

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN CA.  
MAMMAE KOMPLIKASI METASTASIS TULANG  
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI  
II RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2019**



**OLEH :**

**SERLY SAFMA  
NIM : 1614401028**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.T DENGAN CA.  
MAMMAE KOMPLIKASI METASTASIS TULANG  
DI RUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI  
II RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2019**

**LAPORAN UJIAN PENGAMATAN KASUS**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di Stikes Perintis Padang**



**OLEH :**

**SERLY SAFMA  
NIM :1614401028**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
STIKES PERINTIS PADANG  
TAHUN 2019**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### **I. Identitas Penulis**

Nama : SERLY SAFMA

Tempat/ Tanggal Lahir : Ponco Warno/ 03 Maret 1997

Agama : Islam

Alamat : Jorong Nan 7 Parik Lintang, Kenagarian Banuhampu,  
Kabupaten Agam

Jumlah Bersaudara : 3 (Tiga)

Anak ke : 3 (Tiga)

### **II. Nama Orang Tua**

Ayah : Syafrizal

Ibu : Masni

### **III. Pendidikan**

1. Taman Kanak-Kanak Halimah Galuang :
2. SD N 14 Parik Lintang
3. SMP S Banuhampu
4. SMA S Taruna Bangsa Bukittinggi
5. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2016 Sampai  
Sekarang.

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2019**

**SERLY SAFMA  
1614401028**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN CARCINOMA MAMMAE  
KOMPLIKASI METASTASIS TULANG DI RUANG RAWAT INAP RSUD DR.  
ACHMAD MOCHTAR BUITTINGGI**

**V BAB + 102 halaman + 8 tabel + 2 gambar + 3 lampiran**

#### **ABSTRAK**

Kanker payudara mengakibatkan metastasis tulang, dan terjadi kelumpuhan persyarafan pada lumbal maka eksremitas bawah tidak dapat digerakkan dan menyebabkan terjadi penekanan yang menyebabkan dekubitus. Insiden *carcinoma mammae komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus* di RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi 3 pasien pada bulan Januari sampai Juni tahun 2019. Tujuan penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan yang benar pada pasien *carcinoma mammae komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus*. Ditemukan data hasil laporan kasus pada Ny.T yaitu klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan anggota tubuh mulai dari pinggang hingga kaki tidak bisa digerakan, anak klien mengatakan klien terbaring dan tidak bisa duduk sudah 3 bulan, anak klien mengatakan terdapat luka dekubitus pada bagian bokong klien, klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien mengatakan perut payudara dan punggung terasa nyeri, klien mengatakan belum ada mandi cuci rambut dan gosok gigi sejak di rumah sakit. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny.T yaitu gangguan integritas kulit/jaringan, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah perawatan integritas kulit, dukungan mobilisasi, dukungan ambulasi, dukungan perawatan diri bab/bak, dukungan perawatan diri mandi. Evaluasi keluhan pasien sudah berkurang namun semua diagnosa belum teratasi. *Carcinoma mammae komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus* kejadian yang sering terjadi di kalangan masyarakat indonesia dimana jika tidak ditangani secara tepat akan mengakibatkan kematian. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan asuhan keperawatan *carcinoma mammae komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus* secara tepat dan benar.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Metastasis Tulang, Ulkus Dekubitus  
Daftar pustaka : 12 (2009-2019)**

**Padang Perintis School of Health Sciences  
DIII Nursing Study Program  
Scientific Writing, Juny 2019**

**SERLY SAFMA  
1614401028**

**NURSING CARE IN NY.T WITH CARCINOMA MAMMAE COMPLICATIONS  
METASTASIS BONE IN THE INVEST ROOM OF RSUD DR. ACHMAD  
MOCHTAR BUITTINGGI**

