

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY.R DENGAN GANGGUAN
INTEGRITAS EGO: ANSIETAS AKIBAT PASCA OPERASI RADIKAL
MASTEKTOMI SINISTRA DI RUANG ALI BIN ABI THALIB RSUD AL-
IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. IDENTITAS

a. Identitas Ny.R

Nama : Ny. R
Tanggal Lahir/Umur : 3 Agustus 1986/ 36 th 8 bln 8 hr
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Golongan Darah : B+
Diagnose Medis : Post Operasi Ca mammae sinistra
Nomor Register : 3217064308860007
Nomor Medrec : 00-863455
Tanggal Masuk RS : 11 April 2023, pukul 17.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 12 April 2023, pukul 19.00 WIB
Alamat : Perum Taman Bunga Cilame,
Desa Cilame, Kecamatan Ngamprah,
Bandung Barat

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. R
Umur : 37 tahun
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Wirausaha
Alamat : Perum Taman Bunga Cilame,

Desa Cilame, Kecamatan Ngamprah, Bandung
Barat

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama Masuk rs

Ny.R mengeluh ada benjolan pada payudara kiri nya

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Saat dilakukan pemeriksaan di ruangan Ali bin Abi Thalib tanggal 12 April 2023 pukul 19.00 pasca operasi, Ny.R mengeluh nyeri luka pasca operasi, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat, nyeri nya seperti tertusuk benda tajam, nyeri di area operasi tidak menjalar kedaerah lain, nyeri dirasakan hilang timbul. Mengeluh pusing, mual, serta merasa khawatir karena mata nya terasa buram. Ny.R serta suami mengeluh sedih karena payudara istrinya tersisa satu. Ny.R mengatakan takut melihat luka operasinya. Mengatakan sangat khawatir karena takut luka nya tidak akan tertutup lagi serta tidak bisa merawat lukanya. Tampak lemas serta meringis kesakitan, skala nyeri 4 (1-10). Hasil TTV didapatkan tekanan darah 112/70 mmHg, nadi 68x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36⁰C, saturasi oksigen 98%.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

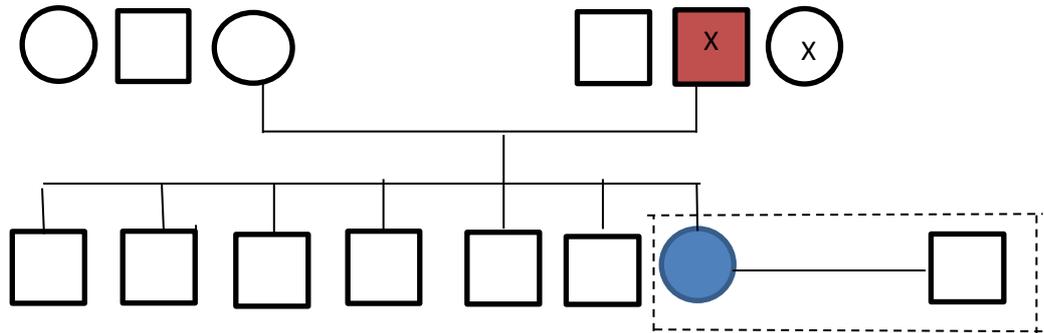
Ny.R mengatan belum pernah mengalami penyakit *cancer mammae* atau jenis *cancer* yang lainnya sebelumnya

b. Riwayat Penyakit Keluarga

Ny.R mengatakan kakeknya pernah mengalami kanker hati serta ayah nya mengalami kanker paru.

Genogram





Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Ny.R
-  : Perempuan
-  : Tinggal satu rumah
-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : laki-laki meninggal dengan penyakit *cancer*

3. POLA AKTIVITAS

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
1.	<p>Pola Nutrisi :</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Jenis</p> <p>c. Porsi</p> <p>d. Keluhan</p> <p>Pola minum :</p> <p>a. Volume</p> <p>b. Jenis</p> <p>c. Keluhan</p>	<p>2-3x sehari</p> <p>Baso, nasi, lauk pauk, seblak, dll</p> <p>1-2 porsi habis</p> <p>Jarang memakan nasi</p> <p>2-3 gelas (1250-1500 ml)</p> <p>Air mineral, susu, teh</p> <p>Ny.R mengatakan jarang minum air putih</p>	<p>3x sehari</p> <p>Nasi, sayur, lauk pauk</p> <p>I porsi habis</p> <p>Tidak ada</p> <p>2-3 gelas (1250-1500 ml)</p> <p>Air mineral</p> <p>Tidak ada keluhan</p>

2.	Pola Eliminasi : BAB a. Frekuensi b. Tekstur c. Warna BAK a. Frekuensi b. Warna	1x sehari Padat feses Coklat khas feses Tidak tentu Kuning khas urine	1x sehari Padat feses Coklat khas feses 4-5x sehari Kuning khas urine
3.	Istirahat dan Tidur : a. Tidur siang b. Tidur malam c. Kualitas d. Keluhan	2-3 jam sehari 6-8 jam sehari Nyenyak Tidak ada	20-30 menit 6-7 jam sehari Sering terbangun Ny.R mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri
4.	Personal Hygiene : a. Mandi b. Keramas c. Menggosok gigi d. Cara e. Keluhan	2x sehari 3x seminggu 2x sehari Mandiri Tidak ada	1x sehari 1x sehari 1x sehari Dibantu dengan diseka Tidak ada
5.	Aktivitas :	Ny.R mengatakan beraktivitas dengan baik sebagai ibu rumah tangga	Ny.R hanya berbaring, serta tidur
	Kebiasaan : a. Olahraga	Ny.R mengatakan tidak pernah olahraga	Ny.R tidak berolahraga karena <i>bed rest</i>

	b. Merokok, minum alkohol, dll	Ny.R tidak merokok ataupun minum- minuman beralkohol	Ny.R tidak merokok ataupun minum-minuman beralkohol
--	---	--	---

4. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan Umum :
Ny.R tampak lemah serta pucat
- b. Tingkat Kesadaran :
Composmentis, GCS 15 (E4 V5 M6)
Keterangan
E4 = Spontan atau membuka mata dengan sendirinya tanpa dirangsang
V5 = Orientasi baik, bicara jelas
M6 = Mengikuti perintah pemeriksa
- c. Tanda-tanda Vital :
Tekanan Darah : 112/70 mmHg
Nadi : 68x/menit
Frekuensi napas : 18x/menit
Suhu : 36⁰C
SpO₂ : 98%
- d. Antropometri
Berat badan : 53 kg
Tinggi badan : 146 cm
IMT : $53/1,46^2 = 24,88$ (normal)
- e. Sistem Pernapasan
Tidak terdapat sianosis, Ny.R bernapas spontan, bentuk dada simetris kanan kiri, tidak ada penggunaan bunyi otot bantu napas,
- f. Sistem Kardiovaskuler
Konjungtiva tidak anemis, wajah pucat, tidak ada edema dibagian ekstermitas atas dan bawah, irama regular
- g. Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, warna bibir pucat, tidak ada lesi pada bibir maupun abdomen, tidak mengalami konstipasi. CRT <2 detik, bising usus 13/menit

h. Sistem Persyarafan

Ny.R dapat merasakan rasa asin, asam, manis, dan pahit. Ny.R mampu mendengarkan apa yang dijelaskan dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya. Ny.R mampu menjawab apa yang orang lain tanyakan. Pendengaran normal. Ny.R mampu melihat, ketajaman penglihatan kesan normal, pupil normal, gerakan bola mata kesan normal, refleks kornea normal. Sensasi kulit terhadap kasar, halus, tajam kesan normal. Tidak ada sakit kepala, tidak kesulitan untuk mengingat sesuatu,

i. Sistem Endokrin

Tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak adanya poliuri, polidipsi dan polifagi. Tidak ada benjolan disekitar leher,

j. Sistem Genitourinaria

Tidak ada nyeri saat berkemih, genetalia (tidak terkaji), tidak mengalami gangguan BAK.

k. Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas kiri dan kanan atas simetris, warna kulit sama dengan warna sekitar. Tidak ditemukan adanya benjolan dan edema. Jumlah jari lengkap ada 10. Warna kulit putih dan kering, Ny.R tampak lemah. Melakukan aktivitas sendiri serta sebagian dibantu. Tidak ada nyeri tekan dan benjolan, Elastisitas kulit baik

Ekstremitas bawah kiri dan kanan simetris, warna kulit sama dengan warna sekitar dan sedikit pucat, tidak ditemukan adanya edema tibia, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan. Jumlah jari lengkap ada 10. Elastisitas kulit baik. Kulit terasa hangat. Tidak terdapat sianosis.

Kanan – Kiri

5		5
5	+	5

l. Sistem Integumen dan Imunitas

Terdapat luka terbuka serta luka jahitan pasca operasi di payudara kiri, kulit pucat, kulit kepala bersih. Elastisitas atau turgor kulit baik. Kulit terasa hangat. Tidak ada bercak kemerahan, tidak ada luka decubitus, kulit tampak kering.

m. Wicara dan THT

Mulut simetris, dapat mengatupkan gigi dan tersenyum, dapat berbicara dengan jelas, dan dua arah. Tidak ada keluhan pada saat berbicara.

Telinga simetris, dapat mendengar dan menjawab pertanyaan perawat dengan benar. Kemampuan mendengar antara telinga kiri dan kanan sama, tidak memakai alat bantu dengar.

