BAB IV
PENELITIAN
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di ruangan Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang yang beralamat di batu belah kabupaten Kampar. rumah sakit umum bangkinang adalah rumah sakit kelas 1,2,3 dan VIP.

Rumah sakit umum bangkinang sudah banyak memiliki dokter spesialis gigi,bedah, Tht, jiwa. penelitian ini juga mengambil studi kasus di ruangan Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang yang merupakan kelas II yang terdiri dari 43 bed dan jumlah perawat 36 orang.

Penulis akan membahas meliputi segi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang peneliti angkat.

2. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 10 Juli 2020. Klien bernama Ny. N berumur 41 tahun, pendidikan terakhir SLTA,WNI, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, agama Islam, alamat di desa Pulau Rona Kabupaten kampar. Dengan diagnose FAM.

Keluhan utama/gejala yang pasien rasakan adalah nyeri ulu hati dengan skala nyeri 5 (sedang), nyeri di bagian payu dara dan merasa gelisah lemas atanpa alat bantu.. Klien mengatakan kurang paham dengan penyakitnya.

Upaya yang dilakukan klien untuk mengurangi rasa nyeri adalah minum air putih dan berbaring di tempat tidur, namun hanya berefek sementara. Klien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan operasi.

Ny.N tiak memiliki riwayat penyakit keturunan atau penyakit Keadaan umum Pasien mengatakan ada benjolan di payudara sebelah kanan dan Ekspresi Wajah Seperti Menahan Sakit, lemas dengan TTV TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit Nadi 80 x/menit dan suhu 36,5*C berat badan 50 kg, tinggi badan 155 cm.

Pada pemeriksaan body sistem dengan pernafasan (B1:Breathing) Hidung terlihat simetris, tidak ada secret atau cairan, fungsi penciuman baik, serta dapat membedakan bau minyak angin dan parfum. Bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara tambahan. Pada Cardiovaskuler (B2:Bleeding) Tidak ada nyeri tekan, Perkusi dada redup. Suara jantung : normal. Klien mengatakan tidak ada keluahan pada jantung. Pada Persyarafan (B3:Brain) Glasgow Coma Scale (GCS) 15 (E : 4, V : 5, M : 6), Klien nampak meringis, kepala dan wajah simetris, gerakan wajah normal, mata simetris, fungsi pendengaran normal, fungsi penciuman normal, fungsi pengecapan normal, fungsi penglihatan normal.

Pada Perkemihan-Eliminasi (B4: Bladder) frekuensi minum klien 4-5x/hari, urine warna kuning bening dengan bau khas. Klien mengatakan tidak ada gangguan pada pola eliminasi urine. Pasa pencernaan-Eliminasi (B5: Bowel) tidak terdapat peradangan pada mulut, nyeri pada abdomen kuadran kiri atas, BAB normal dengan konsistensi lunak.

Pada pemeriksaan Tulang-Otot-Integumen (B6: Bone) pergerakan sendi klien baik. Ekstremitas atas tidak ada nyeri otot, tidak ada nyeri persedian, tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu. Ekstremitas bawah tidak ada nyeri otot dan persendian, tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu. Warna kulit sawo matang. Tidak ada ikterik, tidak ada kemerahan dan pigmentasi pada kulit, akral hangat, turgor kulit baik dan tidak ada jaringan parut, kulit bersih. Pada sistem endokrin Klien tidak menggunakan terapi hormon, tidak ada masalah pada sitem endokrin dan pada sistem reproduksi tidak terdapat adanya masalah.

Pada pemeriksaan Pola Nutrisi, klien mengatakan ketika sehat maupun sakit tidak ada masalah pada pola makan ataupun minumnya, frekuensi makan klien 3 x sehari dan frekuensi minum klien 6-8 gelas/hari. Pada pemeriksaan personal Hygiene, klien mengatakan mandi 2 x sehari, sikat gigi 3 x sehari, klien tidak ada masalah kebersihan.

