

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH :
CA MAMMAE POST OP. MASTEKTOMI PADA
NY. F DI RUANG RAWAT INAP LAURA
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh :
PAULINA SIHOTANG
052025074

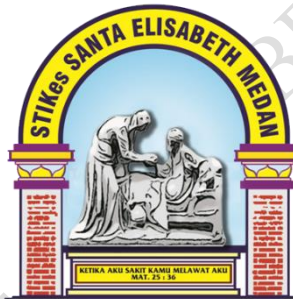
**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH :
CA MAMMAE POST OP. MASTEKTOMI PADA
NY. F DI RUANG RAWAT INAP LAURA
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh :
PAULINA SIHOTANG
052025074

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**

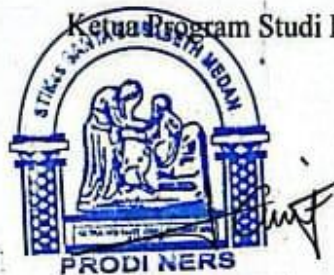


LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL, 31 JANUARI 2026**

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br.Karo, M.Kep., DNSc)



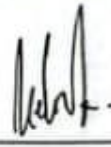
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DIDEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 31 JANUARI 2026**

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Helinida Saragih S.Kep.,Ns.,M.Kep



Anggota 1 : Friska S.H Ginting S.Kep.,Ns.,M.Kep



Anggota 2 : Ance M. Siallagan S.Kep.,Ns.,M.Kep





LEMBAR PERSETUJUAN

**Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)**

Oleh :

**PAULINA SIHOTANG
Medan, 31 Januari 2026**

**Menyetujui,
Ketua Penguji**

(Helinida Saragih S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Friska S.H Ginting S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Ance M. Siallagan S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan kasih karunianya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya ilmiah akhir ini adalah : **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : Ca Mammae Post Operasi Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir telah banyak mendapatkan bantuan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. dr. Eddy Jefferson Rintoga, Sp. OT (K) Sport Injury selaku direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus keloan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku ketua Program Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.



4. Helinida Saragih S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Friska S.H Ginting S.Kep.,Ns.M.Kep selaku dosen penguji II saya yang telah bersedia menguji saya pada ujian dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
6. Ance M. Siallagan S.Kep.,Ns,M.,Kep selaku dosen penguji III saya yang telah membantu dan bersedia meluangkan waktu untuk menguji dan membimbing saya dengan sabar pada sidang Karya Ilmiah Akhir ini
7. Seluruh staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu penulis selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan
8. Teristimewa kepada kedua orang tua saya tercinta dan Saudara/saudari kandung saya yang telah bersedia memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari isi maupun bahasa yang digunakan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis akan menerima kritikan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang



Maha Kuasa Mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah banyak membantu peneliti. Harapan penulis, semoga karya ilmiah akhir ini akan dapat bermanfaat nantinya, dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi profesi keperawatan. semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan dan bantuan dari semua yang berpartisipasi penulis.

Medan, 31 Januari 2026

Penulis,

Paulina Sihotang



SINOPSIS

Paulina Sihotang, 052025074

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Ca Mammae Post Op. Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan *Ca Mammae*

Kanker payudara, atau dikenal sebagai Carcinoma Mammae, merupakan neoplasma berbahaya yang tumbuh di dalam jaringan payudara dan memiliki potensi untuk menyebar ke bagian tubuh lainnya. Kanker payudara memiliki angka mortalitas cukup tinggi. Angka prevalensinya cenderung terjadi peningkatan dari tahun ke tahun terutama pada negara-negara sedang berkembang yang sering berakibat fatal sehingga penulis tertarik mengangkat kasus ini untuk menjadi pedoman dalam penanganan pasien post ca mammae. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Ca Mammae Post Op. Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025. Hasil: tanda dan gejala yang didapatkan pada kasus di lapangan sesuai dengan teori selain itu diagnosa yang ditemukan pada kasus yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan ansietas, sesuai dengan diagnosa yang ada di teori, selain itu manajemen nyeri dilakukan dengan teknik relaksasi finger holder dan Resiko Infeksi Ini dilakukan dengan Monitor Tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik dengan dilakukan perawatan luka, kemudian ansietas dilakukan dengan pemberian teknik tarik napas dalam dan menganjurkan mendengarkan musik.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENEPIATAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan umum.....	3
1.3.1 Tujuan umum.....	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat praktis	4
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	5
2.1 Konsep Dasar Medis <i>Ca Mammae</i>	5
2.1.1 Pengertian <i>Ca Mammae</i>	5
2.1.2 Anatomi Fisiologi <i>Ca Mammae</i>	5
2.1.3 Etiologi <i>Ca Mammae</i>	7
2.1.4 Manifestasi klinik.....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	9
2.1.6 Pathway.....	10
2.1.7 Pemeriksaan Dignostik	11
2.1.8 Penatalaksanaan	12
2.1.9 Komplikasi.....	14
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	15
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	27
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	28
BAB 3 TINJAUAN KASUS	29
3.1. Pengkajian.....	29
3.2. Analisa Data.....	47
3.3. Daftar Diagnosa Keperawatan	50



3.4. Intervensi Keperawatan.....	51
3.5. Implementasi Keperawatan.....	59
3.6. Evaluasi Keperawatan.....	65
BAB 4 PEMBAHASAN	70
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	70
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3 Intervensi keperawatan.....	73
4.4 Implementasi Keperawatan.....	75
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	76
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
5.1 Kesimpulan	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN.....	81



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Payudara..... 5

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**BAB 1
PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Kanker payudara merupakan salah satu tipe kanker yang paling umum dialami oleh wanita. Selain itu, ini menjadi penyebab tertinggi kematian akibat kanker paru-paru. Kanker payudara, atau dikenal sebagai *Carcinoma Mammaria*, merupakan neoplasma berbahaya yang tumbuh di dalam jaringan payudara dan memiliki potensi untuk menyebar ke bagian tubuh lainnya. Kanker payudara cenderung memiliki hasil yang kurang baik, karena sering kali terdiagnosa pada tahap yang sudah cukup parah (Suparna & Sari, 2022)

Kanker payudara memiliki angka mortalitas cukup tinggi. Angka prevalensinya cenderung terjadi peningkatan dari tahun ke tahun terutama pada negara-negara sedang berkembang yang sering berakibat fatal karena keterlambatan diagnosis, yang berarti juga keterlambatan pengobatan sehingga seringkali ditemukan dalam keadaan stadium akhir (Izah, 2024)

Berdasarkan data WHO 2024 pada tahun 2022 sebanyak 2,3 juta wanita di dunia telah didiagnosis kanker payudara dan sebanyak 670.000 meninggal akibat kanker payudara. Data Profil Kesehatan Indonesia, Kemenkes RI 2022 menyatakan kasus kanker payudara di angka kejadian 65.858 kasus baru dan hal ini diperkirakan akan terus meningkat hingga lebih dari 13,1 juta pada tahun 2030 (Rosyidah, 2023). Profil Kesehatan Jawa Barat 2022 merilis kejadian kanker payudara sekitar 1000 orang dari semua penduduk (48 juta) setiap tahun (M.Gaol and Priosodewo, 2023). Data Survei Kesehatan Indonesia (2023), prevalensi kanker payudara di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan diagnosis yaitu 0,9%.



Salah satu bentuk penatalaksanaan pada pasien kanker payudara (*Cancer of the Breast*) adalah tindakan bedah berupa mastektomi. Mastektomi merupakan prosedur operasi untuk mengangkat seluruh jaringan payudara. Tindakan ini biasanya dilakukan apabila pasien tidak memungkinkan untuk menjalani operasi konservasi payudara (lumpektomi), yaitu prosedur yang mempertahankan sebagian besar jaringan payudara. Namun, ada juga wanita yang memilih mastektomi atas dasar preferensi pribadi. Bagi wanita dengan risiko tinggi mengalami kanker payudara di sisi lainnya, mastektomi ganda (pengangkatan kedua payudara) kadang menjadi pilihan. Beberapa masalah keperawatan yang mungkin timbul pascaoperasi meliputi nyeri akut yang berkaitan dengan trauma fisik akibat prosedur pembedahan, risiko infeksi karena terganggunya pertahanan primer tubuh (seperti rusaknya integritas kulit), serta gangguan citra tubuh yang muncul sebagai dampak dari tindakan medis (pembedahan) (Pasaribu and Sumarni, 2023)

Peran perawat dalam menangani pasien post op mastektomi yang mengalami nyeri mencakup aspek preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif secara holistik. Perawat memiliki peran penting dalam manajemen nyeri melalui berbagai intervensi, seperti melakukan observasi nyeri dengan pendekatan PQRST (Provocation, Quality, Region, Severity, Time), menerapkan teknik nonfarmakologis seperti distraksi *finger holder*, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik jika diperlukan nyeri hingga mencapai tingkat yang masih dapat ditoleransi oleh pasien. Efektivitas terapi nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri bergantung pada durasi terapi, keterampilan pemberi terapi, serta tingkat keparahan kondisi pasien (Maya Ade Kusniarti Pasaribu, 2023).



Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk menyusun karya ilmiah yang membahas mengenai “ Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : *Ca Mammae* Post Op. Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025” .

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : *Ca Mammae* Post Op. Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : *Ca Mammae* Post Op. Mastektomi Pada Ny. F Di Ruang Rawat Inap Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae* post op. mastektomi
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien *ca mammae* post op. Mastektomi.
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada pasien *ca mammae* post op. mastektomi
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien *ca mammae* post op. mastektomi



5. Mampu melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien *ca mammae* post op. mastektomi

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Diharapkan karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu sumber bacaan dan pengembangan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Penyakit *ca mammae* Post Op. Mastektomi.

1.4.2 Manfaat praktik

1. Bagi insititusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Hasil Karya Ilmiah akhir ini diharapkan sebagai sumber informasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit *ca mammae* Post Op. Mastektomi

2. Bagi lahan praktik

Hasil karya ilmiah akhir ilmiah ini diharapkan sebagai informasi serta berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan membantu perawatan pada pasien yang mengalami *ca mammae* Post Op. Mastektomi

3. Bagi mahasiswa/I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth

Medan Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan, informasi, serta pengembangan ilmu keperawatan yang dapat diterapkan dalam praktek lapangan pada pasien yang mengalami penyakit *ca mammae* Post Op. Mastektomi.

BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis *CA Mammae*

2.1.1 Pengertian *ca mammae*

Ca mammae atau Kanker payudara adalah proses penyakit yang disebabkan karena terjadinya pembelaan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker)(Wijaya and Putri, 2019). Kanker payudara disebut juga dengan *carcinoma mammae* adalah sebuah tumor (benjolan abnormal) ganas yang tumbuh dalam jaringan payudara. Tumor ini dapat tumbuh dalam kelenjar susu, saluran kelenjar, dan jaringan penunjang payudara (jaringan lemak, maupun jaringan ikat payudara). Tumor ini dapat pula menyebar ke bagian lain di seluruh tubuh. Penyebaran tersebut disebut dengan metastase (Ketut et al., 2022).