Bentuk hidung simetris Ketika dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan kapas, jalan napas paten, dapat mencium bau-bauan.

n. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, alis mata simetris, distribusi alis merata, tekstur rambut alis halus, pergerakan alis mata kanan dan kiri naik turun. Tidak ada lesi, posisi kelopak mata sejajar dengan ujung telinga bagian atas, tidak ada benjolan, bulu mata melengkung keatas. Sklera putih/anikterik, konjungtiva tidak anemis. Pupil mengecil saat terkena cahaya. Tidak adanya nyeri tekan dan edema, mata tidak mengeluarkan cairan berlebih, kornea mata jernih. tidak ada katarak.

o. Sistem Reproduksi

Payudara kanan kiri tidak simetris, payudara tersisa 1 di sebelah kanan, terdapat luka terbuka serta luka jahitan pasca operasi di payudara kiri. Genitalia tidak terkaji.

5. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

a. Status Emosi

Ny.R serta suami mengatakan merasa sedih karena payudara tersisa 1

b. Kecemasan

Ny.R mengatakan takut luka terbuka pasca operasinya tidak akan tertutup kembali. Mengeluh khawatir serta cemas suaminya tidak bisa merawat lukanya

c. Pola Koping

Ny.R mengatakan saat merasa sakit ia langsung berbicara kepada suaminya dan tidak dipendam sendiri.

d. Gaya Komunikasi

Pola komunikasi Ny.R baik terbukti dari suami yang mengatakan bahwa Ny.R sering berkomunikasi dengan keluarganya dalam kondisi apapun

e. Konsep Diri

1) Body image

Ny.R mengatakan tetap menyukai tubuhnya meskipun payudara tersisa 1. Suaminya pun mengatakan tetap menyukai tubuh istrinya dalam kondisi apapun.

2) Ideal diri

Ny.R berharap dirinya segera pulih dari sakitnya dan dapat berkumpul kembali dengan anak-anaknya

3) Peran

Ny.R merupakan seorang istri dan ibu dari kedua anaknya serta merupakan seorang ibu rumah tangga

4) Identitas

Ny.R berjenis kelamin perempuan dan mengatakan ia bersyukur akan hal itu

5) Harga diri

Ny.R mengatakan ketika sakit seperti ini ia merasa tidak berguna dan lemah

f. Data Sosial

Ny.R mengatakan tidak ada hambatan dalam berinteraksi sosial dengan siapapun meskipun Ny.R sedang sakit, justru ketika sakit ia sering bertanya kepada tetangga disekitar dalam hal pengobatan alternatif untuk penyakitnya

g. Data Spiritual

1) Makna hidup

Ny.R mengatakan hidup merupakan perjuangan dan rintangan yang harus di lalui dengan ikhlas

2) Pandangan terhadap penyakit

Ny.R mengataan bahwa sakitnya merupakan ujian dari Allah SWT

3) Keyakinan akan sembuh

Ny.R mengatakan bahwa ia yakin dan optimis akan segera sembuh dari penyakitnya

4) Kemampuan ibadah saat sakit

Ny.R mengatakan ia mampu sholat sambil berdiri.

6. Data Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium (27-02-2023, 13:37)

Nama test	Hasil	Unit	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	9,2	g/dl	12.0-16.0
Lekosit	5540	Sel/uL	3800-10600
Eritrosit	3.31	Juta/uL	3.6-5.8
Hematokrit	29.7	%	35-47
Trombosit	371000	Sel/uL	150000-440000
KIMIA KLINIK			
Fungsi Liver			
AST (SGOT)	36	U/L	10-31
ASP (SGPT)	13	U/L	9-36
Fungsi Ginjal			
Ureum	11	Mg/dL	10-50
Kreatinin	0.74	Mg/dL	0.7-1.13
Gula Darah			
Gula darah sewaktu	110	Mg/dL	70-200

b) Pemeriksaan Radiologi (27 februari 2023, 12:07)

Thorax foto :

Cor tidak membesar

Sinuses, diafragma normal

Pulmo :

Hilis kiri kabur

Perbercakan lunak di lapang tengah kiri

Kesan :

Tidak tampak pembesaran jantung

Tidak tampak metastase intrapulmonal

**c) Pemeriksaan Hispatologi (RS Santosa Kopo Bandung, 05-10-2022
11:14)**

Diagnosis klinis : Mammae sinistra, suspek maligna

Lakroskopis :

Jaringan ukuran sama besar 2x2x1 cm, putih, kecoklatan, kenyal

Kesimpulan :

Invasive carcinoma of no special type grade III mammae sinistra yang telah menginvasi ke pembuluh limfovaskuler

7. Program dan Rencana Pengobatan

Nama obat	Manfaat
Anbacim 1 ml IV	Anbacim digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri dan untuk mencegah infeksi dari operasi tertentu
Pumpitor 20 mg IV	Diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, lesi lambung dan duodenum
Rativol 1 ml IV	Diindikasikan untuk terapi nyeri sedang hingga berat dan nyeri akut pascaoperasi

B. ANALISA DATA

No	Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ny.R mengeluh nyeri luka pasca operasi</p> <p>b. Ny.R mengatakan nyeri nya bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat</p> <p>c. Ny.R mengatakan nyeri nya seperti tertusuk benda tajam</p> <p>d. Ny.R mengatakan nyeri nya di area pasca operasi tidak menjalar ke daerah lain</p> <p>e. Ny.R mengatakan nyerinya hilang timbul</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Ny.R tampak meringis kesakitan</p> <p>b. Skala nyeri 4 (1-10)</p>	<p>Pasca operasi</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>Merangsang reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Dihantarkan serabut tipe A, B,C</p> <p>↓</p> <p>Medulla spinalis</p> <p>↓</p> <p>Aktivasi sistem reticular</p> <p>↓</p> <p>Hipotalamus dan sistem limbik</p> <p>↓</p> <p>Otak (korteks somatosensorik)</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri akut
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ny.R mengatakan takut melihat luka operasinya</p> <p>b. Ny.R mengatakan takut lukanya tidak akan</p>	<p>Sel <i>cancer</i></p> <p>↓</p> <p>Adanya luka pasca operasi</p> <p>↓</p> <p>Di persepsi panca indera</p>	Ansietas

	<p>tertutup lagi</p> <p>c. Ny.R dan suaminya merasa sedih karena payudara nya tersisa satu</p> <p>d. Ny.R mengatakan khawatir terhadap perawatan luka dirumah</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Ny.R tampak gelisah dan khawatir</p> <p>b. Ny.R tampak takut melihat bekas operasi nya</p> <p>c. Ny.R tampak lemas</p> <p>d. Tingkat ansietas Ny.R berada pada skor 15 (ansietas ringan)</p>	<p>↓</p> <p>Cortex serebri- Sistem limbik</p> <p>↓</p> <p>Aktivasi hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Kelenjar hipofisis</p> <p>↓</p> <p>Menghasilkan hormon CRH dan ACTH</p> <p>↓</p> <p>Aktivasi korteks adrenal</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan kortisol, kurang informasi</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	
4.	<p>Data subjektif : -</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Terdapat luka jahitan dan luka terbuka pasca operasi radikal mastektomi</p>	<p>Luka pasca operasi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan integritas kulit/jaringan</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan</p>
3.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ny.R mengatakan nyeri luka pasca operasi</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Terdapat luka jahitan dan luka terbuka pada payudara kiri</p>	<p>Luka pasca operasi</p> <p>↓</p> <p>Sistem imun lemah</p> <p>↓</p> <p>Bakteri masuk dalam tubuh</p> <p>↓</p> <p>Risiko infeksi</p>	<p>Risiko infeksi</p>

--	--	--	--

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pasca operasi radikal mastektomi) ditandai dengan Ny.R mengeluh nyeri pada luka pasca operasi, skala nyeri 4 (1-10)
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (pasca operasi radikal mastektomi sinistra) ditandai dengan Ny.R tampak gelisah serta khawatir.
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan inflamasi ditandai dengan terdapat ulkus pada payudara kiri serta luka pasca operasi radikal mastektomi.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya sistem imun tubuh ditandai dengan terdapat luka terbuka pasca operasi.

III. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (pasca operasi radikal mastektomi) ditandai dengan Ny.R mengeluh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : 5. Skala nyeri menurun 6. Meringis menurun 7. Gelisah	1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	1. Penilaian skala nyeri merupakan langkah awal dalam perencanaan strategi manajemen nyeri 2. Faktor pencetus yang menyebabkan nyeri dapat menentukan dalam perencanaan strategi manajemen nyeri

	nyeri pada luka pasca operasi, skala nyeri 4 (1-10)	menurun 8. Dapat menggunakan strategi pereda nyeri alternatif yang tepat	3. Berikan dan latih teknik relaksasi napas dalam 4. Fasilitasi istirahat tidur 5. Kolaborasi pemberian obat ratiol 1 ml dosis, pumpitor 20mg	3. Teknik relaksasi napas dalam dapat mendukung upaya meredakan nyeri yang dirasakan pasien ataupun mengalihkan perhatian pada nyeri yang dirasakan 4. Lingkungan sekitar yang damai dan tenang dapat mempermudah istirahat akibat kelelahan disebabkan oleh nyeri 5. Ratiol bermanfaat sebagai terapi dalam mengatasi nyeri sedang sampai berat dan nyeri akut pasca operasi. Pumpitor bermanfaat mengatasi tukak lambung
2.	Ansietas berhubungan dengan krisis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam	1. Bina hubungan saling percaya	1. Membina hubungan percaya antar perawat dengan