Pada pemeriksaan pola Istrahat dan aktivitas, Klien tidur siang selama 1 jam mulai jam 14.00 s/d jam 15.00 dan tidur malam selama 6 jam : jam 23.00 s/d jam 05.00, klien kadang terbangun saat merasakan nyeri pada abdomen dan saat berkurang klien melanjutkan tidurnya.

Pada pemeriksaan psikososial, Klien mengatakan mendapat dukungan penuh dari keluarga, klien kooperatif saat berinteraksi. Tidak ada konflik yang terjadi baik berupa konflik peran, nilai dan lainnya. Klien mengatakan kurang paham tentang penyakitnya saat ini, klien terilhat bingung dan gelisah serta selalu bertanya tentang kondisinya dan klien mengatakan

berharap bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Pada kegiatan beribadah tidak ada masalah dalam beribadah, klien aktif dalam beribadah menjalankan kewajibannya. Terapi yang diberikan pada Ny N adalah Antacid 3 x sehari.

3. Analisa Data Dan Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian Ny. N ditemukan hasil analisa data yaitu data subjektif yang muncul adalah Ekspresi Wajah Seperti Menahan Sakit, lemas dengan TTV TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit Nadi 80 x/menit dan suhu 36,5*C berat badan 50 kg, tinggi badan 155 cm.

Disamping itu, ditemukan juga data subjektif yang muncul adalah klien mengatakan kurang paham tentang penyakitnya saat ini, klien mengatakan kurang paham dengan pengobatan yang harus dilakukannya, klien mengatakan inign cepat sembuh. Dan pada data objektif yang muncul adalak klien tampak bingung, klien tampak gelisah,klien sering bertanya tentang keadaannya. Dari data fokus diatas dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi.

4. Rencana Keperawatan

Dx 1 : Nyeri akut b/d pada payu dara dan memiliki benjolan disekitar patudara. Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pain level, pain cintrol, comfort level, dengan kriteria hasil, keadaan umum baik, mampu mengontrol nyeri, skala nyeri ringan (0-3), tanda vital dalam rentang normal.

Rencana keperawatannya adalah monitor TTV, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi (Teknik nafas dalam), evaluasi keefektifan control nyeri, tingkatkan istirahat.

Dx 2 : Kurang pengetahuan b/d kurangnya Informasi

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharap Kowledge disease process, kowledge : health behavior, dengan kriteria hasil, Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

Rencana keperawatannya adalah berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat, gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat, identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.

5. Implementasi keperawatan

Dx 1 : Nyeri akut b/d FAM

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 11 Juli 2020, jam 21:00 wib, Memonitor TTV, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi (Teknik nafas dalam), mengevaluasi keefektifan control nyeri, meningkatkan istirahat.

Dx 2 : Kurang informasi b/d kurangnya pengetahuan

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 12 Juli 2020, jam 21:00 wib, Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat, menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat, mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat, menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hasil pada tanggal 11 Juli 2020 pukul 21.00, Diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan nyeri pada patyudara dan diagnosis FAM data subyektif : klien mengatakan nyeri mulai berkurang, klien

mengatakan nyerinya pada bagian payu dara sebelah kanan. Obyektif : keadaan umum baik, klien nampak tenang, skala nyeri 3 (ringan), dan Ekspresi Wajah Seperti Menahan Sakit, lemas dengan TTV TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit Nadi 80 x/menit dan suhu 36,5*C. Planning : intervensi dilanjutkan dengan Memonitor TTV, Kaji ulang skala nyeri, Melakukan teknik relaksasi nafas dalam, Menganjurkan istirahat yang cukup.

