

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan, penerapan secara nyata tentang asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara di Ruang Bedah H RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 10 sampai 22 juli 2000 dengan langkah – langkah sebagai berikut :

III.1. Pengkajian

Tanggal 10 Juli 2000

III.1.1. Pengumpulan data

a. Identifikasi pasien

Nama Ny. N Jenis kelamin perempuan, umur 42 tahun. Agama Islam, suku jawa, pendidikan SMP, pekerjaan ibu Rumah tangga, status sudah menikah, alamat. Banyuwangi.

MRS 5 juli 2000 jam 09.00 Wib, BB, 55 kg, TB 160 cm no. Reg 5676632, diagnosa masuk kanker payudara grade IIb.

b. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri yaitu pada daerah operasi pada payudara sebelah kiri

c. Riwayat kesehatan

1. Riwayat penyakit dahulu

Pada tahun 1996 pasien pernah di lakukan operasi payudara yang sama di R.S banyuwangi jenis tumor jinak dan tidak dilakukan

mastectomy. Pasien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus, hipertensi dan penyalit paru (misal TBC)

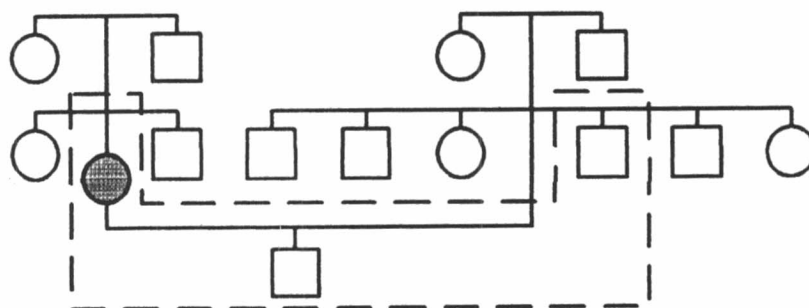
2. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien operasi tanggal 10 Juli 2000 jam 14.00 Wib dan dipindahkan ke ruangan bedah jam 22.00 Wib dengan terpasang 2 drain dan infus RL 20 tts/menit. Pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi sehingga pasien tidak bisa melakukan aktifitas.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan dan tidak ada yang menderita kanker payudara seperti pasien saat ini dan tidak ada yang menderita pasien keturunan atau penyakit kronis, penyakit yang sering diderita misalnya pilek atau demam dan segera sembuh setelah minum obat yang dibelinya di kios/toko obat.

Genogram



Keterangan

-  = Perempuan
-  = Laki - laki
-  = Pasien

4. Riwayat psikososial

Pasien masih belum bisa menerima perubahan pada dirinya dan merasa malu (rendah diri) karena kehilangan salah satu payudaranya, pasien berharap cepat sembuh sehingga bisa berkumpul dengan anaknya. Hubungan pasien dengan anggota keluarga terjalin.

d. Pola – pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pasien mengatakan mengerti tentang pentingnya kesehatan, sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2 – 3 x per hari, menggosok gigi dan mencuci rambut 3 hari sekali. Apabila dirinya atau keluarganya ada yang sakit selalu dibawa berobat ke puskesmas atau rumah sakit, pasien jarang membeli obat – obatan di toko, tidak merokok, minum – minuman keras / kebiasaan jelek lainnya.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Di rumah pasien mempunyai kebiasaan makan 3 kali/hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, kadang – kadang buah – buahan air putih kurang lebih 1.5 liter. Sedangkan di Rumah sakit pasien makan 3x/hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur ditambah buah., habis dalam satu porsi, pasien minum air putih 1,5 liter/hari ditambah susu.

3. Pola Aktivitas

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktifitas tau kegiatan sehari – hari tanpa bantuan orang lain. Pada saat masuk rumah sakit pasien mengatakan hanya bangun dan duduk di tempat tidur, bila berdiri dan berjalan meminta bantuan orang lain dan daerah operasi terasa nyeri bila digerakkan dalam melakukan aktivitas pasien mengalami keterbatasan.

4. Pola eliminasi

Di rumah pasien buang air besar 1x/hari dengan konsisten padat atau lembek, kebiasaan buang air kecil 4-6x/hari. Warnanya kuning jernih, baunya khas sedangkan di Rumah sakit buang air kecil kurang lebih 6x/hari dan buang air besar tidak ada keluhan.

5. Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan di rumah tidur 7-8 jam pada malam hari, jarang tidur siang dan jarang menggunakan obat – obatan sebelum tidur. Saat ini pasien mengatakan hanya bisa tidur 4-5 jam pada malam hari dan siang hari 1 jam, sering terbangun saat tidur dan sulit dipejamkan lagi karena nyeri yang dirasakan, pasien sulit untuk memulai tidurnya.

6. Pola sensori dan kognitif

Pasien merasa nyeri pada daerah operasi, status penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan sensor tidak mengalami kelainan atau gangguan, proses berpikir lancar daya ingat baik orientasi

terhadap waktu, orang dan tempat baik dan sering menanyakan tentang operasi yang dijalani.

7. Pola persepsi diri

Pasien seorang ibu rumah tangga mempunyai 2 orang anak, pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu merupakan miliknya sendiri dan berharap cepat sembuh dan pulang ke rumah.

8. Pola hubungan dan peran

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga adalah baik begitu juga di Rumah sakit hubungan dengan perawat dan dokter baik dan ikut berpartisipasi dalam proses penyembuhan luka operasinya.

9. Pola reproduksi dan seksual

Status pasien sudah menikah, berumur 24 tahun, mempunyai 2 orang anak. Menstruasinya teratur setiap bulannya dan tidak mengalami gangguan, pasien melakukan hubungan dengan suaminya dengan frekuensi 1 - 2 x /minggu selama masuk rumah sakit merasa lemah dan tidak pernah melakukan hubungan seksual.

10. Pola penanggulangan stress

Pasien mengatakan apabila mempunyai masalah selalu membicarakannya dengan keluarganya, sedangkan waktu di rumah sakit bila pasien mempunyai masalah ia selalu mengeluh pada keluarganya dan perawat.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien beragama Islam, sebelum sakit taat dalam menjalankan ibadahnya. Pada saat masuk rumah sakit pasien tidak dapat menjalankan sholat, tapi pasien sering berdoa untuk kesembuhannya.

e. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Lemah, tingkat kesadaran compos mentis 6 cs 456

Tanda – tanda vital R ; 110 / 70 mm Hg, Nadi ; 88 x / menit; Suhu : 37,2⁰ C, tinggi badan : 160cm; berat badan : 55kg

2. Kulit, rambut, kuku

Kulit : berwarna sawo matang; dan kebersihan kulit terjaga; rambut : berwarna hitam lurus dan tidak rontok, kebersihan rambut terjaga;

Kuku : dalam keadaan bersih dan pendek

3. Leher dan kepala

Kepala : bentuk simetris, rambut lurus berwarna hitam, tidak ada kerontokan

Leher : bentuk simetris tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

4. Mata

Pada mata kanan dan kiri bentuk simetris, konjuntiva tidak anemis, sklera tidak ikerus dan tidak memakai alat bantu penglihatan.

5. Hidung, mulut dan kerongkongan

Telinga: bentuk simetris tidak terdapat furunkel, pendengaran normal kebersihan terjaga; Hidung : pada hidung penciuman normal, tidak terdapat sianosis dan polip, kebersihan hidung terjaga. Mulut : mulut tidak terdapat stomatitis, mukosa bibir lembab dan kebersihan terjaga. Kerongkongan : tidak terdapat nyeri telan

6. Dada / thorax dan abdomen

Dada atau thorax : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, perkusi : tidak terdapat asites pada inspeksi pada dada tidak simetris antara sebelah kanan dan sebelah kiri karena pada payudara kiri terdapat luka operasi post mastektomy. pada auskultasi tidak terdapat suara sonor, ronchi dan wheezing. Abdomen : pada inspeksi : bentuk simetris pada perkusi tidak terdapat kembung dan pada auskultasi bising usus normal (20 x / menit)

7. Sistem respirasi

Tidak ditemukan adanya obstruksi jalan nafas, pernafasan 20x/m, tidak terdapat suara tambahan seperti Wheezing dan ronchi.

8. Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah 110/70 mmHg, denyut nadi 88x/m, suhu 37,2⁰C acral hangat. S1 dan S2 ada atau normal, S3 dan S4 tidak ada

9. Sistem gastrointestinal

Bising usus 20 x/m tidak ada mual muntah, nyeri epigastrium dan perut kembung.