2.1.2 Anatomi fisiologi



Gambar 2.1

a. anatomi



Payudara adalah suatu kelenjar yang terdiri atas jaringan lemak, kelenjar fibrosa dan jaringan ikat. Jaringan ikat memisahkan payudara dari otot-otot dinding dada, otot pektoralis dan otot serratus anterior. Payudara terletak di fascia superficialis yang meliputi dinding anterior dada dan meluas dari pinggir lateral sternum sampai linea axillaris media dan pinggir lateral atas payudara meluas sampai sekitar pinggir bawah musculus pectoralis major dan masuk ke axilla. Pada wanita dewasa muda payudara terletak di atas costa II–IV. Secara umum payudara dibagi atas korpus, areola dan puting. Korpus adalah bagian yang membesar. Di dalamnya terdapat alveolus (penghasil ASI), lobulus, dan lobus. Areola merupakan bagian yang kecokelatan atau kehitaman di sekitar puting. Tuberkel–tuberkel montgomery adalah kelenjar sebacea pada permukaan areola. Puting (papilla mammaria) merupakan bagian yang menonjol dan berpigmen di puncak payudara dan tempat keluarnya ASI (air susu ibu). Puting mempunyai perforasi pada ujungnya dengan beberapa lubang kecil, yaitu aperture duktus laktiferosa. Suplai arteri ke payudara berasal dari arteri mammaria internal yang merupakan cabang arteri subklavia.

Kontribusi tambahan berasal dari cabang arteri aksilari toraks. Darah dialirkan dari payudara melalui vena dalam dan vena supervisial yang menuju vena kava superior sedangkan aliran limfatik dari bagian sentral kelenjar mammae, kulit, puting dan aerola adalah melalui sisi lateral menuju aksila. Dengan demikian, limfe dari payudara mengalir melalui nodus limfe aksilar (Rosida, 2020).

b. Fisiologi



Suplai darah ke payudara terutama dari arteri mammaria interna, cabang dari arteri subclavia (salah satu cabang dari arcus aorta). Suplai darah lain berasal dari cabang arteri axillaris dan dari arteri intercostalis. Pembuluh limfe mengalirkan cairan limfe berlawanan dengan aliran darah, menuju ke kelenjar limfe (lymph nodes) dibawah ketiak, sedang sebagian kecil menuju ke kelenjar limfe di dalam payudara. Hal ini perlu diketahui karena metastase dari kanker payudara melalui aliran limfe ini yang ditandai dengan membesarnya kelenjar limfe di daerah ketiak.

Perkembangan atau pembesaran payudara mulai terjadi pada masa puber dibawah pengaruh hormone estrogen dan progesteron. Dimana pada saat ini wanita juga mulai mengalami siklus menstruasi. Masa puber pada wanita umumnya sekitar umur 10-13 tahun. Saat wanita hamil kelenjar hipofise mengeluarkan hormone prolactin yang merangsang produksi air susu. Sekresi hormone prolactin ini dirangsang oleh hormone estrogen dan dihambat oleh hormone progesteron. Pada akhir kehamilan, setelah bayi dilahirkan kadar progesteron menurun secara drastis, sehingga pengaruh estrogen lebih dominan untuk merangsang sekresi prolactin yang kemudian akan merangsang produksi air susu ibu (ASI). Selain itu rangsangan susu ini akan menimbulkan impuls pada saraf yang dikirimkan ke otak (hipotalamus). Kemudian hipotalamus akan merangsang kelenjar hipofise untuk mengeluarkan hormone oksitoksin yang juga akan merangsang pengeluaran ASI (Navita Wulansari, 2022).

2.1.3 Etiologi

Penyebab kanker payudara belum dapat ditentukan, keduanya adalah lingkungan dan genetik. Kanker payudara memperlihatkan proliferasi keganasan



sel epitel yang membatasi duktus atau lobus payudara. Pada awalnya hanya terdapat hiperplasia sel dengan perkembangan sel-sel yang atipikal dan kemudian berlanjut menjadi karsinoma in situ dan menginvasi stroma, kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk tumbuh dari satu sel menjadi massa. Hormon steroid yang dihasilkan ovarium juga berperan dalam pembentukan kanker payudara (Brunner & Suddarth's, 2018). Ca mammae dapat terjadi karena faktor genetik, hormonal, daya tahan tubuh, dan lingkungan (Wijaya and Putri, 2019).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Menurut (Brunner & Suddarth's, 2018), manifestasi klinik dapat ditemukan pada ca mammae yaitu :

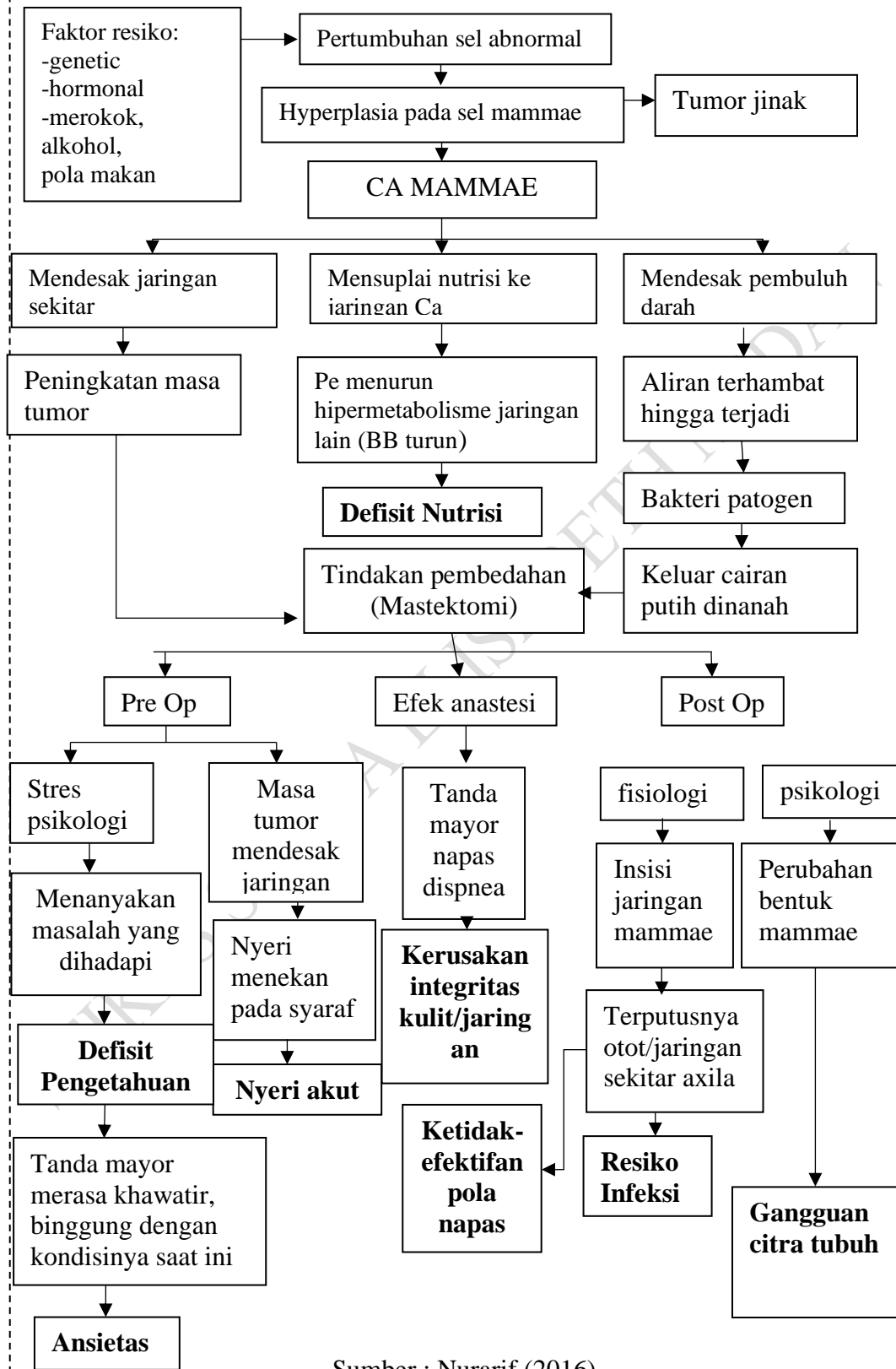
1. secara umum isi bersifat tidak nyeri saat ditekan, terfiksasi, dan keras dengan batas tidak teratur paling sering terjadi di kuadran luar atas.
2. beberapa wanita tidak memiliki gejala dan tidak memiliki benjolan yang kerabat tetapi pemeriksaan maka berapa menunjukkan hasil abnormal
3. Tanda-tanda lanjut dapat mencakup lekukan di kulit, rekresi puting, atau ulserasi kulit



2.1.5 patofisiologi

Sel abnormal membentuk klon dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal yang mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sel tersebut. Kemudian dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasif, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastase (penyebaran kanker) pada bagian tubuh yang lain. Neoplasma adalah suatu proses pertumbuhan sel yang tidak terkontrol yang tidak mengikuti tuntutan fisiologik, yang dapat disebut benigna atau maligna. Pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor-faktor yang dapat menyebabkan kanker biasanya disebut dengan karsinogenesis. Transformasi maligna diduga mempunyai sedikitnya tiga tahapan proses seluler, diantaranya yaitu inisiasi dimana inisiator atau karsinogen melepaskan mekanisme enzimatik normal dan menyebabkan perubahan dalam struktur genetic asam deoksiribonukleat seluler (DNA), promosi dimana terjadi pemajanan berulang terhadap agens yang mempromosikan dan menyebabkan ekspresi informal abnormal atau genetik mutan bahkan setelah periode laten yang lama, progresi dimana sel-sel yang telah mengalami perubahan bentuk selama insiasi dan promosi mulai menginvasi jaringan yang berdekatan dan bermetastase menunjukkan perilaku maligna, (Putri, 2020).

2.1.6 Pathway



Sumber : Nurarif (2016)



2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

1. Laboratorium

- a. Morfologi sel darah
- b. Laju endap darah
- c. Tes faal hati
- d. Tes tumor marker (carsino Embrionyk Antigen/CEA) dalam serum atau plasma.
- e. Pemeriksaan sitologik Pemeriksaan ini memegang peranan penting pada penilaian cairan yang keluar spontan dari putting payudara, cairan kista atau cairan yang keluar dari ekskoriassi.

2. Mammagrafi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memperlihatkan struktur internal mammae untuk mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karean gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak.

3. Ultrasonografi

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

4. Thermography



Mengukur dan mencatat emisi panas yang berasal dari mammae karena peningkatan suplay darah dan penyesuaian suhu kulit yang lebih tinggi.

5. Xerodiography

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

6. Biopsi

Untuk menentukan secara menyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

7. CT. Scan D

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis *carsinoma* payudara pada organ lain.

8. Pemeriksaan hematologi

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

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Czajka & & Christopher, 2023) dapat dilakukan beberapa hal yaitu :

a. Pembedahan

- 1) Mastektomi radikal modifikasi



Pengangkatan payudara sepanjang nodus limfe axila sampai otot pectoralis mayor. Lapisan otot pectoralis mayor tidak diangkat namun otot pectoralis minor bisa jadi diangkat atau tidak diangkat (Brunner & Suddarth's, 2018).

2) Mastektomi total

Semua jaringan payudara termasuk puting dan areola dan lapisan otot pectoralis mayor diangkat. Nodus axila tidak disayat dan lapisan otot dinding dada tidak diangkat.

3) Lumpektomi/tumor

Pengangkatan tumor dimana lapisan mayor dari payudara tidak turut diangkat. Exsisi dilakukan dengan sedikitnya 3 cm jaringan payudara normal yang berada di sekitar tumor tersebut.

