat dilakukan anamnesa pasien composmentis, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis GCS E3V4M5. Reflek cahaya (+/+), diameter pupil 3mm/3mm, tekanan darah 112/72 mmHg, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 92x/menit, saturasi oksigen 99%, *respiratory rate* 21x/menit, kejang tidak ada. Diberi

tindakan pemasangan O₂ nasal kanul dan kebutuhan cairan pasien NaCL 500 ml.

b. Keadaan masuk

Pasien tampak lemah, compos mentis, gerak reflek spontan, turgor kulit baik, terpasang O₂ nasal kanul, infus pada tangan kanan dengan cairan NaCL 500 ml dan observasi TTV di IGD RSUD dr. Zainoel Abidin Kota Banda Aceh, tekanan darah 112/72 mmHg, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 92x/menit, saturasi oksigen 99%, respiratory rate 21x/menit, kejang tidak ada.

9. Pemeriksaan Head to Toe

- a. Keadaan Umum: Composmentis, GCS: eye:4, motorik:6, verbal:5
Tanda-tanda vital: TD 120/80 mmHg, Nadi 88x/menit, irama irregular kekuatan sedang, respirasi 20x/menit, irama regular, suhu 36,5⁰ C.
- b. Kepala: Simetris, tidak ada hematoma atau lesi, tampak bersih, rambut sudah tidak ada.
- c. Mata :Normal, bentuk simetris, konjungtiva tampak anemis, sklera tidak ikterik, pupil dapat merespon terhadap cahaya, palpebra normal, tidak ada oedema.
- d. Hidung :Simetris, tidak ada septum deviasi, polip, epistaksis, tidak ada gangguan indera pencium, atau secret
- e. Mulut: Simetris, gigi normal dan tidak ada gigi palsu. Bibir kering, tidak ada stomatitis, dan tidak sianosis. Gusi klien berwarna merah, lidah klien tampak kotor

- f. Telinga: Simetris, bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran
- g. Leher : Normal, tidak ada pembesaran thyroid, tidak ada kaku kuduk, tidak ada hematoma, tidak ada lesi, tenggorokan normal, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran tonsil
- h. Dada: Inspeksi : pengembangan dada simetris, Palpasi : Fremitus taktil kanan sama dengan kiri, Perkusi: pulmo kanan dan kiri sonor, Auskultasi : vesikuler pada pulmo kanan dan kiri, Palpasi : Ictus cordis teraba pada mid clavicula sic 5, Perkusi : menunjukkan batas jantung normal
- i. Payudara: tidak simetris, payudara kiri sudah dilakukan pengangkatan payudara.
- j. Abdomen Inspeksi : bentuk agak cembung, palpasi : adanya nyeri tekan pada perut bawah, auskultasi : peristaltik permenit
- k. Genetalia: normal, tidak ada perdarahan
- l. Rektum:normal, tidak ada perubahan
- m. Ekstremitas

Atas :Parastesia, Kekuatan otot ka/ki : 6/6, ROM ka/ki : aktif/aktif

Bawah :Parastesia, Kekuatan otot ka/ki: 6/6, ROM ka/ki : aktif/aktif

10. Pemeriksaan fisik

Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,5°C, frekuensi nadi 88 x/menit, saturasi oksigen 98%, *respiratory rate* 20x/menit. Tinggi badan 150cm dan berat badan 70 kg.

a. B1 (Breath/Pernafasan)

Dari hasil wawancara didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan tidak terdapat sesak nafas, pemeriksaan inpeksi diperoleh data pasien memiliki bentuk dada simetris dan napas spontan, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu napas tambahan, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, irama napas regular, pola napas eupnea, tidak batuk, tidak ada sputum dan tidak ada sianosis, RR 20 x/menit, tidak ada sianosis, tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan suara nafas vesikuler, pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara roncki/wheezing.

b. B2 (*Blood*/ Sirkulasi)

Dari hasil pemeriksaan didapatkan konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat tidak pucat, mata tidak kabur, tidak ada pembesaran vena jugularis, pergerakan ictus cordis terlihat, tidak terdapat odema, tidak terdapat sianosis. Pada pemeriksaan Palpasi didapatkan akral teraba hangat, kering, merah, CRT <2 detik, ictus cordis teraba (ICS V MID clavicula sinistra), nadi teraba regular dan kuat 100x/menit, sklera konjungtiva normal, tidak ada nyeri tekan di dada. Pada saat pemeriksaan perkusi didapatkan suara pekak, pada pemeriksaan auskultasi didapatkan irama jantung regular, bunyi jantung S1/S2 tunggal. Pasien terpasang CVC di klavikula sebelah kanan sambung infus NaCL 500 ml/8 jam.