**V CHAPTER + 102 pages + 8 tables + 2 images + 3 attachments**

**Abstract**

Breast cancer results in bone metastasis, and nerve palsies occur in the lumbar so that the lower extremities cannot be moved and suppression occurs which causes pressure sores. The incidence of carcino mammae in complications of bone metastasis and pressure ulcers in RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi 3 patients from January to June in 2019. The purpose of this paper is to be able to carry out nursing care for carcino mammae patients with complications of bone metastasis and pressure sores. The results of the case report found data on the T, namely the client said shortness of breath, the client said the initial body of the leg until the feet could not be moved, the client's child said the client was lying down and could not sit for 3 months, the client said the decubitus wound on the client's buttocks, the client said client activity assisted by the family, the client said stomach and breast back felt painful, the client said there had been no bathing washing his hair and brushing his teeth since being hospitalized. The results of the study found that nursing problems in Ny.T were disorders of skin / tissue integrity, impaired physical mobility, self-care deficits. Nursing actions taken are skin integrity care, mobilization support, ambulation support, chapter / tub self-care support, bath self-care support. Evaluation of patient complaints has been reduced but all diagnoses have not been resolved. Carcinoma mammae complications of bone metastases and pressure sores often occur in Indonesian society where if not properly treated will result in death. Therefore, it is recommended to hospital agencies to carry out carcinoma mammae nursing care complications of bone metastases and ulcer ulcers precisely and correctly.

**Keywords: Nursing care, Bone metastasis, Decubitus ulcer  
Bibliography: 12 (2009-2019)**

## LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA MAHASISWA : SERLY SAFMA  
NIM : 1614401028  
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T Dengan CA.  
Mammae Komplikasi Metastasis Tulang di Ruang  
Rawat Inap Ambun Suri Lantai II RSUD Achmad  
Mochtar Bukittinggi.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 16 Juli 2019

Pembimbing,



Ns. Vera Sesrianty, M.Kep  
NIK.144010211090905

Mengetahui,

KaProdi DIII Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M.Kep  
NIK 1420123106993012

## LEMBAR PENGESAHAN

NAMA MAHASISWA : SERLY SAFMA  
NIM : 1614401028  
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T Dengan CA.  
Mammae Komplikasi Metastasis Tulang di Ruang  
Rawat Inap Ambun Suri Lantai II RSUD Achmad  
Mochtar Bukittinggi.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian dari persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 16 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I,



**Ns. Dia Resti DND, M.Kep**  
**NIK 1420108028611071**

Penguji II,



**Ns. Vera Sesrianty, M.Kep**  
**NIK.144010211090905**

## KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa di genggamannya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat dan mampu tepat waktu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada klien Ny. T Dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang Diruangan Rawat Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi** ”

Dalam menulis Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M.Biomed selaku Ketua Yayasan STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Kepala Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns.Vera Sesrianty, M.kep selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.



4. Ibu Ns. Nonong Tri Senja, M.Kep selaku pembimbing Klinik yang telah memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.
5. Seluruh Staf Dosen D III Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Teristimewa kepada Mama dan Papa tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.
7. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan dorongan untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini,

Penulis menyadari bahwa masih banyaknya kekurangan Karya Tulis Ilmiah ini dan masih kurang sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Bukittinggi, 16 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman

**HALAMAN JUDUL**

**LEMBARAN PENGESAHAN**

**ABSTRAK**

**KATA PENGANTAR..... I**

**DAFTAR ISI..... III**

**DAFTAR GAMBAR.....VI**

**DAFTAR TABEL ..... VII**

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang ..... 1

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum ..... 6

1.2.2 Tujuan Khusus ..... 6

1.3 Manfaat ..... 7

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

2.1.1.1 Pengertian Carcinoma Mammae ..... 9

2.1.1.2 Anatomi Fisiologi ..... 10

2.1.1.3 Etiologi..... 13

2.1.1.4 Manifestasi Klinis ..... 15

2.1.1.5 Patofisiologi ..... 16

2.1.1.6 Komplikasi Carcinoma Mammae ..... 20

2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang ..... 20

2.1.1.8 Penatalaksanaan ..... 22

2.1.2.1 Pengertian Metastase Tulang ..... 24

2.1.2.2 Klasifikasi ..... 25

2.1.2.3 Anatomi..... 26

2.1.2.4 Patofisiologi ..... 28

2.1.2.5 Gambaran Klinis .....	29
2.1.3.1 Pengertian Ulkus Dekubitus.....	31
2.1.3.2 Faktor yang Menyebabkan Terjadinya .....	32
2.1.3.3 Anatomi dan Fisiologi.....	34
2.1.3.4 Manifestasi Klinis.....	41
2.1.3.5 Derajat Ulkus Dekubitus.....	42
2.1.3.6 Pemeriksaan Penunjang.....	43
2.1.3.7 Komplikasi .....	44
2.1.3.8 Penatalaksanaan .....	44
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1 Pengkajian.....	45
2.2.2 Pemeriksaan Penunjang.....	48
2.2.3 Diagnosa yang Muncul .....	48
2.2.4 Intervensi .....	49
2.2.5 Implementasi .....	57
2.2.6 Evaluasi.....	57

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

#### 3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien.....	59
3.1.2 Alasan Masuk.....	60
3.1.3 Riwayat Kesehatan.....	60
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	62
3.1.5 Data Biologis.....	66
3.1.6 Riwayat Alergi.....	68
3.1.7 Data Psikologis.....	68
3.1.8 Data Sosial Ekonomi.....	69
3.1.9 Data Spiritual.....	70
3.1.10 Data Penunjang.....	70
3.1.11 Data Pengobatan.....	71

3.1.12 Data Fokus.....	73
3.1.13 Analisa Data.....	74
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	76
3.3 Intervensi .....	77
3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	81
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian .....	92
4.2 Diagnosis Keperawatan.....	94
4.3 Intervensi .....	95
4.4 Implementasi .....	97
4.5 Evaluasi .....	98
<b>BAB V PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan .....	99
5.2 Saran.....	101

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Mammae.....	12
Gambar 2.2 Anatomi Kulit.....	38

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Teoritis.....	49
Tabel 3.1 Data Biologis.....	67
Tabel 4.1 Data Penunjang.....	70
Tabel 5.1 Data Pengobatan.....	71
Tabel 6.1 Analisa Data.....	74
Tabel 7.2 Intervensi Keperawatan.....	77
Tabel 8.1 Implementasi Keperawatan.....	81

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Ca mammae (carcinoma mammae) adalah sebuah keganasan yang sebelumnya berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan juga jaringan penunjang payudara. Ca mammae yaitu tumor keganasan yang tumbuh di jaringan payudara seseorang. Kanker dapat mulai tumbuh dalam kelenjar payudara, bisa juga di saluran payudara, jaringan lemak maupun jaringan yang mengikat pada payudara. (Medicastore, 2011).

Ca mammae atau kanker payudara adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel, akibat dari adanya onkogen sehingga yang menyebabkan sel normal akan menjadi sel kanker pada jaringan di payudara seseorang (Karsono, 2010).

Ca mammae yaitu sekelompok dari sel yang tidak normal di payudara yang terus menerus tumbuh dan akan berlipat ganda. Lalu akhirnya sel-sel itu terus menjadi sebuah bentuk benjolan pada payudara seseorang. Jika benjolan atau kanker ini tidak cepat di buang atau tidak terkontrol, sel-sel kanker bisa menyebar (bermetastase) pada anggota bagian tubuh yang lain dan pastinya dapat berakibat kematian. Metastase bisa akan terjadi pada penderita kelenjar getah bening ketiak atau bisa diatas tulang belikat. Selain itu sel-sel kanker juga bisa bersarang di dalam tulang, di paru-paru, di hati kulit dan juga bisa

