

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Ny.M
DENGAN *CARCINOMA MAMMAE*



Oleh :
KHUS NUR ROFIK
NIM : 2317019

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Ny.M
DENGAN *CARCINOMA MAMMAE*

Tugas akhir ini untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma
III keperawatan Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

KHUS NUR ROFIK
NIM : 2317019

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : KHUS NUR ROFIK

NIM : 2317019

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, Mei 2020

Pembuat pernyataan



KHUS NUR ROFIK

NIM:2317019

LEMBAR PERSETUJUAN
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Ny.M
DENGAN *CARCINOMA MAMMAE* DI RUANG
CENDANA 1 IRNA I RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA

OLEH :
KHUS NUR ROFIK
NIM : 2317019

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal

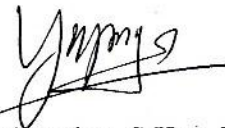
.....28-06-2020.....

Pembimbing I



Dwi Wulan M, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK : 114199035

Pembimbing II



Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK : 11411116

LEMBAR PENGESAHAN
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN DENGAN
***CARCINOMA MAMMAE* DI RUANG CENDANA 1**
IRNA I RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA

OLEH :
KHUS NUR ROFIK
NIM : 2317019

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal

.....01 Juli 2020.....

Dewan Penguji

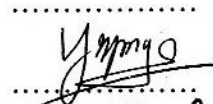
Dwi Wulan M, S.Kep.,Ns.,M.Kep

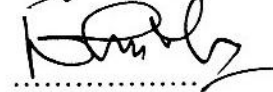
Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Nuryandari, SKM.,M.Kes

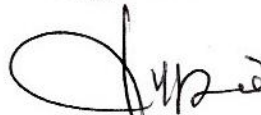
Tanda Tangan







Mengesahkan
Direktur Akper "YKY"
Yogyakarta



Tri Arini, S.kept.,Ns.,M.Kep
NIK : 114103052

MOTTO

Kejarlah akhiratmu, maka kehidupan duniamu akan mengikuti.

(Ny.Hj. Walidah Moenawir)

Tidak ada kesuksesan tanpa usaha keras dan doa kedua orang tua.

(Khus Nur Rofik)

Hanya kepada engkaulah (ALLAH SWT) kami menyembah dan hanya kepada
engkaulah (ALLAH SWT) kami memohon pertolongan.

(Q.S, Al Fatihah)

PERSEMBAHAN

1. Untuk kedua orang tuaku tercinta yang selalu memberikan kasih sayang serta memberiku dorongan baik moril, materil, dan doa restu yang senantiasa menemani setiap langkahku.
2. Untuk keluarga simbah amat kusman dan simbah amat dakuri terimakasih untuk dukungan, doa, dan memberikan semangat sehingga saya biasa terus berjuang untuk masa depan saya.
3. Untuk adik saya Nur Aziz Hanafi tetap semangat belajar dan terus berjuang meraih kesuksesan.
4. Untuk dosen dan karyawan AKPER “YKY” terimakasih telah mendidik kami dengan sabar serta memberikan fasilitas pendidikan yang layak sehingga kami dapat menjadi lebih baik.
5. Untuk syam serta aura teman sekelompok pembuatan tugas akhir ini, terimakasih telah menemani pembuatan tugas akhir ini dikala susah maupun senang, semangat terus dan semoga kalian sukses selalu.
6. Buat teman-teman seperjuangan : Akbar, Adit, Fahrul, Yuda Rizki, Gigih, Rio, keluarga kelas “A” AKPER “YKY” serta teman-teman angkatan 23 “AKPER YKY” tetap semangat dan terus berjuang jangan sampai berhenti sampai disini, sukses selalu untuk kalian.
7. Buat almamaterku “YKY” tercinta.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : “Gambaran Nyeri Akut pada pasien *Carcinoma mammae* Di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”.

Karya Tulias Ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan penelitian program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka bersama ini perkenakan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Tri Arini, S.kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dwi Wulan Minarsih, S.Kep., Ns., M.Kep dan Yayang harigustian, S.kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberi saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

3. Nuryandari, SKM.,M.Kes selaku dosen penguji yang berkenan membimbing dan membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Seluruh dosen dan staf karyawan Akademik Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang turut mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari atas keterbatasan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga masih banyak kekurangan. Oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Yogyakarta, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Halaman pernyataan Keaslian.....	iii
Halaman persetujuan.....	iv
Halaman pengesahan.....	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Bagan.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Abstrak.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi dokumentasi.....	6
D. Ruang Lingkup.....	8
E. Manfaat Studi dokumentasi.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Landasan Teori.....	10
1. Anatomi Payudara.....	10
2. <i>Carcinoma Mamme</i>	12
3. Nyeri.....	25
4. Gambaran asuhan keperawatan <i>carcinoma mammae</i>	46
B. Kerangka Teori.....	50
BAB III METODE STUDI	
DOKUMENTASI.....	51
A. Jenis Dan Rancangan Penelitian.....	51
B. Objek Penelitian.....	51
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	51
D. Definisi Operasional.....	52
E. Instrumen Penelitian.....	53
F. Teknik Pengumpulan Data.....	53
G. Analisa Data	54
H. Etika Studi dokumentasi.....	54
I. Kerangka Alur Penelitian.....	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
A. Hasil.....	56
B. Pembahasan.....	60

C. Keterbatasan Studi Dokumentasi.....	73
BAB VI PENUTUP	
.....	74
A. Kesimpulan..... x	74
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori.....	xi54
Bagan 3.1 Kerangka Alur Penelitian.....	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi payudara.....	10
Gambar 2.2 skala VAS.....	31
Gambar 2.3 skala Wong Baker.....	32

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Berita Acara Pelaksanaan Bimbingan

Studi Dokumentasi: Nyeri Akut Pada Pasien Dengan *Carcinoma mammae*

Khus Nur Rofik¹, Dwi Wulan Minarsih², Yayang Harigustian³

Email: khusnurrofik1997@gmail.com

Abstrak

Carcinoma Mammae adalah suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma yang merupakan pertumbuhan sel payudara yang tidak terkontrol karena pertumbuhan abnormal dari gen yang bertanggung jawab atas pengaturan pertumbuhan sel. *Carcinoma mammae* merupakan penyebab kematian tertinggi akibat kanker setelah kanker paru. Pada penduduk perempuan, *Carcinoma mammae* masih menempati urutan pertama kasus baru dan kematian, yaitu sebesar 43,3% kasus baru dan 12,9% kematian (Maria, I 2017).

Studi dokumentasi untuk mengetahui gambaran Nyeri akut pada pasien *Carcinoma Mamae* di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Metode penelitian ini menggunakan metode studi dokumentasi yang di dapat dari data Karya Tulis Ilmiah pada tahun 2019 yang melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa, menyusun perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang di lakukan pada tanggal 8 April 2019 sampai dengan 10 April 2019 di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Dari hasil pengkajian studi dokumentasi di dapatkan bahwa pasien mengatakan nyeri di paha kirinya dengan skala nyeri 4, muncul masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x34 jam masalah nyeri akut teratasi sebagian. Setelah dilakukan studi dokumentasi didapatkan gambaran nyeri akut pada pasien carcinoma mammae. Dalam penulisan studi dokumentasi ini penulis dapat memberikan saran bagi institusi Akper “YKY” dan peneliti yaitu sebaiknya dalam melakukan bimbingan menggunakan aplikasi zoom atau semacamnya sehingga dalam bimbingan KTI bisa tetap optimal dan bagi penulis diharapkan sebelum melakukan studi dokumentasi penulis mengecek kelengkapan data asuhan keperawatan sebelumnya, sehingga dalam pembuatan KTI studi dokumentasi bisa tetap optimal.

Kata kunci: *Carcinoma mammae*, nyeri akut, Studi dokumentasi, Akper “YKY”.

Abstract

Carcinoma Mammae is a malignant neoplasm originating from parenchyma which is an uncontrolled growth of breast cells due to abnormal growth of the gene responsible for regulating cell growth. Mammary carcinoma is the highest cause of death from cancer after lung cancer. In the female population, *Carcinoma mammae* still ranks first in new cases and deaths, amounting to 43.3% of new cases and 12.9% of deaths (Maria, I 2017).

Documentation study to find out the picture of acute pain in *Carcinoma Mamae* patients in Sandalwood Room 1 IRNA 1 Dr. Sardjito Yogyakarta. This research method uses the documentation study method obtained from Scientific Writing data in 2019 which carries out nursing care starting from the assessment, enforcement of diagnosis, planning, implementation and evaluation carried out on April 8, 2019 until April 10, 2019 in the Room Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

From the results of the study documentation study found that the patient said pain in his left thigh with a scale of pain 4, appeared acute pain problems associated with biological injury agents after nursing action for 3x34 hours the problem of acute pain partially resolved. After doing a documentation study, it was found that acute pain in carcinoma mammary patients. In writing this documentation study, the writer can give advice for the Akper "YKY" institution and researchers, which is better in conducting guidance using the zoom application or the like so that the KTI guidance can remain optimal and for the writer, it is expected that before conducting the documentation study, the author checks the completeness of the data of previous nursing care, so that in making KTI the study of documentation can remain optimal.

Keywords: Carcinoma mammae, acute pain, documentation study, Akper YKY.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Carcinoma mammae adalah tumor ganas yang berawal dari dalam sel-sel payudara. Hampir seluruhnya penyakit *carcinoma mammae* ini terjadi pada wanita, tetapi pria juga bisa mendapatkannya. Secara umum diperkirakan *Carcinoma mammae* merupakan penyebab kematian tertinggi akibat kanker setelah kanker paru. Pada penduduk perempuan, *Carcinoma mammae* masih menempati urutan pertama kasus baru dan kematian, yaitu sebesar 43,3% kasus baru dan 12,9% kematian (Maria, I 2017)

Menurut Abdullah. N (2013) *Carcinoma mammae* merupakan suatu jenis kanker yang dapat menyerang siapa saja baik kaum wanita maupun pria. Hingga kini *Carcinoma mammae* masih menjadi momok terutama pada kaum wanita, oleh karena itu *Carcinoma mammae* ini diidentikkan dengan sebuah keganasan yang dapat berakibat pada kematian. *Carcinoma mammae* adalah keganasan yang terjadi pada kantung atau saluran penghasil susu. Tingkat bahaya keganasan kanker pada payudara sama saja. Hanya saja, jumlah penderita *Carcinoma mammae* lebih banyak (sekitar 90%).

Berdasarkan data *Global Burden Cancer* (2015), di Amerika Serikat pada tahun 2015 terdapat 231.840 kasus baru *Carcinoma mammae* dan diestimasi sebanyak 40.290 wanita yang meninggal dunia. Pada tahun 2016 diestimasi jumlah kasus baru meningkat menjadi 246.660 kasus dan sebanyak 40.450 wanita yang meninggal akibat *Carcinoma mammae*. *Carcinoma mammae* di Asia menempati urutan pertama penyakit pada wanita. Estimasi insidensi *Carcinoma mammae* pada tahun 2012 di Asia adalah sebesar 650.983 kasus (21,2%). Estimasi kematian akibat *Carcinoma mammae* adalah sebesar 231.013 (12,8%).

Menurut WHO 8-9% wanita akan mengalami *Carcinoma mammae*. Ini menjadikan *Carcinoma mammae* sebagai jenis kanker yang paling banyak ditemui pada wanita. Setiap tahun lebih dari 250.000 atau setiap jam terdapat 28 kasus baru *Carcinoma mammae* terdiagnosa di Eropa dan kurang lebih 175.000 atau setiap jam terdapat 19 kasus baru *Carcinoma mammae* terdiagnosa di Amerika Serikat. Selain itu menurut NCI (*National Cancer Institute*) terdapat perkiraan kasus baru 232.340 wanita dan 2.240 pria sedangkan kasus kematian akibat *Carcinoma mammae* sejumlah 39.620 wanita dan 410 pria (NCI, 2013). Di Indonesia setiap tahun 1: 3 wanita per 1000 penduduk *Carcinoma mammae*. *Carcinoma mammae* menduduki peringkat kedua dari semua tipe di

Indonesia 20%. Berdasarkan Riskesdas (2013) prevalensi dan estimasi jumlah penderita *Carcinoma mammae* di D.I. Yogyakarta sebesar 2.4 %.

Dalam penelitian Maria.I (2017) faktor risiko yang diketahui dapat menyebabkan *Carcinoma mammae* secara luas dibagi menjadi tiga kategori yaitu hormonal/reproduksi, intrinsik, dan yang diperoleh. Faktor hormonal adalah eksposur hormon steroid. Faktor risiko intrinsik adalah herediter atau yang berkaitan genetik. Faktor risiko yang diperoleh adalah pola hidup atau faktor lingkungan.

Menurut Nuracmah (2010) pengobatan terhadap penyakit *Carcinoma mammae* mempengaruhi segala aspek kehidupan manusia seperti aspek fisiologis, psikologis dan sosial. Salah satu bentuk masalah yang timbul dalam aspek psikologis yaitu menunjukkan bahwa pasien *Carcinoma mammae* mengekspresikan ketidakberdayaan, nyeri, kecemasan, rasa malu harga diri menurun, stress, dan amarah.

Akibat dari keterlambatan menentukan diagnosis dan penatalaksanaan serta terapi yang tidak tepat dan adekuat penyakit *carcinoma mammae* dapat menyebabkan kegawatan. Kegawatan dari *Carcinoma mammae* berasal dari jaringan epitel dan paling sering terjadi pada system duktal, awalnya terjadi hyperplasia sel dengan berkembang sel atipik. Sel ini akan berlanjut menjadi *carcinoma* insitu dan menginvasi stoma. *Carcinoma* membutuhkan waktu tujuh tahun

untuk bertumbuh dari sel tunggal sampai menjadi massa yang cukup besar untuk dapat diraba (berdiameter 1 cm). Pada ukuran itu seperempat ukuran *carcinoma mammae* telah bermetastase. Sel *carcinoma* akan tumbuh terus menerus dan sulit untuk dikendalikan. *Carcinoma mammae* bermetastase dengan menyebar langsung ke jaringan sekitarnya dan juga melalui saluran limfe dan aliran darah (American cancer society, 2011).

Dalam upaya penanganan Pasien *Carcinoma mammae* tidak lepas dari peran perawat, dimana peran perawat pada pasien *Carcinoma mammae* menurut Faria. L (2014) adalah membantu pasien beradaptasi pada perubahan yang terjadi. Perawat adalah salah satu anggota tim kesehatan mempunyai peran dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien *Carcinoma mammae* yang meliputi peran sebagai pelaksana, pendidik, dan peneliti. Peran perawat sebagai pelaksana yaitu perawat memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan *Carcinoma mammae* melalui proses keperawatan yang melalui pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Perawat sebagai pendidik adalah memberikan pendidikan kesehatan meliputi proses penyakit, penatalaksanaan serta perawatan pada pasien dengan *Carcinoma mammae* yang berupa pemenuhan segala aspek kehidupan manusia seperti aspek fisiologis, psikologis, sosial dan segala bentuk

pemeriksaan penunjang yang nantinya akan dijalani oleh pasien. Perawat sebagai peneliti adalah meneliti masalah keperawatan pada pasien dengan *Carcinoma mammae* dalam rangka mengembangkan ilmu keperawatan melalui riset keperawatan serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Menurut Judith dan Nancy (2011) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *Carcinoma mammae* adalah gangguan rasa nyaman yang berhubungan dengan penyakit (kompresi atau distruksi, jaringan saraf, infiltrasi saraf, atau suplai vaskulernya, obstruksi jaringan saraf inflamasi dan adanya penekanan masa tumor), nyeri berhubungan dengan penyakit, ansietas berhubungan dengan krisis situasi. Penanganan nyeri yang tidak baik, akan menyebabkan kegawatan menjadi nyeri kronik. Nyeri akut juga dapat mempengaruhi aspek psikologis dan aspek fisik dari penderita. Aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian, dan perilaku, serta gangguan tidur. Aspek fisik, nyeri dapat mempengaruhi peningkatan morbiditas dan angka mortalitas (Wardani, 2018).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat studi dokumentasi tentang Gambaran nyeri akut pada pasien *Carcinoma mammae* di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang di kemukakan tersebut, penulis merumuskan masalah studi dokumentasi yaitu :
 “Bagaimanakah gambaran nyeri akut pada pasien dengan carcinoma mammae di ruang cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan evaluasi keperawatan dan mendokumentasianya?”