	<p>situasional (pasca operasi radikal mastektomi sinistra) ditandai dengan Ny.R tampak gelisah serta khawatir</p>	<p>diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi kebingungan menurun Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun Palpitasi menurun Tanda-tanda vital dalam rentan normal Tremor menurun Pucat menurun Konsentrasi membaik Kontak mata membaik Pola tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> Observasi TTV Identifikasi stressor yang menyebabkan ansietas Monitor tanda-tanda ansietas non verbal dan verbal Berikan dan latih teknik relaksasi napas dalam serta terapi 	<p>pasien keluarganya dapat meningkatkan keterbukaan pasien kepada perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan tanda-tanda vital dapat memudahkan perawat dalam mengetahui adanya perkembangan atau penurunan pasien Mengidentifikasi penyebab ansietas dapat memudahkan dalam penyusunan perencanaan strategi selanjutnya Memberikan kesempatan untuk mengekspresikan perasaan dan memperoleh informasi untuk membantu menurunkan ansietas Terapi relaksasi napas dalam bermanfaat dalam menurunkan kecemasan individu. Terapi soft
--	---	--	---	---

			seft	merupakan salah satu teknik untuk mengatasi gangguan emosi manusia
			6. Edukasi penyakit <i>cancer</i> , pengobatan kemoterapi serta perawatan luka	6. Membantu mencegah ketakutan yang tidak perlu sehubungan dengan informasi atau keyakinan yang tidak akurat
3	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan inflamasi ditandai dengan terdapat ulkus pada payudara kiri serta luka pasca operasi radikal mastektomi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan teratasi dengan kriteria hasil : a. Perdarahan menurun b. Hidrasi meningkat c. Elastisitas meningkat	1. Observasi karakteristik luka 2. Lakukan perawatan luka 3. Ajarkan prosedur perawatan luka	1. Temuan ini dapat memberi informasi terhadap tingkat cedera. Warna jaringan pucat tanda berkurangnya oksigenasi 2. Perawatan luka sesuai prosedur dapat mencegah terjadinya risiko infeksi serta mempercepat penyembuhan 3. Prosedur perawatan luka yang tepat dapat menghindari terjadi cedera saat perawatan luka atau

				terjadinya risiko infeksi
4	Risiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya sistem imun tubuh ditandai dengan terdapat luka terbuka pasca operasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x8 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda risiko infeksi dengan kriteria hasil : a. Menunjukkan suhu tubuh dan tanda-tanda vital normal b. Tidak menunjukkan adanya tanda-tanda inflamasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Ny.R 2. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 3. Lakukan perawatan luka pasca operasi 4. Latih mobilisasi miring kanan miring kiri 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi serta cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dapat mencegah terjadinya kuman berpindah dari satu pasien ke pasien lain 2. Kemerahan, bengkak, nyeri, terbakar, dan gatal merupakan indikasi adanya peradangan dan respons sistem kekebalan tubuh terhadap trauma jaringan lokal 3. Perawatan luka sesuai prosedur dapat mencegah terjadinya risiko infeksi serta mempercepat penyembuhan 4. Mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit 5. Meningkatkan pengetahuan yang akan memberikan penguatan nutrisi

			6. Kolaborasi dalam pemberian obat Anbacim 1 g	yang adekuat dalam proses penyembuhan 6. Anbacim digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri dan untuk mencegah infeksi dari operasi tertentu
--	--	--	--	---

IV. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Diagnose Keperawatan	Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf
1,4	Rabu, 12 April 2023 (pasca operasi) 16.00	Melakukan hasil kolaborasi pemberian obat Anbacim 500 mg, Pumpitor 20 mg, Rativol 1 ml E/obat masuk melalui IV	
2	19.00	Membina hubungan saling percaya E/Membantu mengganti linen dan baju Ny.R	
1	19.10	Mengobservasi TTV E/ TD : 112/70 mmHg, N : 68, RR : 18, S : 36 ⁰ C, SpO ₂ : 98%	
2	19.15	Memonitor tanda-tanda ansietas secara non verbal dan verbal E/ Ny.R mengeluh cemas dan khawatir karena tiba-tiba penglihatan kabur serta mual, Ny.R mengeluh pusing serta kepala berat, Ny.R tampak lesu dan	

1	19.25	lemas, Ny.R mengeluh nyeri luka pasca operasi, tingkat ansietas pada skor 15 (ansietas ringan). Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri E/Ny.R mengatakan nyeri meningkat ketika bergerak dan berkurang apabila Ny.R diam	
1	19.30	Mengidentifikasi skala nyeri E/ skala nyeri 3 (1-10)	
1,2	19.35	Melatih terapi seft E/Ny.R dapat melakukannya kembali secara dibimbing bersama-sama dengan perawat. Ny.R serta suami mengatakan sudah menerima dan ikhlas jika payudara nya tersisa 1, tingkat ansietas menurun menjadi 10 (tidak terdapat ansietas), skala nyeri menurun menjadi 2 (1-10)	
1	19.50	Memfasilitasi istirahat tidur E/memposisikan Ny.R semi fowler, mematikan lampu bed Ny.R, menutup tirai kamar Ny.R	
Kamis, 13 April 2023 (pasca operasi day 1),			
3	07.30	Mengobservasi karakteristik luka E/balutan rembes, warna luka terbuka merah tidak bernanah, tampak bersih	
4	07.35	Memonitor tanda gejala infeksi E/balutan tampak rembes, Ny.R tidak mengalami demam, luka tidak bernanah	
3,4	07.40	Melakukan perawatan luka E/balutan sudah terganti, Ny.R mengatakan merasa nyaman telah diganti perban	

2	08.15	Mengobservasi TTV E/ TD : 116/84 mmHg, N : 98, RR : 20, S : 36,4 ⁰ C, SpO ₂ : 98%	
1	08.20	Mengidentifikasi skala nyeri E/skala nyeri 4 (1-10)	
1	08.25	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri E/Ny.R mengatakan nyeri saat bergerak dan dibersihkan lukanya, berkurang apabila sedang istirahat	
2	08.30	Membantu menyuapi makanan E/Ny.R makan bubur sumsum 1 porsi habis	
2	08.35	Menolong Ny.R muntah E/Ny.R muntah sebanyak 2 kali berturut-turut	
2	08.45	Membantu mengganti linen dan baju Ny.R E/baju dan linen Ny.R telah terganti, Ny.R tampak nyaman	
2	09.00	Mengidentifikasi stressor yang menyebabkan ansietas E/Ny.R mengeluh kepalanya sangat pusing, Ny.R mengatakan takut merepotkan perawat karena sudah menolongnya saat muntah	
2	09.10	Memonitor tanda-tanda ansietas secara non verbal dan verbal E/Ny.R mengeluh cemas karena kepala nya sangat pusing, Ny.R tampak lesu, gelisah saat perawatan luka karena nyeri, muka pucat, tampak lemas, tingkat ansietas pada skor 13 (tidak terdapat ansietas).	
2	09.20	Melatih teknik relaksasi napas dalam E/ Ny.R dapat melakukannya secara dibimbing	

1,4	16.00	bersama dengan perawat, tingkat ansietas menurun menjadi 4 (tidak terdapat ansietas), skala nyeri menurun menjadi 3 (1-10) Melakukan hasil kolaborasi pemberian obat Anbacim 500 mg, Pumpitor 20 mg, Rativol 1 ml E/obat masuk melalui IV	
Jumat, 14 April 2023 (pasca operasi day 2),			
3	07.30	Mengobservasi karakteristik luka E/tidak ada perdarahan, tidak bernanah, luka terbuka tampak berwarna merah dan sudah mulai tumbuh jaringan baru	
4	07.35	Memonitor tanda gejala infeksi E/tidak terdapat tanda gejala infeksi, pasien tidak mengalami demam, S:36 ⁰ C	
3,4	07.40	Melakukan perawatan luka E/balutan sudah terganti	
4	08.00	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi serta cairan E/Ny.R dan suaminya mengatakan nafsu makannya tidak pernah kurang serta sering minum air putih hangat >250ml perhari	
2	08.10	Mengobservasi TTV E/ TD : 120/72 mmHg, N : 90, RR : 20, S : 36, ⁰ C, SpO ₂ : 99%	
2	08.15	Membantu menyeka Ny.R E/Ny.R mengatakan merasa lebih enak dan tidak lengket lagi	
2	08.20	Membantu mengganti linen dan baju Ny.R	

		E/baju dan linen Ny.R telah terganti, Ny.R tampak nyaman	
4	08.10	Melatih mobilisasi	
		E/Ny.R sudah bisa miring kanan kiri serta duduk di tempat tidur dengan bantuan	
1	08.15	Mengidentifikasi skala nyeri	
		E/skala nyeri 4 (1-10)	
2	08.20	Mengidentifikasi stressor	
		E/Ny.R mengatakan takut melihat lukanya, mengeluh takut lukanya tidak akan tertutup kembali, mengeluh khawatir tidak bisa merawat lukanya sendiri.	
2	08.25	Memonitor tanda-tanda ansietas secara non verbal dan verbal	
		E/Ny.R mengeluh cemas dan khawatir tidak bisa merawat lukanya sendiri, Ny.R tampak takut dengan pikirannya sendiri karena mengeluh takut lukanya tidak akan tertutup lagi, Ny.R tampak lesu, gelisah, tingkat ansietas pada skor 15 (ansietas ringan).	
1,2	08.30	Melatih teknik relaksasi napas dalam	
		E/Ny.R dapat melakukannya secara dibimbing bersama dengan perawat, skala nyeri 3 (1-10)	
2	08.35	Mengedukasi penyakit cancer serta mengedukasi pengobatan kemoterapi	
		E/Ny.R dan suaminya mengatakan paham dan aktif bertanya, tingkat ansietas menurun menjadi 3 (tidak terdapat ansietas).	
1,4	16.00	Melakukan hasil kolaborasi pemberian obat Anbacim 500 mg, Pumpitor 20 mg, Rativol 1 ml E/obat masuk melalui IV	