Evaluasi pada tanggal 12 Juli 2020 jam 22:00 wib dengan diagnosa kedua kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi dengan data Subyektif : klien mengatakan mengerti sedikit tentang penyakitnya, klien mengatakan berharap ingin cepat sembuh. Obyektif : keadaan umum baik, klien terlihat tenang, klien kooperatif dalam komunikasi, klien dapat menyebutkan tetang proses penyakitnya, Asesment : masalah kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi teratasi sebagian. Planing : intervensi dilanjutkan dengan Mengulang kembali penkes/penyuluhan yang telah diberiksn tentang penyakit FAM.

Evaluasi hasil pada tanggal 12 Juli 2020 jam 22:00 wib, Diagnosa utama nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung, dengan data subyektif : klien mengatakan tidak nyeri lagi dan terlihat rileks Obyektif : keadaan umum baik, klien tampak tidak nyeri lagi, TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi 84 kali/menit, pernapasan 22 kali/menit, suhu 36,50C, Asesment : masalah nyeri akut b/d iritasi mukosa lambung teratasi. Planing :

intervensi dipertahankan dengan melakukan teknik ralaksasi nafas dalam jika terasa nyeri.

Evaluasi pada tanggal 12 Juli 2020 jam 22:15 wib dengan diagnosa kedua Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi dengan data subyektif : klien mengatakan sudah paham dan mengerti tentang penyakitnya. Obyektif : klien dapat menyebutkan pengetahuan tentang penyakitnya, klien nampak tenang, klien kooperatif dalam komunikasi, Asesment : masalah kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi teratasi, Planing : intervensi dihentikan.

B. Pembahasan Kasus

1. Pengkajian

Pasien mengatakan ada benjolan sebesar biji melinjo di payudaranya sebelah kanan Jika diraba terasa kenyal, keras dan mudah digerakkan tetapi tidak nyeri.. Dari hasil pemeriksaan USG didapatkan hasil terdapat fibroadenoma mammae pada payudara kanan pasien dan disarankan operasi. kemudian pasien dibawah ke IGD RSUD bangkinang pada tanggal 10 juli 2020 pukul 09.00 WIB dan mendapatkan terapi RL 20 tpm, kemudian dipindahkan ke IBS untuk menjalankan operasi lumpektomi pukul 10.45 dan selesai pukul 11.45 WIB. Dari hasil laporan didapatkan bahwa tumor berdiamater 1cm dan luka jahit sepanjang 5 cm. Untuk terapi setelah operasi adalah minum sedikit sedikit setelah kesadaran pasien benar-benar pulih setelah itu dilanjutkan makan bubur. Pasien dipindahkan ke ruang ali bin abi thalib RSUD bangkinang pada pukul 14.00 WIB. Hasil

pengkajian post operasi pada tanggal 11juli 2020 jam 20.00 WIB, Keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, GCS : compes mentis , TD: 120/70 mmHg, RR: Rox/menit, N: 80x/menit, S: 36,5* C, terdapat luka pos operasi lumpektomi FAM sinistra. Keadaan balutan luka bersih dan kering, tidak ada rembesan darah maupun cairan dari luka. pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaannya sekarang sebab ia baru saja di operasi di bagian payudara, pasien terlihat lebih banyak diam dan lemas pasien terlihat tidak mau menyentuh bagian tubuh yang di operasi.

2. Diagnosis

Alasan diagnosa nyeri berhubungan dengan benjolan di payudara sebelah kanan tindakan pembedahan ditegakkan karena pada pengkajian pasien terlihat menahan sakit dan mengatakan nyeri , TD: 120/70 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 80x/menit, S: 36,5 C, sekaligus dapat Provoking: bergerak, Quality: perih, Regio: payudara, Severnity: 5, Time: hilang timbul. Dan apabila diagnosa ini tidak ditegakkan akan menyebabkan gangguan fisiologis berupa rasa tidak nyaman sampai dengan rasa sakit yang terkadang disertai dengan perubahan tanda-tanda vital pada pasien.