C. Tujuan Studi dokumentasi

1. Tujuan umum

Tujuan umum studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran Nyeri akut pada pasien *Carcinoma Mammae* di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

Tujuan studi dokumentasi ini untuk diketahuinya :

- a. Diketahuinya gambaran dari hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian keperawatan nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta.
- b. Diketahuinya gambaran dari hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

- c. Diketuainya gambaran dari hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- d. Diketuainya gambaran dari hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan keperawatan nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- e. Diketuainya gambaran evaluasi keperawatan nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- f. Diketuainya gambaran dokumentasi mengenai nyeri akut pada pasien dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Medikal bedah khususnya pada system reproduksi. Materi yang dibahas adalah: Gambaran nyeri akut Ny.M dengan *carcinoma mammae* yang dirawat di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan

menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus tahun 2019.

E. Manfaat Studi dokumentasi

Studi dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis

Menambah wawasan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dalam bidang keperawatan khususnya nyeri akut dengan pasien *carcinoma mammae*.

2. Praktis

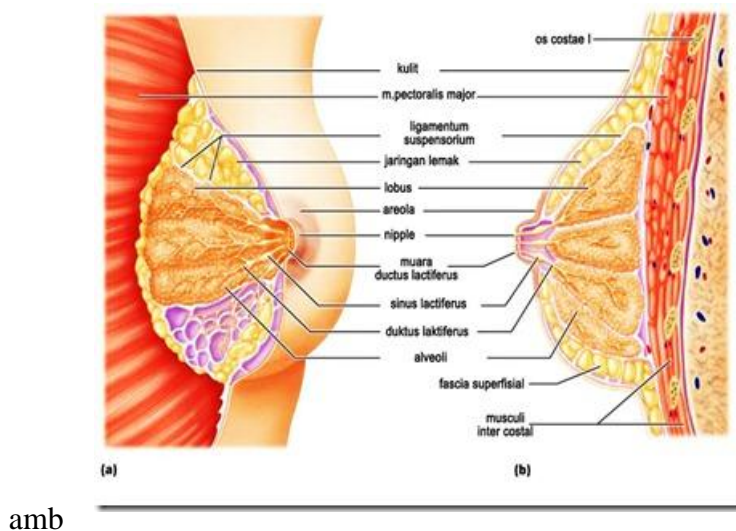
- a. Memperoleh pengalaman nyata dalam mengaplikasikan proses keperawatan dalam bentuk studi Dokumentasi tentang gangguan kebutuhan nyeri akut pada pasien *carcinoma mammae*
- b. Diharapkan studi dokumentasi ini dapat dijadikan tambahan pengetahuan bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasiannya pada nyeri akut dengan *carcinoma mammae*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Anatomi payudara



amb

ar 2.1 anatomi payudara

Sumber : (Kirnantoro & Maryana, 2019)

a) Kalang Payudara (Areola *Mamae*)

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgomery yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan dan dapat melicinkan kalang payudara selama menyusui. Pada payudara

terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu.

b) Putting Susu

Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dari duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler, sehingga bila ada kontraksi maka duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan putting susu ereksi, sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali putting susu tersebut. Payudara terdiri dari 15-25 lobus. Masing-masing lobules terdiri dari 20-40 lobulus. Selanjutnya, masing-masing lobules terdiri dari 10-100 alveoli dan masing-masing dihubungkan dengan saluran air susu (sistem duktus) sehingga merupakan suatu pohon.

c) Korpus

Alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Lobulus, yaitu kumpulan dari alveolus. Lobus, yaitu beberapa lobulus yang terkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI diasalurkan dari alveolus kedalam saluran kecil (duktus), kemudian beberapa duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus). (Kirnantoro & Maryana, 2019)

2. *Carcinoma mammae*

a. Definisi

Carcinoma mammae didefinisikan sebagai suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma yang merupakan pertumbuhan sel

payudara yang tidak terkontrol karena perubahan abnormal dari gen yang bertanggung jawab atas pengaturan pertumbuhan sel. (Putra, 2015)

b. Etiologi

Penyebab *Carcinoma mammae* belum dapat ditentukan. Tetapi teori sebab akibat mencakup mekanisme hormonal yang melibatkan steroid endogen, agens virus, transmisi genetik, dan defisiensi imun. (Smetlzer, Susan. C, 2014)

Menurut Putra (2015) faktor resiko munculnya *Carcinoma mammae* terdiri atas :

1. Faktor resiko yang dapat diubah (dikendalikan)
 - a) Obesitas (berat badan atau kegemukan berlebih)
 - b) Diet tidak sehat
 - c) Pecandu alkohol
 - d) Perokok berat
 - e) Kontrasepsi pil
 - f) Stress
2. Faktor resiko yang tidak dapat diubah (tidak dapat dikendalikan)
 - a) Faktor genetik atau keturunan
 - b) *Breast Cancer Susceptibility gene* (BRCA)
 - c) Ras
 - d) Faktor seks atau jenis kelamin
 - e) Faktor usia (lebih dari 75% kanker payudara terjadi setelah wanita berusia 40 tahun)

- f) Faktor hormon (riwayat kehamilan, riwayat menyusui, riwayat haid, penggunaan hormon estrogen eksternal, seperti terapi sulih hormon, pil KB yang mengandung esterogen saja).

c. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala *carcinoma mammae* kini mempunyai ciri fisik yang khas, mirip pada tumor jinak, masa lunak, batas tegas, mobile, bentuk bulat, dan elips. Gejala *carcinoma* kadang tak nyeri, kadang nyeri adanya keluaran dari putting susu, putting gatal, mengeras, asimetris, inversi, gejala lain nyeri tulang, berat badan turun, dapat sebagai petunjuk sebagai adanya metastase (Smetlzer, Susan. C, 2014).

Gejala klinis *carcinoma mammae* secara garis besar terbagi menjadi 2 yaitu:

1. Benjolan pada payudara. Umumnya berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara. Benjolan itu mula-mula kecil makin lama makin membesar lalu melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada putting susu.
2. Erosi atau eksema putting susu. Kulit atau putting susu menjadi tertarik ke dalam (retraksi), berwarna merah muda atau kecoklatan sampai menjadi oedema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk (*peau d'orange*), mengkerut, atau timbul borok (ulkus) pada payudara. Semakin lama ulkus itu semakin besar dan semakin mendalam, sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara. Biasanya berbau busuk dan mudah berdarah, ciri-ciri lainnya antara lain:
 - a) Pendarahan pada putting susu

- b) Adanya ruam-ruam pada kulit sekitar payudara, areola atau puting terlihat bersisik, memerah dan membengkak.
- c) Keluar cairan dari puting susu
- d) Puting susu menjadi lunak
- e) Kulit payudara membengkak dan menebal
- f) Cekungan atau kerutan pada kulit payudara
- g) Rasa gatal dan ruam merah yang tidak kunjung sembuh di puting
- h) Terdapat benjolan di daerah bawah lengan
- i) Perubahan ukuran atau bentuk payudara (*asimetris*)
- j) Puting susu tertekan kedalam (sebagian atau seluruhnya)
- k) Pada umumnya, rasa sakit atau nyeri baru timbul bila tumor sudah besar, sudah timbul ulkus, atau ada *metastase* ke tulang-tulang
- l) Timbul pembesaran kelenjar getah bening di ketia, bengkak (edema) pada lengan, dan penyebaran kanker keseluruh tubuh.

Gejala *carcinoma mammae* lanjut sangat mudah dikenali dengan mengetahui kriteria *operabilitas Heagensen* sebagai berikut :

1. Terdapat edema luas pada kulit payudara (lebih 1/3 luas kulit payudara)
2. Adanya nodul satelit pada kulit payudara
3. *Carcinoma mammae* jenis mastitis karsinimatososa
4. Terdapat model parasternal
5. Terdapat nodul supraklavikula
6. Adanya edema lengan
7. Adanya metastase jauh

d. Patofisiologi

Sel-sel kanker dibentuk dan sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi. Fase inisiasi pola tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bentuk genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetik selain disebabkan oleh suatu agen yang karsinogen, yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi (penyinaran) atau sinar matahari. Kelainan genetik dalam sel atau bahan lainnya yang disebut promotor, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik manapun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan. Fase promosi pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melalui tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi. Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (Nugroho, 2011).

Lobular carcinoma in situ (LCIS), lobular neoplasia ditandai oleh adanya perubahan sel dalam lobulus atau lobus. Resiko untuk menderita *carcinoma mammae* invasif sedikit lebih kecil dibanding *ductal carcinoma in situ* (DCIS). Disebut juga *lobular intraepithelial neoplasia* saat ini kebanyakan pakar meyakini *Lobular carcinoma in situ* (LCIS) bukan lesi premalinal tapi merupakan marker untuk peningkatan resiko *Carcinoma mammae*.

Ductal carcinoma in situ (DCIS). In situ berarti di tempat, sehingga duktal carcinoma in situ berarti pertumbuhan sel tak terkontrol yang masih dalam duktus (belum menembus membran basalis). Oleh karena itu beberapa pakar meyakini *Ductal carcinoma in situ* (DCIS)

merupakan lesi precancer. *Carcinoma invasif, carcinoma mammae* invasif merupakan tumor yang secara histologik heterogen. Mayoritas tumor ini adalah adeno *carcinoma* yang tumbuh dari terminal duktus (Suyatno & Pasaribu, 2014).

e. Klasifikasi

Menurut Herdman, T.H (2012) berikut adalah klasifikasi dari *carcinoma mammae* :

1. *Carcinoma mammae* invasive

Sel kanker merusak saluran dan dinding kelenjar payudara serta menyerang lemak dan jaringan konektif payudara disekitarnya. Kanker dapat bersifat invasive (menyerang) tanpa selalu menyebar (*metastatic*) ke simpul limfa atau organ lain dalam tubuh. Pada tahap ini, kanker telah menyebar keluar bagian kantong payudara dan menyerang jaringan sekitarnya, bahkan menyebabkan penyebaran (*metastase*) kebagian tubuh lainnya, seperti kelenjar limfa dan lainnya melalui peredaran darah.

2. *Carcinoma mammae* Non invasive

Kanker yang terjadi pada kantong (tube) payudara (penghubung antara alveolus, kelenjar yang memproduksi asi, dan puting payudara). Dimana kanker belum menyebar ke bagian luar jaringan kantong payudara. Sel kanker terkunci dalam saluran payudara dan tidak menyerang lemak dan jaringan konektif payudara sekitarnya.

3. *Paget's Disease*

Jenis *carcinoma mammae* ini berawa dari saluran payudara, kemudian menyebar kekulit areola dan puting. Kanker ini terjadi hanya sekitar 1%

dari seluruh julah wanita. Kulit payudara pecah-pecah, memerah, dan mengeluarkan cairan. Berbeda dari klasifikasi jenis *carcinoma mammae* berdasarkan sifat seranganya tersebut, Dixon M., dkk (2015) mengklasifikasi jenis *carcinoma mammae* sebagai berikut:

1. Tumor primer (T)

- a) Tx : tumor primer tidak dapat di tentukan
- b) To : tidak terbukti adanya tumor primer
- c) Tis : kanker in situ, paget's disease pada papilla tanpa teraba tumor
- d) T1 : tumor <2 cm
- e) T1a : tumor <0,5 cm
- f) T1b : tumor 0,5-1 cm
- g) T1c : tumor 1-2 cm
- h) T2 : tumor 2-5 cm
- i) T3 : tumor diatas 5cm
- j) T4 : tumor tanpa memandang ukuran, penyebaran langsung ke dinding thorax atau kulit
- k) T4a : melekat pada dinding dada
- l) T4b : edema kulit, ulkus, peau d'orange, satelit
- m) T4c : t4a dan t4b, serta
- n) T4d : *mastitis karsinomatosis*

2. Nodus limfa regional (N)

- a) Nx : pembesaran kelenjar regional tidak dapat ditentukan
- b) No : tidak teraba kelenjar axial

- c) N1 : teraba pembesaran kelenjar axila homolateral yang tidak melekat
- d) N2 : teraba pembesaran kelenjar axila homolateral yang melekat satu sama lain atau melekat pada jaringan sekitarnya
- e) N3 : terdapat kelenjar mamaria interna homolateral, serta

3. Metastase jauh (M)

- a) Mx : metastase jauh tidak dapat ditemukan
- b) M0 : tidak ada metastase jauh
- c) M1 : terdapat metastase jauh, termasuk kelenjar subklavikula

Selain mengenal jenis dan klasifikasi carcinoma mammae, pemahaman terhadap stadium (tingkat penyebaran) carcinoma mammae juga sangat penting. Banyak cara untuk menentukan stadium, namun yang paling banyak dianut saat ini yaitu berdasarkan klasifikasi system TNM yang di rekomendasikan oleh international union against cancer (IUAC) dari WHO atau word health organizational American joint Committee On Cancer (AJCC) yang di seponsori oleh American Cancer Society dan American Collage og Surgeons. Ketiga faktor T, N, M dinilai baik secara klinik sebelum dan sesudah oprasi, serta dilakukan pemeriksaan histopatologi (PA). pada *carcinoma mammae*, penilaian pada TNM adalah sebagai berikut :

1. T (tumor size), ukuran tumor terdiri dari:

- a) T 0 : tidak ditemukan tumor primer
- b) T 1 : ukuran tumor diameter 2 cm atau kurang
- c) T 2 : ukuran tumor diameter 2-5 cm

- d) T 3 : ukuran tumor diameter > 5 cm
- e) T 4 : ukuran tumor berapa saja, tetapi sudah menyebar ke kulit, dinding dada, atau pada keduanya dapat berupa ulkus, edema, atau bengkak. Kulit payudara kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit di luar tumor utaa.

2. N (node), kelenjar getah bening regional (kgb)

- a) N 0 : tidak terdapat metastasis pada kgb regional di ketiak
- b) N 1 : ada metastasis ke kgb axilla yang masih dapat digerakan
- c) N 2 : ada metastasis ke kgb axilla yang sulit digerakan
- d) N 3 : ada metastasis ke kgb di atas tulang selangka (*supraclavícula*) atau pada kgb di mammae internal di dekat tulang sternum.

3. M (metastasis), penyebaran jauh

- a) M x : metastasis jauh belum dapat dinilai
- b) M 0 : tidak terdapat metastasis jauh
- c) M 1 : terdapat metastasis jauh

Setelah masing-masing faktor T, N, M didapatkan, ketiga faktor tersebut digabung dan didapatkan stadium kanker sebagai berikut

:

1. Stadium 0 : T0 N0 M0
2. Stadium 1 : T1 N0 M0
3. Stadium II A : T0 N1 M0 / T1 N1 M0 / T2 N0 M0
4. Stadium II B : T2 N1 M0 / T3 N0 M0
5. Stadium III A : T0 N2 M0 / T1 N2 M0 / T2 N2 M0 / T3 N1 M0 / T2 N2 M0

6. Stadium III B : T4 N0 M0 / T4 N1 M0 / T4 N2 M0
7. Stadium III C : Setiap T N 3 M0
8. Stadium Iv : setiap T-setiap N-M1 (Sitiatava Rizema Putra, 2015).

f. Komplikasi

Menurut Wijaya (2013) komplikasi *carcinoma mammae* sebagai berikut :

1. Metastase ke jaringan sekitar melalui saluran limfe dan pembuluh darah kapiler (penyebaran darah limfogen dan hematogen), penyebaran hematogen dan limfogen dapat mengenai hati, paru, pleura, tulang, sumsum tulang, otak syaraf.
2. Gangguan neurovaskuler
3. Faktor patologi
4. Fibrosis payudara
5. Kematian

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu penegakkan diagnosis *carcinoma mammae* adalah :

1. Scan (missal : MRI, CT, gallium, bone, foto thorax). Dilakukan untuk diagnostic, identifikasi metastasik dan evaluasi.
2. USG abdomen.
3. Mammografi (menggunakan sinar X terhadap payudara)
4. Biopsi (mengambil contoh jaringan payudara untuk mengetahui adanya sel *carcinoma mammae*)
5. Penanda tumor

6. Pemeriksaan laboratorium (alkaline phosphatase , SGOT, SGPT, tumor marker) (Putra, 2015)

h. Penatalaksanaan

Pengobatan *Carcinoma mammae* bertujuan untuk mendapatkan kesembuhan yang tinggi dengan kualitas hidup yang baik. Secara spesifik disebutkan bahwa pengobatan *Carcinoma mammae* yang penerapannya banyak tergantung pada stadium klinik penyakit yaitu operasi (pembedahan), radiasi, dan kemoterapi.