c. B3 (*Brain*/Persarafan)

Pada pemeriksaan inpeksi didapatkan hasil keadaan umum pasien baik, pasien mampu merespon arahan dari perawat, kesadaran pasien compos mentis, GCS total 15 (Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6), Kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan pada anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfactorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih dan bau makanan, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat menggerakkan lidah, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosafaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

d. B4 (*Bladder/ Perkemihan*)

Pada pemeriksaan wawancara pasien mengatakan buang air kecil selama dirumah pasien BAK 7x/hari dengan warna kuning pekat. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK dengan penggunaan *voley* kateter dengan jumlah $\pm 1000\text{cc}/24\text{jam}$ dengan warna kuning pekat. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada perkemihan. Saat pemeriksaan perkusi suara kandung kemih timpani.

e. B5 (*Bowel/ Pencernaan*)

Didapatkan hasil wawancara pasien tidak mengeluh mual muntah. Pada pemeriksaan inpeksi mulut pasien bersih tidak ada karies dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, pasien tidak terpasang NGT, terdapat nyeri pada dada karena luka operasi hari ke 1 selama di rumah sakit pasien BAB 1 kali dalam sehari, pemeriksaan auskultasi didapatkan bising usus 10x/menit. Saat dilakukan palpasi tidak terdapat hepatomegali (pembesaran hati), saat dilakukan perkusi terdapat suara timpani.

f. B6 (*Bone/ Muskuloskeletal*)

Didapatkan hasil wawancara pasien mengatakan badannya merasa tidak enak, terasa lemas dan mengatakan sesak setelah beraktivitas seperti duduk ditempat tidur. Pada pemeriksaan pasien mampu menggerakkan persendiannya dengan perlahan, ada nyeri sendi dan nyeri tulang (ca mammae sinistra metastase tulang), tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi

atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: Atas : Parastesia, Kekuatan otot ka/ki : 6/6, ROM ka/ki : aktif/aktif. Ekstremitas bawah : Parastesia, Kekuatan otot ka/ki: 6/6, ROM ka/ki : aktif/aktif

g. Pemeriksaan sistem integumen

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil kulit pasien berwarna kuning langsung seluruh badan, terdapat luka bekas operasi pada dada kanan atas dan perut, terdapat luka yang terbalut kassa. Pemeriksaan palpasi terdapat nyeri pada dada sampai ke punggung karena bekas operasi dengan skala 5 (1-10), nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul.

11. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur siang ± 3 jam (13.00-16.00 WIB), saat dirumah sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2 jam (13.00-15.00 WIB). Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit mengalami gangguan tidur karena keluhan saat ini yaitu nyeri pada post operasi mastektomi pada mammae kiri atas.

Ny.FR dengan kondisi yang sangat lemah ditandai dengan ROM terbatas, tidak bergerak serta enggan melakukan aktivitas terlalu sering. Pada saat tidur nyeri timbul membuat Ny.FR terbangun di tengah malam serta membuat tidurnya terganggu.

12. Pemeriksaan Sistem penginderaan

Didapatkan hasil pada sistem penglihatan yaitu lapang pandang normal, reflek cahaya (+/+), sklera ikterik, pasien tidak buta warna, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien dapat melihat jam di dinding. Sistem pendengaran didapatkan hasil telinga simetris, tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar. Sistem penciuman didapatkan hasil tidak ada polip, tidak terdapat sinusitis, terdapat septum di tengah, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Sistem perabaan yaitu pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai.

13. Pemeriksaan Sistem Endokrin

Didapatkan keadaan tidak terdapat pebesaran kelenjar tiroid, dan pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan sistem reproduksi atau genitalia didapatkan pasien berstatus sudah menikah, tidak ada kelainan pada genitalia, ada kelainan pada payudara.

14. Personal *Hygiene*

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mandi 2x sehari dengan sabun mandi, saat di RS pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dengan bantuan keluarga yaitu anaknya. Pasien mengatakan mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk rumah sakit, pasien belum mencuci rambut. Pasien mengganti pakaian 1 kali sehari, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari dan saat di RS pasien tetap

menggosok gigi dengan bantuan anggota keluarganya, pada saat di RS pasien memotong kuku 1x seminggu.