Alasan diagnosa resiko infeksi ditegakkan karena adanya luka post operasi lumpektom sepanjang 5 cm, keadaan luka bersih, tidak ada rembesan darah atau cairan dari luka, disekitar luka teraba hangat dan terdapat nyeri tekan, serta terpasang infus RL 20 tpm, S : 36,5 C. Dan apabila diagnosa ini tidak ditegakkan maka resiko akan berubah menjadi aktual. Diagnosa ini ditegakkan sekaligus untuk mengupayakan pencegahan infeksi.

Alasan diagnosa gangguan citra tubuh ditegakkan sebab dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa pasien mengatakan kurang percaya diri dengan keadaan tubuhnya saat ini setelah dioperasi. Pasien juga terlihat tidak mau menyentuh bagian tubuh yang dioperasi.

3. Intervensi / Perencanaan

Secara keseluruhan semua tindakan yang direncanakan sudah dilaksanakan dengan cukup baik.tidak ada masalah dalam keperawatan dikarenakan Covid 19 sehingga pengunjung di batasi sehingga pasien nyaman dalam beristirahat.

Tindakan yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi diagnosa ini antara lain: kolaborasi dengan dokter dalam memberikan injeksi ketorolac 30 mg/IV, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi yang nyaman dan mengkaji skala nyeri.

Secara umum pelaksanaan tindakan sudah sesuai dengan rencana. Namun ada beberapa kendala masih belum dapat teratasi. Antara lain untuk diagnosa resiko infeksi, seharusnya yang menjadi dasar diagnosa bukan hanya keadaan suhu tubuh pasien, melainkan jumlah leukosit pada pemeriksaan laboratorim darah setelah operasi, bukan hasil laboratorium sebelum operasi. Karena sesuai prosedur rumah sakit memang tidak ada pemeriksaaan laboratorium darah setelah operasi maka, penulis hanya mengambil data dari pengkajian luka post operasi.

Untuk diagnosa Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan. Pada dasarnya semua tindakan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Pasien masih terlihat kurang begitu

nyaman dengan keadaanya saat ini. Meskipun pada bagian payudaranya hanya dilakukan lumpektomi bukan mastektomi. Pasien kurang percaya diri karena payudaranya dioperasi. Oleh karena itu perlu dilakukan pendekatan dengan cara yang lebih tepat dan dapat diterima oleh pasien.

4. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Wijayaningsih, 2013).

Implementasi keperawatan ini akan merumuskan respon terhadap implementasi yang diberikan kepada klien untuk melanjutkan proses keperawatan yang telah ada. Seperti ditemukan pada respon di hari pertama tindakan keperawatan pada Ny. N tanggal 10 Juli 2020 yang belum menunjukan perubahan dalam tindakan keperawatan sehingga intervensi keperawatan tetap dilaksanakan dan pada tanggal 11 juli sampai 12 Juli 2020 terjadi perubahan kesehatan pada klien dan implementasi keperawatan tetap dipertahankan**.**

5. Evaluasi

Diagnosa pertama nyeri berhubungan dengan benjolan payudara sebelah kanan, setelah dilakukan tindakan keperawatan yang terdiri dari memberikan injeksi ketorolac 30 mg/IV, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, memberikan posisi yang nyaman dan mengkaji skala nyeri, didapatkan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri.. Hal ini

menunjukkan bahwa wajah pasien terlihat lebih rileks.. Untuk tindakan selanjutnya adalah perawatan dirumah oleh keluarga, dengan membantu pasien melakukan tehnik relaksasi individu.

Dalam hal ini peran keluarga sangatlah dibutuhkan, maka untuk tindakan selanjutnya diharapkan keluarga mampu membangun semangat pasien. Sehingga intervensi dipertahankan dan dilanjutkan oleh keluarga dirumah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Demikian berdasarkan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan peneliti pada Ny. N dengan diagnosis Fibro Adenemo Mammae (FAM) di wilayah kerja RSUD bangkinang yang dilakukan pada tanggal 11-12 Juli 2020. Maka peneliti memberikan kesimpulan serta saran untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan khususnya pada klien penderita FAM dari hasil penelitian penguji mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien ny. dengan menderita fibroademo mammae (FAM) di ruangan Ali bin Abi Thalib di RSUD Bangkinang.