4) Wide excision Exisisi

tumor dengan 12 tepi dari jaringan payudara normal, Pengangkatan dan payudara dengan kulit yang ada dan lapisan otot pectoralis mayor.

b. Radioterapi

Biasanya merupakan kombinasi dari terapi lainnya tapi tidak jarang pula merupakan terapi tunggal. Adapun efek samping: kerusakan kulit di sekitarnya, kelelahan, nyeri karena inflamasi pada nervus atau otot pectoralis, radang tenggorokan.

c. Kemoterapi

Kemoterapi Pemberian obat-obatan anti kanker yang sudah menyebar dalam aliran darah. Efek samping: lelah, mual, muntah, hilang nafsu makan, kerontokan membuat, mudah terserang penyakit.



d. Manipulasi hormonal

Manipulasi hormonal Biasanya dengan obat golongan tamoxifen untuk kanker yang sudah bermetastase. Dapat juga dengan dilakukan bilateral oophorectomy. Dapat juga digabung dengan therapi endokrin lainnya.

2.2.9 Komplikasi

Menurut (Rismawan et al., 2020) komplikasi *mammae* adalah sebagai berikut :

- a. Metastase ke jaringan sekitar melalui saluran limfe dan pembuluh darah kapiler (penyebaran limfogen dan hematogen, penyebarab hematogen dan limfogen dapat mengenai hati, paru, pleura, tulang, sum-sum tulang, otak, syaraf.
- b. Gangguan neuro varkuler
- c. Faktor patologi seperti mutasi genetik, pengaruh hormonal, dan faktor risiko eksternal
- d. Fibrosis payudara
- e. Kematian



2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Menurut (Yodang & Nuridah, 2021) pengkajian keperawatan dalam kasus pada mammae yaitu :

a. Anamnesis

Kebanyakan dari kanker ditemukan jika telah teraba oleh wanita itu sendiri. Pasien datang dengan keluhan rasa sakit, tidak enak atau tegang didaerah sekitar payudara

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus/borok, kulit berwarna merah, dan ada nodul/bisul, pendarahan aktif, bengkak dan nyeri.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat tumor mammae sebelumnya atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya seperti kanker ovarium atau kanker serviks. Pemakaian obat-obatan, hormon termasuk pil KB jangka waktu yang lama. Riwayat menarche, jumlah kehamilan, abortus, riwayat menyusui

d. Apakah adanya keluarga yang mengalami penyakit pada payudara atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks



e. Pemeriksaan Fisik

1) Thorax

a) Inspeksi Dilakukan inspeksi apakah adanya luka tumor payudara, terdapat kulit berwarna merah/terjadinya peradangan, ada nodul/bisul, pendarahan aktif pada payudara. Apabila tumor payudara dicurigai bermetastasis, dilakukan inspeksi apakah pasien tampak sesak, terdapat bantuan otot pernapasan, retraksi intercostal.

b) Palpasi Dilakukan palpasi pada payudara apakah teraba keras dan nyeri tekan pada payudara jika tidak terdapat luka. Apabila kanker payudara dicurigai bermetastasis dilakukan pemeriksaan vocal premitus.

c) Perkusi Apabila dicurigai tumor payudara bermetastasis dilakukan perkusi untuk mengetahui bunyi pada paru, apabila tidak terdapat luka pada payudara.

d) Auskultasi Apabila dicurigai tumor payudara bermetastasis dilakukan auskultasi untuk mendengar suara pada kedua lapang paru, apabila tidak terdapat luka pada payudara.

f. Pengkajian 11 Pola Gordon

1) Pola Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

a) Sebelum sakit, apakah pasien rutin melakukan pemeriksaan kesehatan, melakukan screening atau deteksi dini dengan melakukan SADARI di rumah. Apakah pasien memiliki kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan terutama obat hormonal, dan kebiasaan mengunjungi pusat pelayanan Kesehatan.



b) Saat sakit, mengkaji keluhan utama pasien, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit sebelumnya apakah pernah mengalami penyakit tumor atau gangguan pada payudara, riwayat penyakit keluarga dengan tumor payudara atau kanker lainnya.

2) Pola Nutrisi & Metabolik

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki kebiasaan diet buruk seperti mengkonsumsi lemak yang berlebihan, makanan instan dan junkfood, mengkonsumsi vitamin atau suplemen, terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir.

b) Saat sakit, apakah pasien mengalami penurunan nafsu makan, penurunan/peningkatan berat badan yang signifikan, mual muntah saat/sebelum makan.

3) Eliminasi

a) Sebelum sakit, apakah pasien pernah mengalami gangguan saat BAK/BAB, frekuensi BAB dan BAK dalam sehari.

b) Saat sakit, apakah terjadi distensi abdomen pada pasien, nyeri tekan pada abdomen, penurunan frekuensi defekasi dan output input tidak balance.

4) Aktivitas dan Latihan

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki kebiasaan berolahraga atau aktifitas fisik lainnya.



b) Saat sakit, apakah pasien merasa kesulitan bergerak, kondisi melemah dan merasakan nyeri dan cemas saat beraktivitas berlebihan,

5) Istirahat dan Tidur

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki gangguan saat tidur seperti insomnia, kebiasaan sebelum tidur, pola tidur dan frekuensi jam tidur dalam sehari.

b) Saat sakit, apakah pasien mengalami kesulitan tidur akibat nyeri yang dirasakan, kecemasan maupun sesak napas. Menyimpulkan bahwa hubungan antara depresi dan nyeri pada klien tumor mammae sangat mempengaruhi gangguan pola tidur serta istirahat yang kurang. klien merasa gelisah saat istirahat dan merasa kecemasan.

6) Kognitif dan Persepsi

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki gangguan dalam menerima informasi dan gangguan indera.

b) Saat sakit, apakah pasien mengetahui apa yang saat ini ia alami, klien yang terdiagnosis tumor mammae kebanyakan kaget, takut, syok, karena masih harus bekerja dan memenuhi kebutuhan keluarga. Ada juga yang merasa takut karena efek samping dari serangkaian pengobatan seperti luka tumor yang semakin meluas, bekas operasi, dan akibat kemoterapi yang menyebabkan rambutnya rontok.

7) Persepsi dan Konsep Diri



a) Sebelum sakit, bagaimana cara pasien dalam memandang dirinya sendiri/konsep diri.

b) Saat sakit, apakah pasien mengalami kurang percaya diri, seringkali memikirkan aspek fisik jika kehilangan payudaranya, karena payudara merupakan identitas perempuan yang seutuhnya. Kehilangan payudara salah satu akan mengubah body image perempuan. Selain itu mempengaruhi dampak psikologis mendalam misalnya stress, ansietas, depresi dan lain- lain setelah operasi

8) Peran dan Hubungan

a) Sebelum sakit, bagaimana peran dan hubungan pasien dalam keluarga maupun lingkungan dalam berinteraksi.

b) Saat sakit, apakah pasien mengalami gangguan perannya sebagai seorang ibu dan hubungan dengan keluarga maupun lingkungan. Terkadang klien mengalami kemunduran dan ketidak percayaan diri saat berinteraksi dengan orang lain, dan cenderung pilih-pilih lawan akan diajak berkomunikasi.

8) Reproduksi dan Seksual

a) Sebelum sakit, apakah pasien memiliki Riwayat penggunaan KB hormonal selama lebih dari 5 tahun, menarche.

b) Saat sakit, apakah pasien percaya bahwa keadaannya sekarang adalah ujian dari Tuhan, apakah pasien melakukan pendekatan agama agar pasien dapat menerima kondisinya dengan lapang dada (Laksono, 2022).



2.2.2 Diagnosa keperawatan

Dalam buku standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang diterbitkan oleh Dewan Pengurus PPNI tahun 2018 sebagai acuan standar dalam praktik keperawatan yang membantu perawat dalam menegakan diagnosis berdasarkan pengkajian, maka diagnosis keperawatan pada kasus post op *ca mammae* adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019).
3. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif (D.0142).
4. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan kelembaban (D.0083).
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).
6. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/fungsi tubuh (D.0083).



2.2.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis cukup menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah cukup menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri Observasi 1) Mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 3) Monitor efek samping dari penggunaan analgetik. Terapeutik 1) Ajarkan teknik nonfarmakologi (misalnya teknik relaksasi nafas dalam) 2) Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis. Pencahayaan, suhu ruangan, kebisingan). Edukasi 1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Menjelaskan strategi meredakan nyeri. 3) Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Defisit nutrisi	Status nutrisi Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24	Manajemen nutrisi Observasi



		<p>jam, maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2) Kekuatan otot menelan meningkat 3) Perasaan cepat kenyang menurun 4) Frekuensi makan membaik 5) Nafsu makan membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi status nutrisi 2) Monitor asupan makanan 3) Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan. Jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ajarkan diet yang dipogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p>
3.	Resiko infeksi	<p>Tingkat infeksi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka, Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan Tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi



		<p>7. Vesikel menurun</p> <p>8. Cairan berbau busuk menurun</p> <p>9. Drainase purulen menurun</p> <p>10. Piutia menurun</p> <p>11. Periode malaise menurun</p> <p>12. Periode menggigil menurun</p> <p>13. Letargi menurun</p> <p>14. Gangguan koognitif menurun</p> <p>15. Kadar sel darah putih membaik</p> <p>16. Kulturuh darah membaik</p> <p>17. Kultur urine membaik</p> <p>18. Kultur sputum membaik</p> <p>19. Kultur area luka membaik</p> <p>20. Kultur feses membaik</p> <p>21. Nafsu makan membaik</p>	<p>11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>12. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p>
4.	Gangguan intergritas jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam maka integritas kulit/jaringan membaik Kriteria Hasil</p> <p>1. Kerusakan jaringan menurun</p>	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, dan bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik</p> <p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>



		<p>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</p>	<p>4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>7. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>10. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
5.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>2) Perilaku gelisah menurun.</p> <p>3) Frekuensi nadi menurun</p> <p>4) Pola tidur membaik</p>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi saat tingkat ansietas berubah: <ul style="list-style-type: none"> Kondisi yang memicu (saat sendirian, malam hari) Waktu terjadinya Stressor spesifik Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda-tanda ansietas: <ul style="list-style-type: none"> Verbal: mengatakan cemas, khawatir, takut Non-verbal: gelisah, tegang, kontak mata kurang Fisiologis: peningkatan TD, nadi, RR <p>Terapeutik:</p>



		5) Perasaan keberdayaan membaik	<ol style="list-style-type: none">1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan:2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan3. Pahami situasi yang membuat pasien cemas4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan:5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan6. Pahami situasi yang membuat pasien cemas7. Dengarkan dengan penuh perhatian (active listening)8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan10. Diskusikan perencanaan realistis tentang:11. Dampingi pasien saat cemas12. Gunakan komunikasi terapeutik13. Masase punggung/leher untuk menurunkan kecemasan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan prosedur perawatan, termasuk sensasi yang mungkin dialami2. Informasikan secara faktual mengenai:<ul style="list-style-type: none">• Diagnosis penyakit• Tindakan yang sudah dilakukan (mastektomi)• Pengobatan yang akan dijalani• Prognosis/hasil yang diharapkan3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (pendampingan)
--	--	---------------------------------------	--



			<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif: 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi: 6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (pendampingan) 7. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif: 8. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi: <ul style="list-style-type: none"> • Curhat kepada perawat/keluarga • Ekspresikan emosi secara sehat 9. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan: <ul style="list-style-type: none"> • Mendengar musik relaksasi • Dzikir/berdoa • Membaca 10. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 11. Latih teknik relaksasi: <ul style="list-style-type: none"> • Napas dalam (5-10 kali napas perlahan) • Distraksi • Guided imagery <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas (jika diperlukan): 2. Kolaborasi dengan psikolog/rohaniawan untuk konseling
6.	Gangguan citra tubuh	Setelah dilakukan asuhan perawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan Tingkat	<p>Promosi citra tubuh</p> <p>Observasi</p>



		<p>ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Melihat bagian tubuh cukup meningkat</p> <p>2) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh cukup meningkat</p> <p>3) Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh cukup menurun</p> <p>4) Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain cukup menurun</p>	<p>1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan.</p> <p>2) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</p> <p>3) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh.</p> <p>2) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis.</p> <p>3) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh.</p> <p>2) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung</p> <p>3) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun.</p>
--	--	---	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Tindakan keperawatan perawat berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Jenis tindakan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada implementasi ini terdiri



dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi dan tindakan rujukan/ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan.



BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Paulina Sihotang NIM: 052025074

Unit : Rawat Inap Tgl. Pengkajian : 04-09-2025
Ruang/Kamar : Laura/ 9.1 Waktu Pengkajian : 08.00
Tgl. Masuk RS : 02-09-2025 Auto Anamnese :
Allo Anamnese :

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Ny. F
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 30 November 1959 (65 tahun)
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Jumlah Anak : 5
Agama/Suku : Protestan/Nias
Warga Negara : Indonesia Asing
Bahasa yang Digunakan : Indonesia
 Daerah Asing

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat Rumah : Nias

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. D

Alamat : Medan

Hubungan dengan klien : Anak



2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh : UGD (namanya)
 Dokter praktek (dr. Riahsya)
- b. Diagnosa Medik :
- b.1. Saat Masuk : CA mammae
- b.2. Saat Pengkajian : post. Op mastektomi

3. KEADAAN UMUM

- a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan* / sedang* / berat*
(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / baring lemah* / duduk* / aktif* / gelisah* /
posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis */ sesak napas* /
penggunaan alat medik yang digunakan : IVFD Nacl 0,9 %
20 tts/ menit, terpasang drain didaerah payudara kiri 45cc.

b. **RIWAYAT KESEHATAN**

- 1). Keluhan Utama :

Ny . F mengatakan merasa nyeri pada bagian payudara kiri bekas operasi, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri hilang timbul dan diperberat saat melakukan pergerakan.

- 2). Riwayat kesehatan sekarang :

Ny. F mengeluh nyeri pasca operasi mastektomi pada area payudara kiri, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa panas, nyeri menjalar ke punggung, klien tampak meringis, gelisah, menjalar ke punggung, Skala nyeri 6 (0-10), nyeri Hilang timbul, durasi 5-10 menit.

- 3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Ny. F mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan masa lalu dan baru pertama kali di rawat di rumah sakit.



4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran

1). Kualitatif : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatous

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :
> Respon Motorik : 6
> Respon Bicara : 5
> Respon Membuka Mata: 4
> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : pasien sadar penuh

b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 125 /84 mm Hg
MAP :97,67 mm Hg

Kesimpulan : tekanan arteri rata – rata dalam batas normal

d. Suhu : 36,6 °C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi X/menit

1). Irama : Teratur Kusmuall Cheynes-Stokes

2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 160 cm

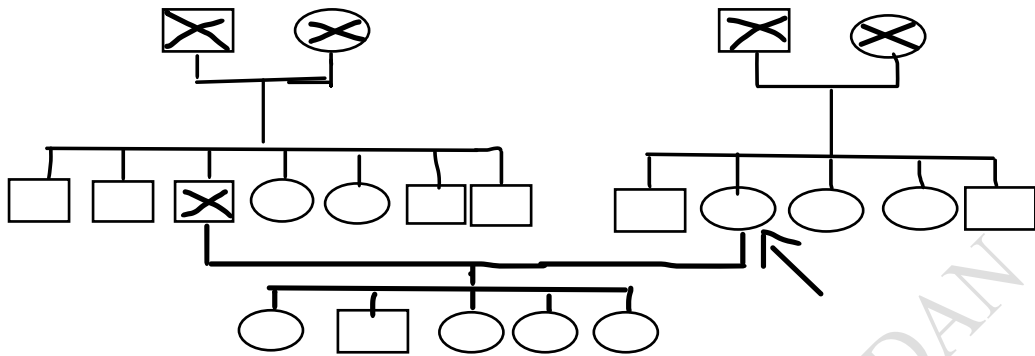
Berat Badan : 57 kg

IMT : 22,27

Kesimpulan : normal

Catatan : Ny. F menunjukkan berat badan normal

b GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan :

- : perempuan
- : laki- laki
- ✕ : meninggal
- ➔ : pasien

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

- 1). **Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami** :
 (Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
-	-	-

2). Data Subyektif

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : rambut lebat dan bersih
- Kulit kepala : kulit kepala tidak tampak lesi
- Kebersihan kulit : kulit tampak normal
- Kebersihan rongga mulut : bersih mukosa bibir tampak kering
- Kebersihan genitalia : tidak terdapat masalah
- Kebersihan anus : normal



II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

sebelum sakit dan dirawat Ny. F mengatakan nafsu makan normal, makan 3 kali sehari dengan lauk seadanya yang dimasak dirumah dan minum sebanyak kurang lebih 8 gelas sehari

c Keadaan sejak sakit

setelah dirawat Ny. F dan keluarga mengatakan selalu menghabiskan makanan yang diberikan

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : rambut tampak segar
- Hidrasi kulit : kulit tampak normal dan lembab
- Palpebrae : normal
- Conjunctiva : normal tidak anemis
- Sclera : normal
- Rongga mulut : normal

- Gusi : normal

- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh

(beri tanda pada gigi yang tanggal)

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8) bawah

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu

(beri tanda pada gigi yang tanggal)

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah



- Kemampuan mengunyah keras : masih mampu mengunyah dengan keras
 - Lidah : bersih berwarna merah muda
 - Tonsil : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
 - Pharing :
 - Kelenjar parotis : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
 - Kelenjar tyroid : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
 - Abdomen
 - = Inspeksi : Bentuk supel
 - = Auskultasi : Peristaltik 9 X / menit
 - = Palpasi : tidak ada tanda nyeri umum
 - * Massa tidak teraba
 - * Hidrasi kulit normal
 - * Nyeri tekan: R. Epigastrica
 Titik Mc. Burney
 R. Suprapubica
 R. Illiaca
 - = Perkusi
 - * Ascites Negatif
 Positif, Lingkar perut .../.../...Cm
 - Kelenjar limfe inguinal Teraba ada pembesaran
 Tidak teraba pembesaran
 - Kulit :
 - = Uremic frost Negatif Positif
 - = Edema Negatif Positif



= Icteric Negatif Positif

= Tanda-tanda radang : tidak ada

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan BAB/ BAK normal

d Keadaan sejak sakit

Ny. F mengatakan BAB/BAK normal sama seperti saat sehat

2). Data Obyektif

a. Observasi

Ny. P tampak berbaring diatas tempat tidur

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih
 Penuh kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : Negatif Positif
 - = Kanan : Negatif Positif
- Mulut Urethra :
- Anus :
 - = Peradangan : Negatif Positif
 - = Hemoroid : Negatif Positif
 - = Penemuan lain : tidak ada

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan sebelum sakit dia bekerja sebagai ibu rumah tangga dirumah yang aktivitas nya membereskan rumah, memasak dan lain lain.

e Keadaan sejak sakit



Ny. F mengatakan setelah sakit dan masuk rumah sakit aktivitasnya hanya berbaring dan duduk diatas tempat tidur

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

b). **Aktivitas Harian**

- Makan
- Mandi
- Berpakaian
- Kerapian
- Buang air besar
- Buang air kecil
- Mobilisasi ditempat tidur
- Ambulansi
- Postur tubuh / gaya jalan : normal
 - Anggota gerak yang cacat : tidak ada

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

c). **Pemeriksaan Fisik**

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 3
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax :

* Stridor Negatif Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif

* Sianosis Negatif Positif

= Palpasi : Vocal Fremitus

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 4 dextra

= Auskultasi :
Suara Napas : vesikuler



Suara Ucapan : jelas

Suara Tambahan : tidak ada suara tambahan

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : ICS 5 midclavicula sinistra tidak ada kelainan

= Palpasi : Ictus Cordis : ICS 5 midclavicula sinistra

Thrill : Negatif Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS II sternalis dextra

Batas kanan jantung : ICS IV linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS IV linea sternalis sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : irama reguler, tunggal, dan intensitas kulit normal (lup-dup)

Bunyi Jantung II P : irama reguler, tunggal, dan intensitas kulit normal (lup-dup)

Bunyi Jantung I T : irama reguler, tunggal, dan intensitas kulit normal (lup-dup) Bunyi Jantung I M :

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif

Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat :

Grade :

N: 89 x/i

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif

lokasi di :

= Rentang gerak

* Mati sendi : Ditemukan

Tidak ditemukan



* Kaku sendi : Ditemukan
 Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot : Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

=Reflex Fisiologik :

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi : Ditemukan kelainan bentuk

* Nyeri tekan : Negatif Positif

* N. VIII Rombeng Test :

Negatif

Positif

Tidak diperiksa, alasannya :

* Kaku duduk : tidak ada

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan tidak memiliki gangguan saat tidur dan merasa nyaman saat tidur di rumah pada pukul 21.00 WIB serta bangun jam 06.00 pagi.



e. Keadaan sejak sakit

Ny. F mengatakan dapat tidur di malam hari namun sering terbangun karena merasa rasa nyeri, tidur malam berkisar 6-7 jam pada siang hari juga bisa tidur namun hanya sebentar karena rasa nyeri.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi** :

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif
 Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif
 Positif

VI. **POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan ia masih ingat hal-hal apa saja yang terjadi, tidak memiliki masalah pendengaran, pembauan, perasa, pengecap tetapi penglihatan jauh mulai menurun

b. Keadaan sejak sakit

Sejak sakit Ny.F merasakan hal yang samaan saat ia sehat

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

b). **Pemeriksaan Fisik**

- **Penglihatan**

- = Cornea : Normal
- = Visus : menurun
- = Pupil : isokor
- = Lensa Mata : jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): -

- **Pendengaran**

- = Pina : ada dan bersih
- = Canalis : bersih



- = Membran Tympani : utuh
- = Tes Pendengaran : normal

Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :-

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan ia merasa percaya diri sebelum sakit dan merasa tubuhnya sehat-sehat saja sehingga sering berkumpul dengan teman maupun keluarga baik di rumah atau di luar rumah.

f Keadaan sejak sakit

Ny.F mengatakan sejak sakit ini dia berharap semoga penyakitnya cepat sembuh dan bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

2). Data Obyektif

a). Observasi

- Kontak mata saat bicara : kooperatif Fokus
- Rentang perhatian : Perhatian penuh/ fokus
: Mudah teralihkan
: Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : jelas

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : Tidak Ada
- Bila ada pada organ : Hidung Payudara
 Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)



1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan dia berperan sebagai ibu dari 5 anaknya dan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

g Keadaan sejak sakit

Ny. F mengatakan tidak ada perbedaan saat sakit ataupun sehat sama saja berperan sebagai orangtua dan Ny. F berharap semoga cepat pulih dan bisa kembali pulang kerumah dan melakukan aktivitas seperti biasanya

**2). Data Obyektif
Observasi**

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

b. Keadaan sejak sakit

2). Data Obyektif

a. Observasi

b. Pemeriksaan Fisik

tampak luka post operasi dibalut pada area payudara kiri

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan saat mengalami stres dia lebih banyak berdoa kepada Tuhan untuk membantunya lebih tenang dan bercerita kepada anak anaknya.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. F mengatakan saat sakit ini ia khawatir akan penyakitnya dan untuk pengobatan selanjutnya.



2). Data Obyektif

a). Observasi

Ny F tampak tenang dan berbaring di tempat tidur

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada

= Basah : Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. F mengatakan beragama kristen protestan, rajin beribadah ke gereja setiap hari minggu, mengikuti ibadah lingkungan sekitar tempat tinggalnya, dan sering mengikuti acara-acara

b. Keadaan sejak sakit

Ny. F mengatakan saat saat tetap rajin beribadah dan berdoa meminta kesembuhan atas penyakit yang dialaminya.