1. Operasi (pembedahan)

Oprasi merupakan modalitas utama untuk penatalaksanaan *carcinoma mammae*. Modalitas ini memberikan kontrol lokoregional yang dapat dibuktikan dengan pemeriksaan histopatologi dan dari specimen oprasi dapat ditentukan tipe dan grading tumor, status kgb aksila, faktor prediktif dan faktor prognosis tumor. Berbagai jenis oprasi pada *carcinoma mammae* yaitu:

a) *Classic radical mastectomy* (CRM) adalah oprasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, nipple areola komplek, kulit diatas tumor, otot pektoralis, mayor dan minor serta diseksi aksila level I-III. Oprasi ini dilakukan bila ada infiltrasi tumor ke fascia atau otot pectoral tanpa ada metastasis jauh.

b) *Modified radical mastectomy* (MRM) adalah oprasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, nipple areola komplek, kulit diatas tumor dan fascia pectoral serta diseksi aksila level I-II. Oprasi ini dilakukan pada *carcinoma mammae* stadium dini dan lokal lanjut. Merupakan jenis oprasi yang banyak dilakukan. Oprasi ini hamper

sama dengan operasi *radical mastectomy*, perbedaanya hanya pada pectoralis mayor atau minor. Pada *modified radical mastectomy* cara patey *m.pectoralis mayor* tetap dipertahankan, *m.pectoralis minor* diangkat, cara ini dalam upaya tetap mempertahankan lokal control yang baik dengan mutilasi yang tidak sehebat pada *radical mastectomy*. Terapi operasi ini lebih sukar dan lama sedikit dibandingkan dengan *radical mastectomy*.

Berikut adalah perawatan *post modified radical mastectomy*:

- (1) Perawatan insisi. Ganti balutan setelah mencuci tangan, gunakan teknik bersih. Inpeksi aadanya kemerahan, pembengkakan, drainase, atau pemisahan tepi insisi. Hindari *mengkonstriksi* sirkulasi, mencukur aksila, dan menggunakan krim obat penghilang bulu aksila dan deodorant yang kuat. Waspada kemungkinan kehilangan penurunan sensasi disekitar luka, yang mungkin dapat berlangsung secara permanen.
- (2) perawatan drain. Drain sering kali dibiarkan di tempatnya selama beberapa waktu setelah pulang. Di rumah sakit, lakukan pengosongan, pengukuran, dan pencatatn haluaran drain. Biasanya, wadah dikosongkan setiap 8 jam. Minum banyak cairan karena dengan mempertahankan asupan cairan akan mempercepat pemulihan. Apabila drainase telah cukup berkurang, dokter akan melepas drain.
- (3) perawatan lengan yang sakit. Hindari pakaian ketat. Sokong selalu lengan yang sakit, jangan digantung, dan lindungi selama aktivitas seperti memasak, berkebun, dan menjahit. Apabila sensai anda

menurun, posisikan lengan anda dengan tempat untuk menghindari luka bakar dan benjol.

- (4) aktivitas dan istirahat. Perlu waktu sekitar 6 minggu agar energy bisa kembali normal. Istirahat ekstra dibutuhkan dengan cara tidur siang selama 2 minggu pertama. Tidur tenang di malam hari sangat penting untuk mengembalikan kekuatan.
 - (5) penyesuaian emosional. Beberapa minggu dan beberapa bulan setelah mastektomi, anda dapat mengalami fase emosi yang berbeda. Setiap wanita menyesuaikan diri secara berbeda. Sadari bahwa periode kurangnya kepercayaan diri dan kesedihan adalah normal.
 - (6) seksualitas. Hubungan seksualitas dapat dimulai kembali apabila kedua pasangan telah siap dan keduanya merasa bergairah, merasa dicintai, dan dipercaya. Perubahan citra tubuh anda dapat menimbulkan tantangan tentang bagaimana anda mengekspresikan diri anda secara seksual.
 - (7) peningkatan kesehatan. Praktik kesehatan yang baik akan meningkatkan pemulihan dan memperbesar peluang untuk tetap sehat. Menonsumsi diet bernutrisi, istirahat, olahraga, dan penatalaksanaan stress meningkatkan kesehatan.
- c) *Skin sparing mastectomy* (SSM) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor nipple areola kompleks dengan mempertahankan kulit sebanyak mungkin serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini harus disertai rekonstruksi payudara secara langsung yang umumnya adalah *transverse rektus abdominis musculotaneus*

dorsi flap (TRAM), *latissimus dorsi flap* (LD flap) atau implant (silicon).

- d) *Nipple sparing mastectomy* (NSP) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor dengan mempertahankan nipple areola komplek dan kulit serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini, juga harus di sertai rekonstruksi payudara secara langsung yang umumnya adalah (TRAMP) *transverse rektus abdominis masculotaneus dorsi flap*, (LD flap) *Latissimus dorsi flap* atau implant (silicon) (Suyatno & Pasaribu, 2014)

2. Radiasi atau Radioterapi

Penyinaran atau radiasi adalah proses penyinaran pada daerah yang terkena kanker dengan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan membunuh sel kanker yang masih tersisa di payudara setelah operasi. Adapun efek pengobatan ini yaitu tubuh menjadi lemah, nafsu makan berkurang, warna kulit disekitar payudara menjadi hitam,serta Hb dan leukosit cenderung menurun akibat radiasi. Radioterapi sesudah operasi mengurangi angka kekambuhan sebesar 50-57%.

3. Kemoterapi

Kemoterapi adalah proses pemberian obat-obatan anti kanker dalam bentuk pil cair atau kapsul atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker. Efek kemoterapi yaitu pasien mengalami mual dan muntah, serta rambut rontok karena pengaruh obat-obatan kemoterapi. Pengobatan kemoterapi ini sangat kuat efeknya (anti kanker), terapi ini bisa diberikan lewat mulut atau berupa suntikan pada

pembuluh darah pengobatan ini harus di berikan secara berulang- ulang dengan siklus yang berlangsung antara 3-6 bulan (Putra,2015).

i. Pencegahan

Berikut adalah pencegahan yang dilakukan pada *carcinoma mammae* :

1. Pencegahan primer. Pencegahan primer pada *carcinoma mammae* termasuk salah satu dalam bentuk promosi kesehatan karena dilakukan pada orang yang sehat melalui upaya menghindarkan diri dari berbagai faktor resiko dan melaksanakan pola hidup sehat.
2. Pencegahan sekunder. Pencegahan sekunder dilakukan terhadap individu yang memiliki resiko terkena *carcinoma mammae*. Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan deteksi dini. Beberapa metode deteksi dini mengalami perkembangan. Screening melalui mammografi dikalim memiliki akurasi 90% dari semua penderita *carcinoma mammae*, tetapi keterpaparan mammografi yang terus menerus pada wanita sehat termasuk salah satu faktor resiko terjadinya *carcinoma mammae*. Oleh karena itu, screening dengan mammografi tetap dapat dilaksanakan dengan beberapa pertimbangan.

Berikut pertimbangannya:

- a) Wanita yang sudah mencapai usia 40 tahun dianjurkan melakukan cancer risk assessment survey.
- b) Wanita dengan faktor resiko mendapat rujukan untuk melakukan mammografi setiap tahun.
- c) Wanita normal mendapat rujukan mammografi setiap 2 tahun sampai berusia 50 tahun.

Foster dan *constantia* menemukan bahwa kematian oleh *carcinoma mammae* lebih sedikit pada wanita yang melakukan pemeriksaan sendiri SADARI (pemeriksaan payudara sendiri) dibandingkan dengan yang tidak melakukannya. Terdapat berbagai langkah tertentu yang bisa dilakukan oleh setiap perempuan untuk membantu untuk mengurangi atau mencegah kemungkinan terkena *carcinoma mammae*.

Berikut beberapa cara pencegahan *carcinoma mammae*:

1. Kesadaran akan payudara itu sendiri. Lebih dari 90% tumor payudara dideteksi oleh wanita itu sendiri. Perhatikan setiap perubahan pada payudara menjadi bagian penting perawatan kesehatan wanita. Saat ini, wanita disarankan untuk breast aware. Artinya, wanita harus tau payudara mereka di depan cermin, dan rasakan saat mandi atau terlentang pada periode berbeda setiap bulan, sehingga jika ada perubahan yang tidak normal dapat diketahui segera.
2. Berikan ASI pada bayi. Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan antara pemberian ASI dan menurunnya resiko perkembanganya *carcinoma mammae*, meskipun belum ada kesepakatan jelas. Hal ini di dasari pada teori bahwa *carcinoma mammae* berkaitan dengan hormone estrogen. Pemberian ASI secara berkala akan mengurangi tingkat hormone tersebut .
3. Cari tahu riwayat *carcinoma mammae* dalam keluarga masih perlu banyak penelitian untuk memahami secara menyeluruh

semua penyebab kanker. Tetapi, satu hal yang perlu diyakini, yaitu faktor gen (Putra, 2015).

3. Nyeri

a. Definisi

Nyeri adalah gejala subjektif ; hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Nyeri tidak dapat di ukur secara objektif oleh praktisi kesehatan (Miller-Keane & O'toole, 2015). Sedangkan menurut SDKI, (2019) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat atau berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

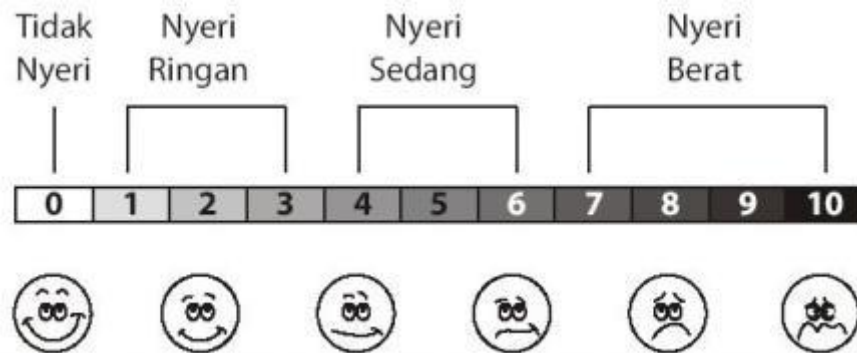
Batasan karakteristik nyeri akut meliputi mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Skala peringkat nyeri

Menurut Commission (2011) dalam Hawks, H (2014) skala peringkat seperti skala intensitas nyeri atau skala distress nyeri biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan), atau untuk memilih lokasi pada skala linier.

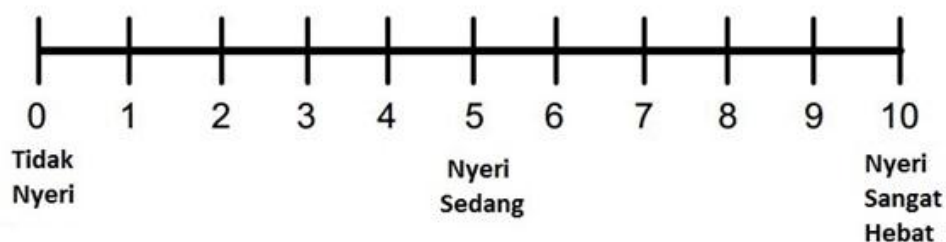
Skala wajah nyeri *wong- baker* (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara (berbahasa verbal) antara usia 3 sampai 7 tahun. Namun skala ini dapat digunakan untuk orang dewasa yang

mengalami kesulitan mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan di fasilitas m



atan. Klien diminta untuk memilih wajah yang paling mendeskripsikan bagaimana perasaanya karena rasa sakit atau nyeri yang dialami. Penjelasan yang diberikan kepada klien menyatakan bahwa wajah di sisi kiri bahagia karena klien tidak mengalami nyeri dan wajah di sisi kanan mengalami nyeri hebat semaksimal yang anda bayangkan, meskipun anda tidak harus menangis untuk merasakan nyeri yang sangat buruk ini. Direkomendasikan agar salah satu dari skala peringkat lain digunakan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk sebagian besar orang dewasa.

Gambar 2.2 skala VAS
Sumber: Commission, (2011)



Gambar 2.3 skala *wong baker*
Sumber: Commission, (2011)

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3: Nyeri ringan secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6: Nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9: Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10: Nyeri sangat berat, klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c. Etiologi

Menurut Rosdahl, (2015) penyebab nyeri antara lain : Penyebab fisik yaitu mencakup stress mekanis dari trauma, insisi bedah, atau pertumbuhan tumor. Tubuh berespon dengan nyeri dan ketidaknyaman terhadap kelebihan tekanan, panas, dan dingin, dan zat kimia tertentu (misalnya : histamine, bradikinin, dan asetilkolin) yang dilepaskan ketika jaringan mengalami kekurangan/deprivasi oksigen. Spasme otot dan akibatnya yang berupa penurunan suplai darah ke otot dapat juga menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan.

Sedangkan menurut Judha, (2012) penyebab nyeri antara lain:

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan jaringan akibat bedah atau cedera
- 2) Spasmus otot merupakan suatu keadaan kontraksi yang tidak disadari atau tak terkendali, dan sering menimbulkan rasa sakit
- 3) Inflamasi pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan juga karena ada pengeluaran zat histamine dan zat kimia bioaktif lainnya
- 4) Post operasi setelah dilakukan pembedahan

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Hawks, H (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain :

- 1) , merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri didefinisikan sebagai intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi bergantung pada Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri faktor fisiologis, namun pada dasarnya sama bagi semua individu jika system syaraf pusat dan perifer tidak bermasalah.
- 2) Faktor sosial budaya, ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang penting dalam respon individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini mempengaruhi seluruh respon sensori, termasuk respon terhadap nyeri. Kita belajar bagaimana respon nyeri dan pengalaman lainnya dari keluarga dan klompok etnik. Respon terhadap nyeri cenderung

merefleksikan moral budaya kita masing-masing. Sebagai contoh, mengutarakan nyeri secara verbal mungkin dianggap sesuai sesuai komunitas italia, namun tidak demikian bagi komunitas jerman yang menjunjung tinggi *stoicisme*.

- 3) Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologi usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk.
- 4) Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.
- 5) Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin mempengaruhi respon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

e. Patofisiologi

Pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung syaraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui syaraf

asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain di hantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanik sensitive pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri (Judha,2012).

Menurut penelitian Baharudin,M. (2017) teori gerbang kendali nyeri (*Get control theory*) menjelaskan teori gerbang kendali nyeri, yang menyatakan terdapat semacam pintu gerbang yang dapat memfasilitasi transmisi sinyal nyeri. *Get control theory* merupakan model modulasi nyeri yang populer. Teori ini menyatakan eksistensi dari kemampuan endogen untuk mengurangi dan meningkatkan derajat perasaan nyeri melalui modulasi implus yang masuk pada kornu dorsalis melalui “*gate*” (gerbang). Berdasarkan sinyal dari sistem asendens dan desendens maka input akan ditimbang. Integrasi semua input dari neuron sensorik, yaitu pada level medulla spinalis yang sesuai, dan ketentuan apakah get menutup atau membuka, akan meningkatkan atau mengurangi intensitas nyeri asendens. *Get control theory* ini mengakomodir variable psikologis dalam persepsi nyeri, termasuk motivasi untuk bebas dari nyeri, dan peran pikiran, emosi dan reaksi stress dalam peningkatan atau menurunkan sensasi nyeri. Melalui model ini, dapat dimengerti bahwa nyeri dapat di kontrol oleh manipulasi farmakologis maupun intervensi psikologis.

f. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis nyeri menurut Judha (2012) :

- 1) Klien melaporkan nyeri baik secara verbal atau non verbal

- 2) Tingkah laku ekspresif (gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang, mengeluh)
- 3) Menunjukkan kerusakan pada bagian tubuhnya
- 4) Posisi untuk mengurangi nyeri
- 5) Ada gerakan untuk melindungi
- 6) Tingkah laku berhati-hati
- 7) Focus pada diri sendiri dan penurunan infeksi dengan lingkungan
- 8) Perubahan dalam nafsu makan dan minum

Sedangkan menurut *North American Nursing Diagnosis Assosiation* atau NANDA (2018-2020) manifestasi klinik nyeri adalah perubahan selera makan, perubahan pada parameter fisiologis, *diaphoresis*, perilaku distraksi, perilaku ekspresif, ekspresif wajah nyeri, sikap tubuh melindungi, putus asa, sikap melindungi area nyeri, perilaku protektif, laporan tentang perubahan aktivitas/prilaku nyeri, fokus pada diri sendiri. Keluhan tentang karakteristik nyeri.

g. Klasifikasi nyeri

Menurut Hidayat (2013), nyeri dapat diklasifikasi ke dalam beberapa jenis berdasarkan waktu lamanya serangan, berdasarkan pada tempat, berdasarkan sifatnya, dan berat ringannya nyeri.