A. Kesimpulan

Setelah mempelajari teori-teori dari pengalaman langsung di lahan praktek melalui studi kasus serta kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek tentang teori penyakit Fibro Ademo Mammae pada Ny. N. Maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut

1. Pengkajian

   pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 1 pasien Ny.N dengan penyakit Fibroadenome mammae (FAM), nyeri pasien berkurang dan tidak merasakan sakit lagi

2. Diagnose Keperawatan

   diagnose didapatkan dari keluhan Ny.N penulis menemukan diagnosa prioritas yaitu Fibroadenome mammae (FAM)

3. Perencanaan Keperawatan

   perencanaan keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana di dapat diagnose keperawatan yaitu Fibroadenome mammae (FAM), tinjau riwayat nyeri relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri.

4. Bagi Instusi Universitas Pahlawan

   agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan professional sehingga tercipta perawat professional dan mampu meberikan asuhan keperawatan yang baik.

5. Implementasi Keperawatan

   Pada intervensi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat karena penulis harus menyesuaikan kondisi pasien tapi yang di implementasikan ada satu tambahan yaitu dengan mengkolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat

6. Evaluasi Keperawatan

   Evaluasi keperawatan degan Ny.N dengan benjolan pada payudara sebelah kanan dilakukan satu hari tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP hasil laboratrium pasien sudah memenuhi batas normal

B. Saran

1. Bagi Pasien Dan Keluarga

   keluarga dapat ikut serta dalam merawat luka pasien post operasi dan memberikan dukungan untuk mempercepat kesembuhan post operasinya.

2. Bagi Perawat

   mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yaitu dokter dan ahli gizi untuk menangani pasien yang membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman kepedulian dan kesabaran pada umumnya khususnya pada pasien fam.

Daftar Pustaka

Alimul Hidayat A.A., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*, Jakarta: Heath Books

Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma. 2015. Nanda nic-noc aplikasi jilid 1. Jakarta: Mediaction

A Geace Pierce, R Borley Neil, 2007. At a Glance Ilmu Bedah Edisi Ketiga. Jakarta : Erlangga. P. 14-15.

Brahm U, Pendt ;editor Bahasa Indonesia, Huriawati Hartanto, Nurwany Darmaniah, Nanda Wulandari.-ed.7-Jakarta: EGC.

Https://www.liputan6.com/health/read/3643700/2018-ada-18-juta-kasus-kanker-baru-terdeteksi

Https://www.liputan6.com/health/read/3886327/hari-kanker-sedunia-2019-angka-kanker-di-indonesia-masih-tinggi

Junaidi,Iskandar.2010.Penyakit Paru Dan Saluran Napas. Jakarta:Bhuana Ilmu Poupuler

Kumar, V., Cotran, R.S., dan Robbins S.L. 2007. Buku Ajar Patologi. Edisi 7; ali Bahasa,

Nanda. 2015. Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.

Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis* & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta: MediAction

Rahayuwati, Laili., Ibrarim, Kusman & Komariah, Maria. 2017. *Pilihan Pengobatan Pasien Kanker Payudara Masa Kemoterapi:* Studi Kasus. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 20 No.2, hal 118-127

Reeder, S.J., Martin, L.L. & Koniak-Griffin, D. 2014. *Keperawatan Maternitas*: Kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga, Volume 2, Edisi 18. Jakarta: EGC.

Septarini. H.2014. Gambaran Kejadian Tumor Payudara Di Rsud Serang. Jakarta.

Sjamsuhidajat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi II. Jakarta : EGC