		Sabtu, 15 April 2023 (pasca operasi day 3),	
3	07.30	Mengobservasi karakteristik luka E/tidak ada perdarahan, tidak bernanah, luka terbuka tampak berwarna merah dan sudah mulai tumbuh jaringan baru	
4	07.35	Memonitor tanda gejala infeksi E/tidak terdapat tanda gejala infeksi, pasien tidak mengalami demam, S : 36,6 ⁰ C	
3,4	07.40	Melakukan perawatan luka E/balutan sudah terganti	
3	07.40	Mengajarkan prosedur perawatan luka E/suami pasien tampak memperhatikan dari awal sampai selesai perawatan luka, dan mengatakan insyaAllah ingat dan paham dalam urutan perawatan luka	
2	08.00	Mengobservasi TTV E/ TD : 110/86 mmHg, N : 81, RR : 20, S : 36,6 ⁰ C, SpO ₂ : 99%	
2	08.10	Membantu menggantu linen dan baju Ny.R E/baju dan linen telah terganti, Ny.R tampak nyaman	
3	08.15	Melatih mobilisasi E/pasien sudah bisa ke kamar mandi sendiri	
1	08.20	Mengidentifikasi skala nyeri E/ skala nyeri 4 (1-10)	
1	08.25	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri E/Ny.R mengatakan nyeri meningkat saat luka	

2	08.30	<p>pasca operasi dibersihkan</p> <p>Mengidentifikasi stressor</p> <p>E/Ny.R tidak bisa tidur semalam karena nyeri luka pasca operasi, Ny.R masih takut melihat lukanya, Ny.R mengeluh sedih karena harus pulang dan khawatir takut dirumahnya tidak ada yang bisa merawat luka operasinya.</p>	
2	08.35	<p>Memonitor tanda-tanda ansietas secara non verbal dan verbal</p> <p>E/Ny.R mengeluh cemas dan takut tidak ada yang membantu merawat lukanya, Ny.R mengeluh semalam tidak bisa tidur, Ny.R mengeluh tidak tenang, Ny.R tampak gelisah, tingkat ansietas berada pada skor 15 (ansietas ringan).</p>	
1,2	08.40	<p>Melatih teknik relaksasi napas dalam dan terapi seft</p> <p>E/Ny.R dapat melakukan teknik relaksasi secara mandiri dan terapi seft dengan bimbingan.</p>	
2	09.00	<p>Mengedukasi perawatan luka</p> <p>E/ Ny.R dan suaminya mengatakan lebih tenang karena sudah adanya leaflet merasa dipermudah untuk bahan pengingat meskipun belum mempraktekannya, tingkat ansietas pada skor 5 (tidak ada ansietas).</p>	
2	<p>Minggu, 16 April 2023 (Home Visit), 10.00</p>	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>E/ TD : 127/80 mmHg, N : 89, RR : 20, S : 36⁰C, SpO₂ : 98%</p>	

2	10.10	Mengidentifikasi stressor E/Ny.R masih takut melihat lukanya, Ny.R mengeluh khawatir suaminya takut tidak bisa merawat luka operasinya.	
2	10.15	Memonitor tanda-tanda ansietas secara non verbal dan verbal E/Ny.R mengeluh cemas dan khawatir takut suaminya tidak bisa merawat lukanya, tampak gelisah, tampak lemas dan tidak tenang, tingkat ansietas berada pada skor 6 (tidak ada ansietas).	
3	10.25	Mengobservasi karakteristik luka E/tidak ada perdarahan, tidak bernanah, luka terbuka tampak berwarna merah dan sudah mulai tumbuh jaringan baru (Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi)	
4	10.30	Memonitor tanda gejala infeksi E/tidak terdapat tanda gejala infeksi, pasien tidak mengalami demam, S : 36,6 ⁰ C (Masalah risiko infeksi teratasi)	
3,4	10.35	Melakukan perawatan luka bersama dengan suami Ny.R E/balutan sudah terganti, suami Ny.R dapat melakukan perawatan luka dengan benar	
1	10.55	Mengidentifikasi skala nyeri E/skala nyeri 4 (1-10)	
1,2	11.00	Melatih teknik relaksasi napas dalam E/Ny.R dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri, skala nyeri menurun menjadi 2 (1-10) (Masalah nyeri akut teratasi)	

2	11.15	Melatih terapi seft E/pertama dilakukan dengan bimbingan kedua kalinya Ny,R dapat melakukannya secara mandiri tanpa dibimbing. Ny.R mengatakan setelah melakukan terapi seft ada efeknya yaitu menjadi tenang, tingkat ansietas 1 (tidak ada ansietas). (Masalah ansietas teratasi)	
---	-------	---	---

V. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Minggu , 16 April 2023 11.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.R mengatakan nyeri sudah berkurang - Ny.R mengatakan sudah paham cara mengatasi jika nyeri nya kambuh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 2 (1-10) - Ny.R tampak lebih tenang - Ny.R sudah dapat melakukan penanganan nyeri secara non-farmakologis <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Minggu , 16 April 2023 11.15 WIB	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.R mengatakan sudah bisa tidur dengan nyaman - Ny.R mengatakan sudah tenang karena suaminya sudah tau cara merawat luka nya - Mengatakan sudah tidak takut melihat lukanya - Ny.R dan suami mengatakan sudah 	

		<p>menerima dan ikhlas payudara nya tersisa 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.R mengatakan sudah tau cara mengatasi cemasnya jika suatu saat cemas nya timbul kembali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.R tampak tenang - Tingkat ansietas dari 6 (tidak ada ansietas) menjadi 1 (tidak ada ansietas) - Ny.R dapat mempraktekan teknik relaksasi dan terapi seft dengan benar sesuai prosedur secara mandiri - TD : 127/80 mmHg, N : 89, RR : 20, S : 36⁰C, SpO₂ : 98% <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Minggu , 16 April 2023 10.25 WIB	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.R dan keluarganya paham tentang cara merawat luka nya ketika dirumah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perdarahan pada luka pasca operasi - Tidak bernanah - Luka terbuka tampak berwarna merah dan terdapat jaringan baru <p>A : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
Minggu , 16 April 2023 10.30 WIB	4	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perdarahan pada luka pasca 	

		<p>operasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Tidak bernanah- Pasien tidak mengalami demam- S : 36,6⁰C <p>A : Masalah risiko infeksi teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	--

Standar Prosedur Operasional

Teknik Relaksasi Napas Dalam

A. Pengertian

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dimana perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam serta menghembuskan nafas secara perlahan.

B. Tujuan

Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri

C. Indikasi

1. Pasien yang mengalami stress
2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif
3. Pasien yang mengalami kecemasan
4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia

D. Prosedur

1. Perawat meminta pasien untuk mengikuti instruksi selama membimbing latihan
2. Meminta pasien untuk memilih posisi yang nyaman apakah duduk, atau terlentang dengan tulang punggung lurus

3. Perawat memberikan instruksi kepada pasien sebagai berikut :
 - a. Tutup mata perlahan
 - b. Lakukan Scanning Body Tension pada daerah yang tegang
 - c. Letakkan telapak tangan kiri diatas dada klien, telapak kanan diatas perut
 - d. Tariklah nafas dari hidung dengan lembut dan dalam sehingga perut dapat mendorong tangan keatas
 - e. Bayangkan paru-paru klien pelan-pelan terisi dengan udara, dada bergerak saat mengambil nafas dan rasakan juga pergerakan nafas di perut
 - f. Keluarkan nafas pelan-pelan melalui mulut dengan hembusan yang lembut. Muka, mulut dan dagu tetap rileks
 - g. Sadari bagaimanakah rasanya sekarang, jika bernafas dengan benar
 - h. Lakukan terus... keluarkan nafas pelan-pelan melalui mulut dengan hembusan yang lembut
 - i. Lakukan Scanning Body Tension lagi pada daerah yang tegang, bandingkan apakah ada perbedaan dengan sebelum latihan ini
 - j. Buka mata sekarang perlahan-lahan dan latihan telah selesai

Lampiran 3 SOP Terapi Seft



NO	URAIAN KEGIATAN	KOMPETEN		KET
		YA	TIDAK	
I	FASE PERKENALAN/ORIENTASI			
	1. Melakukan Validasi perkenalan :			
	a. Mengucapkan salam dengan senyum dan ramah			
	b. Mengingatnkan nama Perawat dan nama panggilan klien			
	c. Mengingatnkan kontrak tentang tindakan SEFT			
	2. Menanyakan pernah dilakukan tindakan SEFT sebelumnya?			
	3. Menjelaskan tindakan SEFT dan peran perawat sebagai pembimbing			
	4. Menyatakan tujuan tindakan SEF			
	5. Menyatakan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan SEFT			
	6. Menyepakati bersama klien tentang tindakan SEFT yang akan dilakukan			
	7. Mengatur posisi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien dan Perawat :			
	a. Mengatur posisi sesuai kebutuhan (Duduk)			
	b. Meminimalisasi stimulus untuk klien (suara gaduh, banyak orang)			
	c. Menjaga privacy klien			
	d. Menjaga jarak yang terapeutik			
	8. Perawat menunjukkan sikap :			
	a. Empati			
	b. Tenang			
II	FASE KERJA			
	1. Menganjurkan klien untuk minum yang cukup (250-500 cc) jika tidak ada kontra indikasi			
	2. Mengajarkan klien untuk berdoa sebelum melakukan SEFT			
	3. Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi masalah yang dirasakan			
	4. Menganjurkan klien untuk menentukan masalah yang dirasakan yang paing dominan / yang ingin diatasi saat ini			
	5. Tentukan skor dari masalah yang dominan dirasakan (1 – 10 / Semakin berat masalah yang dirasakan , nilai semakin besar)			
	6. Menjelaskan lima kunci keberhasilan SEFT:			
	a. Yakin (menganjurkan klien agar yakin bahwa Allah / Tuhan yang akan menolongnya)			
	b. Khusus' (Menganjurkan klien saat melakukan SEFT tetap konsentrasi dan berdoa dengan penuh rendah hati)			
	c. Ikhlas (menganjurkan pada klien untuk dapat menerima			