- 1) Nyeri berdasarkan lamanya serangan :

- a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat hilang, tidak melebihi 6 bulan dan di tandai adanya peningkatan tegangan otot.

- b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

2) Nyeri berdasarkan tempatnya :

a) Nyeri perifer

Yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa

b) Nyeri sentral

Yaitu nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus

c) Nyeri psikogenik

Yaitu nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya, dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita itu sendiri

3) Nyeri berdasarkan sifatnya :

a) *Incidental pain*

Yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang

b) *Steady pain*

Yaitu nyeri yang timbul akan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama

c) *Paroxysmal pain*

Yaitu nyeri yang dirasakan sangat kuat yang biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang lalu timbul lagi

4) Berdasarkan berat ringan nyeri

a) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah

b) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi

- c) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi

h. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri menurut Judha (2012) sebagai berikut :

1) Metode farmakologi

Berbagai agen farmakologi digunakan sebagai manajemen nyeri. Biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesic, yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesic non narkotika dan narkotika, pilihan obat tergantung dari rasa nyeri.

2) Metode non farmakologi

a) Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien kepada sesuatu yang lain dari pada terhadap rasa nyeri dan emosi negative.

b) Reframing

Reframing adalah teknik yang mengajarkan untuk memonitor atau mengawasi pikiran negative dan menggantinya dengan salah satu pikiran yang lebih positif. Ajarkan klien dengan memandang nyeri dengan ekspresi negative seperti : “saya tidak kuat menahan rasa nyeri ini, rasa nyeri ini tidak pernah berakhir “ tetapi ganti pandangan klien dengan “saya pernah merasakan nyeri ini sebelumnya, dan nyeri ini akan membaik (berkurang)

c) Teknik relaksasi nafas dalam

Teknik ini merupakan metode yang digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot

d) Biofeedback

Latihan *biofeedback* merupakan cara lain untuk membantu klien ketika mengalami nyeri, khususnya bagi seseorang yang sulit merileksasi ketegangan otot . *biofeedback* merupakan sebuah proses individu untuk belajar mempengaruhi respon psikologi diri. Melalui *feedback* klien dapat merubah pengalaman tentang rasa nyeri yang sedang dirasakan.

Sedangkan menurut Menurut Rosdahl (2015) penatalaksanaan nyeri antara lain :

a) Guided imagery

Meminta klien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang, serta konsentrasi dari Pasien

b) Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat tv atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan *massage*, distraksi intelektual (merangkai puzzle).

c) Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (melihat tv atau pertandingan bola), distraksi audio (mendengar musik), distraksi sentuhan *massage*, distraksi intelektual (merangkai puzzle).

d) Pemberian analgesic

Nyeri berat bisa menggunakan obat analgesic

e) Biofeedback

Terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon nyeri fisiologis dan cara untuk melatih kontrol volunteer terhadap respon. Terapi ini efektif untuk mengatasi ketegangan otot dan migren dengan cara memasang elektroda pada pelipis.

i. Dampak nyeri

Menurut Wardani (2014), penanganan nyeri yang tidak baik dapat menyebabkan menjadi nyeri kronis dan mempengaruhi aspek psikologis dan aspek fisik dari penderita. Aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian dan perilaku, gangguan tidur dan gangguan kehidupan sosial. Sedangkan dari aspek fisik, nyeri mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan mortalitas.

4. Gambaran asuhan keperawatan pada pasien *carcinoma mammae*

Proses keperawatan adalah suatu system dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan yaitu meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan (Nusalam, 2012).

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang

terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diungkapkan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan.(Adib, 2010).

Menurut Brunner & Suddarth (2013) dibawah ini merupakan hal-hal yang harus dikaji dalam pasien *carcinoma mammae* :

1. Identitas klien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, suku bangsa, agama, status perkawinan, alamat, nomor RM, tanggal masuk dan penanggung jawab.

2. Keluhan utama

Ungkapkan keluhan apa yang dirasakan oleh klien saat itu.

Bahwa pasien dengan *carcinoma mammae* biasanya mengalami keluhan nyeri.

3. Riwayat penyakit sekarang

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

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat *carcinoma mammae* sebelumnya atau adanya kelainan pada mammae.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya keluarga yang mengalami *carcinoma mammae*, atau penyakit kanker apa saja.

6. Genogram

Merupakan gambaran silsilah keluarga mulai dari tiga turunan

7. Riwayat alergi

Menggambarkan apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat maupun makanan

8. Observasi dan pemeriksaan fisik

a) Tanda-tanda vital di ukur untuk menentukan status kesehatan

Pasien biasanya untuk menguji respon Pasien terhadap stress fisiologis atau psikologi terhadap terapi medic.

b) Pernafasan (B1 : breath)

Pada inspeksi terjadi peningkatan suhu dan frekuensi pernafasan yang disertai penggunaan otot bantu pernafasan. Gerakan pernafasan ekspirasi dada yang simetris (pergerakan yang tertinggal pada sisi yang sakit). Palpasi pendorongan mediastinum kearah hemithoraks kontralateral yang diketahui dari posisi trakea dan ictus cordis. Taktil fremitus menurun terutama pada Pasien yang mengalami komplikasi pada pleura. Disampin itu, pada palpasi juga ditemukan pergerakan dinding dada yang tertinggal pada dada yang sakit. Perkusi suara perkusi redup hingga pekak tergantung dari jumlah cairanya sedangkan auskultasi terdapat suara nafas menurun sampai menghilang pada sisi yang sakit.

c) Kardiovaskuler (B2: Blood)

Adanya perubahan tekanan darah tidak ada pembesaran jantung.

d) Persyarafan (B3: Brain)

Keadaan umum baik, kesadaran *composmetis*.

e) Perkemihan (B4: Bladder)

Perubahan eliminasi urinarius, hematuria (sering berkemih), eliminasi urin \pm 6-7 x/hari.

f) Pencernaan (B5: Bowel)

Pasien biasanya akan mengalami mual muntah, lama flatulans dan distensi abdomen

g) Integument (B6: Bone)

Rentan gerak sendi normal, tidak ada masalah pada system musculoskeletal. Terdapat luka operasi pada Pasien post operasi.

h) Seksualitas

Faktor reproduksi dan hormonal juga berperan besar menimbulkan kelainan pada carcinoma mammae. Usia menarche yang lebih dini yakni 12 tahun meningkatkan resiko carcinoma mammae sedangkan usia menopause yang lebih lambat juga meningkatkan resiko *carcinoma mammae*

i) Sistem penginderaan

Mata : biasanya mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat, sclera tidak ikterik. Hidung : tidak ada tanda-tanda trauma, tidak ada deviasi, tidak ada penyumbatan dan perdarahan. Telinga : tidak ada gangguan pendengaran, bentuk simetris, tidak ada tanda-tanda trauma.

j) System reproduksi dan genetalia

Tidak ada gangguan pada system reproduksi dan genetalia.

9. Pengkajian nyeri

Menurut Rosdahl (2015) Perawat harus mencatat reaksi nonverbal klien dan respon terhadap nyeri. Pedoman singkatan COLDSPA akan membantu pengumpulan data tentang nyeri klien dalam cara yang teratur, pedoman tersebut di antaranya:

- 1) *Character* (karakter): deskripsikan nyeri, bagaimana rasanya?
Jelaskan apakah nyeri bersifat konstan, kadang kala terjadi atau terjadi secara berulang ?
- 2) *Onset* (awitan): kapan nyeri dimulai ? berapa lama anda mengalami nyeri?
- 3) *Location* (lokasi): di mana nyeri dirasakan? Apakah internal atau eksternal? Apakah nyeri menyebar? Dimana dan kemana nyeri menyebar? Apakah nyeri terjadi di tempat yang sama?
- 4) *Duration* (durasi): berapa lama anda mengalami nyeri ? berapa lama nyeri berlangsung? Apakah nyeri terjadi kembali? Seberapa sering?
- 5) *Severity* (keparahan): seberapa parah nyeri? (gunakan skala peringkat untuk membantu klien)
- 6) *Pattern* (pola): apakah ada yang meredakan nyeri ? apa yang anda lakukan untuk meredakan nyeri? Apakah ada yang memperburuk nyeri? apakah ada factor spesifik yang menyebabkan nyeri ?
- 7) *Associated factors or related occurrences* (factor terkait atau kejadian terkait): apakah gejala lain berhubungan dengan nyeri (sakit kepala, gangguan visual, sensitivitas terhadap cahaya, mual)? Apakah ada factor budaya yang jelas terlibat? Apakah anda mengalami jenis nyeri yang sama seperti di masa lalu? Apakah

ada masalah lain yang membuat stress dalam kehidupan? Apakah baru-baru ini anda mengalami cedera atau penyakit yang mungkin berkontribusi atau menyebabkan nyeri ini? Apakah ada orang dalam keluarga anda yang mengalami jenis nyeri yang sama? Apakah anda mengalami cedera atau diancam oleh seseorang di masa lalu? Apakah anda tertarik mengikuti konseling?

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan carcinoma mammae menurut Brunner & Suddarth (2013), adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah
2. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan atau perubahan payudara
3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan yang berhubungan dengan kurang terpajan dan salah interpretasi informasi.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan ruang gerak.
5. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena destruksi jaringan oleh massa tumor.
6. Resiko infeksi berhubungan leukopeni, penurunan pertahanan tubuh karena kerusakan jaringan.
7. Resiko injuri berhubungan dengan trombositopenia.
8. Resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nutrisi yang masuk ke tubuh tidak bisa digunakan optimal oleh tubuh, intake tidak adekuat dan mual (kemoterapi).

9. Cemas berhubungan dengan krisis situasi.
10. Ketidakefektifan coping berhubungan dengan ketidakadekuatan kesempatan untuk bersiap terhadap stressor.

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tindakan yang harus dilakukan perawat untuk membantu Pasien mencapai hasil yang diharapkan. Tiga komponen utama yang harus ada dalam perencanaan keperawatan yaitu diagnosis keperawatan, kriteria hasil dan intervensi keperawatan (Deswani, 2009)

Perencanaan keperawatan pada pasien *carcinoma mammae* dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis menurut Brunner & Suddarth (2013) yang dikonversikan ke SLKI – SIKI (2019) , adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah, trauma jaringan, penekanan syaraf, diseksi otot ditandai dengan keluhan otot, keluhan kekuatan, bebas pada area dada, nyeri bahu atau lengan, perubahan tonus otot, focus pada diri sendiri dan distraksi atau melindungi pada bagian nyeri.
 - a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria hasil : nyeri menjadi berkurang atau hilang, klien mampu mengekspresikan penurunan nyeri, tampak rileks, mampu tidur dan istirahat dengan tenang.
 - b. Perencanaan : manajemen nyeri

- 1) Kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, lamanya dan intensitasn(skala 0-10), perhatikan petunjuk verbal dan non verbal.
- 2) Diskusikan sensasi masih adanya payudara normal
- 3) Bantu Pasien menemukan posisi yang nyaman
- 4) Berikan obat nyeri yang tepat pada jadwal teratur sebelum nyeri berat dan aktivitas dijadwalkan, kolaborasi pemberian narkotik/analgesic sesuai indikasi.
- 5) Menangani sensasi pasca operasi
- 6) Upaya keluarga yang dapat dilakukan diantaranya memenuhi 5 tugas kesehatan keluarga yakni mengenal masalah penyakit, memutuskan masalah penyakit, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. (Depkes RI, dalam Andarmoyo, 2016).

d. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis pelaksanaan keperawatan keperawatan menurut Tarwoto dan Wartonah (2015) yaitu :

1) Tindakan independen

Tindakan independen atau yang disebut tindakan mandiri keperawatan merupakan tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat tanpa arahan atau perintah dari tenaga kesehatan lainnya.

Contoh tindakan mandiri perawat antara lain memenuhi *Activity*

Daily Living (ADL) pasien, mengatur posisi tidur, melatih pasien relaksasi nafas dalam dan lain-lain.

2) Tindakan interdependen

Tindakan interdependen adalah tindakan kolaborasi tim keperawatan atau tim kesehatan lain seperti dokter, misalnya dalam pemberian obat oral, injeksi, kateter urin, dan *Naso Gastric Tube* (NGT).

3) Tindakan dependen

Tindakan dependen merupakan tindakan rujukan atau delegasi dari tim kesehatan lain seperti fisioterapis, psikolog, dan ahli gizi. Contoh tindakan dependen antara lain memberikan pasien diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) sesuai rujukan dari ahli gizi

e. Evaluasi

Menurut Nusalam (2010), evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan sudah berhasil dicapai, jenis-jenis evaluasi:

1) Evaluasi proses

Fokus pada evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan untuk membantu menilai eektivitas pelaksanaan tersebut. Evaluasi proses harus terus-menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2) Evaluasi hasil

Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

f. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Nursalam, 2010).

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan. Dokumentasi merupakan bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan Pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting pembuatan dokumentasi yang akurat. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien. Acuan dalam penulisan evaluasi keperawatan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, assesment dan planning) (Nursalam 2010).

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

- 1) Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.

- 2) Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
- 3) Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
- 4) Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.
- 5) Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- 6) Catatan harus dibuat secara kronologis.
- 7) Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- 8) Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- 9) Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- 10) Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar.

Selanjutnya Potter dan Perry (1994) dalam Ghofur, A (2016) memberikan panduan sebagai petunjuk cara mendokumentasikan yang benar, sebagai berikut:

- 1) Jangan menghapus dengan menggunakan cairan penghapus atau mencoret-coret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan tampak perawat seakan akan menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Adapun cara yang benar adalah dengan membuat garis lurus pada tulisan yang salah (usahakan tulisan yang salah masih bisa dibaca), lalu diparaf pada bagian terakhir kalimat yang salah kemudian diikuti dengan tulisan kata yang benar.
- 2) Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lainnya, karena pernyataan tersebut dapat dinilai

sebagai perilaku tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.

- 3) Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin.
- 4) Bila kesalahan tidak segera diperbaiki maka dapat menyebabkan kesalahan tindakan pula.
- 5) Catatan harus akurat, valid dan reliabel. Pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menuliskan pikiran sendiri.
- 6) Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena orang lain dapat menambah informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tersebut.
- 7) Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
- 8) Menulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggungjawab atas informasi yang telah ditulisnya. Jangan menulis untuk orang lain.
- 9) Hindari penggunaan istilah yang bersifat tidak umum.
- 10) Memulai dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan dan nama jelas

Adapun Standar Asuhan Keperawatan (SAK) menurut Ali (2009) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan yang diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan bukan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Ali (2009) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yaitu :

1) Standar I : Pengkajian keperawatan

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

2) Standar II : Diagnosis Keperawatan

Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu :

- a) Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan.
- b) Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E).
- c) Bekerjasama dengan pasien dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
- d) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru

3) Standar III : Perencanaan keperawatan

Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.