bawah di kulit .kanker payudara adalah merupakan penyakit yang sering disebabkan karna terjadiya pembelahan pads sel-sel dalam tubuh secara dengan tidak teratur sehingga mengakibatkan pertumbuhan sel tidak mampu untuk dikendalikan dan sel akan bisa tumbuh menjadi sebuah benjolan tumor atau sebuah kanker (Brunner dan Suddarth 2011 ). Sel kanker pada mammae akan menyebar luas ke bagian bagian tubuh dan bisa tulang sehingga menyebabkan kanker tulang/ metastasis tulang.

Metastasis tulang adalah sebuah kondisi yaitu dimana kanker telah dari daerah asal dan menetap pada tulang maupun di tubuh sehingga terbetuk tumor baru. Kondisi ini berbeda dari jenis kanker lain yang bermula pada tulang (william & wilkins, 2011).

Metastasis tulang adalah kanker yang timbul/ muncul akibat dari penyebaran kanker yang lain yang sebelumnya sudah pernah terjadi. Misalnya kanker pada usus, kanker pada paru-paru atau kanker payudara sebelumnya yang kemudian sel menyebar ke bagian tulang (burington, 2012).

Metastasis tulang adalah sebuah kanker yang sudah banyak menyebar yaitu dari bagian tubuh dimana kanker itu berawal tumbuh (tumor utama) ke bagian yang lain dari tubuh. Sel kanker juga dapat memisahkan dirinya dari sebuah tumor dan akan menjalar ke bagian yang lain tubuh dan melewati aliran darah dan juga sistem limfatik atau sistem kekebalan). Tumor pada tulang yang paling banyak terjadi adalah metastasis tulang, dan tahap yang



kedua setelah dari kanker utama sekali yang terjadi pada suatu tempat lain dari dalam tubuh manusia(wong, 2003).

Menurut (Beschan, 2009), metastase pada tulang diantaranya yaitu sebagai berikut ini:

1. Tulang bagian belakang 80%
2. Femur 40%
3. Tulang Iga dan tulang sternum 25%
4. Tulang Tengkorak dan tulang pelvis 20%
5. Kaput humeri 7%
6. Tulang ekstremitas 1-2%

Metastasis tulang terjadi kelumpuhan persyarafan pada bagian lumbal sehingga sehingga ekstremitas bawah tidak akan bisa digerakkan dan terjadi penekanan yang menyebabkan dekubitus

Dekubitus adalah sebuah keadaan yang dimana menyebabkan timbul ulkus sebagai sebuah akibat dari penekanan yang terlalu lama yang bisa mengenai suatu tempat tertentu pada sebuah permukaan tubuh si penderita (Hernawati, 2009). Hal ini akan dapat terjadi yaitu karena pembuluh darah terjepit antara tulang si penderita dan papan di tempat tidur klien. Akibat terjepitnya pada pembuluh darah itu, maka di jaringan yang terdapat pada daerah itu tidak akan bisa memperoleh bahan-bahan makanan dan oksigen, dan akibatnya jaringan yang tidak dapat oksigen tersebut akan mengalami kematian.

Dekubitus adalah suatu kerusakan yang struktur anatomisnya dan fungsi kulitnya normal akibat dari sebuah tekanan eksternal yang bisa berhubungan dengan sebuah penonjolan tulang dan tidak akan sembuh dengan pijatan atau urutan dan dalam waktu biasa. Selanjutnya, gangguan ini biasa terjadi pada seorang individual yang biasanya berada di atas kursi dan atau di atas tempat tidur, sering sekali pada penderita inkontinensia dan malnutrisi dan ataupun individual yang mengalami kesulitan dalam makan dengan sendiri, serta yang mengalami gangguan pada tingkat kesadaran(Ratna Kalijana, 2009)

Ulkus dekubitus merupakan jaringan nekrosis jaringan lokal yang sering cenderung sekali terjadi ketika jaringan yang lunak tertekan di antara sebuah tonjolan tulang dengan bagian permukaan yang eksternal dan dalam jangka waktu yang cukup lama (Mcphee & Ganong,2010)

Dekubitus adalah gangguan pada kemampuan untuk melakukan gerakan, maka kemungkinan over-kompresi dengan akibat kerusakan jaringan akan terjadi (Guenter, 2010).