15. Psikososiocultural

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan tidak ada kekurangan pada dirinya karena semua merupakan pemberian dari Tuhan Yang Maha Esa.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan berusia 40 tahun, berasal dari suku Aceh, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Aceh dan Bahasa Indonesia.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang ibu yang memiliki 5 orang anak, 4 orang anak masih hidup dan 1 orang anak laiki-laki meninggal dunia. Pada tanggal 15 November 2025 dilakukan tindakan pembedahan BSO TAH + Mastektomi, dan tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga.

d. Ideal diri

Pasien berharap anaknya semua bisa sukses mendapatkan pekerjaan.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

16. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Hasil
Hematologi			
DARAH RUTIN			
Hemoglobin	9,5	14,0 – 17,0	g/dl
Hematokrit	28	45 – 55	%
Eritrosit	3,4	4,7 – 6,1	10 ⁶ / μ L
Leukosit	6,44	4,5 – 10,5	10 ³ / μ L
Trombosit	310	150 – 450	10 ³ / μ L
MCV	83	80 – 100	fL
MCH	28	27 – 31	pg
MCHC	34	32 – 36	g/dL
RDW	17,2	11,5 – 14,5	%
MPV	9,5	7,2 – 11,1	fL
PDW	8,6		fL
Hitung Jenis			
Eosinofil	0	0 – 6	%
Basofil	0	0 – 2	%
Netrofil Batang	0	2 – 6	%
Netrofil Segmen	90	50 – 70	%
Limfosit	8	20 – 40	%
Monosit	2	2 – 8	%
KIMIA KLINIK			
HATI & EMPEDU			
Albumin	2,67	3,5 – 5,2	g/dL
GINJAL- HIPERTENSI			
Ureum	75	13 – 43	mg/dL
Kreatinin	0,80	0,67 – 1,17	mg/dL

b. Pemeriksaan FNAB (10 September 2025)

Hasil: Makroskopis; Dilakukan puncture pada nodul mammae sinistra penareola arah jam 10-11, ukuran $\pm 2 \times 2$ cm, batas tidak tegas, fixed, padat kenyal Mikroskopik: Hapusan perselular, mendapatkan sebaran dan kelompok-kelompok diskohesif sel epitel anaplastik berinti bulat-oval, pleomorfik, nucleoli prominent, sitoplasma sempil. Tidak tampak

sel bipolar Kesimpulan: Mamma Sinistra, FNAB Infiltrating Ductal Carcinoma

c. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) (14 September 2025)

Klinis: LBP, Ca. Mamame

- 1) Tampak *bone marrow replacement (mixed type lytic blastic)* sepanjang corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral dengan melibatkan *pedicle* et processus transversus et lamina bilateral. Serta hingga ke iliac wing kanan kin (yang tervisualisasi, incidental finding).
- 2) Destruksi corpus VTh 12 disertai paraspinal soft tissue mass sisi kiri setinggi level VTh 10-12, menginfiltrasi ke epidural spaces kiri, menyebabkan encasement pedicle et lamina et processus transversus kiri ke costa posterior, massa menyebabkan pendesakan spinal cord ke anterolateral kanan, kesan tak tampak infiltrasi ke intramedullary maupun cord edema.
- 3) Epidural enhancement pada VTh 5-12
- 4) Tampak uterus kurang membesar sesuai gravida, dengan janin tunggal intrauterine, posisi placenta di anterior hingga menutupi ostium uteri.

- 5) MR Myelografi: tampak hambatan partial aliran liquor cerebrospinalis.

Kesan:

Temuan diatas menyokong gambaran proses metastase tulang melibatkan:

- 1) Corpus vertebra cervico-thoraco-lumbosacral dengan melibatkan pedicle et processus transversus et lamina bilateral. Serta hingga ke iliac wing kanan kiri (yang tervisualisasi, incidental finding).
 - 2) Destruksi corpus VTh 12 dengan retropuls fragmen ke canal spinalis, disertai paraspinal soft tissue mass sisi kiri.
 - 3) Epidural metastasis level VTh 5-12.
- d. Pemeriksaan laboratorium anatomi (15 November 2025)

Diagnosa: Ca Mammae metastase tulang

Lokasi: Payudara + Ovarium kanan dan kiri

Makroskopis:

Diterima

- 1) Potongan jaringan biopsi Ca mamma, ukuran total 1,5 x 1 x 0,5 cm
- 2) Satu potong jaringan ovarium kanan, ukuran 3,5 x 2,5 x 1 cm, menempel tuba panjang 6cm.
- 3) Satu potong jaringan ovarium kiri (berupa kista), ukuran 6 x 3 x 1,7 cm, menempel tuba panjang 2,5 cm diproses sebagian dalam 3 kaset

Mikroskopis: menunjukkan

- 1) Potongan jaringan dengan pertumbuhan neoplasma mengandung proliferasi sel-sel anaplasia berinti bulat-oval, kromatin kasar: tersusun berkelompok-kelompok, stroma jaringan ikat fibrotik disertai infiltrasi sel radang mononukleus dan PMN
- 2) Potongan jaringan ovarium dengan kista folikel multiple; tuba tanpa kelainan tertentu
- 3) Potongan jaringan ovarium dengan corpus luteum dan multiple simple cyst; tuba dalam batas normal