4) Standar IV : pelaksanaan keperawatan

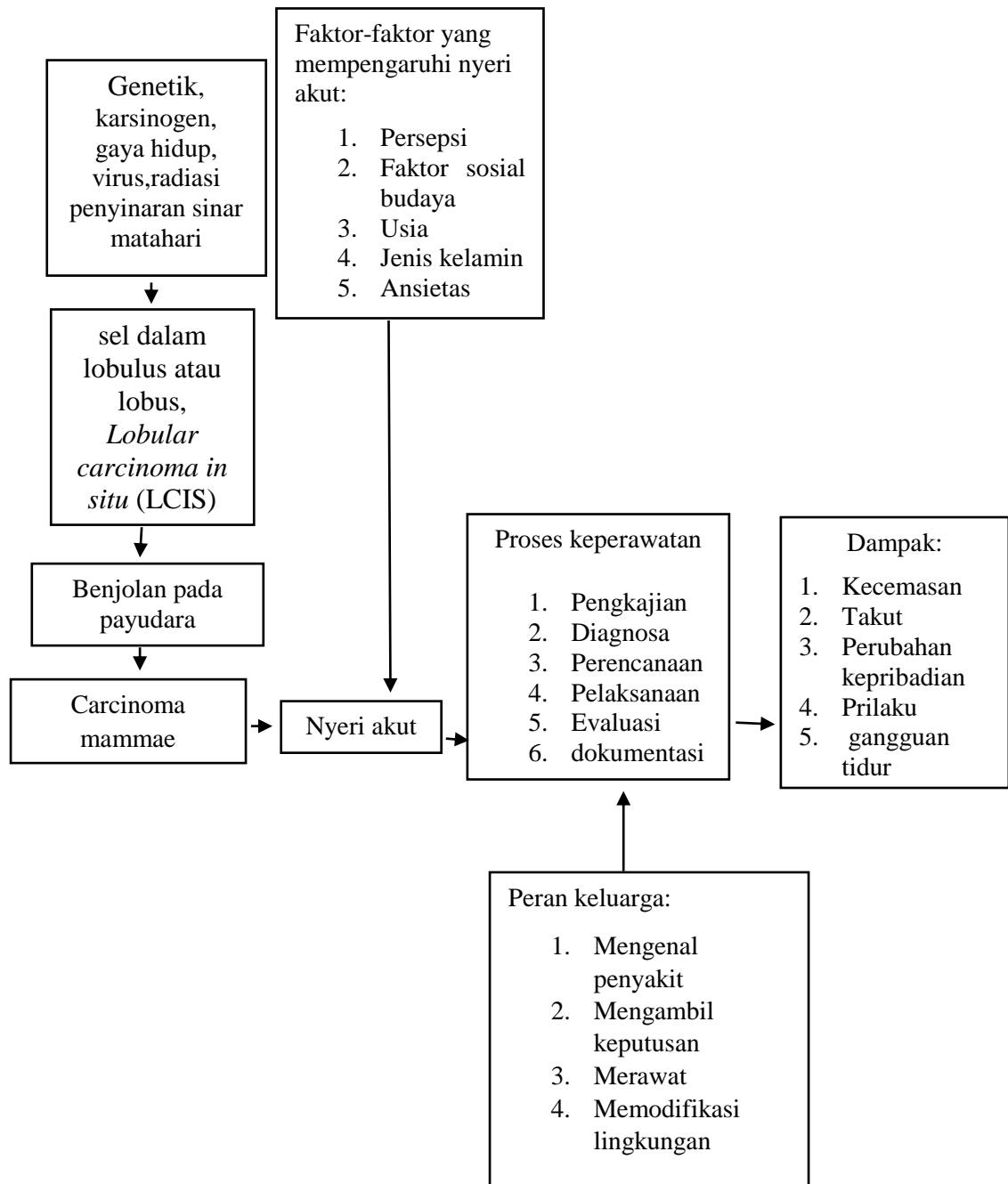
Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan

disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping

5) Standar V : Evaluasi

Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai

B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 kerangka teori

BAB III

METODE STUDI DOKUMENTASI

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan deskriptif berupa studi dokumentasi dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Nyeri akut dengan *Carcinoma mammae* pada pasien yang berada di Ruang Cendana 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019. Salah satu data asuhan keperawatan pada KTI tahun 2019 yang didapatkan di perpustakaan Akper “YKY” Yogyakarta.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari 2020 sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adalah mengenai istilah-istilah kunci untuk mempertegas, memberikan arah, dan menghindari kesalahpahaman. Menurut Sugiyono, (2014) definisi operasional variable adalah definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan.

Variable	Definisi
Nyeri akut	Nyeri akut adalah sensasi jangka pendek yang menyadarkan adanya cedera atau trauma yang menandakan adanya kerusakan jaringan dalam waktu kurang dari 6 bulan. Pada studi dokumentasi ini nyeri yang dialami Ny.M di bagian paha sebelah kiri.
<i>Carcinoma Mamae</i>	<p>Suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma yang merupakan pertumbuhan sel payudara yang tidak terkontrol karena perubahan abnormal di tandai dengan adanya benjolan, carcinoma bisa terbentuk di kedua payudara, jika carcinoma tidak segera di tangani maka sel-sel kanker bisa bermetastase pada bagian tubuh lain. Carcinoma ini dapat menyerang wanita maupun laki-laki.</p> <p><i>Carcinoma mammae</i> adalah kondisi ketika sel kanker terbentuk di jaringan payudara</p>

E. Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2014), Dikarenakan peneliti tidak melakukan pengukuran dan intervensi/tindakan apapun secara langsung untuk penelitian ini maka instrumen penelitian yang digunakan adalah peneliti itu sendiri yang berperan sebagai alat ukur untuk menganalisa dokumen. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

Laporan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, peerencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentai yang dilakukan pada tahun 2019 dengan judul nyeri akut pada pasien carcinoma mammae.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan program studi DIII keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI yang ada di perpustakaan Akper KYK Yogyakarta pada mahasiswa yang sudah lulus tahun 2019.

G. Analisa Data

Tekhnik analisa data menggunakan tehnik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Studi dokumentasi

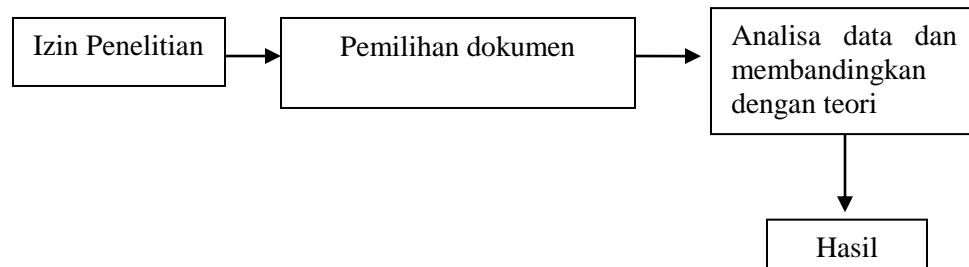
1. *Non-Maleficience* (tidak merugikan)

Melakukan studi dokumentasi keperawatan sesuai dengan ilmu keperawatan yang telah dimiliki dengan tidak merugikan pasien.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang didapat dari studi dokumentasi dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan diluar kepentingan keilmuan.

I. Kerangka Alur Penelitian



Bagan 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri di paha kirinya, pasien mengatakan nyeri ketika tiduran dan saat berjalan, pasien mengatakan nyeri skala nyeri 4, pasien mengatakan hilang timbul nyerinya, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan pasien hanya tampak berbaring di tempat tidur, pasien tampak memegang pahanya ketika digerakkan, TD : 118/99 mmHg, N 126X/menit, RR : 24x/menit, S : 36,2°C, pasien mendapatkan terapi : *cefadroxil* 500mg/12 jam/oral, *paracetamol* 500mg/12 jam /oral, *cefodroxil* 500mg/12jam/oral, *cerodroxil* 500mg/12jam/oral, *ranitidine* 15mg/12 jam/oral. Hasil pemeriksaan penunjang Ny.M untuk hasil yang abnormal pada tanggal 26 April 2019 yaitu RDW-sp hasil: 50.7FL nilai normal :35.0-45.0, monosit# hasil: 0.9110³/NL nilai normal 0.30-0.80, NRBC% 0.30% nilai normal 0.00-0.00, Trombosit hasil: 502x10³/NL normal : 150-450. Pada tanggal 08 april Ny.M dilakukan pemeriksaan radiologi yaitu MSct Thorax dengan hasil : efusi pleura menignant bilateral terutama sisnistra , yang mendorong trachea dan struktur medias tinum kea rah dexstra

menyebabkan kolaps pulmo sinistra serta segmen antereden posterabasal lobus inferior pulmodextra multiple limfa denopati infra clavikula dan axila sinistra steoclastic type skeletal metastasis di corpus vc5,6,7 vth1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,vl,1, osterput os humerus bilateral, os scapulae dan os sacostae, kompresi corpus VTH 5,9,12 spondyioarthrosis thoracates. Data hasil pengkajian selanjutnya di analisa dan didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

2. Diagnosa

Diagnosa yang di tegakkan pada tangga 08 April 2019 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dengan data subjektif : pasien mengatakan nyeri di bagian paha kirinya, pasien mengatakan nyeri saat tiduran dan berjalan, pasien mengatakan skala nyeri 4, pasien mengatakan hilang timbul nyerinya, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan data objektifnya: pasien tampak berbaring ditempat tidur, pasien tampak memegang pahanya ketika kaki digerakkan , tekanan darah : 118/99mmHg, Nadi : 126x/ menit, suhu: 36,2 °C, pernafasan 24x/menit.

3. Perencanaan

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria hasil mampu mengetahui penyebab nyeri, mampu mengontrol nyeri dengan non

farmakologi, tanda-tanda vital dalam batas normal. Rencana tindakan manajemen nyeri yang dilakukan adalah monitor tanda-tanda vital, kaji nyeri secara komperhensif, ajarkan cara mengontrol nyeri non farmakologi, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan pada hari senin tanggal 08 april 2019 sampai dengan 10 april 2019 adalah memonitor tanda-tanda vital, mengkaji nyeri secara komprehensif, mengajarkan mengontrol nyeri dengan non farmakologi tehnik relaksasi nafas dalam dan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Dalam studi dokumentasi ini tidak ditemukan peran keluarga, hal ini disebabkan pada penelitian sebelumnya fokus pada asuhan keperawatan medikal bedah.

5. Evaluasi

Evaluasi hasil keperawatan dari pelaksanaan tersebut dilaksanakan pada hari rabu 10 april 2019 jam 14:30 wib adalah masalah nyeri akut teratasi sebagian. Dari 3 kriteria hasil ada 2 yang sudah teratasi yaitu mampu mengetahui penyebab nyeri, mampu mengontrol nyeri non farmakologi dan ada 1 yang belum teratasi yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal dengan hasil pemeriksaan : tekanan darah: 127/83mmhg, nadi: 128x/menit, suhu: 37,5°C respirasi: 20x/menit. Sehingga intervensi yang dilanjutkan yaitu monitor tanda- tanda vital, kaji nyeri secara

komperhensif, ajarkan cara mengontrol nyeri dengan non farmakologi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

6. Dokumentasi

Penulis sebelumnya dalam menuliskan hasil radiologi ada salah satu tulisan yang tidak dapat di baca, penulis sebelumnya sudah melakukan dokumentasi dengan benar dari mulai pengkajian hingga evaluasi keperawatan dengan dokumentasinya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien, catatan dibuat secara kronologis, penulisan singkatan menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam, menuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis dan catatan akurat, benar, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.

Saat melakukan pendokumentasian pada tahap perencanaan di kriteria hasil belum mencakup SMART yaitu belum measurable karena kriteria hasilnya tidak terukur (tanda-tanda vital, rentang nyeri). Selain itu di rencana tindakan penulis sebelumnya tidak melakukan edukasi sehingga belum mencakup ONEC.

Dalam tahap pendokumentasian pengkajian keluarga penulis sebelumnya menuliskan bahwa orag tua Ny.M ikut membantu dalam menggantikan pempres sebanyak 1-2 kali sehari.

B. Pembahasan

Pengumpulan data pada kasus ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan serta dokumentasi keperawatan. Berdasarkan karakteristik partisipan pada pasien Ny.M berjenis kelamin perempuan berumur 45 tahun. Hal ini didukung oleh penelitian Ramadani,F (2017) dalam Kubba, (2009) menunjukkan bahwa *carcinoma mammae* merupakan keganasan yang paling sering dijumpai pada perempuan. Setiap tahun terjadi 1 juta kasus baru kanker payudara diseluruh dunia. Hal ini juga di dukung oleh penelitian Yulianti, L (2016) kasus kanker payudara banyak di temukan pada umur kelompok pada rentang umur >42 tahun dan kasus terendah pada umur ≤ 42 tahun. Kecenderungan wanita menderita *carcinoma mammae* disebabkan oleh faktor genetic, lingkungan dan reproduksi yang saling berinteraksi melalaui mekanisme yang kompleks. Sedangkan menurut penelitian Maria, I (2017) mengungkapkan penyakit *carcinoma mammae* ini terjadi hampir seluruhnya pada wanita, secara umum di perkirakan kanker payudara merupakan penyebab kematian tertinggi akibat kanker. Pada penduduk perempuan, kanker payudara masih menempati urutan pertama kasus baru dan kematian, yaitu sebesar 43,3 % kasus baru dan 12,9% kematian. Probabilitas kejadian kanker payudara pada wanita yang sering mengkonsumsi lemak tinggi dan

mengalami stres adalah 65,3%. Hal tersebut menurut asumsi peneliti menjadi salah satu faktor yang menjadikan angka prevalensi perempuan tinggi mengalami kanker.

1. Pengkajian keperawatan

Data hasil studi dokumentasi pada pengkajian penulis sudah menuliskan tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data pengkajian Ny, M ditemukan adanya TD: 118/99 mmHg, N : 126x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,2°C. Saat dilakukan observasi dan pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa pasien *carcinoma mammae* ini mengalami nyeri akut di paha sebelah kiri pasien juga terlihat melakukan relaksasi nafas dalam setelah di ajarkan oleh petugas. Menurut (Rosdahl 2015) penyebab nyeri antara lain : Penyebab fisik yaitu mencakup stress mekanis dari trauma, insisi bedah, atau pertumbuhan tumor. Tubuh berespon dengan nyeri dan ketidaknyaman terhadap kelebihan tekanan, panas, dan dingin, dan zat kimia tertentu (misalnya : histamine, bradikinin, dan asetilkolin) yang dilepaskan ketika jaringan mengalami kekurangan/deprivasi oksigen. Spasme otot dan akibatnya yang berupa penurunan suplai darah ke otot dapat juga menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan. Hal ini menunjukkan kesamaan pada diagnosa keperawatan pasien Ny.M yang mengalami *carcinoma mammae* ini. Kondisi ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan Nurhayati, E (2011) tentang nyeri yang dirasakan pasien adalah

merasa tidak nyaman, tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Adanya nyeri di daerah paha kiri Ny.M sesuai dengan hasil penelitian Utami, T (2020) bahwa nyeri disebabkan oleh adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan sehingga akan merangsang mediator-mediator zat kimia dari nyeri. *prostaglandin, histamin, serotonin, bradikinin, asetil kolin, substansi P, leukotriene* merupakan zat-zat kimia. Zat-zat tersebut akan terinduksi reseptor nyeri dan disalurkan serabut A dan serabut C ke neuroaksis dimana zat-zat ini dapat meningkatkan sensitifitas nyeri.

Dari data pengkajian menunjukkan bahwa pasien *carcinoma mammae* mengalami masalah nyeri akut. Nyeri akut yang dialami oleh Ny.M yaitu karena Ny.M mengeluh bawasanya di paha sebelah kiri mengalami nyeri dengan skala nyeri 4 hal ini sesuai dengan teori Brunner & suddart (2013) bahwa pasien dengan *carcinoma mammae* mengalami nyeri. Kondisi ini juga di dukung oleh penelitian Putri, M (2019) kanker payudara dapat menyebabkan pengaruh pada beberapa dimensi pada pasien yang mengalaminya yaitu dimensi fisik seperti nyeri, gangguan tidur, merasa tidak berdaya, kelelahan dan mobilitas yang terganggu. Nyeri adalah gejala yang umum dan melemahkan pada pasien kanker payudara meliputi nyeri pasca operasi, nyeri payudara dan nyeri yang berhubungan dengan kemoterapi dan radiasi. Nyeri adalah masalah umum pada penderita kanker terutama terutama pada beberapa tahun pertama setelah perawatan.