2). Data Obyektif

Observasi

Ny. F tampak berdoa sebelum makan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Paulina Sihotang)



SISTEMATIKA PENULISAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. LAPORAN PENDAHULUAN (LP)

1.1 BAB 1 Pendahuluan

1.2 BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

1.2.1 Konsep dasar medik

- a. Pengertian
- b. Etiologi
- c. Patofisiologi / Pathway
- d. Manifestasi Klinik
- e. Komplikasi
- f. Prognosis
- g. Pemeriksaan Diagnostik
- h. Penatalaksanaan

1.2.2 Konsep dasar keperawatan

- a. Pengkajian keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Rencana keperawatan
- d. Implementasi
- e. Evaluasi
- f. Discharge planning

2. BAB 3. TINJAUAN KASUS

- 2.1. Pengkajian keperawatan
- 2.2. Daftar terapi
- 2.3. Pemeriksaan diagnostik
- 2.4. Analisa data
- 2.5. Daftar diagnose keperawatan
- 2.6. Rencana keperawatan
- 2.7. Pelaksanaan keperawatan
- 2.8. Evaluasi keperawatan

3. BAB 4 PEMBAHASAN

4. BAB 5 KESIMPULAN

5. DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TERAPI

Nama/Umur : Ny. F / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Laura / 9.1

Tanggal : 04 September 2025

A. TERAPI FARMAKOLOGI

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVFD NaCl 0,9%	20 tetes/menit (makro)	Maintenance cairan dan elektrolit
2.	Ceftriaxone	2x1 gr (IV)	Atibiotik profilaksis post operasi
3.	Ketorolac	30 mg/8 jam (IV)	Analgesik untuk nyeri post operasi
4.	Ranitidine	50 mg/12 jam (IV)	Profilaksis gastritis, gastroprotektan
5.	Ondansetron	4 mg/8 jam (IV)	Antiemetik
6.	As. Tranexamat	500mg 3x1(IV)	Anti pendarahan



PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama/Umur : Ny. F / 65 Tahun

Ruang/Kamar : Laura / 9.1

PEMERIKSAAN LABORATORIUM :

(03-09-2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Leukosit	11.5	$10^3/mm^3$	3.6-11.0
Eritrosit	4.1	$10^6/mm^3$	3.80-5.20
Hemoglobin (Hb)	10,2	g/dL	11.7-15.5
Hematokrit	33	%	35.0-47.0

HASIL RADIOLOGI :

PEMERIKSAAN (tanggal pemeriksaan)	HASIL
THORAX (25-08-2025)	Diaphragmae dari kedua sinus tampak normal. Pada kedua lapangan paru-paru tidak tampak kelainan radiologis. Jantung tampak membesar (CTR+/-46%)
USG MAMMAE (25-08-2025)	Jaringan kutis dan sub kutis normal. Jaringan fibroglandural mengalami involusi lemak. Tampak nodul hypoechoic berukuran 1,7 x 1,5 x 1,4 cm disertai multiple klasifikasi pada area jam 6
PATOLOGI ANATOMI (01-09-2025)	Aspirat : Aspirat dari payudara kiri : Beberapa tetes kemerahan Axxila kiri : beberapa tetes berminyak Mikroskopis : Sediaan hapus aspirat dari massa payudara kiri 2 lokasi terdiri dari kelompokan sel-sel inti



pleomorfik, kromatin kasar, sitoplasma sedikit. Latar belakang terdiri darimassa debris. Sediaan hapus dari axxila kiri terdiri dari kelompokan sel-sel lemak, kesan bervariasi inti spindel monoton, sitoplasma banyak, jernih.

Kesimpulan :

Massa payudara kiri: C5 Malignant Smear Kardinoma

Massa axxila kiri : C2 Benign smear. Kesan suatu lipoma.



ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. F / 65 Tahun
Ruang/Kamar : Laura / 9.1
Tanggal Pengkajian : 04 September 2025

DATA		ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
Data Subyektif	Data Obyektif		
<ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyeri pada bagian payudara kiri bekas operasi- Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk dan terasa panas- Klien mengatakan nyeri hilang timbul- Klien mengatakan nyeri diperberat saat bergerak	<ul style="list-style-type: none">- Klien tampak meringis kesakitan- Klien tampak gelisah- P: Luka Post Op Mastektomi- Q: Seperti ditusuk-tusuk, terasa panas- R: Payudara kiri, menjalar ke punggung- S: Skala nyeri 6 (0-10)- T: Hilang timbul, durasi 5-10 menit- Tampak luka tertutup perban di payudara kiri- Klien memegangi area nyeri- TTV:- TD: 125/84 mmHg	Agen pencedera fisiologis (trauma jaringan akibat pembedahan)	Nyeri Akut(D.0007)



	<ul style="list-style-type: none"> - N: 89 x/menit - RR: 20 x/menit - T: 36,6°C 		
-	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka balutan post operasi mastektomi di payudara kiri - Luka operasi hari ke-1 - Terdapat drain dengan produksi 45 cc (cairan sanguineus) - Terpasang IVFD NaCl 0,9% 20 tpm - Leukosit: 11.500/mm³ (↑) - T: 36,6°C - Balutan masih kering dan bersih 	Efek prosedur invasif (diskontinuitas jaringan akibat insisi bedah)	Risiko Infeksi(D.0142)
<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa cemas dengan kondisinya - Klien mengatakan khawatir dengan hasil operasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Klien sering menanyakan kondisinya berulang-ulang - TTV: - TD: 125/84 mmHg - N: 89 x/menit - RR: 20 x/menit 	Krisis situasional (diagnosa kanker dan tindakan mastektomi)	Ansietas(D.0080)



<ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan takut penyakitnya tidak sembuh- Klien sering bertanya tentang penyakitnya			
---	--	--	--

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. F / 65 Tahun
Ruang/Kamar : Laura / 9.1
Tanggal : 04 September 2025

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Paraf
1	04-09-2025	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (trauma jaringan akibat pembedahan) d.d keluhan nyeri pada payudara kiri bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa panas, nyeri menjalar ke punggung, skala nyeri 6, klien tampak meringis, gelisah, TD: 125/84 mmHg, N: 89 x/menit (D.0007)		Paulina
2	04-09-2025	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (diskontinuitas jaringan akibat insisi bedah), luka post operasi hari ke-2, terpasang drain 45 cc, leukosit 11.500/mm ³ , (D.0142)		Paulina
3	04-09-2025	Ansietas b.d krisis situasional (diagnosa kanker dan tindakan mastektomi) d.d klien mengatakan cemas, khawatir, takut tidak sembuh, tampak gelisah, tegang, sering bertanya berulang, TD: 125/84 mmHg, N: 89 x/menit (D.0080)		Paulina



INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. F / 65 Tahun

Ruang/Kamar: Laura / 9.1

Tanggal: 04 September 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri Akut (D.0007)b.d agen pencedera fisiologis (trauma jaringan akibat pembedahan)d.d keluhan nyeri, skala 6, meringis, gelisah	Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola napas membaik 8. Nafsu makan membaik 9. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (I.08238)Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri (0-10) 3. Identifikasi respons nyeri non verbal (meringis, gelisah, postur tubuh) 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik 9. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri: • Teknik distraksi finger holder



			<p>(genggam jari 15-30 menit)</p> <ul style="list-style-type: none">• Kompres hangat pada area nyeri (jika tidak ada kontraindikasi)• Terapi relaksasi napas dalam (5-10 kali napas)• Terapi musik relaksasi• Teknik guided imagery (imajinasi terbimbing)• Atur posisi semi fowler/posisi nyaman <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atur suhu ruangan yang nyaman• Kurangi pencahayaan yang menyilaukan• Minimalkan kebisingan <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur yang adekuat</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (nyeri post operasi, akan berkurang bertahap)2. Jelaskan strategi meredakan nyeri (farmakologi dan non-farmakologi)
--	--	--	---



			<p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (skala, frekuensi, lokasi)</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan teratur</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara melakukan finger holder yang benar • Teknik relaksasi napas dalam • Teknik distraksi <p>6. Anjurkan melaporkan jika nyeri tidak berkurang</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik: Injeksi Ketorolac 30 mg/8 jam IV</p>
2	<p>Risiko Infeksi (D.0142)d.d efek prosedur invasif (diskontinuitas jaringan akibat insisi bedah), luka post op hari ke-2, leukosit 11.500/mm³</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk menurun 6. Kadar sel darah putih membaik 7. Kultur darah membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal: <ul style="list-style-type: none"> • Rubor (kemerahan) • Kalor (panas/hangat) • Dolor (nyeri) • Tumor (bengkak) • Fungsiolesa (gangguan fungsi) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik: <ul style="list-style-type: none"> • Demam (suhu >37,5°C) • Takikardi • Malaise/lemah 3. Monitor hasil laboratorium:



	<p>8. Kebersihan tangan meningkat</p> <p>9. Kebersihan badan meningkat</p> <p>10. Nafsu makan meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none">• Leukosit (normal: 4.000-10.000/mm³)• LED (normal: 0-20 mm/jam) <p>4. Monitor karakteristik luka:</p> <ul style="list-style-type: none">• Warna (merah muda/kehitaman)• Drainage (jumlah, warna, konsistensi)• Bau (berbau busuk atau tidak) <p>5. Monitor suhu tubuh setiap 8 jam</p> <p>6. Monitor produksi drain (jumlah, warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Batasi jumlah pengunjung (maksimal 2 orang)2. Berikan perawatan kulit pada area luka operasi3. Cuci tangan dengan 6 langkah (40-60 detik):<ul style="list-style-type: none">• Sebelum kontak dengan pasien• Sebelum tindakan aseptik• Setelah kontak dengan cairan tubuh• Setelah kontak dengan pasien• Setelah kontak dengan lingkungan pasien4. Pertahankan teknik aseptik pada perawatan luka5. Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril:<ul style="list-style-type: none">• Gunakan set steril• Bersihkan dari area bersih ke kotor
--	---	---



			<ul style="list-style-type: none">• Observasi kondisi luka• Ganti balutan dengan teknik steril <ol style="list-style-type: none">6. Ganti balutan luka setiap hari atau bila basah/lembab/kotor7. Ganti akses intravena setiap 72 jam atau sesuai indikasi8. Pertahankan sistem drainase tetap steril dan tertutup9. Berikan nutrisi yang adekuat10. Berikan cairan yang adekuat (1500-2000 ml/hari) <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (5 tanda kardinal)2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar (6 langkah WHO)3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka secara mandiri4. Ajarkan cara merawat luka di rumah (jika akan pulang)5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein:<ul style="list-style-type: none">• Daging, ikan, telur, tahu, tempe6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan (air putih 8-10 gelas/hari)7. Anjurkan segera melapor jika ada tanda infeksi8. Anjurkan menjaga kebersihan area operasi
--	--	--	--



			Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian antibiotik profilaksis:<ul style="list-style-type: none">• Injeksi Ceftriaxone 1 gram/12 jam IV2. Kolaborasi pemeriksaan kultur (darah/pus) bila tanda infeksi (+)3. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium lanjutan (leukosit, LED)
3	Ansietas (D.0080)b.d krisis situasional (diagnosa kanker dan tindakan mastektomi)d.d klien mengatakan cemas, khawatir, takut tidak sembuh, tampak gelisah, tegang, sering bertanya berulang	Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Verbalisasi kebingungan menurun2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun3. Perilaku gelisah menurun4. Perilaku tegang menurun5. Keluhan pusing menurun6. Anoreksia menurun7. Frekuensi pernapasan membaik8. Frekuensi nadi membaik	Reduksi Ansietas (I.09314)Observasi: <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah:<ul style="list-style-type: none">• Kondisi yang memicu (saat sendirian, malam hari)• Waktu terjadinya• Stressor spesifik2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan3. Monitor tanda-tanda ansietas:<ul style="list-style-type: none">• Verbal:• Non-verbal:• Fisiologis: peningkatan TD, nadi, RR Terapeutik: <ol style="list-style-type: none">1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan:<ul style="list-style-type: none">• Tunjukkan sikap empati• Bersikap tenang dan sabar