Salah satu dari aspek utama di dalam melakukan pemberian sebuah asuhan keperawatan yang benar yaitu adalah memepertahankan integritas dari kulit. Dan Intervensi perawatan dari kulit yang terencana baik dan konsistensi merupakan intervensi yang penting untuk menjamin sebuah perawatan yang berkualitas sangat tinggi. Gangguan pada integritas yang kulit terjadi akibat dari tekanan yang terlalu lama, dan iritasi kulit ataupun imobilisasi, sehingga

dapat menyebabkan terjadinya dekubitus. Oleh karena itu sebagai seorang perawat kita juga harus mengenal tentang perawatan dekubitus sehingga kita dapat mencegahnya dan mengenal tanda gejala awal dari terjadinya dekubitus.

Dekubitus juga merupakan sebuah problem yang sangat serius karena dapat juga mengakibatkan dapat meningkatnya biaya, lamanya perawatan selama dirumah sakit karena juga dapat memperlambat untuk program rehabilitasi bagi para penderitanya (Ratna Kalijana, 2009). Selain itu dekubitus tersebut juga akan dapat menyebabkan nyeri akut yang berkepanjangan, sehingga ada rasa yang sangat tidak nyaman, perasaan terganggu dan menjadi frustrasi yang selalu menghinggapi pikiran para pasien dan juga meningkatkan biaya dalam melakukan penanganan.

Dan angka dari kejadian dari Luka Dekubitus atau ulkus yang disebabkan oleh Carcinoma Mammae dan Metastasis Tulang di Indonesia mencapai 20,3%. Dari Angka ini sangat lebih tinggi nilainya dari Negara Asia yang lainnya. Langkah pertama dalam mencegah terjadinya luka adalah mengidentifikasi faktor resiko luka dekubitus. Usia juga akan dapat berpengaruh pada terjadinya angka luka dekubitus. Pada Usia yang lanjut atau pada lansia (>50th) akan mudah sekali untuk angka kejadian luka dekubitus. Hal ini disebabkan karena pada usia yang lanjut akan terjadi perubahan kualitas pada kulit dimana akan adanya penurunan pada elastisitas, dan juga kurangnya sirkulasi ke darah pada lapisan dermis, Ketika

seprang pasien berbaring atau sedang duduk maka jumlah berat badan akan berpindah pada bagian penonjolan pada tulang. Semakin lama tekanan diberikan, semakin besar resiko kerusakan kulit (Wijaya,2013)

Data yang sudah diperoleh dari data Medical Record RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR Bukittinggi pada Januari hingga juni 2019 terdapat 3 orang yang menderita ulkus dekubitus yang disebabkan oleh carcinoma mammae dan metastasis tulang. Penting bagi seorang perawat dalam memberikan dan asuhan keperawatan yang memerlukan perawatan berulang dirumah sakit, bahkan sering kali penyakit ini menjadi salah satu penyebab kematian seseorang. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus yang berjudul ” Asuhan Keperawatan Pada Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruangan Rawatan Inap Ambun Suri lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi”.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetshusn dan kemampuan dalam menerapkan dan melakukan asuhan keperawatan pasien yang bermutu pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruangan Rawatan Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### **1.2.2 Tujuan khusus**

- a. Mampu mengetahui konsep penyakit Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus
- b. Penulis dapat melaksanakan pengkajian pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di ruangan rawatan inap ambun suri RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- d. Mampu merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan yang benar pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruang Rawatan Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- f. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang benar pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang

dan Ulkus Dekubitus di Ruang Rawatan Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.