Kesimpulan:

Bahan jaringan, menunjukkan

- 1) Metastase adenocarcinoma (sesuai dengan infiltrating ductal carcinoma)
- 2) Multiple follicle cyst ovarii
- 3) Corpus luteum + multiple simple cyst ovarii II

17. Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi Medis Pasien Ny.FR

Nama	Dosis	Indikasi
15 Desember 2025		
1. Infus Futrolit	500 ml/24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan cairan elektrolit dalam tubuh
2. Ibuprofen	400mg 2x1	Untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam
3. Bioplacenton	15 gr	Untuk mempercepat penyembuhan luka
4. Omeprazole	40 mg 2x1	Untuk mengatasi asam lambung berlebih

5. Asam tranexamat	500 mg2x1	Untuk mengurangi atau menghentikan perdarahan
6. Injeksi antrain	2 ml 3x1	Untuk meringankan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi

B. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: ✓ Pasien mengatakan nyeri setelah operasi terasa di dada sampai ke punggung seperti tertusuk-tusuk, ✓ Pasien mengatakan nyeri semakin terasa bila terlalu banyak bergerak DO: P: Prosedur bedah (post op mastektomi) Q: tertusuk-tusuk R: dada sampai ke punggung S: 5 T: Bila beraktivitas ✓ Pasien tampak lemah ✓ Pasien tampak meringis menahan nyeri ✓ Pasien tampak gelisah ✓ Pasien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) ✓ TTV: TD: 120/80 mmHg Nadi: 88 x/menit RR: 20 x/menit	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
2	DS: ✓ Pasien mengatakan adanya lupa post operasi mastektomi	Efek prosedur invasif (post TAH BSO)	Risiko infeksi

	DO: ✓ Terdapat luka pada payudara kiri dan luka di perut post BSO TAH ✓ Luka terjahit ✓ Luka tampak adanya rembesan cairan di kassa penutup ✓ Luka tampak basah ✓ Akral hangat ✓ Suhu 36,5⁰C ✓ Pasien tidak demam ✓ Leukosit 6,44 10³/μL		
3	DS: ✓ Pasien mengatakan takut kalau banyak gerak DO: ✓ Pasien tampak takut jahitannya terbuka saat menggerakkan anggota tubuh ✓ Pasien saat ini dalam posisi semi fowler, edrest atau tirah baring, ✓ Rentang gerak ROM pasif ✓ Kekuatan otot 4444 ✓ TTV: - TD: 120/80 mmHg - Nadi: 88 x/menit - RR: 20 x/menit - Suhu: 36,5⁰C ✓ erdapat luka Prosedur ✓ Bedah Histerotomi + TAH BSO + Omentectomi H-4 (ai suspect Ca Mammae) ✓ + Open Biopsy mammae D H 4 (ai suspect Ca Mammae Sinistra)	Keengganan melakukan pergerakan	Gangguan mobilitas fisik
4	DS ✓ Pasien mengatakan sangat susah kalau mandi sendiri dan harus jalan ke kamar mandi sendiri	Kelemahan	Defisit perawatan diri

	DO: ✓ Pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri ✓ Pasien saat ini diseka oleh anaknya ✓ Pasien tidak mampu mandiri sendiri, ke toilet dan mengenakan pakaian secara mandiri		
--	---	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi) (SDKI, D.0078, Hal: 174) yang ditandai dengan nyeri post operasi BSO TAH dan Mastektomi
2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304) yang dibuktikan dengan Post TAH BSO
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240)

D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066): a. Keluhan nyeri menurun dengan skor	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non

		5 b. Meringis menurun dengan skor 5 c. Gelisah menurun skor 5 d. Sikap protektif menurun e. Frekuensi nadi membaik f. Tekanan darah membaik	verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri terapeutik 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik relaksasi pada saat nyeri 2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: teknik relaksasi nafas dalam, TENS, hypnosis, akupressur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi dalam pemberian obat analgetik
2	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: a. Kemerahan menurun b. Nyeri menurun c. Bengkak menurun d. Cairan berbau busuk menurun e. Sensasi membaik f. Suhu membaik.	Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi, Terapeutik: 1. Merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka Edukasi: 1. Jelaskan tanda gejala infeksi, 2. Ajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 4. Anjurkan meningkatkan asupan

			cairan, 5. Berikan hasil kolaborasi antibiotik
3	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat, c. Rentang gerak (ROM) meningkat, d. Nyeri menurun, kecemasan menurun, e. Gerakan terbatas menurun.	Observasi: 1. Observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik; 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Ajarkan latihan senam mastektomi untuk mengembalikan rentang gerak Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 2. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
4	Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : a. Kemampuan ke toileting meningkat, b. Nyeri menurun, c. Kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun	Observasi: 1. Monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (seperti sabun mandi, sikat gigi, parfum) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

			Edukasi: 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--	--

E. Implementasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi). Nursing intervention (NIC) adalah Manajemen nyeri, teknik distraksi tarik napas dalam dan pemberian analgetik.