10. Sistem genitourinaria

Pasien tidak terpasang kateter dan inkontenensia , warna urin kuning jernih, bau yang khas dan konsistensinya transparan dan tidak keruh.

11. Sistem muskuluskeletal

Saat ini pasien membatasi gerakanya karena rasa sakitnya, secara umum pergerakan ekstremitas atas dan bawah tidak ada gangguan tidak terdapat kemosis atau lordosis, tidak ada fraktur, atrofi maupun hipertropi dan tonus otot baik.

12. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada riwayat struma DM dan lain – lain

13. Sistem persarafan

Keadaan pasien compos mentis, tidak ada hemiplegi, daya raba normal dan pasien dapat merasakan rasa raba (nyeri) GCS 456 dan orientasi terhadap orang, tempat lingkungan, waktu baik. Dan pada sistem persarafan cerebral motorik, dan nervus kranial atau tidak mengalami gangguan.

f. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 24 – 6 – 2000

Pemeriksaan laboratorium

a. BONE SCINTIGRAPHY : 24-6-2000

- Dengan Tc. Gam – MDP : 15 inci – IV
- Tampak peningkatan uptake radiofarmako yang abnormal di daerah sternum dan costa kurang lebih 5 - 8 kiri irreguler
- Tampak juga retensi adiofarmako di ginjal kiri yang membesar.

Kesimpulan proses metastase di tulang tersebut di atas : Hydronephrosis

b. Maskoskopis

Dilakukan 2 kali puncture pada modul regio sternum sinistra padat kenyal Ø 5 cm, fixed pada dasar dan nodul mammae sinistra, QMA Ø 2 cm padat, kenyal, tampak pula cicatrix pada mammae QMA.

Hapusan menunjukkan kelompok dan sebaran sel – sel epital anaplasia, bulat, oval, inti pleomorphic, hiperkromatik, anak inti promirent sitoplasma cukup.

Kesimpulan : Tu. Mamma sinistra FNA, Infiltratic. Ductal Carcinoma.

III.1.2. Analisa data

Setelah data dikumpulkan semua , maka tahap selanjutnya adalah pengelompokan data atau menganalisa untuk menentukan masalah yang timbul dan kemungkinan penyebabnya. Pengelompokan data dapat dibagi 2 yaitu data subyektif dan data obyektif, sehingga data yang terkumpul dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut:

1. Kelompok data pertama

Tanggal 11 Juli 2000

a). Data subyektif

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi (pada payudara kiri)

b). Data obyektif

Pasien post operasi modifikasi radikal mastektomy, keadaan umum lemah terdapat luka operasi pada payudara kiri dan skin graft pada femur kiri, tekanan darah 110 / 70 mm Hg, suhu 37,2° C, nadi : 88 x / m, skala nyeri : 6

c). Masalah

Nyeri akut

d). Kemungkinan penyebab

Adanya luka operasi

2. Kelompok data ke dua

Tanggal 12-7-2000

a). Data subyektif

Pasien mengatakan badan terasa lemah dan bila lengan kiri digerakkan terasa nyeri sehingga pasien tidak bisa melakukan aktivitas.

b). Data obyektif

Keadaan umum lemah, ada luka operasi pada daerah payudara dan skin graft pada femur kiri, semua keperluan pasien dibantu.

c). Masalah

Aktifitas

d). Kemungkinan penyebab

Cidera yang berhubungan gangguan drainase, fungsi limfe, motorik dan sensorik pada lengan yang sakit.

3. Kelompok data ke tiga

Tanggal 12-7-2000

a.) Data subyektif

Pasien mengatakan merasa malu karena kehilangan salah satu payudaranya.

b). Data obyektif

Pasien post operasi modifikasi radikal mastektomy hari kedua pasien tidak mau melihat daerah luka operasi, pada payudara bagian kiri terdapat operasi.

c). Masalah

Konsep diri (body image)

d). Kemungkinan penyebab

Pengangkatan salah satu payudaranya

4. Pengelompokan data keempat

Tanggal 12-7-2000

a). Data subyektif

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan bertambah bila digerakkan

b). Data obyektif.