- g. Mampu untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang benar pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di Ruang Rawatan Inap Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### **1.3 Manfaat**

Penyusunan dalam Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat bermanfaat juga bagi semua orang/pihak yaitu:

#### **1.3.1 Bagi Penulis**

Menambah banyak wawasan dan banyak pengetahuan di dalam menerapkan sebuah proses keperawatan dan juga bisa memafaatkan ilmu dan pengetahuan yang dapat diperoleh selama dalam menempuh pendidikan di STIKes Perintis Perintis Padang terutama di dalam menerapkan dalam asuhan keperawatan dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

#### **1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai tambahan referensi dan acuan dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus khususnya bagi pembaca di perpustakaan STIKes Perintis Padang.

### **1.3.3 Bagi Rumah Sakit**

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan dan khususnya bagi perawat didalam memberikan sebuah asuhan keperawatan pada seorang pasien dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus dan sebagai peningkatan mutu kesehatan di rumah sakit.

## **BAB II**

### **TIJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Pengertian**

###### **2.1.1.1 Pengertian Carcinoma Mammae**

Ca mammae atau carcinoma mammae yaitu sebuah keganasan yang sudah berasal dari sebuah sel kelenjar, saluran kelenjar dan pada jaringan dengan penunjang payudara. Ca mammae adalah sejenis tumor ganas yang sudah tumbuh di dalam jaringan sel di payudara. Kanker ini bisa mulai tumbuh yaitu di dalam kelenjar payudara seseorang, saluran payudara, di jaringan lemak maupun ada di jaringan ikat pada sebuah payudara. (Medicastore, 2011). Ca mammae adalah yaitu suatu penyakit dari pertumbuhan sel, akibat dari adanya onkogen yang dapat juga menyebabkan sebuah sel normal akan menjadi sebuah sel kanker di dalam jaringan payudara seseorang (Karsono, 2010).

Ca mammae adalah yaitu dimana sekelompok sel yang tidak normal pada payudara seseorang yang terus tumbuh dan akan berlipat ganda. dan Pada akhirnya semua sel-sel ini terus akan menjadi bentuk sebuah benjolan di payudara. dan Jika sebuah benjolan kanker itu tidak bisa di buang atau tidak terkontrol, sel-sel kanker bisa menyebar (bermetastase) pada sebuah bagian-bagian tubuh yang lain dan nantinya juga akan dapat mengakibatkan kematian. Metastase bisa juga terjadi yaitu pada sebuah kelenjar getah bening pada ketiak atau pun bisa juga yaitu diatas tulang belikat. Selain itu pada sel-sel kanker juga bisa bersarang di dalam tulang, bisa juga di paru-paru, di hati



kulit dan di bawah kulit dan kanker payudara merupakan sebuah penyakit yang bisa juga disebabkan karna terjadinya pembelahan sebuah sel-sel di dalam tubuh seseorang secara tidak teratur dan sehingga pada pertumbuhan sel juga tidak dapat dikendalikan dan dia akan tumbuh menjadi sebuah benjolan atau tumor (kanker) dari sel tersebut (Brunner dan Suddarth 2011 ). Ca mamae adalah yaitu sekelompok sel yang tidak normal pada sebuah payudara akan dan terus menerus tumbuh akan berupa ganda. Metastase bisa juga terjadi pada sebuah kelenjar getah bening atau (limfe) di ketiak ataupun bisa juga diatas tulang belikat. Dan Selain itu kanker juga akan bisa bersarang di dalam tulang, di paru-paru, di hati dan kulit (Erik T,2012).