		<p>9. Tekanan darah membaik 10. Pola tidur membaik 11. Konsentrasi membaik 12. Pola berkemih membaik</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hormati privasi pasien2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan3. Pahami situasi yang membuat pasien cemas4. Dengarkan dengan penuh perhatian (active listening)5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan7. Diskusikan perencanaan realistis tentang:<ul style="list-style-type: none">• Proses penyembuhan luka• Rencana pengobatan lanjutan• Persiapan pulang8. Dampingi pasien saat cemas9. Gunakan komunikasi terapeutik10. Masase punggung/leher untuk menurunkan kecemasan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan prosedur perawatan, termasuk sensasi yang mungkin dialami2. Informasikan secara faktual mengenai:<ul style="list-style-type: none">• Diagnosis penyakit• Tindakan yang sudah dilakukan (mastektomi)
--	--	--	---



			<ul style="list-style-type: none">• Pengobatan yang akan dijalani• Prognosis/hasil yang diharapkan <ol style="list-style-type: none">3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien (pendampingan)4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif:<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan musik• Membaca buku rohani• Menonton TV5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi:6. Curhat kepada perawat/keluarga7. Ekspresikan emosi secara sehat8. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan:9. Mendengar musik relaksasi10. Dzikir/berdoa11. Membaca12. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat13. Latih teknik relaksasi:14. Napas dalam (5-10 kali napas perlahan)15. Distraksi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas (jika diperlukan):2. Kolaborasi dengan psikolog/rohaniawan untuk konseling
--	--	--	---



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. F / 65 Tahun

Ruang/Kamar: Laura / 9.1

Tanggal	No. DP	Waktu (WIB)	Implementasi Keperawatan	Nama
04-09-2025	1	08.30	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri dengan metode PQRST ✓ Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri bekas operasi, seperti ditusuk-tusuk dan terasa panas, menjalar ke punggung, hilang timbul 5-10 menit ✓ Skala nyeri 6/10, pasien tampak meringis	Paulina
	1	08.35	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ✓ Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak/mobilisasi, berkurang saat istirahat ✓ Pasien menghindari gerakan yang berlebihan	Paulina
	1	08.45	- Mengajarkan dan melakukan teknik nonfarmakologis: Teknik distraksi finger holder (genggam jari) selama 30 menit ✓ Pasien mengatakan bersedia mencoba teknik yang diajarkan ✓ Pasien kooperatif, mengikuti instruksi dengan baik, ekspresi wajah tampak lebih rileks setelah teknik dilakukan.	Paulina
	1&3	09.15	- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dan kecemasan (5-10 kali napas perlahan) ✓ Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah melakukan napas dalam ✓ Pasien mampu melakukan napas dalam dengan benar, RR: 18x/menit	Paulina



1	09.30	<ul style="list-style-type: none">- Mengatur posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan pada area operasi<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi ini✓ Pasien dalam posisi semi fowler 30-45 derajat, tampak lebih nyaman	Paulina
1	09.45	<ul style="list-style-type: none">- Menjelaskan penyebab nyeri (trauma jaringan post operasi), periode nyeri (akan berkurang bertahap), dan strategi meredakan nyeri<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan✓ Pasien mengangguk, kontak mata baik.	Paulina
1	09.55	<ul style="list-style-type: none">- Mengontrol lingkungan: mengatur suhu ruangan, pencahayaan, dan mengurangi kebisingan<ul style="list-style-type: none">✓ Suhu ruangan 23°C, pencahayaan tidak menyilaukan, ruangan tenang	Paulina
1&2	10.00	<ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian analgetik: Injeksi Ketorolac 30 mg IV (bolus pelan)- Kolaborasi pemberian antibiotik: Injeksi Ceftriaxone 1 gram IV<ul style="list-style-type: none">✓ DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat✓ DO: Obat masuk lancar tanpa keluhan, akses IV di tangan kanan lancar	Paulina
1	10.30	<ul style="list-style-type: none">- Mengevaluasi skala nyeri setelah 30 menit pemberian analgetik dan teknik finger holder<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan nyeri berkurang✓ Skala nyeri 4, pasien tampak lebih rileks, tidak meringis	Paulina
2	11.00	<ul style="list-style-type: none">- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa)<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan tidak ada demam, area luka terasa nyeri namun tidak panas berlebihan	Paulina



			<ul style="list-style-type: none">✓ Balutan bersih dan kering, tidak ada rembesan, tidak ada bau, suhu: 36,6°C	
2	10.15	- Memonitor karakteristik luka dan produksi drain <ul style="list-style-type: none">✓ Drain terpasang baik, produksi 45 cc, warna kemerahan, tidak berbau	Paulina	
2	11.30	- Melakukan cuci tangan 6 langkah WHO sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (40-60 detik) <ul style="list-style-type: none">✓ Cuci tangan dilakukan dengan benar sesuai prosedur	Paulina	
2	11.45	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi (5 tanda kardinal: kemerahan, panas, nyeri, bengkak, gangguan fungsi) <ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan memahami tanda-tanda infeksi✓ Pasien dapat menyebutkan kembali 3 dari 5 tanda infeksi	Paulina	
2	12.00	- Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar (6 langkah WHO) kepada pasien dan keluarga <ul style="list-style-type: none">✓ Pasien dan keluarga mengatakan bersedia belajar cuci tangan✓ Pasien dan keluarga dapat mempraktikkan cuci tangan dengan benar	Paulina	
2	12.15	- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein dan cairan <ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan akan menghabiskan makanan yang diberikan✓ Pasien menerima diet TKTP, minum air putih 1 gelas (200 cc)	Paulina	
3	13.00	- Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dan faktor pencetus kecemasan <ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan cemas terutama saat sendirian, khawatir penyakitnya tidak sembuh	Paulina	



	3	13.05	<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien tampak gelisah, sering bertanya tentang kondisinya- Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non-verbal)<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan cemas, khawatir, takut✓ TD: 125/84 mmHg, N: 89x/i, pasien tampak tegang, kontak mata kurang	Paulina
	3	13.10	<ul style="list-style-type: none">- Menciptakan suasana terapeutik dengan menunjukkan sikap empati, tenang, dan sabar<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan merasa lebih nyaman berbicara dengan perawat✓ Pasien tampak lebih tenang, kontak mata mulai membaik	Paulina
	3	13.15	<ul style="list-style-type: none">- Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan takut operasinya tidak berhasil, cemas memikirkan keluarga✓ Pasien dapat mengekspresikan perasaannya	Paulina
	3	13.20	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan informasi faktual tentang diagnosis, tindakan mastektomi yang sudah dilakukan, dan prognosis<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan memahami kondisinya lebih baik sekarang✓ Pasien mengangguk, ekspresi wajah tampak lebih tenang	Paulina
	3	13.30	<ul style="list-style-type: none">- Menganjurkan keluarga untuk tetap menemani dan memberikan dukungan<ul style="list-style-type: none">✓ SKeluarga mengatakan akan bergantian menemani✓ Anak pasien berada di samping tempat tidur	Paulina
05-09-2025	1	08.00	<ul style="list-style-type: none">- Mengevaluasi skala nyeri pagi hari<ul style="list-style-type: none">✓ Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 4/10✓ Pasien tidak meringis, dapat tidur lebih nyenyak	Paulina



1	08.15	- Mengulang teknik distraksi finger holder bersama pasien ✓ Pasien mengatakan sudah mencoba teknik ini sendiri tadi malam ✓ Pasien dapat melakukan teknik dengan benar secara mandiri	Paulina
1	08.30	- Mengevaluasi skala nyeri pagi hari ✓ Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala 4/10 ✓ Pasien tidak meringis, dapat tidur lebih nyenyak	Paulina
2	09.00	- Melakukan perawatan luka post operasi dengan teknik steril ✓ Pasien mengatakan bersedia lukanya dibuka dan dirawat ✓ Luka bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak ada pus, tepi luka menyatu, drain 30 cc sanguineus	Paulina
3	09.30	- Mengevaluasi tingkat ansietas pasien ✓ Pasien mengatakan merasa lebih tenang hari ini ✓ Pasien tampak lebih rileks, dapat tersenyum, TD: 120/80 mmHg, N: 82x/i	Paulina
1&2	10.00	- Kolaborasi pemberian analgetik: Injeksi Ketorolac 30 mg IV dan ceftriazone 1gr ✓ Obat masuk lancar, tidak ada keluhan	Paulina
3	10.30	- Menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik relaksasi ✓ Pasien mengatakan senang mendengarkan lagu rohani ✓ Pasien mendengarkan musik dari handphone, tampak lebih tenang	Paulina



06-09-2025	1	08.00	- Mengevaluasi skala nyeri ✓ Pasien mengatakan nyeri semakin berkurang, skala 2-3/10 ✓ Pasien dapat mobilisasi duduk di tepi tempat tidur tanpa meringis	Paulina
	2	08.30	- Memonitor tanda vital dan tanda infeksi ✓ Pasien mengatakan tidak demam, luka tidak terasa panas ✓ TD: 118/78 mmHg, N: 80x/i, RR: 20x/i, T: 36,5°C, balutan bersih	Paulina
	2	09.00	- Melakukan perawatan luka dan observasi drain ✓ Luka dalam proses penyembuhan baik, tidak ada tanda infeksi, drain 20 cc serosanguineus, warna pink muda	Paulina
	1	09.30	- Memotivasi pasien untuk melakukan teknik finger holder secara mandiri 3x sehari ✓ Pasien mengatakan rutin melakukan teknik ini saat nyeri timbul ✓ Pasien dapat melakukan teknik dengan benar tanpa bantuan	Paulina
	1	10.00	- Mengevaluasi tingkat ansietas dan memberikan reinforcement positif ✓ Pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas, lebih optimis ✓ Pasien tampak ceria, dapat bercanda dengan keluarga	Paulina
	2	11.00	- Memberikan edukasi perawatan luka di rumah kepada pasien dan keluarga ✓ Pasien dan keluarga mengatakan memahami cara merawat luka ✓ Keluarga dapat menjelaskan kembali tanda-tanda infeksi yang harus diwaspadai	Paulina



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. F / 65 Tahun

Ruang/Kamar: Laura / 9.1

Tanggal	No. DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
04-09-2025	1	<p>S :- Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri berkurang setelah diberikan obat dan teknik finger holder</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri skala 4- Pasien mengatakan dapat beristirahat lebih baik- Pasien mengatakan nyeri berkurang saat istirahat dan bertambah saat bergerak <p>O:- Pasien tampak lebih rileks</p> <ul style="list-style-type: none">- Ekspresi meringis berkurang- Pasien tidak gelisah- Skala nyeri 4 (dari skala 6/10)- TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 84x/i, RR: 20x/i, T: 36,6°C- Pasien dapat melakukan teknik finger holder secara mandiri <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi. Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 4.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan monitoring skala nyeri setiap 4-6 jam2. Lanjutkan teknik finger holder 3-4x/hari atau saat nyeri timbul3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam4. Atur posisi nyaman (semi fowler)5. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai jadwal6. Evaluasi efektivitas manajemen nyeri	Paulina
04-09-2025	2	<p>S :- Pasien mengatakan tidak demam</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan area luka tidak terasa panas berlebihan- Pasien mengatakan memahami cara mencuci tangan yang benar <p>O:- Suhu: 36,6°C (normal)</p> <ul style="list-style-type: none">- Balutan luka bersih dan kering- Tidak ada rembesan pada balutan- Tidak ada bau pada area luka- Drain terpasang baik, produksi 45 cc, warna sanguineus- Tidak tampak tanda-tanda	Paulina