Penderita kanker cenderung lebih menderita nyeri akibat dari pengobatan kanker, seperti radiasi atau nyeri terkait operasi namun sayangnya penulis sebelumnya tidak menuliskan apa penyebab pasien mengalami nyeri. Penulis sebelumnya hanya menuliskan bawasanya pasien mengalami nyeri di paha sebelah kiri .

2. Diagnosa keperawatan

Dari hasil studi dokumentasi pada tanggal 08 april 2019 dapat disimpulkan diagnosa keperawatan Ny. M yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis menurut SDKI, (2017) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat atau berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Batasan karakteristik nyeri akut meliputi mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.. Hal ini sesuai dengan apa yang di rasakan oleh Ny.M yaitu Ny.M mengatakan merasakan nyeri skala 4, pasien tampak memegang pahanya ketika kakinya di gerakkan. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut pada Ny.M dapat dilihat persepsi nyeri atau interpretasi, faktor sosial, usia, jenis kelamin, tingkat ansietas. Menurut Virgianti (2015) dalam penelitian Widodo, W (2020) mengatakan bahwa seseorang dengan masalah keperawatan nyeri pasti akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Aktivitas yang terganggu diantaranya adalah

kebutuhan istirahat tidur, pemenuhan individu, juga aspek interaksi sosialnya yang mana dapat berupa menghindari percakapan, menarik diri dan menghindari kontak. Selain itu jika seorang yang mengalami nyeri hebat dan tidak segera dilakukan tindakan, seorang tersebut akan mengalami syok neurogenik. Hal ini sesuai dengan nyeri akut yang dialami pada Ny.M yaitu saat di gerakkan pasien tampak memegang pahanya dan Ny.M hanya terbaring di tempat tidur namun pasien mengatakan sebelum sakit dapat melakukan aktivitas seperti biasanya tetapi selama sakit pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya dan memerlukan bantuan.

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada Ny. M mengacu pada tujuan SLKI label yaitu kontrol nyeri dengan kriteria hasil mampu mengetahui penyebab nyeri, mampu mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologi, tanda-tanda vital dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Purwati, G (2020) bahwa perencanaan keperawatan nyeri akut dengan agen cedera biologis yang sesuai dengan SLKI-SIKI adalah sebagai berikut
SLKI : kontrol nyeri, kriteria hasil : mengetahui faktor penyebab nyeri, mengetahui permulaan terjadinya nyeri, menggunakan tindakan pencegahan, melaporkan gejala, melaporkan control nyeri dengan intervensi SIKI label manajemen nyeri dengan rencana tindakan antara lain monitor tanda-tanda vital, kaji nyeri secara komprehensif, ajarkan cara

mengontrol nyeri non farmakologi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Namun penulis sebelumnya tidak mengedukasi tentang nyeri Ny.M sehingga dalam dokumentasi belum mencakup ONEC.

4. Pelaksanaan keperawatan

Untuk mengatasi masalah nyeri akut Ny.M penulis melakukan pelaksanaan keperawatan atau pelaksanaan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang mengacu pada teori SLKI-SIKI (2018) yaitu memonitor tanda-tanda vital. Hal ini sesuai dengan penelitian Wahyudi, B (2019) nyeri dapat meningkatkan stimulasi simpatik, dapat meningkatkan tekanan darah, dan frekuensi pernafasan, sedangkan peningkatan frekuensi nadi di akibatkan emosi dan kecemasan karena nyeri akut dan berat, sehingga dalam penanganan nyeri perlu dilakukan monitoring tanda-tanda vital pasien. Pada pelaksanaan keperawatan selanjutnya penulis melakukan tindakan mengkaji nyeri secara komperhensif, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukakan oleh Anggarini, R (2018) pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini.

Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien. Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Oleh

karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari pasien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis pasien. Tujuan dari pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Selanjutnya untuk menangani nyeri pada pasien Ny.M penulis mengajarkan cara mengontrol nyeri menggunakan teknik non farmakologi, Hal ini sesuai dengan penelitian Iskandar, H (2012) mengungkapkan bahwa penanganan nyeri akut bisa dilakukan dengan cara memberikan teknik non farmakologi yaitu dengan cara teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam merupakan intervensi mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Dalam mengatasi nyeri secara mandiri maupun kolaborasi perawat menggunakan dua pendekatan, yaitu pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pendekatan farmakologi merupakan pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan nyeri. Sedangkan pendekatan non farmakologi

merupakan pendekatan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri yang meliputi: stimulus dan massage kutaneus, terapi es dan panas, stimulus syaraf elektrik transkutan, distraksi, imajinasi terbimbing, hipnotis dan teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan.

Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan peningkatan oksigen darah. Menghilangkan rasa nyeri merupakan hal yang sangat diinginkan oleh pasien hal ini sesuai dengan penelitian Ratnawulan, S (2019) dalam penanganan nyeri memerlukan golongan obat analgesic. Golongan obat analgesic dibagi menjadi dua yaitu analgesic opioid/narkotik dan analgetiknon-narkotik. Analgesic opioid kelompok obat yang memiliki sifat-sifat seperti opium atau morfin. Golongan obat ini digunakan untuk meredakan atau menghilangkan rasa nyeri seperti pada fraktur dan kanker. Obat analgesic non-narkotik dalam ilmu farmakologi juga sering dikenal dengan istilah analgetik/analgetika/analgesic preifer. Penggunaan obat analgetik non-narkotik ini cenderung mampu menghilangkan atau meringankan rasa sakit tanpa berpengaruh pada system sasanan saraf pusat atau bahkan hingga efek menurunkan tingkat kesadaran. Hal ini tentu perlu

berkolaborasi antara tenaga kesehatan sehingga dalam penanganan nyeri dapat maksimal, namun kekurangan penulis sebelumnya dalam studi dokumentasi tidak menuliskan obat analgetik yang di berikan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hasil pada Ny. M dilaksanakan pada hari Rabu tanggal 10 April 2019 Jam 14:30 WIB adalah masalah nyeri akut teratasi sebagian. Dari 3 kriteria hasil ada 2 yang sudah teratasi yaitu mampu mengetahui penyebab nyeri, mampu mengontrol nyeri dengan non farmakologi dan ada 1 yang belum teratasi yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal (Nadi : 128x/menit). Hal ini didukung oleh penelitian Lopes, M (2014) mengungkapkan nyeri dapat mempengaruhi tanda-tanda vital. Tanda-tanda vital meliputi temperature/ suhu tubuh, denyut nadi, laju pernafasan/ respirasi, dan tekanan darah. Pengukuran tanda-tanda vital memberikan informasi yang berharga terutama mengenai status kesehatan pasien secara umum. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi tekanan darah, frekuensi pernafasan dan frekuensi denyut nadi. Faktor yang mempengaruhi tekanan darah salah satunya adalah nyeri yang mengakibatkan stimulasi simpatik. Kemudian salah satu faktor yang mempengaruhi frekuensi denyut nadi adalah emosi yang di akibatkan oleh nyeri akut, berbagai upaya asuhan keperawatan dikembangkan untuk membantu memperbaiki tanda vital pasien antara lain: oksigenasi,

pengaturan posisi kepala, stimulasi dengan pendekatan komunikasi baik verbal maupun non verbal. Namun dalam studi dokumentasi ini penulis tidak memberikan asuhan keperawatan oksigenasi, pengaturan posisi kepala, stimulasi dengan pendekatan komunikasi baik verbal maupun non verbal sehingga kemungkinan tanda vital Ny.M belum stabil dan mengakibatkan nyeri.

6. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan cara mencatat tahap-tahap proses perawatan yang diberikan kepada pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yeni, B (2019) dokumentasi keperawatan adalah langkah pencatatan pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, bahkan mencakup semua tindakan yang dilakukan hingga pasien sehat. Seluruh pendataannya, harus ditulis dengan susunan yang baik, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pada studi dokumentasi ini penulis sebelumnya dalam melakukan penulisan di bagian proses keperawatan tahap pengkajian sudah melakukan tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Hal ini sudah sesuai dengan Ali, (2009) bahwa dalam melakukan pengkajian keperawatan perawat harus pengumpulan data tentang status kesehatan

pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis sebelumnya menuliskan bawasanya diagnosa keperawatan Ny.M nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, penulis sebelumnya menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S). Hal ini sesuai dengan dengan Ali, (2009) data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu : Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan, diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E), bekerjasama dengan pasien dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan, melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

Pada tahap perencanaan dan pelaksanaan kriteria hasil belum mencakup SMART yaitu belum measurable atau tidak terukur (tanda-tanda vital, rentang nyeri tidak ada), selain itu penulis sebelumnya di tahap perencanaan tindakan tidak merencanakan edukasi sehingga belum mencakup ONEC. Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan

efisien. Hal ini sesuai dengan dengan Ali, (2009) tahapan perencanaan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Pada tahap evaluasi keperawatan penulis sebelumnya sudah melakukan evaluasi dan sudah mencakup SOAP dengan menuliskan data subjektif, data objektif, assessment dan juga planning. Hal ini didukung oleh penelitian Ali, (2009) Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

Penulis sebelumnya sudah melakukan dokumentasi dengan benar dari mulai pengkajian hingga evaluasi keperawatan dengan dokumentasinya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien, catatan dibuat secara kronologis, penulisan singkatan menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam, menuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis dan catatan akurat, benar, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta. Hal ini sesuai dengan penelitian Ghofur, A (2016) memberikan panduan sebagai

petunjuk cara mendokumentasikan yang benar, sebagai berikut: Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu: Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan, praktik dokumentasi bersifat konsisten, tersedianya format dalam praktik dokumentasi, dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien, dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin, catatan harus dibuat secara kronologis, penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam, tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis, catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta, dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar.

Selain itu pada tahap pendokumentasian pengkajian terkaji bawasanya orang tua Ny.M ikut membantu dalam menggantikan pempres sebanyak 1-2 kali sehari. Hal ini sesuai dengan penelitian Depkes RI, dalam Andarmoyo, (2016). Upaya keluarga yang dapat dilakukan diantaranya memenuhi 5 tugas kesehatan keluarga yakni mengenal masalah penyakit, memutuskan masalah penyakit, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Namun pada tahap perencanaan keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan tidak ada keterlibatan keluarga

C. Keterbatasan studi dokumentasi

Dalam melakukan studi dokumentasi, ada beberapa hambatan atau keterbatasan yang penulis alami dalam laporan proposal hingga Karya Tulis Ilmiah. Beberapa keterbatasasn yang penulis alami adalah sebagai berikut :

1. Karena sedang pandemic *covid-19* menyebabkan bimbingan KTI tidak dapat di lakukan secara langsung. Bimbingan dilakukan dengan melalui email sehingga bimbingan kurang maksimal, jika dibandingkan dengan bimbingan secara langsung. Sebaiknya dalam melakukan bimbingan menggunakan aplikasi zoom atau semacamnya sehingga dalam bimbingan KTI bisa tetap optimal
2. KTI sebagai sumber data studi dokumentasi didapatkan dokumentasi asuhan keperawatan pada tahap pengkajian kurang lengkap sehingga kurang dapat dipahami. Saat menuliskan skala nyeri tidak tertuliskan rentang nyerinya, pasien *carcinoma mammae* namun penyebab nyeri nya di paha dan tidak tertuliskan sebab akibatnya, sehingga tidak jelas apa penyebab nyeri yang di alami oleh pasien Ny.M.

3. Dengan menyusun KTI bentuk studi dokumentasi penulis tidak dapat melakukan dan mengobsevasi langsung ke pasien sehingga penulis terkadang kurang memahami masalah apa yang sebenarnya di alami oleh pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi dokumentasi tentang gambaran nyeri akut pada pasien *carcinoma mammae* di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Mengenai pengkajian pasien Ny.M dengan *Carcinoma mammae* di Ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, di peroleh data saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri di paha kirinya, pasien mengatakan nyeri ketika tiduran dan saat berjalan, pasien mengatakan nyeri skala nyeri 4, pasien mengatakan hilang timbul nyerinya, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan pasien hanya tampak berbaring di tempat tidur, pasien tampak memegang pahanya ketika digerakkan.
2. Mengenai diagnosa keperawatan, dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa pada pasien Ny.M yaitu Nyeri akut berhubungan agen cedera biologis.
3. Perencanaan pada pasien Ny.M di susun berdasarkan SLKI-SIKI dengan tujuan SLKI : control nyeri dan SIKI : manajemen

nyeri. Namun pada tahap perencanaan kriteria hasil belum mencakup SMART yaitu belum measurable atau tidak terukur (tanda-tanda vital, rentang nyeri tidak ada), selain itu penulis sebelumnya di tahap perencanaan tindakan tidak merencanakan edukasi sehingga belum mencakup ONEC.

4. Pada tahap pelaksanaan penulis sebelumnya melakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital, mengkaji nyeri secara komprehensif, mengajarkan mengontrol nyeri dengan non farmakologi tehnik relaksasi nafas dalam dan melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Hal itu sudah sesuai dengan SIKI label manajemen nyeri dengan rencana tindakan antara lain monitor tanda-tanda vital, kaji nyeri secara komprehensif, ajarkan cara mengontrol nyeri non farmakologi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat
5. Pada tahap evaluasi keperawatan nyeri akut dengan merujuk pada tujuan yang telah ditetapkan sehingga dapat disimpulkan bahwa pada evaluasi hasil didapatkan masalah nyeri akut teratasi sebagian. Dari 3 kriteria hasil ada 2 yang sudah teratasi yaitu mampu mengetahui penyebab nyeri, mampu mengontrol nyeri dengan non farmakologi dan ada 1 yang belum teratasi yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal (Nadi : 128x/menit).

6. Dalam melakukan pendokumentasian keperawatan nyeri akut pada pasien Ny.M dengan *carcinoma mammae* penulis sebelumnya melakukan penulisan di bagian proses keperawatan tahap perencanaan kriteria hasil belum mencakup SMART yaitu belum measurable atau tidak terukur (tanda-tanda vital, rentang nyeri tidak ada), selain itu penulis sebelumnya di tahap perencanaan tindakan tidak merencanakan edukasi sehingga belum mencakup ONEC. Penulis sebelumnya sudah melakukan dokumentasi dengan benar dari mulai pengkajian hingga evaluasi keperawatan dengan dokumentasinya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien, catatan dibuat secara kronologis, penulisan singkatan menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam, menuliskan tanggal, jam, tanda tangan inisial penulis, catatan akurat, benar, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.