	masalah dengan sepenuh hati)			
	d. Pasrah (Menganjurkan pada klien menyerahkan sepenuhnya apapun yang akan terjadi)			
	e. Syukur (Menganjurkan kepada klien apapun yang dirasakan saat ini untuk tetap bersyukur)			
	7. Melakukan langkah-langkah SEFT :			
	a. Melakukan The Set Up (Membimbing klien untk mengenali masalah dan menerima secara ikhlas dan pasrah pada Allah / Tuhan sambil mengetuk area karate chop / pinggir telapak tangan sejajar jari kelingking atau area sore spot/ daerah dada sebelah kiri di atas payudara yang jika di tekan terasa nyeri) dilakukan sebanyak 3 kali			
	b. Melakukan The Tune-In (menganjurkan untuk membayangkan peristiwa yang terjadi /dirasakan yang menyebabkan masalah dan membimbing agar klien dapat ikhlas dan pasrah)			
	c. Melakukan The Tapping (mengetuk ringan dengan dua atau tiga ujung jari pada titik tertentu: (1 – 8 titik) :			
	1) Titik ke -1 (Titik bagian atas kepala) hindari jika klien menderita hipertensi)			
	2) Titik ke-2 (Titik permulaan alis mata)			
	3) Titik ke-3(Titik diatas tulang disamping mata)			
	4) Titik ke-4 (2cm di bawah kelopak mata)			
	5) Titik ke-5 (Tepat di bawah hidung)			
	6) Titik ke-6 (Diantara dagu dan bibir bawah0			
	7) Titik ke-7 (Tirik Collar Bone / Tonjolan tulang tempat bertemunya tulang dada dan tulang rusuk pertama)			
	8) Titik ke-8 (Titik under the arm/ di bawah ketiak sejajar dengan puting susu pria atau bagian tengah tali bra wanita)			
	9) Titik ke-9 (Titrik bellow nipple / 2,5 cm di bawah puting susu pria atau perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara)			
	10) Titik ke-10 (titik inside of hand / di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapan tangan)			
	11) Titik ke-11 (Titik outside of hand / Di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan)			
	12) Titik ke-12 (Titik thumb / Ibu jari di samping luar bagian bawah kuku)			
	13) Titik ke-13 (Titik index finger / jari telunjuk disamping luar bagian bawah kuku yang menghadap ibu jari)			
	14) Titik ke-14 (titik midle finger (jari tengah disamping luar bagian bawah kuku yang menghadap ibu jari)			
	15) Titik ke-15 (Titik ring finger / jari manis disamping luar bagian bawah kuku yang menghadap ibu jari)			
	16) Titik ke-16 (Titik Baby finger / jari kelingking disamping luar bagian bawah kuku yang menghadap ibu jari)			
	17) Titik ke-17 (Titik Karate chop/ disamping telapak tangan lurus dengan jari kelingking)			
	18) Titik ke-18 (Titik gamut Spot / Dibagian antara perpanjangan tulang jari manis dan kelingking)			
	d. Melakukan the nine Gamut procedure			
	1) Menutup mata			
	2) Membuka mata			
	3) Bola mata digerakkan ke kanan bawah			
	4) Bola mata digerakkan ke kiri bawah			

	5) Memutar bola mata searah jarum jam			
	6) Memutar bola mata berlawanan arah jarum jam			
	7) Berguman dengan berirama selama 3 detik			
	8) Menhitung 1, 2, 3, 4, 5			
	9) Berguman dengan berirama selama 3 detik			
	e. Mengulang lagi tapping dari titik 1 – 17			
	f. Mengajarkan klien mengambil nafas panjang dan menghembuskannya sambil mengucap rasa syukur (misalnya Alhamdulillah robbil'alamin atau puji tuhan yang telah menolong hamba)			
III	FASE EVALUASI DAN TERMINASI			
	1. Mengingatkan waktu interaksi akan berakhir			
	2. Menanyakan kembali seberapa berat masalah yang dirasakan dan menentukan skor (1-10) setelah dilakukan SEFT			
	3. Meminta klien untuk melakukan SEFT sendiri minimal 2 x sehari			
	4. Mengucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat			

Lampiran 4 SPO Perawatan luka

	<p>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</p> <hr/> <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	
---	--	---

Prosedur	PR-KMB –I-01.034.V0	Versi 1	Tanggal : 18 Agustus 2019
----------	---------------------	---------	---------------------------

PERAWATAN LUKA		
1.	TUJUAN	
	1.1 1.2 1.3	Mencegah infeksi Membantu penyembuhan luka Meningkatkan harga diri klien
2.	RUANG LINGKUP	
	2.1	Dilakukan pada setiap luka yang dibalut, pada waktu-waktu tertentu atau bila diperlukan
3.	ACUAN	
	3.1 3.2	Potter dan Perry. (2005). <i>Buku Ajar Fundamental Keperawatan</i> . Jakarta; EGC. Smeltzer, Suzanne C. dan Brenda G. Bare. (2002). <i>Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah</i> . Jakarta: EGC
4.	DEFINISI	
	4.1	Membersihkan luka serta jaringan sekitar disertai dengan pemakaian obat sesuai dengan order yang dilakukan dengan teknik steril
5.	PROSEDUR	
	5.1 Tanggung Jawab dan Wewenang	
	5.1.1 5.1.2 5.1.3	Bagian akademik bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pencapaian kompetensi Koordinator mata ajaran KMB bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi SOP ini Anggota Tim dan Instruktur Klinik bertanggung jawab atas penggunaan SOP dan pencapaian kompetensi di klinik / di lahan praktek
	5.2 Pelaksanaan	
	5.2.1	Pastikan Kebutuhan Pasien akan kebutuhan perawatan luka
	5.2.2	Persiapan Klien:
		5.2.2.1 Sampaikan salam (lihat SOP Komunikasi Terapeutik) 5.2.2.2 Informasikan kepada pasien tentang tujuan, prosedur tindakan yang akan dilakukan, lama, sensasi dan harapan selama perawatan
	5.2.3	Persiapan Alat:
		5.2.4.1 Bak steril berisi : <ul style="list-style-type: none"> • Pincet anatomis/ chirurgis 3 buah • Gunting jaringan 1 buah (bila perlu) • Gunting akngkat jahitan (bila perlu)

		<ul style="list-style-type: none"> • Mangkok kecil 2 buah • Lidi kapas secukupnya • Kasa steril secukupnya atau modern wound dressing • Saring tangan steril 1 pasang <p>5.2.4.2 Peralatan tidak steril</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plester / Hipafiks secukupnya • Gunting Verban / kassa 1 buah • Desinfektan secukupnya • Cairan pencuci luka secukupnya (NaCl 0,9 %) • Wsah bensin dalam tempatnya • Nierbekken 2 buah • Obat lka sesuao dengan kebutuhan • Perlak dan pengalan • Tempat sampah
	5.2.4	Persiapan Lingkungan
		<p>5.2.5.1 Jaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela atau memasang sampiran.</p> <p>5.2.5.2 Bawa peralatan ke dekat klien dalam posisi yang mudah dijangkau</p>
	5.2.6	<p>Pelaksanaan</p> <p>5.2.6.1 ▪ Dekatkan alat ke tempat tidur</p> <p>5.2.6.2 ▪ Mencuci tangan sesuai SOP mencuci tangan</p> <p>5.2.6.3 ▪ Atur posisi pasien</p> <p>5.2.6.4 ▪ Pakai sarung tangan</p> <p>5.2.6.5 ▪ Lepaskan plester dengan memakai lidi waten yang dibasahi dengan wash bensin.</p> <p>5.2.6.6 ▪ Masukkan lidi watten ke bawah plester lalu putar kearah luar sampai ujung hingga plester terlepas</p> <p>5.2.6.7 ▪ Balutan lama diangkat, perhatikan adanya darah, pus atau jaringan mati pada kassa bekas balutan dan dibuang ke tempatnya</p> <p>5.2.6.8 ▪ Bekas plester dibersihkan dengan wash bensin menggunakan lidi watten</p> <p>5.2.6.9 ▪ Luka dibersihkan dengan kassa yang dibasahi larutan desinfektan dan dilakukan satu arah dari dalam ke luar dengan pincet steril atau sarung tangan steril yang belum digunakan</p> <p>5.2.6.10 ▪ Kassa kotor dibuang ke tempatnya, jangan menggunakan kassa bekas untk usapan yang sama</p> <p>5.2.6.11 ▪ Pinset yang telah dipakai dibuang ke dalam nierbekken</p> <p>5.2.6.12 ▪ Luka dikeringkan dengan kassa kering dan diberi obat yang telah ditentukan (atau pergungan modern dressing)</p> <p>5.2.6.13 ▪ Luka ditutup dengan kain kasa steril menggunakan pinset steril. Usahakan serat kasa jangan melekat pada luka</p> <p>5.2.6.14 ▪ Luka dibalut atau diplester secara rapi</p> <p>5.2.6.15 ▪ Setelah selesai pasien dirapihkan</p>

		5.2.6.16	▪ Peralatan dibersihkan. Dibersihkan dan dikembalikan ke tempatnya semula
		5.2.6.17	▪ Lepaskan sarung tangan
		5.2.6.18	▪ Cuci tangan
		5.2.7	▪ Evaluasi Tindakan dan rencana tindak lanjut
		5.2.8	▪ Dokumentasikan hasil tindakan dan respon pasien

Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Kanker Payudara

A. JUDUL

Kanker Payudara

B. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 10-20 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami terkait kanker payudara

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan pasien dan keluarga dapat :

- a. Pengertian kanker payudara
- b. Penyebab kanker payudara
- c. Tanda gejala kanker payudara
- d. Pengobatan kanker payudara
- e. Pencegahan kanker payudara
- f. Diet penderita kanker payudara