		<p>infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungiolesia)</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien dan keluarga dapat mempraktikkan cuci tangan 6 langkah dengan benar. <p>A: -Risiko infeksi terkontrol. Tidak ada tanda -tanda infeksi, luka dalam kondisi baik, suhu normal.</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan:</p>	
1\04-09-2025	3	<p>S :- Pasien mengatakan masih cemas dengan kondisinya</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan khawatir penyakitnya tidak sembuh- Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah berbicara dengan perawat- Pasien mengatakan keluarga sangat mendukung <p>O:- Pasien tampak lebih tenang dibanding pagi hari</p> <ul style="list-style-type: none">- Gelisah berkurang- Pasien dapat tersenyum saat berbicara dengan keluarga- Kontak mata membaik- Pasien dapat melakukan napas dalam dengan benar- TTV: TD: 120/80 mmHg (menurun dari 125/84), N: 84x/i (menurun dari 89x/i)- Pasien dapat mengekspresikan perasaannya- Keluarga mendampingi pasien <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan memberikan dukungan emosional2. Lanjutkan komunikasi terapeutik dan active listening3. Berikan informasi tentang proses penyembuhan dan prognosis4. Ajarkan teknik relaksasi (napas dalam, guided imagery)5. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan6. Fasilitasi pasien untuk beribadah/berdoa7. Monitor tingkat ansietas secara berkala	Paulina
05-09-2025	1	<p>S :-Pasien mengatakan nyeri semakin berkurang, skala 3/10</p> <ul style="list-style-type: none">-Pasien mengatakan dapat tidur lebih nyenyak malam ini- Pasien mengatakan rutin melakukan teknik finger holder sendiri	Paulina



		<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik <p>O :- Skala nyeri 3/10 (stabil)</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tidak meringis- Pasien tidak gelisah- Pasien dapat tidur 6 jam tanpa terbangun- Pasien dapat duduk di tepi tempat tidur tanpa keluhan nyeri berat- Pasien menghabiskan makanan 1 porsi- TTV: TD: 120/78 mmHg, N: 82x/i, RR: 20x/i, T: 36,5°C- Pasien dapat melakukan teknik finger holder dengan benar secara mandiri <p>A :Masalah nyeri akut belum teratasi (progress baik).</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan monitoring nyeri2. Motivasi pasien melakukan finger holder secara teratur3. Mulai mobilisasi bertahap (duduk, berdiri, jalan)4. Lanjutkan pemberian analgetik.	
05-09-2025 / 14.30 WIB	2	<p>S :- Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan luka tidak terasa panas atau nyeri berlebihan- Pasien mengatakan memahami tanda-tanda infeksi yang harus diwaspadai <p>O :- Suhu: 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none">- Luka bersih, tidak ada tanda infeksi- Tidak ada pus, tidak ada bau- Tepi luka mulai menyatu (granulasi baik)- Drain 32 cc, warna sanguineus-Balutan bersih dan kering- Pasien dan keluarga patuh mencuci tangan sebelum kontak- ukuran luka sekitar 15cm- Intake cairan 1500 ml/hari <p>A :Risiko infeksi terkontrol (progress sangat baik).</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan perawatan luka 1x2 hari2. Lanjutkan monitoring tanda vital dan tanda infeksi3. Lanjutkan edukasi pencegahan infeksi4. Lanjutkan antibiotik profilaksis	



		5. Rencanakan edukasi perawatan luka di rumah	
05-09-2025 / 14.30 WIB	3	S:- Pasien mengatakan merasa lebih tenang hari ini - Pasien mengatakan sudah tidak terlalu banyak pikiran - Pasien mengatakan lebih optimis dengan kesembuhannya - Pasien mengatakan senang didampingi keluarga O :- Pasien tampak lebih rileks dan ceria - Tidak gelisah - Dapat tersenyum dan bercanda dengan keluarga- Kontak mata baik - Tidak bertanya berulang tentang kondisinya - TTV: TD: 120/80 mmHg, N: 82x/i (dalam batas normal) - Pasien dapat melakukan napas dalam saat merasa cemas - Pasien mendengarkan musik Rohani A : Masalah ansietas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan: 1. Pertahankan dukungan emosional 2. Lanjutkan komunikasi terapeutik 3. Libatkan keluarga dalam perawatan 4. Fasilitasi aktivitas spiritual (berdoa, mendengar musik rohani) 5. Berikan reinforcement positif	Paulina
06-09-2025/ 11.15 WIB	1	S:- Pasien mengatakan nyeri semakin berkurang, skala 2-3/10. - Pasien mengatakan dapat tidur lebih nyenyak malam ini - Pasien mengatakan rutin melakukan teknik finger holder sendiri - Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik O :- Skala nyeri 2-3/10 (stabil) - Pasien tidak meringis - Pasien tidak gelisah - TTV: TD: 111/81 mmHg, N: 76x/i, RR: 20x/i, T: 36,4°C - Pasien dapat melakukan teknik finger holder dengan benar secara mandiri A : Masalah nyeri akut belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan	Paulina



		<ol style="list-style-type: none">1. Lanjutkan monitoring nyeri secara mandiri dirumah2. Motivasi pasien melakukan finger holder secara teratur dan saat nyeri muncul	
06-09-2025/ 11.15 WIB	2	<p>S :- Pasien mengatakan tidak ada demam</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan luka tidak terasa panas atau nyeri berlebihan- Pasien mengatakan memahami tanda-tanda infeksi yang harus diwaspadai <p>O :- Suhu: 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none">- Luka bersih, tidak ada tanda infeksi- Tidak ada pus, tidak ada bau- Tepi luka mulai menyatu (granulasi baik)- Drain 20 cc, warna sanguineus- Balutan bersih dan kering- Pasien dan keluarga patuh mencuci tangan sebelum kontak <p>A :Risiko infeksi terkontrol.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. membersihkan luka secara mandiri 1x2 hari atau saat luka basa atau kotor2. mempertahankan tindakan aseptik	
06-09-2025/ 11.15 WIB	3	<p>S:- Pasien mengatakan merasa lebih tenang hari ini</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan sudah tidak terlalu banyak pikiran- Pasien mengatakan lebih optimis dengan kesembuhannya- Pasien mengatakan senang didampingi keluarga <p>O :- Pasien tampak lebih rileks dan ceria- Tidak gelisah</p> <ul style="list-style-type: none">- Dapat tersenyum dan bercanda dengan keluarga- Kontak mata baik- Tidak bertanya berulang tentang kondisinya- TTV: - TTV: TD: 111/81 mmHg, N: 76x/i, RR: 20x/i, T: 36,4°C- Pasien dapat melakukan napas dalam saat merasa cemas- Pasien mendengarkan musik Rohani <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Libatkan keluarga dalam perawatan mandiri dirumah	Paulina



BAB 4 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kasus asuhan keperawatan pada Ny. F dengan *ca mammae* post. Op mastektomi diruangan Idris Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025, yang telah dilakukan pada tanggal 04-06 September 2025. Dimana pembahasan ini sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan fundamental dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data komprehensif mengenai status kesehatan pasien secara holistik. Pada kasus Ny. F yang menjalani *post operative mastectomy* akibat *carcinoma mammae*, pengkajian dilakukan secara sistematis menggunakan pendekatan pola fungsional kesehatan Gordon. Penulis melakukan pengkajian pada Ny. F dan keluarga melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, serta pengumpulan data dari rekam medis dan pemeriksaan penunjang lainnya. Secara umum, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pengkajian berdasarkan teori dan kasus.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami nyeri akut pada area operasi dengan karakteristik nyeri seperti tertusuk dan sensasi panas, dengan intensitas skala 6 dari 10. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilala et al., (2023) yang menyatakan bahwa mayoritas pasien pascaoperasi mastektomi mengalami nyeri sedang hingga berat dalam 72 jam pertama periode *postoperative*, dengan intensitas nyeri berkisar antara skala 5-8.



Data objektif yang ditemukan pada pengkajian meliputi tanda vital dengan tekanan darah 125/84 mmHg dan *heart rate* 89 kali per menit, yang menunjukkan adanya respons fisiologis terhadap stimulus nyeri. Pasien tampak meringis dan gelisah, serta terdapat luka balutan pada *mammae sinistra* dengan *drainage* sebanyak 45 cc. Pengkajian komprehensif juga mencakup aspek psikososial dimana pasien menunjukkan tanda-tanda kecemasan terkait kondisinya.

Menurut Ferreira et al., (2025), pengkajian yang komprehensif pada pasien *post mastectomy* harus mencakup tidak hanya aspek fisik tetapi juga dimensi psikologis, sosial, dan spiritual mengingat dampak multidimensional dari tindakan mastektomi terhadap kehidupan wanita. Pengkajian nyeri dilakukan dengan metode *Pain Quality Assessment Scale* (PQRST) untuk mendapatkan gambaran karakteristik nyeri secara mendetail, mencakup *provoking factors*, *quality*, *region*, *severity*, dan *time* yang memfasilitasi perencanaan intervensi yang tepat sasaran.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis data pengkajian, ditetapkan tiga diagnosa keperawatan prioritas sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Dalam hal ini terdapat perbedaan jumlah diagnosis yang tercantum dalam teori dengan temuan pada kasus Ny. F. Secara teoritis terdapat enam diagnosis yang mungkin muncul, namun pada kasus ini hanya tiga diagnosis yang teridentifikasi karena penegakan diagnosis klinis didasarkan pada data subjektif dan objektif yang benar-benar ditemukan pada saat pengkajian. Perbedaan tersebut dapat dijelaskan bahwa teori bersifat komprehensif dan mencakup seluruh kemungkinan respon



pasien, sedangkan manifestasi klinis pada setiap individu dipengaruhi oleh kondisi fisik, tingkat keparahan, serta faktor pendukung lainnya.

Diagnosa pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis berupa trauma jaringan akibat insisi pembedahan. Penetapan diagnosa ini didukung oleh data subjektif berupa keluhan nyeri pasien dan data objektif meliputi ekspresi wajah meringis, perilaku gelisah, serta peningkatan tanda vital. Penelitian Yuksel et al., (2022) mengonfirmasi bahwa nyeri akut merupakan masalah keperawatan yang paling dominan pada pasien *post mastectomy*, dengan prevalensi mencapai 95% dalam periode 48 jam pertama pascaoperasi. Manajemen nyeri yang inadkuat dapat berdampak pada *delayed wound healing*, peningkatan risiko infeksi, serta penurunan kualitas hidup pasien.

Diagnosa kedua adalah risiko infeksi yang dihubungkan dengan efek prosedur invasif berupa diskontinuitas jaringan. Luka pembedahan menciptakan tempat masuknya bagi mikroorganisme patogen, ditambah dengan kondisi sistem imun yang belum optimal pascaoperasi. Data laboratorium menunjukkan leukosit $11.500/\text{mm}^3$ yang mengindikasikan adanya respons inflamasi. Sesuai dengan temuan (Hu, Mao and Xu, 2024), pasien *post mastectomy* memiliki risiko tinggi mengalami infeksi luka operasi dengan insiden berkisar 15-20%, terutama pada 72 jam pertama periode *postoperative* dimana proses *inflammatory phase* dari *wound healing* berlangsung intensif.