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 18 November 2025 sampai dengan 20 November 2025. Implementasi untuk merubah tingkat nyeri dengan manajemen nyeri: 1) Memonitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri), 2) memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri (teknik nafas dalam) 3) menganjurkan teknik distraksi (saat nyeri alihkan dengan menonton video), 4) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan dipertahankan 20°C, kebisingan), 5) menjelaskan tentang patofisiologi nyeri dan meredakan nyeri, 6) memberikan kolaborasi kepada pasien analgetik (Ibuprofen 2x1 @400mg drip NaCL 100ml dan Antrain inj 3x1 @2ml (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 18 November 2025 membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan respon subjektif pasien memperkenalkan diri dengan perawat dan mengidentifikasi keluhan

pasien saat ini dengan respon objektif pasien mengeluh nyeri dibekas post op. pada pukul 07.35 mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subjektif P: Post Operasi mastektomi Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: dada sampai ke punggung, S: 5 (skala 1-10), T: hilang timbul pasien tampak menyeringai kesakitan berkurang. Pada jam 11.00 memberikan terapi injeksi (iv) Ibuprofen 1x400mg drip NaCL 100ml dan Antrain inj 1x2ml dengan respon objektif pasien nyeri berkurang.

Implementasi hari kedua pada tanggal 19 November 2025 pada jam 10.15 pagi memberikan teknik relaksasi pada saat nyeri dengan teknik nonfarmakologi yaitu distraksi napas dalam, respon subyektif pasien mencoba latih tarik napas dalam dan respon obyektif pasien menerapkan terapi distraksi tarik napas dalam saat nyeri muncul. Memberikan terapi kepada pasien Ibuprofen 1x400mg drip NaCL 100ml dan Antrain inj 1x2ml dengan respon objektif pasien mengobservasi terapi yang diberikan tidak mengalami alergi. Mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif P: nyeri saat bergerak, Q: nyeri tertusuk-tusuk, R: dada kanan atas sampai punggung, Skala : 3 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon obyektif pasien meringis.

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 20 November 2025 pada jam 18.00 dengan memberikan edukasi pada pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur yang di respon subyektif oleh pasien memakan makanan yang bernutrisi dan respon obyektif pasien menerima edukasi dari perawat. Pada jam 18.30 pasien tetap menerapkan teknik distraksi dengan tarik

napas dalam dengan respon obyektif pasien paham cara menerapkan teknik non farmakologis dengan terapi tarik napas dalam. Pada jam 22.00 memberikan terapi kepada pasien Ibuprofen 1x400mg drip NaCL 100ml dan Antrain inj 1x2ml respon subyektif pasien tidak terkaji dan respon obyektif pasien tidak mengalami alergi. Pada jam 23.30 mengobservasi nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif pasien P: nyeri saat bergerak, Q: nyeri tertusuk-tusuk, R: dada kanan atas sampai ke punggung, Skala : 2 (1-10), T: nyeri hilang timbul dan respon obyektif pasien meringis berkurang, nyeri berkurang.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304). Nursing intervention (NIC) adalah Pencegahan infeksi dan perawatan luka

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 18–20 November 2025. Implementasi untuk mencegah infeksi pada luka pasien post operasi Mastektomi dan sectio caesarea BSO TAH (SIKI, 1.14539, Hal: 278) : 1) memonitor tanda dan gejala infeksi, 2) merawat kulit pada area luka dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka, 3) menjelaskan tanda gejala infeksi, 4) mengajarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar, 5) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, 6) menganjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) memberikan hasil kolaborasi antibiotik (Bioplacenton 3x1 500gr) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 18 November 2025 pada jam 07.00 mengobservasi tanda dan gejala infeksi dengan mempertahankan kondisi aseptik pada luka dengan respon obyektif sekitar luka berwarna merah, tidak terdapat pus dan cairan yang keluar berbau khas luka. Pada jam 08.20 mengedukasi pasien dengan menjelaskan tanda dan gejala timbulnya infeksi pada luka setelah operasi dengan respon subyektif pasien mengatakan bagaimana cara mengatasi hal tersebut dan respon obyektif pasien tampak menerima edukasi yang diberikan oleh perawat dan menanyakan kembali bagaimana cara menangani infeksi tersebut.