Pada tahap pendokumentasian pengkajian terkaji bawasanya orang tua Ny.M ikut membantu dalam menggantikan pempres sebanyak 1-2 kali sehari. Hal ini sesuai dengan penelitian Depkes RI, dalam Andarmoyo, (2016). Upaya keluarga yang dapat dilakukan diantaranya memenuhi 5 tugas kesehatan keluarga.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman dalam penyusunan KTI tentang: Studi dokumentasi nyeri akut dengan *carcinoma mammae* di ruang Cendana 1 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Saran yang dapat penulis sampaikan :

1. Berdasarkan pengalaman yang telah di dapatkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini, maka penulis menyampaikan saran bagi mahasiswa Akper YKY Yogyakarta agar meningkatkan kualitas dalam penyusunan KTI sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK) yang meliputi pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan sehingga akan diperoleh hasil dokumen KTI yang lengkap dan benar.
2. Tingkatkan keterlibatan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien disertai dengan pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap dan benar sesuai standar mulai dari kegiatan pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

3. Lakukan pengembangan penelitian selanjutnya dengan cara di perdalam lagi dengan metode studi kasus.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, N. (2013). *Hubungan Pengetahuan Tentang Kanker Payudra Dengan Cara Priksa Payudara Sendiri Pada Mahasiswi Semester IV Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas SAM Ratulagi*. Diakses pada tanggal 25 April 2020. Dari https://drive.google.com/file/d/183UnTsepEL1Me_DV5chmf9qx6GqsBzE0/view?usp=sharing
- Adib, M. (2010). *Cara Mudah Memahami Dan Menghindar Hipertensi, jantung,stroke*. Lokapustaka: Yogyakarta.
- American cancer society. *Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012*. Atlanta: American Cancer Society. Inc.201.
- Andarmoyo, Sulistiyo. (2016). *Keperawatan keluarga : konsep teori, proses dan praktik keperawatan*. Yogyakarta : Graha ilmu
- Anggarini, K. (2018). *Gambaran asuhan keperawatan pada pasien gastritis dalam pemenuhan gangguan nyeri akut Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar*. Diakses pada tanggal 26 April 2020. Dari <https://drive.google.com/file/d/1JVO3meti4ksHWMmH-AhP0Z6MJQnfs-fj/view?usp=sharing>
- Baharudin, M. (2017). *Patofisiologi nyeri (pain)*. Diakses pada tanggal 21 Februari 2020. Dari <File:///C:/Users/Hp/Downloads/True.pdf>
- Deswani. (2009). *Proses keperawatan dan berpikir kritis* . Jakarta : Salemba Medika
- Dixon, M. (2015). *Klasifikasi kanker payudara*. Editor. Intanov-cet. Yogyakarta.
- DPP PPNI. (2019) *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia. Jakarta
- DPP PPNI. (2019) *Standar luaran keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia. Jakarta

- DPP PPNI. (2019) *Standar intervensi keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pu persatuan perawat nasional Indonesia. Jakarta
- Faria, L. (2014). *The nurse's Role in the Psychosocial Support for Women Diagnosed with Breast Cancer*. Thisis. LAPIN AMK.
- Hawks, J. (2014). *Keperawatan Med 78 Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Singapura : E
- Hidayat, A. (2013). *Buku keperawatan dasar manusia health*. Surabaya: Books
- Herdman, T, H. (2012). *Diagnosa keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Hermanto, R. (2020). *Upaya penanganan nyeri pada pasien post oprasi fraktur femur*. Di akses pada tanggal 29 Mei 2020. Dari file https://drive.google.com/file/d/1Ahtt8jM4arTe0ZinLE4p_SNARFEWCtQ9/view?usp=sharing
- Iskandar, H. (2012). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Dada Pada Pasien Infark Miokard Akut*. Diakses pada tanggal 19 Mei 2020. Dari file <https://drive.google.com/file/d/1AVUYux53IKEH1ho9dyk8wt6mbxLZ4r7/view?usp=sharing>
- Judha, M (2012). *Teori pengukuran nyeri*. Yogyakarta: Muha Medika.
- Judith & Nancy. (2011). *Diagnosis keperawatan : Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, kriteria Hasil NOC*. Jakarta : EGC.
- Keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth/pengarang. (2013). *Brunner & Suddath ; alih bahasa. Devi Yulianti. Amelia Kimin; editor edisi bahasa Indonesia. Eka anisa mardella. Edisi 12*. Jakarta : EGC.
- Kirnantoro & Maryana. (2019). *Anatomi fisiologi*. Yogyakarta. Pustaka Baru.
- Lopes, M. (2014). *Pengaruh terapi musik terhadap perubahan tanda-tanda vital pada pasien post operasi fraktur yang mengalami nyeri*. Diakses pada 25 Mei 2020. Dari file https://drive.google.com/file/d/1M_2n8Z0ci3GWUWEjdwDbZtWvqldRJPGo/view?usp=sharing

- Maria, I. (2017). *Resiko Gaya Hidup Terhadap Kejadian Kanker Payudara Pada Wanita*. Diakses pada tanggal 29 April 2020. Dari <https://drive.google.com/file/d/1nXx5dVnYCNkgHxWIP6-ainPNVu526wjG/view?usp=sharing>
- NANDA Internasional. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & klasifikasi 2018-2020, Alih Bahasa : prof. Dr. Budi Anna K., dkk.* Jakarta : EGC.
- Nugroho, Dr. Taufan. (2011). *Asi dan Payudara*. Nuha Medika. Yogyakarta : DKT.
- Nurachmah, E. (2010). *Dampak kanker payudara dan pengobatannya terhadap aspek bio-psiko-sosio-spiritua klien yang berpartisipasi dalam kelompok pendukung. Jurnal keperawatan Indonesia. Vol. 11 : hal 186-194.* Jakarta : universitas Indonesia.
- Nurhayati, S. (2011). *Pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di PKU Muhammadiyah Gombong*. Di akses pada 05 juni 2020 dari file https://drive.google.com/file/d/1CL72L4LNknCZRW_t1_1bsQOPeHB-36MY/view?usp=sharing
- Nursalam. (2010). *Proses dan dokumentasi keperawatan : konsep dan praktik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Purwati, M. (2019). *Pemberian asuhan keperawatan secara holistic pada pasien post oprasi kanker payudara*. Diakses pada tanggal 05 mei 2020. Dari file https://drive.google.com/file/d/1CHlf8lnu7A8JIM12GFDe3Su_yAdjuHFb/view?usp=sharing
- Putra, S. Rizma (2015). *Buku lengkap kanker Payudara ., editor, intanovcet.* Yogyakarta : Laksana.
- Ramadani, F. (2017). *Asuhan keperawatan dengan post operasi ca mammae*. Di akses pada tanggal 20 juni 2020. Dari file https://drive.google.com/file/d/18xmvLOqnZX0YPXJdrbO3T6d_Ka_Xp5NE/view?usp=sharing
- Ratnawulan, S (2020). *Pemberian pemahaman mengenai penggunaan obat analgesic secara rasional pada masyarakat di arjasari kabupaten Bandung*. Diakses pada tanggal 10 mei 2020. Dari file

https://drive.google.com/file/d/1JThYTOuvVhX9VBRfyAYdzLq_JW.....A-fh/view?usp=sharing

Riset kesehatan dasar. (2013). *Badan penelitian dan pengembangan kesehatan*. Jakarta. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2012). *Buku ajar keperawatan dasar*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

80

Smetlzer, Susan, C. (2014). *Keperawatan Medikal-bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 12. Jakarta. Buku kedokteran EGC.

Suyatno & Pasaribu. (2014). *Bedah onkologi*. Jakarta : Saung Seto.

Sugiyono. (2014). *Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta : Salemba Medika.

Utami, T. (2020). *Pemberian kompres dingin terhadap penurunan nyeri pada pasien post hemoroidektomi di RSUD Simo Boyolali*. Di akses pada tanggal 12 mei 2020. Dari file <https://drive.google.com/file/d/1AfwTe1KpnasOPNV3xTdE8yScxqEp7y/view?usp=sharing>

Wahyudi, B. (2019). *Pengaruh hypsosis auditori lima jari terhadap tanda-tanda vital pada pasien fraktur ekstermitas*. Diakses pada tanggal 11 Mei 2020 dari file <https://drive.google.com/file/d/1JSJxQ062qskCILZ42ojNL54RkvIJHbfy/view?usp=sharing>

Wardani, D.I. (2012). *Gambaran tingkat kecemasan pada pasien kangker payudara yang menjalani kemoterapi di RSUD Al- Ihsan Kab. Bandung yang telah menerapkan spiritual care*. Bandung : Universitas Padjadjaran.

Widodo, W. (2020). *Penerapan teknik relaksasi nafas dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien appendicitis di RSUD Wates*. Diakses pada tanggal 01 Juni 2020. Dari file <https://drive.google.com/file/d/1J3nRdE1jdMIwTIPU1NpmjTxcCCovrYy7/view?usp=sharing>

Wijaya, Andra, S. (2013). *KMB. Keperawatan Medikal Bedah, keperawatan dewasa dilengkapi Contoh askep*. Yogyakarta : Nuha Medika. Diakses pada

tanggal 13 Mei 2020 <https://www.google.com/search?q=anatomi+fisiologi+ca+mammae&safe=strict&source=inms&tbm>

Yulianti, I. (2016). Faktor-faktor resiko kanker payudara. Diakses pada tanggal 24 juni 2020. Dari file https://drive.google.com/file/d/1M_jhITjoDSSk2rFB-aPejJHr3aod7SxD/view?usp=sharing



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY" YOGYAKARTA

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Khus Nur Rofik
 NIM : 2317019
 Nama Pembimbing 1 : Dwi Wulan Minarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Judul KTI :
 "Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Ny. M Dengan *Carsinoma mammae*"

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Tanda Tangan/Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	05/02/2020	Konsultasi kasus dan judul Proposal	Ibu Wulan	Rofik
2	13/02/2020	Konsultasi BAB I	Ibu Wulan	Rofik
3	20/02/2020	Konsultasi BAB I – BAB III	Ibu Wulan	Rofik
4	21/02/2020	ACC Uji Sidang Proposal	Ibu Wulan	Rofik
5	15/04/2020	Konsultasi perubahan proposal BAB I – BAB III	Ibu Wulan	Rofik
6	18/04/2020	Revisi BAB I dan BAB III	Ibu Wulan	Rofik
7	08/05/2020	Konsultasi BAB IV - V	Ibu Wulan	Rofik
8	02/06/2020	Revisi BAB I, IV, dan V	Ibu Wulan	Rofik
9	16/06/2020	Revisi BAB IV dan V	Ibu Wulan	Rofik
10	21/06/2020	Acc BAB I – BAB V	Ibu Wulan	Rofik

Yogyakarta,

Pembimbing 1

(Dwi Wulan M, S.Kep.,Ns.,M.Kep)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY" YOGYAKARTA

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Khus Nur Rofik
 NIM : 2317019
 Nama Pembimbing 2 : Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Judul KTI :
 "Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Ny. M Dengan *Carsinoma Mammae*"

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Tanda Tangan/Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
1	05/02/2020	Konsultasi kasus dan judul proposal	Ibu Yayang	Rofik
2	09/02/2020	Konsultasi judul proposal	Ibu Yayang	Rofik
3	19/02/2020	Konsultasi BAB I - III	Ibu Yayang	Rofik
4	20/02/2020	Konsultasi BAB I - III	Ibu Yayang	Rofik
5	29/02/2020	ACC uji sidang proposal	Ibu Yayang	Rofik
6	19/04/2020	Konsultasi perubahan proposal BAB I - BAB III	Ibu Yayang	Rofik
7	10/05/2020	Konsultasi BAB IV dan V	Ibu Yayang	Rofik
8	28/06/2020	Revisi BAB IV dan V	Ibu Yayang	Rofik
10	24/06/2020	Revisi BAB IV dan V	Ibu Yayang	Rofik
11	25/6/2020	Acc BAB IV dan BAB V	Ibu Yayang	Rofik

Yogyakarta,

Pembimbing 2

(Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Pasien/No. C.M : N.Y.M 15.11.1933 Ruang :

Da Keperawatan :

PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Rabu, 10/4/2019 Jam 08.00 WIB monitor tTV <i>Ariz</i>	Rabu, 10/4/2019 Jam 14.30 WIB S: - Pasien mengatakan sudah mandi - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah mandi O: - Pasien tampak tidak bau badannya - Pasien tampak rapi - TD: 127/83 mmHg N: 128x/menit
Jam 08.10 WIB Berkolaborasi dengan keluarga untuk memandikan pasien <i>Ariz</i>	

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Nama Pasien/No. C.M : N.H.C.M /157183 Ruang : CCendana
Diagnosa Keperawatan :

HR/TGL/ JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
Selasa 9/4/2019 13.00 WIB	<p>Selasa, 9/4/2019 jam 13.00 WIB memeritorttu Afz. Ariz</p> <p>Jam 13.05 WIB mendorong pasien untuk melakukan secara mandiri, tetapi beri bantuan ketika pasien tidak mampu untuk melakukannya Afz Ariz</p> <p>Jam 13.10 WIB Berikut ini hasil dengan</p>	<p>Selasa, 9/4/2019 jam 14.30 WIB</p> <p>S :- Pasien mengatakan sudah mandi - Pasien mengatakan masih neri ketika buat berjalat ke kamar mandi O :- Pasien tampak tidak bau badannya - Pasien tampak rapi - Pasien tampak lemas - TD : 116/69 mmHg N : 84 x/menit S : 37,4°C</p>

C. PERENCANAAN

Nama Pasien / NO CM

: Ny. M.

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA
Senin 08/4/2019 08.00 WIB	<p>Defisit Perawatan diri: mandi tidak kemampuan ditandai dengan:</p> <p>DS: pasien mengatakan merasa lemah jika berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak nafas ketika berjalan jauh - Pasien mengatakan mudah lelah untuk beraktivitas dan muncul nyeri dipaha kiri - badan pasien tampak bengkak <p>DO: pasien tampak lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terbaring ditempat tidur - TD: 118/99 mmHg - N: 126x/menit - S: 36,2°C - RR: 24x/menit 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri: mandi secara mandiri dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mampu masuk dari kamar mandi - Pasien tidak mudah lelah untuk beraktivitas dan muncul nyeri dipaha kiri - mampu menggunakan alat mandi 	<p>PRIMER</p> <ul style="list-style-type: none"> - mandi - Berbaring - Pasien merasa nyaman - Perawatan mandiri - mandi - bantuan tidak diperlukan - keluhan - keluhan

C. PERENCANA

Nama Pasien / NO CM

: MAR. N.Y.M.

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANA	
		TUJUAN	REN
Senin, 8/4/2023 Jam 09:00	Resiko Infeksi tangan faktor Prosedur invasif ditandai dengan: DS: DO: Tampak ada balutan luka di dekat axila sebelah kiri - tampak bekas terpasang WSD - AL: 11.57 10 ³ /μL - TP: 118/99 mmHg N: 126x/menit S: 36.2°C RR: 24x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan kontrol resiko dengan kriteria hasil: - Tidak ada tanda- tanda infeksi - Tidak ada kemerahan - Tidak ada nyeri - tidak teraba panas - tidak ada Pembengkakan - Tidak ada Perubahan fungsi - Angka leukosit dalam batas normal 4.50 - 11.50 10 ³ /μL	ke - me - m in - lab lub - E ke m - k de P

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

nama Pasien/No. C.M : NY: M / 157193 Ruang : ...
agnosa Keperawatan :

IR/TGL/ JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TGL TERATASI
Rabu, 14/2019 08.00 WIB	Rabu, 10/4/2019 jam 08.00 WIB memonitor ttv apakah jam 08.05 WIB mengaji nteri secara komprehensif apakah ttd.	Rabu, 10/4/2019 jam 14.30 WIB Si - Pasien mengatakan nferi di paha kiri - Pasien mengatakan nferi ketika tidur atau sedang berjalan - Pasien mengatakan nferi skala 2 - Pasien mengatakan nferinya hilang tambah - Pasien sering melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nferinya muncul - Pasien mengatakan nferinya seperti	

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Nama Pasien/No. C.M : N.Y.M. / 157173 Ruang : Cendana

gnosa Keperawatan :

RTGL/ JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TGL TERATASI
11/2019 100 WIB	Selasa, 11/08/2019 Jam 13.00 WIB memeritof ttv Hiz	Selasa, 9/4/2019 Jam 14.30 WIB - Pasien mengatakan nyeri dipaha kiri - Pasien mengatakan nyeri ketika tidur - Pasien mengatakan nyeri skala 3 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk tusuk - Pasien mengatakan sering melakuk	
	Jam 13.05 WIB kaji nyeri secara komprehensif Hiz		
	Jam 13.10 WIB mengajar kan cara mengont		

PE

Nam

No

Ny. M.