C. TEMPAT

Kamar 304 bed d, Ruang Ali bin Abi Thalib, RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa
Bara

D. WAKTU

Jumat, 14 April 2023

E. SASARAN

Pasien Ny.R dan keluarganya

F. METODE

Konseling

G. MEDIA

Leaflet

H. RENCANA PELAKSANAAN

1. Persiapan

Metode penyuluhan : Penyampaian materi, diskusi, tanya jawab

Media dan alat bantu : Leaflet

Pemateri : Azmi Nurul

Peserta : Ny.R dan keluarga

Waktu : 10-20 menit

2. Proses

No.	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1	Pembukaan	1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri 3) Menjelaskan tujuan 4) Membuat kontrak waktu 5) Menyampaikan pokok bahasan 6) Menggali pengetahuan pasien dan keluarga mengenai materi yang akan disampaikan	1) Menjawab salam 2) Menerima dengan baik 3) Menyimak dengan baik 4) Menyepakati kontrak waktu 5) Menyimak dengan baik 6) Peserta menjawab dengan singkat	5 menit
2	Kegiatan inti	1) Menjelaskan materi mengenai : - Pengertian kanker payudara - Penyebab kanker payudara - Tanda gejala kanker payudara	1) Menyimak dengan baik 2) Mengajukan beberapa pertanyaan 3) Menyimak dengan baik	10 menit

		<ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan kanker payudara - Pencegahan kanker payudara - Diet penderita kanker payudara <p>2) Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>3) Menjaawab pertanyaan yang diajukan</p>		
3	Penutup	<p>1) Melakukan evaluasi dengan mengajukan beberapa pertanyaan</p> <p>2) Menyimpulkan materi</p> <p>3) Menutup dengan salam</p>	<p>1) Menjawab pertanyaan</p> <p>2) Bersama penyuluh menyimpulkan materi</p> <p>3) Menjawab salam</p>	5 menit

3. Evaluasi

a. Evaluasi terstruktur

- 1) Adanya koordinasi antara pemateri, dan pasien serta keluarga selama kegiatan berlangsung
- 2) Persiapan acara penyuluhan dapat dilakukan dengan baik

b. Evaluasi proses

- 1) Peserta aktif mendengarkan dan menyimak kegiatan penyuluhan
- 2) Peserta aktif bertanya materi yang dibahas saat diskusi
- 3) Peserta dapat merespon pertanyaan yang diberikan

c. Evaluasi hasil

Pasien dapat menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan dengan benar melalui pertanyaan lisan meliputi, Pengertian kanker

payudara, penyebab kanker payudara, Tanda gejala kanker payudara, Pengobatan kanker payudara, Pencegahan kanker payudara, Diet penderita kanker payudara

LAMPIRAN

A. Pengertian Kanker Payudara

Kanker payudara adalah tumor ganas pada payudara yang disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal atau tidak terkendali di area jaringan payudara atau sekitarnya

B. Penyebab

1. Usia lebih dari 40 tahun
2. Faktor keturunan yaitu mempunyai keluarga yang menderita kanker payudara atau mempunyai keluarga yang menderita kanker jenis lain
3. Faktor hormonal
4. Terpapar bahan kimia
5. Menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun
6. Menopause lambat
7. Melahirkan anak lebih dari 20 tahun
8. Tidak menyusui anaknya
9. Diet tinggi lemak
10. Obesitas

C. Tanda gejala

1. Benjolan di payudara atau ketiak
2. Mengalami perubahan ukuran dan bentuk payudara
3. Puting susu mengkerut ke dalam
4. Adanya perubahan warna dan tekstur kulit payudara
5. Nyeri pada benjolan
6. Kemerahan serta bengkak

7. Penurunan berat badan secara drastis
8. Keluar cairan dari puting
9. Terdapat luka yang tidak sembuh

D. Pengobatan Kanker Payudara

Pembedahan, kemoterapi, serta radioterapi

E. Pencegahan

C : Cek Kesehatan secara rutin

E : Enyahkan asap rokok

R : Rajin aktivitas fisik

D : diet seimbang

I : istirahat cukup

K : Kelola stress

F. Diet Penderita Kanker Payudara

1. Buah dan sayuran berdaun gelap, hijau seperti kangkung dan brokoli.
Buah-buahan terutama buah beri dan persik, alpukat
2. Lemak sehat : ikan, telur, kuaci, kelapa dan minyak kelapa, keju
3. Kedelai : tahu, tempe, edamame, susu kedelai
4. Biji-bijian utuh : gandum, nasi merah
5. Protein tanpa lemak : daging ayam, buncis
6. Makanan fermentasi : yoghurt, olahan susu fermentasi
7. Kacang-kacangan : kacang tanah, almond



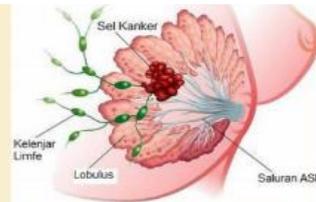
KANKER PAYUDARA

Your health is our priority

Azmi Nurul Azzahra

MAKANAN SEHAT PENDERITA KANKER PAYUDARA

1. Buah dan Sayuran berdaun gelap, hijau seperti kangkung dan brokoli. Buah-buahan terutama buah beri dan persik, alpukat
2. Lemak Sehat : Ikan, Telur, Kuaci, Kelapa dan minyak kelapa, Keju
3. Kedelai : Tahu, Tempe, Edamame, Susu kedelai
4. Biji-bijian Utuh : Gandum, Nasi merah
5. Protein Tanpa Lemak : Daging ayam, Buncis.
6. Makanan Fermentasi : Yoghurt, Olahan susu fermentasi
7. Kacang-Kacangan : Kacang tanah, Almond



STOP KANKER!

- Kanker payudara bukanlah hal yang menakutkan
- Kanker payudara bisa dikendalikan atau disembuhkan, terutama bila ditemukannya pada stadium dini

APA ITU KANKER PAYUDARA?

kanker payudara adalah tumor ganas pada payudara yang disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal atau tidak terkendali di area jaringan payudara atau sekitarnya.

PENYEBAB KANKER PAYUDARA

- Usia lebih dari 50 tahun
- Faktor keturunan yaitu mempunyai keluarga yang menderita kanker payudara atau mempunyai keluarga yang menderita kanker jenis lain
- Faktor hormonal
- Terpapar bahan kimia
- Menstruasi pertama sebelum usia 12 tahun
- Menopause lambat
- Melahirkan anak lebih dari 30 tahun
- Tidak menyusui anaknya
- Diet tinggi lemak
- Obesitas

TANDA GEJALA KANKER PAYUDARA

- Benjolan di payudara atau ketiak
- Mengalami perubahan ukuran dan bentuk payudara
- Puting susu mengkerut ke dalam
- Adanya perubahan warna dan tekstur kulit payudara
- Nyeri pada benjolan
- Kemerahan serta bengkak
- Penurunan berat badan secara drastis
- Keluar cairan dari puting
- Terdapat luka yang tidak sembuh

BAGAIMANA MENDETEKSI SECARA DINI?



PENGOBATAN KANKER PAYUDARA

- Pembedahan
- Kemoterapi
- Radioterapi

PENCEGAHAN KANKER PAYUDARA

- C : Cek kesehatan secara rutin
- E : Enyahkan asap rokok
- R : Rajin aktivitas fisik
- D : Diet seimbang
- I : Istirahat cukup
- K : Kelola stres

BEBERAPA STUDI MENYEBUTKAN KANKER PAYUDARA ERAT KAITANNYA DENGAN FAKTOR HORMONAL SERTA GENETIKA. NAMUN HAL YANG PERLU DIINGAT, PENCEGAHAN UTAMA ADALAH DENGAN MENGHINDARI FAKTOR RISIKO/PENYEBAB KANKER DENGAN BERPERILAKU HIDUP SEHAT.

Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Kemoterapi

A. JUDUL

Mari Kita Ngobrol Tentang Kemoterapi

B. TUJUAN

3. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 10-20 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami terkait kanker payudara

4. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan pasien dan keluarga dapat :

- a. Pengertian kemoterapi
- b. Cara tindakan kemoterapi
- c. Efek samping kemoterapi

C. TEMPAT

Kamar 304 bed d, Ruang Ali bin Abi Thalib, RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa
Bara

D. WAKTU

Jumat, 14 April 2023

E. SASARAN

Pasien Ny.R dan keluarganya

F. METODE

Konseling

G. MEDIA

Leaflet

H. RENCANA PELAKSANAAN

1. Persiapan

Metode penyuluhan : Penyampaian materi, diskusi, tanya jawab

Media dan alat bantu : Leaflet

Pemateri : Azmi Nurul

Peserta : Ny.R dan keluarga

Waktu : 10-20 menit

2. Proses

No.	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1	Pembukaan	1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri 3) Menjelaskan tujuan 4) Membuat kontrak waktu 5) Menyampaikan pokok bahasan 6) Menggali pengetahuan pasien dan keluarga mengenai materi yang akan disampaikan	1) Menjawab salam 2) Menerima dengan baik 3) Menyimak dengan baik 4) Menyepakati kontrak waktu 5) Menyimak dengan baik 6) Peserta menjawab dengan singkat	5 menit
2	Kegiatan inti	1) Menjelaskan materi mengenai : - Pengertian kemoterapi - Cara tindakan kemoterapi - Efek samping kemoterapi 2) Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 3) Menjaawab pertanyaan yang diajukan	1) Menyimak dengan baik 2) Mengajukan beberapa pertanyaan 3) Menyimak dengan baik	10 menit
3	Penutup	4) Melakukan evaluasi dengan mengajukan beberapa	4) Menjawab pertanyaan	5 menit