Implementasi hari ke-2 pada tanggal 19 November 2025 pada jam 12.00 mengedukasi pasien tentang konsep aseptik mencuci tangan dengan respon subyektif pasien mengatakan bagaimana cara mencuci tangan dengan benar dan obyektif pasien tampak bertanya kembali, ingin melatih cara cuci tangan. Pada jam 12.30 diberikan terapi pada pasien Bioplasenton dengan obyektif tidak mengalami alergi.

Implementasi hari ke-3 pada tanggal 20 November 2025 ada jam 11.00 perawat mengobservasi dengan kegiatan pada hari ke dua pasien cara mencuci tangan dengan respon subyektif pasien tetap menerapkan dan respon obyektif pasien tampak mencuci tangan sesuai tata cara yang diberikan oleh perawat. Pada jam 13.30 perawat menganjurkan meningkatkan asupan cairan 1 hari minum 1 air mineral dengan respon obyektif pasien tampak meminum air mineral. Pada jam 15.00 perawat

melihat kondisi luka pada pasien dengan respon obyektif tampak luka kemerahan berkurang, luka tampak mulai menyatu, jahitan kering.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124)

Implementasi untuk memberikan dukungan ambulasi dan dukungan kepatuhan program pengobatan adalah: 1) mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur), 4) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 5) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 18 November 2025 pada jam 10.00 mengobservasi adanya keluhan lain pada pasien dengan respon subyektif mengeluh tidak bisa bergerak, takut jahitan robek kalau bergerak respon obyektif tampak pasien membatasi gerak, mobilisasi kurang, fungsi otot ekstremitas atas 4 dan ekstremitas bawah 4. Pada jam 10.30 mengobservasi keadaan umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 124/85 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 92 x/mnt, RR 20x/mnt, SpO2 99%. Pada jam 11.00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi pasien (pagar tempat tidur untuk membantu pasien miring kanan dan kiri) dengan respon

subyektif pasien dapat melatih otot dan sendi dengan respon obyektif pasien tampak cemas dan posisi menghindari nyeri.

Implementasi hari kedua pada tanggal 19 November 2025 pada jam 13.00 mengobservasi kondisi pasien dengan respon obyektif cek TTV dari tekanan darah 135/87 mmhg, Nadi 104 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 37⁰C, SPO² 99%. Pada jam 15.00 mengajarkan teknik mobilisasi sederhana dengan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dengan respon subyektif saat digerakkan masih sakit dan respon obyektif pasien tampak duduk di tempat tidur secara perlahan dengan bantuan anaknya. Pada jam 15.10 mengedukasi pasien mengapa dilakukan mobilisasi ringan dengan respon subyektif memahami akan kondisi saat ini, respon obyektif tampak memahami teknik mobilisasi yang diberikan oleh perawat. Pada jam 17.00 mengajarkan cara senam mastektomi untuk membantu rentang gerak bahu, mencegah kekakuan otot, mengurangi nyeri serta mempercepat pemulihan dengan gerakan ringan dan dilakukan secara bertahap (memutar bahu, mengayunkan lengan, serta gerakan siku dan bahu).

Implementasi hari ke tiga pada tanggal 20 November 2025 pada jam 10.45 perawat mengobservasi kembali kegiatan yang di terapkan pada pasien dengan respon subyektif pasien mengatakan tetap menerapkan yang diajarkan perawat, respon obyektif pasien tampak latihan mobilisasi yang dilanjutkan dengan senam mastektomi serta respon obyektif pasien tampak melatih gerakan kaki dengan perlahan-lahan, memutar bahu, mengayunkan

lengan, serta gerakan mengangkat bahu keatas kepala, dan menyentuh bahu secara bergantian. Pada jam 11.30 perawat menganjurkan keluarga ikut serta membantu pasien dalam meningkatkan gerakan dengan respon obyektif pasien keluarga membantu pasien duduk di atas tempat tidur atau dengan kondisi semifowler. Pada jam 12.00 perawat melihat kondisi umum pasien dengan respon obyektif tekanan darah 128/87 mmHg, nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,9°C, SPO₂ 99%.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240)

Implementasi yang akan dilakukan memberi dukungan perawatan diri pada pasien post op BSO TAH + Mastektomi (SIKI, 1.11343, Hal: 36): 1) memonitor tingkat kemandirian, 2) identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, 3) menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi), 4) mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 5) memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, 6) menjadwalkan rutinitas perawatan diri, 7) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi hari pertama pada tanggal 18 November 2025 pada jam 08.10 mengobservasi tingkat kemandirian perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ke kamar mandi sulit dan respon obyektif tampak cemas serta tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pada jam 09.00 mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan

diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ingin ke kamar mandi untuk BAB dan respon obyektif pasien tampak tidak menggunakan diapers, terpasang voley kateter, cemas, tegang. Pada jam 09.20 mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri dengan respon subyektif pasien menyisir rambut dan respon obyektif posisi semifowler, tampak perlahan-lahan.