Pasien post operasi mastektomy hari kedua, daerah luka operasi tertutup kasa dan dipasang 2 drain. Tekanan darah 119/70 mm Hg. Suhu, $37,2^{\circ}\text{C}$, Nadi 88 x/m

c). Masalah

Inefektif

d). Kemungkinan penyebab

Kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka operasi

III.1.3. Diagnosa keperawatan pertama

Dari analisa data di atas dirumuskan diagnosa keperawatan gangguan yang muncul pada Ny. N. sebagai berikut :

- 1). Resiko tinggi terhadap gangguan mobilitas fisik (bahu/lengan) berhubungan dengan limfedema ditandai dengan keadaan umum lemah, ekspresi wajah kesakitan, terdapat luka operasi pada payudara kiri dan skin graft femur kiri, tekanan darah 110/70 mm Hg, Suhu $37,2^{\circ}\text{C}$, Nadi 88 x/m.
- 2). Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan bahaya fungsi limfe, motorik dan sensorik dan bila lengan kiri digerakkan terasa nyeri sehingga pasien tidak bisa melakukan aktifitas.
- 3). Resiko tinggi terhadap gangguan konsep diri berhubungan dengan efek negatif kehilangan fungsi yang dirasakan, ditandai dengan pasien tidak

mau melihat daerah luka operasi, pada payudara bagian kiri terdapat luka operasi.

- 4). Resiko tinggi terhadap inepektif penatalaksanaan regimen terapeutik berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan luka, ditandai dengan daerah luka operasi tertutup kasa, terpasang 2 drain, tekanan darah 110/70 mm Hg, suhu 37,2⁰C, Nadi 88 x/m.

III.2. Perencanaan

Pada perencanaan di bawah ini telah disusun prioritas masalah yaitu gangguan mengancam jiwa mengganggu fungsi organ, mengganggu keutuhan organ dan mengganggu kesehatan. adapun perencanaan sebagai berikut :

III.2.1. Diagnosa keperawatan pertama

Resiko tinggi terhadap gangguan mobilitas fisik (lengan, bahu) yang berhubungan dengan limfedema, ditandai dengan keadaan umum lemah, ekspresi wajah kesakitan terdapat luka operasi pada payu dara kiri, skin graft pada femur kiri, tekanan darah : 110/70 mm Hg, suhu : 37⁰ C, nadi 88 x / menit.

a. Tujuan

Resiko tinggi terhadap gangguan mobilitas fisik tidak terjadi

b. Kriteria hasil :

- Pasien tidak mengeluh nyeri
- Pasien tidak memegang daerah operasi
- Pasien memperlihatkan kemajuan mobilitas

c. Rencana tindakan

1. Jelaskan perlunya untuk meningkatkan mobilitas keningkat maksimal gangguan dapat ditoleransi dan pengurangan bahaya imobilitas.
2. Lakukan pengurangan nyeri dengan tepat.
3. Jelaskan alasan untuk keseimbangan yang buruk, dampingi pasien ketika pasien berjalan.
4. Instruksikan pasien untuk meninggikan lengan yang sakit di atas bantal ketika duduk atau bersandar.
5. Berikan instruksi tertulis untuk latihan berikut untuk dilakukan 3x sehari (5 – 10)x setiap latihan.
 - Hari 1 – 5 post operasi : putar pergelangan tangan dan gerakan memutar, sentuhan jari – jari ke bahu dan rentangkan lengan sampai lurus.
6. Mulai latihan ROM (range of motion) pasien seorang ibu rumah tangga mempunyai 2 orang anak, pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu merupakan miliknya sendiri dan berharap cepat sembuh dan pulang ke rumah. pasif pada lengan yang sakit, jika di instruksikan.
7. karena aktivitas meningkat, dorong pasien untuk menggunakan lengan yang sakit sebanyak mungkin.
8. Kolaborasi dalam pemberian analgesik

d). Rasional

1. Penjelasan dapat membantu mendapatkan kooperasi meskipun tidak nyaman ataupun terjatuh
2. Nyeri mengurangi kemampuan dan motivasi, untuk melakukan ROM (range of motion) dan latihan lain untuk berjalan.
3. Kompresi perban dan gerakan lengan yang terganggu dapat mempengaruhi gerakan dan meningkatkan resiko jatuh.
4. Peninggian mempermudah drainase dan mencegah penggumpalan.
5. Latihan ini meningkatkan sirkulasi dan membantu mencegah odema
6. Latihan ini meningkatkan sirkulasi dan mempertahankan fungsi.
7. Gerakan lengan yang sering mencegah dan kontraktur
8. Diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri

III.2.2. Diagnosa keperawatan kedua

Resiko tinggi terhadap cedera yang berhubungan dengan gangguan drainase limfe dan fungsi motorik dan sensorik ditandai dengan badan terasa lemah dan bila lengan kiri digerakkan terasa nyeri sehingga pasien tidak bisa melakukan aktifitas.

a. Tujuan

Resiko tinggi terhadap cedera yang berhubungan dengan gangguan drainase limfe tidak terjadi.

b. Kriteria hasil:

- Tidak terjadi odema
- Fungsi sensorik dan motorik pada lengan yang sakit tidak terganggu

c. Rencana tindakan

1. Pantau tanda dan gejala gangguan sensori motor
2. Pantau pengukuran lingkaran lengan yang teratur
3. Konsultasikan dengan dokter untuk intervensi tambahan, jika diperlukan misal : diuretik, balutan elastik, kompresi, pneumatik intermiten
4. Ajarkan pasien untuk menghindari hal berikut :
 - Vaksin, Contoh darah, injeksi dan pengukuran tekanan darah pada lengan yang sakit.
5. Ajarkan tindakan pencegahan untuk mencegah trauma pada lengan dan tangan.
6. Ajarkan pasien membilas luka pada lengan / tangan dengan cepat dan untuk mengobservasi dengan hati – hati terhadap awal infeksi

d. Rasional

1. Tanda ini dapat menunjukkan entrapment saraf pada Outlet servikal / pergelangan tangan dari odema limfe / kerusakan saraf terakodorsal.
2. Pengukuran yang terjadi dapat mendeteksi peningkatan odema
3. Jika limfedema bertambah, terapi yang lebih agresif dapat diindikasikan

4. Konstriksi pada lengan dapat membuat limfedema lebih buruk
5. Trauma pada jaringan dengan drainase limfatik yang berbahaya memperparah limfedema
6. Gangguan drainase limfe membahayakan pertahanan tubuh terhadap infeksi yang memerlukan penekanan pencegahan infeksi.

III.2.3. Diagnosa keperawatan ketiga

Resiko tinggi terhadap konsep diri berhubungan dengan efek negatif kehilangan fungsi yang dirasakan ditandai dengan pasien tidak mau melihat daerah operasi pada payudara kiri terdapat luka operasi

a. Tujuan

Resiko tinggi terhadap gangguan konsep diri tidak terjadi

b. Kriteria hasil :

- Membuat pernyataan yang positif tentang body image
- Melihat / menyentuh bagian tubuh yang terkena
- Mengekspresikan penerimaan tentang perubahan body image

c. Rencana tindakan

1. Kaji perasaan dan persepsi tentang mastektomy dan akibatnya terhadap perubahan body image
2. Kaji persepsi pasien tentang akibat mastektomy terhadap hubungannya dengan pasangan hidupnya atau orang terdekat.

3. Hargai kebutuhan pasien akan suatu periode dimana pasien mempunyai persaan untuk menolak/menyangkal untuk mengurangi rasa keterasingan dan peningkatan kemudahan terserang.
4. Bantu pasien dalam mengekspresikan tentang perasaan kehilangan
5. Berikan informasi tentang alat bantu kosmetik dan penggunaan pakaian yang lebih modis untuk meningkatkan self image
6. Beri dorongan atas partisipasi pasien dalam pelayanan yang memberikan dukungan dan kelompok – kelompok dalam masyarakat hubungkan dengan teman sebaya untuk informasi dan validasinya.

d. Rasional

1. Dapat mengetahui perasaan dan persepsi pasien tentang mastectomy dan perubahan pada tubuhnya.
2. Dapat mengetahui perasaan dan persepsi pasien dan menambah support pada pasien
3. Agar pasien merasa dihargai dan diperhatikan tentang keluhannya dan keadaan saat ini.
4. Agar dapat menerima perubahan pada dirinya.
5. Untuk meningkatkan percaya diri bagi pasien
6. Agar pasien dapat berbagi rasa dan bisa memecahkan permasalahan yang dihadapi.