#### **2.1.1.2 Anatomi dan Fisiologi**

Jaringan payudara di bentuk oleh gladula yang sifatnya yaitu memproduksi sebuah air susu atau disebut juga dengan (lobulus) yaitu yang biasanya dialirkan ke arah puting atau disebut (nipple) yaitu melalui duktus. Struktur lainnya yaitu adalah sebuah jaringan lemak yang juga merupakan sebuah komponen yang terbesar, dan connective tissue, dengan pembuluh darah dan juga saluran yang beserta kelenjar limfatik. Maka Setiap dari payudara itu akan mengandung kira-kira 15-20 lobus yang dapat tersusun sirkuler. Pada Jaringan lemak (subcutaneous adipose tissue) yaitu yang membungkus satu lobus dapat memberikan sebuah bentuk dan ukuran dari payudara. Pada Tiap lobus itu juga terdiri dari beberapa lobules yang juga merupakan tempat untuk produksi air susu yang berfungsi sebagai respon dari suatu signal dan hormonal. Terdapat 3 macam jenis hormon yang bisa mempengaruhi dari

payudara yaitu yakni estrogen, progesterone, dan prolactin., yang menyebabkan jaringan grandula payudara dan di uterus terus mengalami banyak perubahan selama dalam menjalani siklus menstruasi. dan Areola adalah hiperpigmentasi di sekitar nipple.

Jaringan pada payudara juga dapat didukung oleh sebuah ligamentum suspensorim cooper. Dan sebuah Ligament ini akan terus berjalan sepanjang jalur parengkim dan juga dari fascia bagian dalam atau (deep fascia) dan akan melekat ke bagian dermis. Jika ligamentum inimemendek oleh karena infiltrasi sel kanker, akan menarik dermis yang memberikan gambaran skin damping. Tidak ada otot dalam payudara, tapi otot terletak dibawah payudara dan menutup iga.

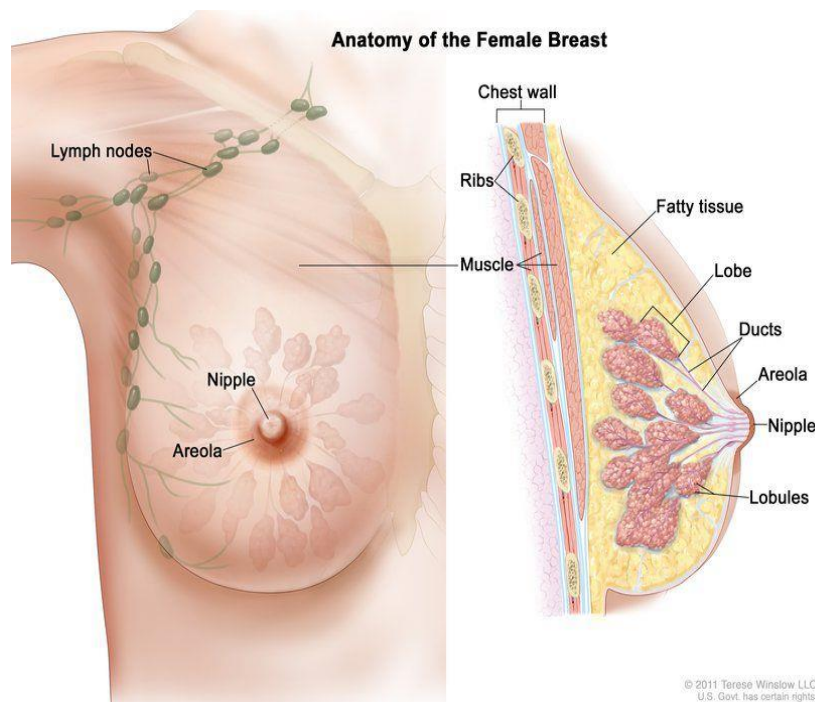
Aliran darah ke arah kulit payudara itu tergantung juga pada pleksus subdermal,juga beserta yang terhubung dengan pembuluh darah yang sangat dalam atau bisa juga disebut dengan (deeper vessel) fungsinya yang akan mensuplai aliran darah ke parengkim payudara. Suplai darah berasal dari:

1. perforator dari arteri mamaria interna.
2. Arteri torakalis lateralis.
3. Arteri torakodorsalis.
4. Perforator arteri interkostalis.
5. Arteri torakoakromialis.