Implementasi hari ke-2 pada tanggal 18 November 2025 pada jam 12.00 mengobservasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri pasien dengan respon subyektif pasien ingin berpaian dan respon obyektif pasien kesulitan menggunakan pakaian, tampak miring kanan dan kiri. Pada jam 12.05 memberikan rasa nyaman dan privasi bagi pasien sebelum dilakukan tindakan dengan respon subyektif bersedia dibantu dan respon obyektif pasien tampak rileks, nyaman, mengenakan pakaian dibantu perawat dan keluarga. Pada jam 13.15 observasi kemandirian melakukan perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan bisa jika tempat terjangkau dan respon obyektif pasien mengambil sisir yang ada di meja samping tempat tidur. Pada jam 15.00 menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan pasien dengan respon subyektif pasien menggapai barang-barang sekitar dan respon obyektif pasien mampu menggapai sisir, kaca.

Implementasi hari ke-3 pada tanggal 18 November 2025 pada jam 11.00 perawat mengobservasi kembali kegiatan yang di terapkan pada pasien dengan respon subyektif pasien mengambil barang disekitar untuk

keperluannya dan respon obyektif pasien tampak dapat menggapai barang-barang, posisi semi fowler, bergerak terbatas. Pada jam 11.30 perawat mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan ingin duduk untuk melakukan cuci muka serta sikat gigi dan respon obyektif pasien dibantu untuk duduk, tampak tegang, tidak cemas. Pada jam 13.00 perawat mengobservasi kemampuan mandiri pasien melakukan perawatan diri dengan respon subyektif pasien mengatakan jika dekat maka saya mengambilnya dan respon obyektif pasien tampak rileks, santai dan mampu melakukan aktifitas sesuai kemampuan mandiri.

F. Evaluasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Bedah Mastektomi). Nursing intervention (NIC) adalah Manajemen nyeri, teknik distraksi tarik napas dalam dan pemberian analgetik.

Evaluasi pada hari ke 1 pada tanggal 18 November 2025 didapatkan nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi, mempunyai riwayat operasi pada tanggal 15 November 2025 Operasi mastektomi. Pengkajian nyeri pada pasien P: Post Operasi mastektomi Q: nyeri tertusuk-tusuk, R: dada dan punggung, S: 4 (skala 1-10), T: hilang timbul pasien tampak menyeringai kesakitan berkurang, tidak ada efek samping terapi obat, nadi 109x/menit, pasien mempraktekkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri. Walau kadang nyeri hilang timbul dengan

sendirinya tetapi pasien mampu menerapkan teknik distraksi tarik napas dalam yang telah diajarkan oleh perawat.

Evaluasi pada hari ke-2 pada tanggal 19 November 2025 didapatkan nyeri dada sampai ke punggung timbul saat bergerak dengan skala nyeri 3 dari 1-10, pengkajian nyeri pada pasien P: Post Operasi mastektomi, Q: nyeri tertusuk-tusuk, R: dada dan punggung, S: 3 (skala 1-10), T: hilang timbul, tampak menyeringai kesakitan, bersifat protektif menghindari nyeri, nadi 100x/menit, pasien paham cara dan tetap mempraktekkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri.

Evaluasi pada hari ke-3 pada tanggal 20 November 2025 didapatkan nyeri berkurang dengan pengkajian nyeri pada pasien P: saat bergerak, Q: nyeri tertusuk-tusuk, R: dada dan punggung, S: 2 (skala 1-10), T: hilang timbul. Pasien Tidak tampak menyeringai kesakitan, pasien tampak rileks, tidak ada efek samping terapi obat, nadi 101x/menit, pasien tetap menerapkan teknik napas dalam guna mengurangi nyeri. Dengan menerapkan teknik napas dalam sangat efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien sehingga dapat mengontrol rasa nyeri yang timbul dan tetap mengkolaborasikan dengan dokter pemberian analgetik.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (SDKI, D.0142, Hal: 304). Nursing intervention (NIC) adalah Pencegahan infeksi dan perawatan luka

Evaluasi hari pertama pada tanggal 18 November 2025 dilakukan setelah 1 hari perawatan didapatkan bahwa pasien dalam kondisi yaitu

ditemukan data suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, akral teraba hangat, luka tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tampak luka mulai menyatu, hasil laboratorium pada tanggal 15 November 2025 leukosit $6,44 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \times 10^3/\mu\text{L}$).