		<p>pertanyaan</p> <p>5) Menyimpulkan materi</p> <p>6) Menutup dengan salam</p>	<p>5) Bersama penyuluh menyimpulkan materi</p> <p>6) Menjawab salam</p>	
--	--	--	---	--

3. Evaluasi

a. Evaluasi terstruktur

3) Adanya koordinasi antara pemateri, dan pasien serta keluarga selama kegiatan berlangsung

4) Persiapan acara penyuluhan dapat dilakukan dengan baik

b. Evaluasi proses

4) Peserta aktif mendengarkan dan menyimak kegiatan penyuluhan

5) Peserta aktif bertanya materi yang dibahas saat diskusi

6) Peserta dapat merespon pertanyaan yang diberikan

c. Evaluasi hasil

Pasien dapat menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan dengan benar melalui pertanyaan lisan meliputi, Pengertian kemoterapi, cara tindakan kemoterapi, Efek samping kemoterapi

LAMPIRAN

A. Pengertian Kemoterapi

Kemoterapi adalah proses pengobatan dengan menggunakan obat-obatan yang bertujuan untuk membunuh atau memperlambat pertumbuhan sel kanker

B. Indikasi kemoterapi

1. Untuk mengobati kanker

2. Memperpanjang harapan hidup

3. Memperpanjang masa bebas kanker (setelah radiasi atau operasi)

4. Menghentikan perkembangan kanker
5. Mengobati kanker pada tempat yang diradiasi

C. Cara tindakan kemoterapi

1. Di minum
2. Di oleskan
3. Melalui infus

D. Efek samping kemoterapi

1. Mual dan muntah
2. Luka pada mulut (sariawan)
3. Kehilangan nafsu makan
4. Rambut rontok
5. Kurang darah
6. Perasaan kering pada mulut dan tenggorokan
7. Diare
8. Sembelit
9. Kulit bertambah gelap, kering dan gatal
10. Perasaan lemah atau lemas

E. Cara mengontrol efek samping kemoterapi

1. Mengikuti dan melaksanakan semua petunjuk yang telah diberikan oleh petugas kesehatan
2. Meminum obat yang diresepkan sesuai dengan aturan
3. Makan sedikit tapi sering, minum sesuai kebutuhan
4. Makan makanan cukup kalori, tinggi protein, sayur-sayuran hijau, bergizi
5. Istirahat yang cukup
6. Olahraga ringan (jalan kaki) secara teratur
7. Jika terjadi kerontokan rambut bisa menggunakan penutup kepala (kerudung, topi, atau rambut palsu)

MARI KITA NGOBROL TENTANG KEMOTERAPI

PENGERTIAN KEMOTERAPI

Kemoterapi adalah proses pengobatan dengan menggunakan obat-obatan yang bertujuan untuk membunuh atau memperlambat pertumbuhan sel kanker.

Manfaat Kemoterapi untuk mengobati kanker, memperpanjang harapan hidup, memperpanjang masa bebas kanker (setelah radiasi atau operasi), menghentikan perkembangan kanker, mengobati kanker pada tempat yang di radiasi

CARA TINDAKAN KEMOTERAPI

- Di minum
- Di oleskan
- Melalui infus

EFEK SAMPING KEMOTERAPI

- Mual muntah
- Kehilangan nafsu makan
- Rambut rontok
- Kurang darah
- Perasaan kering pada mulut dan tenggorokan
- Diare, sembelit, sariawan
- Kulit bertambah gelap, kering dan gatal
- Perasaan lemah atau lemas



CARA MENGONTROL EFEK SAMPING KEMOTERAPI

- Mengikuti dan melaksanakan semua petunjuk yang telah diberikan oleh petugas kesehatan
- Meminum obat yang diresepkan sesuai dengan aturan
- Makan sedikit tapi sering, minum sesuai kebutuhan
- Makan makanan cukup kalori, tinggi protein, sayur-sayuran hijau, bergizi
- Istirahat yang cukup
- Olahraga ringan (jalan kaki) secara teratur
- Jika terjadi kerontokan rambut bisa menggunakan penutup kepala (kerudung, topi, atau rambut palsu)

Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Perawatan Luka

I. JUDUL

Perawatan Luka Pasca operasi Di Rumah

J. TUJUAN

5. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan selama 10-20 menit, diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami terkait kanker payudara

6. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan pasien dan keluarga dapat :

- a. Makanan hari yang harus dihindari
- b. Contoh menu makanan
- c. Respon tubuh terhadap luka
- d. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka
- e. Prinsip-prinsip perawatan luka
- f. Cara perawatan luka di rumah
- g. Diet pasca operasi
- h. Contoh makanan TKTP

K. TEMPAT

Kamar 304 bed d, Ruang Ali bin Abi Thalib, RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa
Bara

L. WAKTU

Sabtu, 15 April 2023

M. SASARAN

Pasien Ny.R dan keluarganya

N. METODE

Konseling

O. MEDIA

Leaflet

P. RENCANA PELAKSANAAN

1. Persiapan

Metode penyuluhan : Penyampaian materi, diskusi, tanya jawab

Media dan alat bantu : Leaflet

Pemateri : Azmi Nurul

Peserta : Ny.R dan keluarga

Waktu : 10-20 menit

2. Proses

No.	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1	Pembukaan	1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri 3) Menjelaskan tujuan 4) Membuat kontrak waktu 5) Menyampaikan pokok bahasan 6) Menggali pengetahuan pasien dan keluarga mengenai materi yang akan disampaikan	1) Menjawab salam 2) Menerima dengan baik 3) Menyimak dengan baik 4) Menyepakati kontrak waktu 5) Menyimak dengan baik 6) Peserta menjawab dengan singkat	5 menit
2	Kegiatan inti	1) Menjelaskan materi mengenai : - Makanan hari yang harus dihindari - Contoh menu makanan - Respon tubuh terhadap luka - Faktor yang mempengaruhi	1) Menyimak dengan baik 2) Mengajukan beberapa pertanyaan 3) Menyimak dengan baik	10 menit

		penyembuhan luka - Prinsip-prinsip perawatan luka - Cara perawatan luka di rumah - Diet pasca operasi - Contoh makanan TKTP 2) Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 3) Menjawab pertanyaan yang diajukan		
3	Penutup	1) Melakukan evaluasi dengan mengajukan beberapa pertanyaan 2) Menyimpulkan materi 3) Menutup dengan salam	1) Menjawab pertanyaan 2) Bersama penyuluh menyimpulkan materi 3) Menjawab salam	5 menit

3. Evaluasi

a. Evaluasi terstruktur

- 1) Adanya koordinasi antara pemateri, dan pasien serta keluarga selama kegiatan berlangsung
- 2) Persiapan acara penyuluhan dapat dilakukan dengan baik

b. Evaluasi proses

- 1) Peserta aktif mendengarkan dan menyimak kegiatan penyuluhan
- 2) Peserta aktif bertanya materi yang dibahas saat diskusi
- 3) Peserta dapat merespon pertanyaan yang diberikan

c. Evaluasi hasil

Pasien dapat menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan dengan benar melalui pertanyaan lisan meliputi, Makanan hari yang harus dihindari, Contoh menu makanan, Respon tubuh terhadap luka, Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, Prinsip-prinsip perawatan luka, Cara perawatan luka di rumah, Diet pasca operasi, Contoh makanan TKTP

LAMPIRAN

A. Pengertian luka operasi

Luka operasi adalah luka yang dibuat dengan prosedur pembedahan

B. Respon tubuh terhadap luka

6. Nyeri
7. Bengkak pada daerah luka
8. Panas
9. Warna kemerahan

C. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

1. Nutrisi
2. perawatan luka
3. istirahat

D. Prinsip-prinsip perawatan luka

- Gunakan teknik aseptik
- Ganti balutan pagi, sore, sewaktu-waktu jika diperlukan
- Awasi adanya tanda-tanda infeksi (gatal, panas, bengkak, kemerahan)

E. Cara perawatan luka di rumah

11. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan luka
12. Buka balutan dengan hati-hati

13. Bersihkan luka dengan menggunakan larutan NaCl
14. Tutup luka dengan kassa steril
15. Cuci tangan setelah merawat luka

F. Diet pasca operasi

Diet yang bertujuan untuk mempercepat pertumbuhan jaringan yang rusak guna penyembuhan luka. Syarat diet pasca operasi yaitu tinggi protein tinggi kalori (TKTP), cukup mineral dan vitamin, serta mudah dicerna

G. Contoh makanan TKTP

1. Sumber energi : beras, jagung, roti gandum
2. Zat pembangun : daging ayam, telur, ikan, tempe, tahu, kedelai
3. Vitamin : apel, wortel, pisang, bayam, jeruk, terong
4. Susu

H. Makanan yang harus dihindari

1. Makanan tinggi gula (mengurangi nafsu makan)
2. Makanan yang menimbulkan gas (membuat perut kembung) misal Nangka, durian, jengkol, pete

I. Contoh menu makanan

1. Pagi : susu dan roti
2. Siang : nasi, telur dadar, sayur sop, ayam, buah apel, pisang, susu
3. Sore : susu dan pisang
4. Malam : nasi, ikan, sayur lodeh, terong, buah jeruk, susu

Azmi Nurul Azzahra

PERAWATAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH

MAKANAN YANG HARUS DIHINDARI

- Makanan tinggi gula (mengurangi nafsu makan) : dodol, cake tart, dan sebagainya
- Makanan yang menimbulkan gas (membuat perut kembung) : nangka, durian, jengkol, pete

CONTOH MENU MAKANAN

- Pagi : susu dan roti
- Siang : nasi, telur dadar, sayur sop, ayam, buah apel, pisang, susu
- Sore : susu dan pisang
- Malam : nasi, ikan, sayur lodeh, terong, buah jeruk, susu

Luka operasi adalah luka yang dibuat dengan prosedur pembedahan

RESPON TUBUH TERHADAP LUKA

- Nyeri
- Bengkak pada daerah luka
- Panas
- Warna kemerahan

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYEMBUHAN LUKA

- Nutrisi
- Perawatan luka
- Istirahat

• Zat Pembangun



Daging Ayam



Telur



Ikan



Tempe



Tahu



Kedelai

• Vitamin



Apel



Wortel



Pisang



Bayam



Jeruk



Terong

• Susu



DIET POST OPERASI

Diet yang bertujuan untuk mempercepat pertumbuhan jaringan yang rusak guna penyembuhan luka.