III.2.4. Diagnosa keperawatan keempat

Resiko tinggi terhadap inepektif penatalaksanaan regimen terapeutik berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan luka, ditandai dengan daerah luka operasi tertutup kasa, terpasang 2 drain, tensi ; 110 / 70 mm Hg, suhu : 37,2° C, nadi : 88 x / menit

a. Tujuan :

Resiko tinggi terhadap inepektif tidak terjadi.

b. Kriteria hasil

Pasien dapat dan mampu untuk belajar dan menyerap informasi

c. Rencana tindakan

1. Ajakan pasien tehnik memeriksa payudara, instruksi pasien untuk memeriksa kedua payudara secara periodik
2. Ajarkan pasien tindakan perawatan luka operasi secara aseptik
3. Berikan informasi tentang prostesis, payudara, tekankan pentingnya kepasan prostesis yang sesuai
4. Berikan instruksi tertulis untuk latihan yang harus dilakukan di rumah dan tekankan kembali kepentingannya.
5. Intruksikan pasien untuk melaporkan dengan segera semua tanda dan gejala komplikasi.
6. Diskusikan sumber – sumber komunitas yang tersedia (misal : Reach for recovery)
7. Jika tepat gali perasaan pasien mengenai terapi radiasi atau kemoterapi

d. Rasional

1. Pemeriksaan payudara sendiri dan secara periodik dapat mendeteksi masalah lebih awal, meningkatkan kemungkinan kebersihan pengobatan.
2. Perawatan luka yang tepat esensial untuk mengurangi resiko infeksi
3. Protesis dengan kontur ukuran dan berat yang optimal memberikan penampilan yang normal meningkatkan postur yang baik dan membantu memecahkan ketegangan.
4. Penelitian menunjukkan bahwa wanita setelah pembedahan payudara tanpa memperhatikan luas pengalaman pembedahan, perhatian yang signifikan mengurangi periode post operatif.
5. Tanda dan gejala menunjukkan meningkatkannya limfedema yang dapat menimbulkan gangguan sensori atau infeksi
6. Sumber – sumber komunitas dapat memberikan bantuan yang unik dan spesifik dengan penyesuaian dan adaptasi mastektomy.
7. Baik radiasi dan kemoterapi membawa efek samping yang memerlukan penyuluhan pasien untuk meningkatkan perawatan diri dan coping.

III.3. Pelaksanaan

Pelaksanaan berikut ini merupakan realisasi dari rencana tindakan pada tahap perencanaan yang telah ditentukan dan diuraikan sesuai dengan prioritas sebagai berikut:

III.3.1. Diagnosa keperawatan pertama

Resiko tinggi terhadap gangguan mobilitas fisik (lengan, bahu) yang berhubungan dengan limfedema, ditandai dengan keadaan umum lemah, ekspresi wajah kesakitan terdapat luka operasi pada payu dara kiri, skin graft pada femur kiri, tekanan darah : 110/70 mm Hg, suhu : 37° C, nadi 88 x / menit.

Pelaksanaan tanggal 11 juli 2000

1. Diagnosa keperawatan pertama
 - a. Memberikan penjelasan perlunya meningkatkan mobilitas ketingkat maksimal yang dapat ditoleransi
 - b. Melakukan pengurangan nyeri dengan tepat
 - c. Menjelaskan alasan untuk keseimbangan yang buruk, mendampingi pasien ketika berjalan
 - d. Menginstruksikan pasien untuk meninggikan lengan yang sakit di atas bantal ketika duduk atau bersandar
 - e. Memberikan instruksi untuk latihan yang harus dilakukan pasien
 - f. Memberikan latihan ROM pada lengan pasien yang sakit.
 - g. Memberikan dorongan pasien untuk menggunakan lengan yang sakit

III.3.2. Diagnosa keperawatan kedua

Resiko tinggi terhadap cedera yang berhubungan dengan gangguan drainase limfe dan fungsi motorik dan sensorik pada lengan yang sakit ditandai dengan badan terasa lemah dan bila lengan kiri digerakkan terasa nyeri sehingga pasien tidak bisa melakukan aktifitas

Pelaksanaan tanggal 11 Juli 2000

- a. Memantau tanda dan gejala gangguan sensorik motorik
- b. Memantau pengukuran lingkaran lengan yang teratur
- c. Mengkonsultasikan dengan dokter, untuk intervensi tambahan
- d. Menganjurkan pasien untuk menghindari hal – hal yang berikut :
vaksin, contoh : darah, injeksi dan pengukuran tekanan darah
- e. Mengajarkan tindakan pencegahan untuk mencegah trauma pada lengan dan tangan.