No	Tanggal	KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
			TUJUAN	INDIKATOR
1	10/Jan	<p>Nyeri akut b.d. abdomen</p> <p>Cidera biologis ditandai dengan:</p> <p>DS:- Pasien mengatakan nyeri di Paha kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri ketika tiduran dan saat berjalan - Pasien mengatakan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan hilang timbul nyeri - Pasien mengatakan nyeri seferbidituskus <p>DO:- Pasien tampak berbaring ditempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memegang Paha ketika kaki digerakkan <p>- TD : 118/99 mmHg</p> <p>N : 126 x /menit</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>rr : 24 x /menit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mampu menjelaskan penyebab nyeri - mampu mengontrol nyeri dengan non farmakologi - TTV dalam batas normal 	

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Pasien/No. C.M : N.Y.M / 15.11.19 Ruang : 4.02.02.01

nosu Keperawatan :

TGL/AM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TGL TERATASI
19/10/2019	Rabu 19/10/2019 Jam 08.00 WIB memonitor ttv Hitz	Rabu 19/10/2019 Jam 14.30 WIB S: - Pasien mengatakan cemas sudah berkurang - Pasien mengatakan merasa keadaannya - Pasien mengatakan selalu menggunakan teknik untuk relaksasi untuk mengurangi kecemasan O: - Pasien tampak sedikit cemas - Pasien tampak sedikit	
20/10/2019	Jam 08.05 WIB mengidentifikasi tingkat kecemasan Hitz		
20/10/2019	Jam 08.15 WIB menggunakan Pendekatan yang benar dan efektif Hitz		

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Pasien/No. C.M : Nya M /157193 Ruang : ... Cendana1

GL/ M	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)
11 019 w/B	<p>Selasa, 9/4/2019 Jam 13.00 w/B memonitor tttv Apz</p> <p>Jam 13.10 w/B Mengidentifikasi tingkat kecemasan Apz</p> <p>Jam 13.20 w/B Menggunakan Pendekatan yang tenang dan meyakinkan Apz</p>	<p>Selasa, 9/4/2019 Jam 14.30 w/B</p> <p>S: Pasien mengatakan masih cemas karena perakibnya</p> <p>- Pasien mengatakan sedikit mengontrol kecemasannya</p> <p>- Pasien mengatakan keluarganya selalu mendampingi</p> <p>O: - Pasien tampak tidak gelisah</p> <p>- Pasien tampak melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan</p>

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI
(CATATAN PERKEMBANGAN)

Nama Pasien/No. C.M : N/10.M /57103 Ruang : CRD 17.11
Diagnosa Keperawatan :

HR/TGL/ JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TGL TERATASI
Rabu, 10 April 2019 Jam 08.00 WIB memeritof tti Azz	Rabu, 10 April 2019 Jam 08.00 WIB memeritof tti Azz	Rabu, 10 April 2019 Jam 14.30 WIB S: - Pasien mengatakan Sesak nafas berat - Pasien mengatakan sering melakukakan teknik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas - Pasien mengatakan sudah bisa tanpa nasal kanuli selama 2 jam - Pasien mengatakan lebih nyaman posisi semi - Pasien tampak terpasang	
Jam 08.05 WIB memeritof Pola Nafas Azz	Jam 08.10 WIB memeritof Pola Nafas Azz		

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (CATATAN PERKEMBANGAN)

Nama Pasien/No. C.M : N.Y.: M...../157193 Ruang : cendana.....
Diagnosa Keperawatan :

HR/TGL/ JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI (SOAP)	TGL TERAPASI
Selasa, 09 April 2019 Jam 13.00 WIB	Selasa, 09 April 2019 Jam 13.00 WIB memonitor tttv <i>Asiz</i>	Selasa, 09 April 2019 Jam 14.30 WIB S: Pasien mengatakan sesak nafas berkurang - Pasien mengatakan sudah mencoba bernafas tanpa nasal kanui selama 30 menit	
Jam 13.05 WIB memonitor, Pola nafas	Jam 13.05 WIB memonitor, Pola nafas <i>Asiz</i>	O: Pasien tampak terpasang nasal kanui 3 lpm - Pasien tampak duduk - tidak tampak cuping hidung - TD: 116/69 mmHg N: 89 x/menit	
Jam 13.15 WIB menginformasikan pada Pasien dan keluarga tentang teknik relaksasi untuk	Jam 13.15 WIB menginformasikan pada Pasien dan keluarga tentang teknik relaksasi untuk		

C. PERENCANAAN

NY. M.

Nama Pasien

Tgl/ Jam	INDIKASI KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA
8/4/2014 jam 09.00	<p>kebidakefektifan Pola nafas bid hiperventilasi ditandai dengan:</p> <p>DS :- Pasien mengatakan sesak nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan jika berbaring terasa sesak nafas - Pasien mengatakan sudah 1 bulan mengalami sesak nafas <p>DO :- Pasien tampak terpasang nasal kanul 3 LPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk di tempat tidur - TD : 118/99 mmHg PR : 24x/menit N : 126x/menit S : 36,2°C SpO2 : 97% 	<p>sebelum dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu - Menunjukkan jalan nafas yang paten (Pasien tidak merasa tercekik, irama nafas frekuensi pernafasan dalam rentang normal) - Tanda-tanda vital dalam batas normal 	

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

o infeksi dengan faktor prosedur infasif ditandai dengan.....

Tampak ada belutan luka di dekat axilla sebelah kiri.....

Tampak bekas terpasang USD.....

AK: 11.57.10¹³/4L.....

T.T.V: T.D. 11/8/99 mmHg, N: 126 x/menit, S: 36,2°C, RR: 24 x/menit.....

sit perawatan diri, mandi bid. kelemahan ditandai dengan.....

Pasien mengatakan malas jika berjalan.....

Pasien mengatakan sesak nafas ketika berjalan jauh.....

Pasien mengatakan mudah lelah untuk beraktivitas.....

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

ak. efektif. Far. pola nafas. b.d. hiperventilasi. di tandai dengan...
 pasien mengatakan sesak nafas...
 pasien mengatakan jika berbaring. berasa sesak...
 pasien lebih nyaman dengan posisi semi Fowler...
 pasien mengatakan setiap hari menggunakan...
 Pasien tampak terpasang nasal kanul 3 Lpm...
 Pasien tampak duduk di tempat tidur...
 TTV: T.D. 118/78 mmHg, R.R. 24x/menit, S.O2 96%...
 Retas b.d. Perubahan besar. (status kesehatan...
 jalan baru di dekat axila sebelah kanan). di tandai dengan...
 Pasien mengatakan karena belum sembuh dari sakitnya...
 Pasien mengatakan khawatir karena ada benjolan baru...
 di dekat axila sebelah kanan...

ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
<p>pake ada balutan luka</p> <p>ikat atau sebelah kiri</p> <p>apak bekas terpasang</p> <p>11.57 10¹ 3/4L</p> <p>118/99 mmHg</p> <p>126x/menit</p> <p>36.2°C</p> <p>24x/menit</p> <p>ien mengatakan lemas</p> <p>a berjalan</p> <p>ien mengatakan sesak</p> <p>as ketika berjalan jauh</p>	<p>Prosedur infeksi</p>	<p>Risiko infeksi</p> <p>Defisit Perawatan diri : mandi</p>

ANALISA DATA

0	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
	<p>DS: Pasien mengatakan sesak nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan jika berbaring terasa sesak nafas - Pasien lebih nyaman dengan posisi semi Fowler - pasien mengatakan setiap hari menggunakan nasalkan 	hiperventilasi	kebidakefektif pola nafas
DO:	<p>pasien tampak terpasang nasalkanul 31pm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak duduk ditempat tidur - TTV: TD: 118/99 mmHg RR: 24x/menit N: 126x/menit S: 36,2°C SpO₂: 97% 		

Terapi

Tabel 6. Pemberian Terapi
 Pasien *Nita*..... di Ruang *Cendana*..... Tanggal *08 April 2019*

Obat	Dosis	Rute
<i>Cefadroxil</i>	<i>500 mg / 12 jam</i>	<i>oral</i>
<i>Paracetamol</i>	<i>500 mg / 12 jam</i>	<i>oral</i>
<i>Cefadroxil</i>	<i>500 mg / 12 jam</i>	<i>oral</i>

I

II

Periksaan Penunjang

Tabel 4. Pemeriksaan Laboratorium R.S.M.P. Di S.M.A. di Ruang. *Radwan*..... Tanggal. 08. April 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal	Referensi
Albumin	2.75 g/dL	3.40-5.00	Normal
Hemoglobin	10.0 g/dL	12.0-15.0	Normal
Hematokrit	31.4 %	35.0-49.0	Normal
Eritrosit	3.76 10^6 / μ L	4.00-5.40	Normal
MCV	83.5 fL	80.0-94.0	Normal
MCH	26.6 pg	26.0-32.0	Normal
MCHC	31.8 g/dL	32.0-36.0	Normal
RDW-SP	50.7 fL	35.0-45.0	Normal
Leukosit	11.57 10^3 / μ L	4.50-11.50	Normal
Eosinofil #	0.25 10^3 / μ L	0.00-0.70	Normal
Basofil #	0.01 10^3 / μ L	0.00-0.10	Normal
Neutrofil #	7.44 10^3 / μ L	2.30-8.60	Normal
NRBC #	0.0 10^3 / μ L	0.0-0.10	Normal
Lymphosit #	2.96 10^3 / μ L	1.62-5.37	Normal
Monosit #	0.91 10^3 / μ L	0.30-0.80	Normal
Eosinofil %	2.2 %	1.0-3.0	Normal
Basofil %	0.1 %	0.0-2.0	Normal
Neutrofil %	64.2 %	50.0-70.0	Normal
NRBC %	0.70 %	0.00-0.10	Normal
Lymphosit %	25.10 %		

da Pria

emitas

atas

tangan pasien bisa digerakkan dan tidak ada hambatan

Bawah

kaki pasien mampu untuk berjalan tetapi kaki kirinya
sakit terasa nyeri di bagian paha sebelah kiri

Payudara

6)

a) Inspeksi

tidak simetris, ada bekas luka jahitan di payudara sebelah kanan. separang cm

b) Palpasi

tidak ada nyeri tekan, terdapat benjolan di dekat axila sebelah kanan.

7) Punggung

punggung tampak simetris, taktil premitus terak

8) Abdomen

a) Inspeksi

Abdomen tampak simetris

b) Auskultasi

terdengar suara bising usus normal

emeriksaan Secara Sistematis (Cephalo - Caudal)

Kulit

kulit..pasien tampak bersih dan putih

Kepala (wajah, mata, hidung, telinga, mulut)

kepala mesosepal, rambut..pasien berwarna hitam dan ada uban
mata..konjungtiva mata tidak merah, sklera tidak ikterik,....
hidung..lubang hidung tidak ada sekret, tidak ada sekretan,
tidak ada krepitasi, rinitis. Asam karies 3 karies
telinga: Bentuk simetris, sekretan dan telinga tampak bersih
wajah: tidak ada jejas atau lesi

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

c. Aspek Lingkungan Fisik

Pasien mengatakan lingkungan rumah saya dan saya
tidak bisa ing dan tidur ber tetangga

d. Data Triangulasi (dari keluarga)

ang tua N. M. mengatakan lingkungan rumah baik dan
tidak ada masalah

konsep diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengungkapkan perasaan dengan kenaliannya saat ini. Yang sedang sakit dan ingin perawatan. Penjelasan baru diberikan ketik

b) Harga Diri

Pasien mengungkapkan jika dia dirinya sendiri. Biaya. Keluarga dan anak-anaknya dan pasien merasa cemas tentang penyakit

c) Peran Diri

Pasien mengungkapkan dirinya. Perasaan. Mengasuh. Kedua anaknya dan mengurus rumah.....

d) Ideal Diri

Pasien mengungkapkan saat ini dirinya ingin segera sembuh agar bisa berkumpul dengan keluarga dan bisa beraktivitas.

e) Identitas Diri

Pasien mampu mengenal dirinya sendiri dan mampu mengidentifikasi nama dan jenis kelamin. Persepsi.....

Kebutuhan istirahat – tidur

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan istirahat tidur... selama 7-8 jam...
dikatakan...

b) Selama sakit

Selama sakit... pasien istirahat tidur... selama 6-7
di rumah... sakit... pasien sering terbangun...
bangun... tidur... pasien merasa...

c) Data Triangulasi (dari keluarga/perawat/dokter)

orang tua... N... mengatakan jika pasien tidur dengan...
N... dan... kadang sering terbangun...

Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang int/kontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
Skor				
Total Skor				
14				
Paraf & Nama Perawat				
14/4/2019	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang int/kontinensia	Selalu inkontinensia urin
Skor				
Total Skor				
14				
Paraf & Nama Perawat				

(2) Tabel Pengkajian Resiko Jatuh
Tabel 2. Pengkajian Resiko Jatuh

Pasien. *N.L.L.M.*

..... di Ruang. *C.R.N.d.a.n.a.l*

Risiko

Risiko	Skala	Tanggal.....		
		Skoring 1	Skoring 2	Skoring
Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0	Tgl <i>21/4/18</i>		
	Ya 25	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
	Tidak 0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	
	Ya 15	<i>✓</i>	<i>✓</i>	
Diagnosa medis sekunder >1	0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	
	15			
	30			
Alat bantu jalan: <u>Bed rest</u> di bantu perawat	Tidak 0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
	Ya 25			
	0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	
Penopang/tongkat/walker Furniture	15			
	30			
	Tidak 0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
Menggunakan infus	Ya 25			
	0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
	15			
Cara berjalan/berpindah: <u>Normal/bed rest</u> imobilisasi	30			
	0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
	15			
Lemah	Terganggu			
	Status mental:			
	Orientasi sesuai kemampuan diri	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
Lupa keterbatasan	15			
	0	<i>✓</i>	<i>✓</i>	<i>✓</i>
	15			
skor		<i>48</i>	<i>40</i>	<i>40</i>

(1) Skala ketergantungan

Tabel 1 Penilaian Status Fungsional (Barthel Index)

..... di Ruang Tanggal 22 April 2019

Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor		
			Hari I	Hari II	Hari III
Mandi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)			
	1	Kadang-kadang tak terkendali			
	2	Mandiri	✓	✓	✓
Mandi (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter			
	1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)			
	2	Mandiri	✓	✓	✓
Mandi (cuci sisir rambut, sikat)	0	Butuh pertolongan orang lain	✓	✓	✓
	1	Mandiri	✓		
Mandi (cuci sisir rambut, sikat)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
	1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	✓	✓	✓
	2	Mandiri			
Mandi (cuci sisir rambut, sikat)	0	Tidak mampu			
	1	Perlu ditolong memotong makanan	✓	✓	✓

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum

Pasien mengatakan BAB 3 hari sekali dan BAK 3x sehari
 Feses lunak dan BAK kencing

b) Selama Sakit

Pasien mengatakan BAB 3 hari sekali Feses lunak dan BAK
 3x sehari dan menggunakan popok

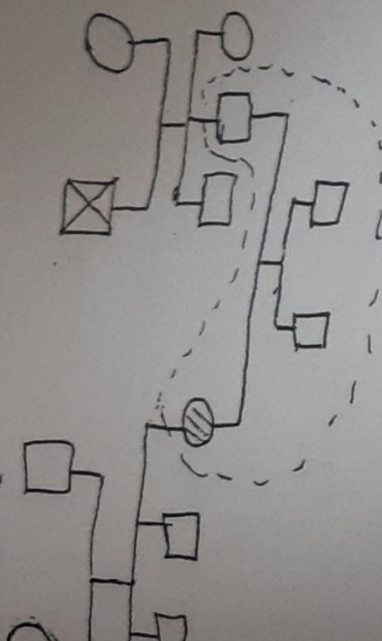
c) Data Triangulasi (dari keluarga/perawat/dokter)

Orang tua N.M. mengatakan jika N.M. memakai popok
 dalam 1 hari ganti popok sebanyak 1-2 kali sehari

Pola Aktivitas

a) Sebelum Sakit

t Kesehatan Keluarga enogram



rempuan
laki-laki
tinggal serumah
meninggal
sien

wayat Kesehatan Keluarga

uarga pasien. ^{gaji} ~~kegiatan~~ tidak ada yang menderita kanker....
yuda. hipertensi, diabetes, militas.....

ien

Utama saat Pengkajian

mengatakan... karena belum sembuh... dari sakitnya. Pasien

...kawatir... karena ada benjolan baru... di dekat ketiak...

...karena pasien... mengatakan... sesak... nafas... pasien... mengatakan...
Kesehatan Sekarang... pasien... mengatakan... pasien... mengatakan...
mengatakan... paha kirinya.

...tahu... sudah... masuk... rumah... sakit...

...kanker... payudara... sebelah... kanan... dada... tidak...
terapi... di RSUP... payudara... sebelah... kanan... dada... tidak...
...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

...sudah... 8... bulan... dan... telah... dilakukan... operasi... pengangkatan

KHUS NUR ROFIK
 Perubahan Proposal:
 "Gambaran Nyeri Akut Pel
 Pasien Ca Mammare"

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Gal : Senin, 8 April 2019
 : 08.00
 : Ruang Cendana I IRNA I RSUP DR Sardjito Yogyakarta
 :
 : Pasien rekam medis, perawatan keluarga, pasien tenaga kesehatan,
 : wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi

STUDI KAJIAN

Intitas

asien

1) Nama Pasien

: Ny. M