Evaluasi berikutnya yaitu hari ke 2 pada tanggal 19 November 2025 ditemukan data suhu tubuh $36,4^{\circ}\text{C}$, Leukosit $6,44 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00$), pasien, terdapat kemerahan sekitar luka, tidak ada bengkak atau pus, nyeri pada dada menjalar ke punggung, tampak lemas, keluarga pasien dan pasien memahami konsep infeksi dan menerapkan konsep aseptik yaitu dengan cuci tangan.

Evaluasi hari ke 3 ditemukan data suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, akral teraba hangat, luka tampak bersih, basah, tidak ada pus atau rembesan pada kassa, tampak luka mulai menyatu dan menutup, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka, sekitar luka tidak terlihat kemerahan,. Hasil laboratorium pada tanggal 17 November 2025 leukosit $9,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($4,00-10,00 \times 10^3/\mu\text{L}$), hemoglobin $10,79 \text{ g/dL}$ ($13-17 \text{ g/dL}$), eritrosit $3,80 \times 10^6/\mu\text{L}$ ($3,50-5,00 \times 10^6/\mu\text{L}$), trombosit $214,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ ($150-450 \times 10^3/\mu\text{L}$). Data diatas dapat disimpulkan bahwa masalah risiko infeksi teratasi sebagian yang berarti mekanisme adaptasi pasien terhadap gejala infeksi harus tetap dilaksanakan hingga keluar rumah sakit.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan (SDKI, D.0054, Hal: 124)

Evaluasi dilakukan setiap hari pada tanggal 18 November 2025, pada hari pertama tersebut pasien dalam tahap penerimaan pengetahuan terhadap dilakukannya ambulasi, sudah mulai memahami keuntungan dan kerugian tidak dilakukan teknik ambulasi pasien tetap menanyakan ulang apakah boleh beraktivitas biasa, tampak tidak dapat melakukan ambulasi, pasien tampak gelisah, tegang, sulit tidur, membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 4 dan bawah 4, ROM pasif, bedrest atau tirah baring dengan hasil tekanan darah 128/80 mmhg, Nadi 109 x/menit, RR /menit, Suhu 36,50C, SPO² 99%.

Pada hari ke dua perawatan pada tanggal 19 November 2025, pasien melakukan aktivitas ringan seperti duduk, pasien tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tidak membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 4 dan bawah 5, ROM aktif, posisi semi fowler dengan TTV tekanan darah 125/70 mmhg, nadi 95 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, SPO² 99%.

Pada hari ke tiga perawatan pada tanggal 20 November 2025, pasien mampu melakukan aktivitas seperti duduk, pasien tidak tampak gelisah, tegang, sulit tidur, tidak membatasi gerak, kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 5, ROM aktif, posisi semi fowler dengan tekanan darah 128/87 mmhg, nadi 102 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,9°C, SPO² 99%. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut mampu melakukan teknik ambulasi dan senam mastektomi

dengan kondisinya saat ini, artinya teknik ambulasi dan senam mastektomi tetap dipertahankan sampai kondisi benar-benar membaik.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI, D.0109, Hal: 240) implementasi yang akan dilakukan memberi dukungan perawatan diri pada pasien post op BSO TAH + Mastektomi (SIKI, 1.11343, Hal: 36): 1)

Evaluasi pada hari ke 1 pada tanggal 18 November 2025 didapatkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri, mempunyai riwayat operasi pada tanggal 15 November 2025 BSO TAH pengangkatan rahim atau uterus dan Mastektomi. Keadaan pasien cukup kesadaran kompos mentis pasien tampak tidak rapi, ganti pakaian sekali sehari, rambut terlihat kusut.

Evaluasi pada hari ke 2 pada tanggal 19 November 2025 kemandirian dalam perawatan diri cukup karena pasien mampu melakukan kegiatannya dengan cara menggapai, pasien tampak rapi, klien diseka sehari sekali, ganti pakaian dibantu keluarga dan perawat, mengosok gigi setiap hari, pasien mempertahankan kemandirian perawatan dirinya.

Evaluasi pada hari ke-3 pada tanggal 20 November 2025 didapatkan data pasien mempertahankan kemandirian perawatan dirinya dengan menyisir rambut, gosok gigi, rias diri. Pasien Tidak tampak rileks, santai dan cemas berkurang karena pasien dapat melakukan perawatan diri sebagian dibantu dengan keluarga saat melakukan BAB dan BAK yang dipasang diapers. Dengan menerapkan perawatan diri secara mandiri yang

dapat dilakukan oleh pasien dan tetap mengkolaborasikan dengan dokter pemberian analgetik.