Syarat diet post operasi :

- Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP)
- Cukup mineral dan vitamin
- Mudah dicerna

CONTOH MAKANAN TKTP

• Sumber Energi



Beras



Roti gandum

PRINSIP-PRINSIP PERAWATAN LUKA

- Gunakan teknik aseptik
- Ganti balutan pagi, sore, sewaktu-waktu jika diperlukan
- Awasi adanya tanda-tanda infeksi (gatal, panas, bengkak, kemerahan)

CARA PERAWATAN LUKA DI RUMAH

1. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan luka
2. Buka balutan dengan hati-hati
3. Bersihkan luka dengan menggunakan larutan NaCl
4. Olesi luka dengan obat anti septik, jika diperlukan
5. Tutup luka dengan kasa steril
6. Cuci tangan setelah merawat luka

Lampiran 8 Format Alat Ukur Ansietas

Alat Ukur *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

No.	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)
1.	Perasaan cemas (ansietas) a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung	0 1 2 3 4
2.	Ketegangan a. Merasa tegang b. Lesu c. Tidak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah	0 1 2 3 4
3.	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri d. Pada kerumunan orang banyak	0 1 2 3 4
4.	Gangguan tidur a. Sulit tidur b. Terbangun di malam hari c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu	0 1 2 3 4
5.	Gangguan kecerdasan a. Konsentrasi terganggu b. Daya ingat menurun	0 1 2 3 4
6.	Perasaan depresi (murung) a. Kehilangan minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi c. Sedih d. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari	0 1 2 3 4
7.	Gejala somatik/fisik otot a. Sakit dan nyeri pada otot b. Kaku c. Suara tidak stabil	0 1 2 3 4
8.	Gejala somatic/fisik (sensorik) a. Tinitus (telinga berdengin)	0 1 2 3 4

b. Penglihatan kabur

No.	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)
	c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemas	
9.	Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) a. Nadi cepat b. Berdebar-debar c. Nyeri pada dada d. Lemas	0 1 2 3 4
10.	Gejala respiratori (pernapasan) a. Rasa tertekan pada dada b. Sering menarik napas dalam c. Napas pendek atau sesak	0 1 2 3 4
11.	Gejala gastrointestinal (pencernaan) a. Sulit menelan b. Mual c. Muntah d. Nyeri sebelum/sesudah makan e. Sulit buang air besar f. Kehilangan berat badan	0 1 2 3 4
12.	Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) a. Sering buang air kecil b. Tidak dapat menahan buang air kecil	0 1 2 3 4
13.	Gejala autonom a. Mulut kering b. Muka merah c. Mudah berkeringat d. Kepala pusing e. Kepala terasa berat f. Kepala terasa sakit	0 1 2 3 4
14.	Tingkah laku (perilaku) pada wawancara a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kening sering mengerut e. Muka tegang f. Otot tegang/mengeras g. Nafas pendek dan cepat h. Muka merah	0 1 2 3 4
Total Nilai Angka (Score)		=

Lampiran 9 Lembar Bimbingan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Amni Nurul Anzaha
 NIM : P17320120013
 Nama Pembimbing : Dr. Lina Erlina, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

Judul KTI :

Asuhan Keperawatan Pasien Cancer Dengan Gangguan Integritas

Eju : Ansietas Di RSUD AL-Hisan Provinsi Jawa Barat

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Selasa/ 29-1-2023	menyamakan persepsi dan mencari judul kti	judul yang diambil harus disesuaikan dengan keadaan pasien & rumah sakit		
2.	Selasa/ 7-2-2023	menyamakan persepsi kembali dan melanjutkan bab 1	menyatakan point-point pada bab 1 dan melanjutkan BAB 2		

3.	Selasa / 21-02- 2023	Membahas hasil pengisian BAB 1 dan BAB 11	Melanjutkan/ Melengkapi BAB 1 - BAB 11		
4.	Jumat / 24 Feb 2023	Membahas beberapa perubahan outline penulisan	Perbaiki, lanjutkan dan lengkapi BAB 1 - BAB 11 sesuai outline terbaru		
5.	Jumat / 3 Maret 2023	Membahas hasil penyelesaian Bab 1 - Bab 11	Pengulangan Pembahasan KTI, Mengganti Judul secara umum		
6.	Kabu / 8 Maret 2023	Membahas hasil penyelesaian BAB 1 - BAB 11 dengan judul terbaru	Perbaiki BAB 1, dan lengkapi daftar pustaka		
7.	Jumat / 10 Maret 2023	Membahas hasil penyelesaian BAB 1 - Bab 11	Perbaiki dan lengkapi Bab 11, Perbaiki dan lengkapi Bab 1 serta konsep gangguan		

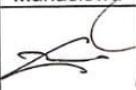
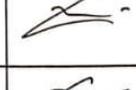
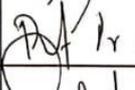
8.	Senin, 20 Maret 2023	Membahas hasil bab 1 - 14	Perbaiki bab 1		
9.	Selasa, 28 Maret 2023	Membahas hasil bab 1 - 14	Perbaiki DAB 1, dan penulisan lampiran daftar pustaka		
10.	Kamis, 30 Maret 2023.	BAB I - III	Bisual keasman tdk sesuai. Lata sambung. BAB II. Instrumen Angketas → lampiran.		
			Ace 47 Study proposal		
11.	Senin, 3 April '23		Perbaikan 47 Study proposal		

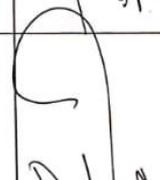
12.	Sabtu, 15/4	membahas aturan kep. dan Membahas hasil revisi seminar proposal	Melanjutkan aturan kepastan dan rencana KOME UHTE		
13.	Sabtu, 29/4	membahas hasil aturan kepastan	Perbaiki implementasi dan lengkapi bab 4		
14.	Senin, 15/05	membahas hasil bab 4	Perbaiki bab 4		
15.	Selasa, 30/05	membahas hasil bab 4 dan bab 5	tambahkan implementasi di bab 4 dan bab 5		
16.	Senin, 05/06	Bab I - V	Ace 47 Situs.		

Lampiran 15: Lembar Bimbingan Tugas Akhir/KTI

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Azmi Nurul Arzahan
 NIM : 11730120013
 Nama Pembimbing : Prof. Dr. Hotma Rumahorbo, S.Kp., M.Kec., M.Epd
 Judul KTI : Analisis Keperawatan Pasien Cancer Dengan Gangguan Integritas Ego : Ansietas Di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu/ 25-01-2023	Penyusunan Kerangka Berpikir dan Penyusunan KTI studi kasus	Menentukan intrest kasus dan mengumpulkan data		
2.	Kamis/ 26-01-2023	Mengumpulkan data yang telah ditumpulkan	- mencari informasi kembali terkait kasus - mengedit latar bel.		
3.	Jumat/ 27-01-2023	Mendiskusikan latar belakang dan rumusan masalah	- memperluas latar belakang - print out hasil kerja agar dapat dicoreksi		
4.	Rabu/ 01-02-2023	Revisi BAB 1	- memperbaiki BAB 1 dan melanjutkan BAB 2		
5.	Kamis/ 02-02-2023	Melanjutkan BAB II (manajemen)	Melanjutkan BAB 3		
6.	Jumat/ 03-02-2023	Melanjutkan BAB 3 (tindakan)	Melanjutkan BAB 4		

7.	Kelu / 8-02-2023	Membahas Progres Penyerjaan BAB 1	Melanjutkan BAB 1		 Prof. Dr. H. A.
8.	Kamis 9-2-2023	Melanjutkan BAB 1 (Mandiri)	Melanjutkan BAB 1		 Prof. Dr. M. P.
9.	Jumat 10-2-2023	Melanjutkan BAB 1 (Mandiri)	Melanjutkan BAB 1		 Prof. Dr. H. A.
10.	Rabu 15-2-2023	Melanjutkan BAB 1 (Mandiri)	Melanjutkan BAB 1		 Prof. Dr. H. A.
11.	Kamis 16-2-2023	Membahas Penyelesaian BAB 1	Memperbaiki Susunan BAB 1 dan melengkapi isi BAB 1		 Prof. Dr. H. A.

17	Sabtu, 15 April 2023	memeriksa bab 4 asuhan kep.	segera dibantu nrc pelaksanaan asuhan kep.	B.	Rf. Ardi
18	Senin, 15 Mei 2023	Bab 4	- hasil studi khusus dan pembahasan memeriksa full asuhan keperawatan	B.	Rf. Ardi
19	Rabu, 19 Mei 2023	menyerahkan draft Bab 4	melanjutkan bab 5, ganti proposal menjadi KTI	B.	Rf. Ardi
20	Selasa, 23 Mei 2023	Bab 4	- Hasil studi kasus pengkajian- perencanaan-pelaksanaan- evaluasi - implementasi - evaluasi keperawatan	B.	Rf. Ardi
21	Jenin, 5 Juni 2023	Abstrak - Bab 5	Abstrak penelitian dengan yang akan ditampilkan kata-kata menjadi judul - tidak menggunakan kata-kata panjang - kalimat pendek → KTI	B.	Rf. Ardi
22	Rabu, 6 Juni 2023	ACC sidang KTI	Aue Sud	B.	Rf. Ardi