Diagnosa ketiga adalah ansietas yang berkaitan dengan krisis situasional akibat diagnosis kanker dan tindakan mastektomi. Pasien menunjukkan manifestasi



kecemasan berupa verbalisasi kekhawatiran, perilaku gelisah, dan kesulitan konsentrasi.

Prioritas diagnosa disusun berdasarkan prinsip hierarki kebutuhan dimana masalah fisiologis yang mengancam kenyamanan (nyeri) dan keselamatan (resiko infeksi) mendapat prioritas lebih tinggi, diikuti oleh masalah psikosial (kecemasan).

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dirancang berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan mempertimbangkan *evidence-based practice* untuk mencapai *outcome* yang optimal. Untuk diagnosa nyeri akut, intervensi utama yang diterapkan adalah manajemen nyeri dengan pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Intervensi non-farmakologis yang menjadi fokus adalah penerapan teknik *finger holder* sebagai metode distraksi untuk menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini melibatkan penekanan dan pemijatan titik-titik refleksi pada jari tangan yang dipercaya dapat merangsang pelepasan *endorphin* sebagai *natural pain reliever*. Penelitian (Anjani, Fadila and Syaripudin, 2025) membuktikan bahwa teknik *finger holder* efektif menurunkan intensitas nyeri *post mastectomy* dari skala 6-7 menjadi 3-4 setelah dilakukan selama 15 menit dengan mekanisme kerja melalui *gate control theory* dimana stimulus non-nosiseptif dapat menghambat transmisi sinyal nyeri ke *central nervous system*.

Teknik *finger holder* dilakukan dengan cara menggenggam masing-masing jari tangan selama 2-3 menit per jari, dimulai dari ibu jari hingga kelingking, dengan total durasi 15-30 menit per sesi. Pasien dianjurkan untuk melakukan teknik ini



sebanyak 3-4 kali sehari atau saat nyeri timbul. Selain *finger holder*, intervensi komplementer lain yang diterapkan meliputi teknik relaksasi napas dalam, terapi musik, dan pengaturan posisi semi-fowler untuk mengurangi tekanan pada area operasi. Intervensi farmakologis berupa kolaborasi pemberian analgesik Ketorolac 30 mg intravena setiap 8 jam. Menurut (Valero *et al.*, 2025), kombinasi terapi farmakologis dan non-farmakologis memberikan hasil yang lebih superior dalam manajemen nyeri *post mastectomy* dibandingkan dengan pendekatan tunggal, dengan *pain score reduction* hingga 60-70% dalam 48 jam pertama.

Untuk diagnosa risiko infeksi, intervensi difokuskan pada pencegahan infeksi melalui perawatan luka dengan prinsip aseptik dan antiseptik. Perawatan luka dilakukan setiap 2x1 hari atau bila balutan basah dengan menggunakan teknik steril, mencakup pembersihan area luka operasi dengan cairan NaCl 0,9%, inspeksi kondisi luka, observasi tanda-tanda infeksi (*rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa*), dan penggantian balutan. Monitoring ketat terhadap parameter infeksi dilakukan meliputi pemeriksaan suhu tubuh setiap 8 jam, evaluasi karakteristik luka operasi, dan pemantauan hasil laboratorium terutama leukosit. Edukasi kepada pasien dan keluarga tentang teknik *hand hygiene* yang benar menggunakan metode 6 langkah WHO merupakan komponen penting dalam pencegahan infeksi. (Vijaya Seharan *et al.*, 2025) menekankan bahwa kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi dapat menurunkan insiden *surgical site infection* hingga 40-50% pada pasien *post mastectomy*.

Intervensi untuk diagnosa ansietas mencakup reduksi ansietas melalui pendekatan terapeutik berupa komunikasi terapeutik, pendengar yang aktif, suport



emosional. Perawat menciptakan lingkungan terapeutik yang kondusif, memberikan informasi yang akurat dan jujur tentang kondisi, prognosis, dan rencana pengobatan untuk mengurangi ketidakpastian yang menjadi sumber kecemasan. Teknik relaksasi seperti tarik napas dalam dan *guided imagery* diajarkan kepada pasien untuk mengelola kecemasan secara mandiri. Keterlibatan keluarga dalam pemberian dukungan psikososial sangat esensial untuk menurunkan tingkat

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi dari rencana intervensi yang telah disusun dengan melibatkan pasien dan keluarga.

Pada kasus Ny. F, implementasi manajemen nyeri dengan teknik *finger holder* dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 3-4 kali per hari. Teknik ini diajarkan kepada pasien pada hari pertama dan pasien dapat melakukan secara mandiri pada hari berikutnya dengan supervisi perawat. Hasil evaluasi menunjukkan penurunan intensitas nyeri dari skala 6 menjadi skala 2-3 setelah 72 jam implementasi, disertai dengan berkurangnya ekspresi meringis dan perilaku gelisah. Pasien melaporkan dapat tidur lebih nyenyak. Evaluasi dilakukan menggunakan format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Planning*) untuk mendokumentasikan respons pasien terhadap intervensi yang diberikan.

Implementasi pencegahan infeksi dilakukan secara konsisten dengan perawatan luka 1 kali dalam 48 jam atau saat luka basa, monitoring tanda vital, dan edukasi *hand hygiene*. Evaluasi pada hari ketiga menunjukkan luka dalam kondisi



bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, *wound drainage* menurun menjadi 20 cc dengan karakteristik serosanguineus.

Implementasi reduksi ansietas melalui komunikasi terapeutik dan teknik relaksasi menunjukkan hasil positif dengan pasien tampak lebih tenang, mampu mengekspresikan perasaan, dan tingkat kecemasan berkurang.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil Evaluasi pada diagnosa nyeri menunjukkan bahwa kombinasi intervensi farmakologis dan non-farmakologis, terutama penerapan teknik *finger holder*, efektif dalam manajemen nyeri pascaoperasi mastektomi dan mendukung proses pemulihan yang optimal.

Hasil evaluasi pada pencegahan infeksi dilakukan secara konsisten dengan perawatan luka 1 kali dalam 48 jam atau saat luka basa, monitoring tanda vital, dan edukasi *hand hygiene*. Evaluasi pada hari ketiga menunjukkan luka dalam kondisi bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, *wound drainage* menurun menjadi 20 cc dengan karakteristik serosanguineus. Hasil evaluasi yang dilakukan pada hari ketiga dari ketiga diagnosa yang diangkat yaitu : nyeri akut belum teratasi, resiko infeksi belum teratasi dan ansietas belum teratasi.



BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

dengan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Post Operasi ca mammae didapatkan melalui wawancara, pemeriksaan diagnostik dengan hasil yang didapat sesuai dengan teori di tinjauan pustaka
2. Diagnosa Keperawatan Post Operasi ca mammae pada Ny.F didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri Akut, Resiko infeksi, Ansietas.
3. Intervensi Keperawatan pada kasus Post Operasi ca mammae yang penulis susun diambil dari buku SIKI seperti diagnose keperawatan Nyeri akut dengan manajemen nyeri dilakukan dengan teknik relaksasi finger holder dan Resiko Infeksi Ini dilakukan dengan Monitor Tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik dengan dilakukan perawat luka, kemudian ansietas dilakukan dengan pemberian teknik tarik napas dalam dan menganjurkan mendengarkan musik.
4. Implementasi keperawatan Implementasi keperawatan merupakan realisasi dari rencana intervensi yang telah disusun dengan melibatkan pasien dan keluarga. dimana menunjukkan bahwa kombinasi intervensi farmakologis dan non-farmakologis, terutama penerapan teknik *finger holder*, efektif dalam manajemen nyeri pascaoperasi mastektomi dan mendukung proses pemulihan yang optimal
5. Evaluasi keperawatan Dapat berupa respon verbal, respon non verbal dan hasil pemeriksaan. Tidak semua masalah dapat teratasi, karena adanya



keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan asuhan keperawatan dan keadaan pasien yang belum membaik seutuhnya.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pada pasien makan penulis dapat menyampaikan beberapa saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga tetap melakukan pengobatan dengan selalu control secara teratur setelah diperbolehkan pulang

2. Bagi perawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan agar melanjutkan pemberian terapi finger holder sebagai terapi non farmakologi bagi pasien yang mengalami nyeri dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOP yang ada.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan karya ilmiah akhir ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Anjani, M., Fadila, E. and Syaripudin, A. (2025) 'The Application of Finger Grip Therapy to Reduce Pain in Postoperative Patients in the Wijaya Kusuma Bawah Ward of Kardinah Regional General Hospital , Tegal City', pp. 122–127.
- Brunner & Suddarth's (2018) *Textbook of Medical-Surgical Nursing TWELFTH EDITION*. 2010. Available at: <https://drive.google.com/file/d/1fEysAG4W2EAhsJyy326iEvptAUBPtFP6/view?usp=drivesdk>.
- Ferreira, R. *et al.* (2025) 'The Rehabilitation of Women Who Have Had a Mastectomy', pp. 1–17
- Hu, Y., Mao, Z. and Xu, Y. (2024) 'Comprehensive analysis of risk factors for postoperative wound infection following radical mastectomy in breast cancer patients', (March). Available at: <https://doi.org/10.1111/iwj.14848>.
- Ilala, T.T. *et al.* (2023) 'Evidence-Based Guideline on the Prevention and Management of Perioperative Pain for Breast Cancer Peoples in a Low-Resource Setting : A Systematic Review Article'.
- Izzah, nurul (2024) 'FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN UPAYA PENCEGAHAN KANKER PAYUDARA DI MADRASAH ALIYAH NEGERI 2 KOTA MAKASSAR TAHUN 2024`.
- M.Gaol and Priosodewo, D. (2022) 'Tingkat pengetahuan dan praktik skrining kanker payudara pada wanita di Kota Bandung, Jawa Barat 2022', *pendidikan dan konseling*.
- Pasaribu, M.A.K. and Sumarni, T. (2023) 'SKALA NYERI POST OPERASI MASTEKTOMI CA MAMMAE Universitas Harapan Bangsa , Jawa Tengah , Indonesia`.
- Suparna & Sari. (2022) 'kanker payudara : diagnostik , faktor risiko dan stadium', 2(1).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.



- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rosyidah, N.N. dan A.S. (2023) ‘PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG SADARI DENGAN MEDIA DEMONSTRASI DAN VIDEO TERHADAP PERILAKU SADARI PADA REMAJA PUTRI’, 2, pp. 332–340.
- Sari, Wulan Indah.Hasana ulfa. Sriyani. Arfina.(2025). Implementasi Terapi Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Ca Mammae Untuk Mengurangi Rasa Nyeri Diruangan Dahlia Rsud Arifin Achmad.Medic Nutrica. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Valero, E.G. *et al.* (2025) ‘Nonpharmacological Interventions for Postmastectomy Pain Syndrome — A Systematic Review of the Literature’, *Clinical Breast Cancer*, 25(2), pp. e133-e151.e6.
- Vijaya Seharan, S.N. *et al.* (2025) ‘Surgical Site Infection (SSI) Prevention Bundle to Reduce the Incidence of Post-Mastectomy SSI Among Breast Cancer Patients at an Academic Medical Center: Effectiveness and Cost Consequence Analysis.’, *World journal of surgery*, 49(10), pp. 2884–2900. Available at: <https://doi.org/10.1002/wjs.70068>.
- Wijaya, andra saferi and Putri, yessie mariza (2019) *Keperawatan Medikal Bedah (keperawatan dewasa)*.
- Yuksel, S.S. *et al.* (2022) ““ Post Mastectomy Pain Syndrome : A Systematic Review of Prevention Modalities ””, *JPRAS Open*, 31, pp. 32–49. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jptra.2021.10.009>.