III.3.3. Diagnosa keperawatan ketiga

Resiko tinggi terhadap gangguan konsep diri berhubungan dengan efek negatif kehilangan fungsi yang dirasakan ditandai dengan pasien tidak mau melihat daerah operasi pada payudara kiri terdapat luka operasi

- a. Mengkaji perasaan dan persepsi tentang mastektomi dan akibatnya terhadap perubahan body image
- b. Mengkaji persepsi pasien tentang akibat mastektomi terhadap hubungan dengan pasangan hidupnya atau orang terdekat

- c. Menghargai kebutuhan pasien akan suatu periode dimana pasien mempunyai perasaan untuk menolak / menyangkal untuk mengurangi rasa keterasingan
- d. Membantu pasien dalam mengekspresikan tentang perasaan kehilangan
- e. Memberikan informasi tentang alat bantu kosmetik
- f. Memberikan dorongan atas partisipasi pasien dalam pelayanan yang memberikan dukungan dan kelompok – kelompok dalam masyarakat.

III.3.4. Diagnosa keperawatan ke empat

Resiko tinggi terhadap ineffectif penatalaksanaan regimen terapeutik berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang perawatan luka, ditandai dengan daerah luka operasi tertutup kasa, terpasang 2 drain, tensi ; 110 / 70 mm Hg, suhu : 37,2° C, nadi : 88 x / menit

- a. Mengajarkan teknik pemeriksaan payudara
- b. Mengajarkan pasien tindakan – tindakan perawatan luka operasi secara aseptik
- c. Memberikan informasi tentang prostesis payudara, tekankan pentingnya prostesis yang sesuai
- d. Memberikan instruksi tertulis untuk latihan yang harus dilakukan di rumah dan tekankan kembali kepentingannya

- e. Intruksikan pasien untuk melaporkan dengan semua tanda dan gejala komplikasi
- f. Diskusi sumber – sumber komunitas yang tersedia
- g. Jika tepat, gali perasaan pasien mengenai terapi radiasi atau kemoterapi

III.4. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam asuhan keperawatan

1. Catatan perkembangan

Tanggal 11 juli 2000

III.4.1. Diagnosa keperawatan 1 jam 10.00 WIB

Subyektif : Diagnosa mengatakan tidak merasa nyeri bila melakukan mobilitas fisik

Obyektif : Pasien memperlihatkan kemajuan mobilitas, Tensi : 120/ 80 mm Hg, Nadi : 88x/m, Suhu : 37 °C

Assesment : tujuan tercapai

Planning : rencana tindakan dipertahankan

III.4.2. Diagnosa keperawatan 2 jam 09.00 WIB

Tanggal 12 juli 2000

Subyektif: pasien mengatakan tangannya masih lemah bila digerakkan

Obyektif: tidak terjadi oedema, lengan yang sakit dapat digerakkan dengan pelan

Assesment : tujuan tercapai sebagian

Planning : rencana tindakan dilanjutkan

III.4.3. Diagnosa keperawatan 3 jam 08.00 WIB

Tanggal 13 Juli 2000

Subyektif : pasien sudah tidak mengeluh lagi tentang keadaannya

Obyektif: pasien mau menerima perubahan pada tubuhnya, pasien melihat
dan menyentuh bagian tubuh yang terkena

Assesment: tujuan tercapai

Planning : rencana tindakan dipertahankan

III.4.4. Diagnosa keperawatan 4

Tanggal 12 juli 2000 jam 10.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan tidak merasakan nyeri, panas, merah
bengkak

Obyektif : tidak didapatkan adanya tanda - tanda infeksi (nyeri,
panas, merah, bengkak)

Assesment :tujuan tercapai

Planning : rencana tindakan dipertahankan