Innervasi sensori berasal dari cabang anterolateral dan anteromedial nervus interkostalis T3-T5. Nervus supraklavikula atau yaitu yang berasal juga dari

pleksus servikalis dan akan juga mensarafi bagian paling atas dan pada bagian lateral payudara. Para peneliti meyakini sensasi daerah nipple berasal dari cabang cutaneous lateral T4.

Pembuluh darah dari limfatik dan dari kelenjar getah bening (kgb) dari glandula payudara adalah sangat penting. Pembuluh limfatik ini akan berjalan di tepi bagian lateral di muskulus pektoralis mayor dan akan bersatu dengan kgb pectoral, yang akan selalu mengiringi pembuluh darah torakalis lateralis. Kelenjar getah bening menyebar ke muskulus seratus anterior dari sini aliran limfatik kemudian ke kgb aksila (mesenterika superior dan interpektoral). Jalur limfatik drainage lainnya adalah melalui pektoralis mayor dekat garis parasternal dan melalui intercostal space menuju kgb parasternal yang terletak sepanjang pembuluh darah mammae interna.



(Gambar 2.1)

Drainase limfatik dapat juga menuju kgb supraklavikula melalui kgb mesenterika superior dan melalui kgb infra klavikula. Terdapat juga jalur drainase intramuscular yang melewati pektoralis mayor langsung ke kgb. Disini termasuk kgb interpektoral (roternode) yang terletak diantara dua otot dada yang mengalirkan ke deep kgb (aksila) atau langsung ke apical axillary lymph nodes.

Surgical level (berg's level) dari kelenjar getah bening payudara dikelompokkan ke dalam tiga macam level. Level I adalah sebuah kelompok besar kgb yang akan selalu berada di lateral otot pektoralis atau minor yang akan terus meliputi sekelompok kgb dari mammae eksterna dan juga kgb dari vena aksilaris. Pada Level II dari kgb yang berada di dalam posterior pektoralis minor yaitu yakni kgb sentral. Dan pada Level III kgb yang berada di sebelah pektoralis minor hingga sampai dengan pada ligamentum Halsted yaitu sebuah kelompok dari kgb subklavikula.

### **2.1.1.3 Etiologi**

Menurut (Aji, 2010), penyebab Ca mammae yaitu:

1. Genetika
  - a. Adanya kecenderungan pada suatu keluarga tertentu yang lebih banyak mengalami gangguan kanker payudara daripada anggota keluarga sehat yang lain.
  - b. Pada kembar suatu dari monozygote, dan juga terdapat kanker penyakit yang sama.

- c. Terdapat kesamaan dan juga lateralisasi pada kanker buah dada dan juga pada keluarga terdekat dari orang yang menderita kanker payudara itu
- d. Seseorang dengan klinifelter akan menapat kemungkinan lebih dari 66 kali dari pada seorang pria normal atau dari jumlah angka terjadinya 2%

## 2. Hormon

- a. Kanker payudara yang umumnya sering terjadi pada wanita, dan kejadian pada laki-laki akan kemungkinannya sangatlenih kecil.
- b. Insiden ini akan jauh lebih tinggi terjadi pada wanita yang usianya diatas 35 tahun.
- c. Saat ini pengobatan dengan menggunakan terapi hormon yang hasilnya sangat memuaskan.

## 3. Virogen

Yaitu yang Baru dilakukan percobaan atau experimennya pada seorang manusia dan hasilnya belum terbukti.

## 4. Makanan

Yaitu yang Terutama makanan yang sangat banyak mengandung dan terkandung lemak.

## 5. Radiasi Daerah Dada

Terapi ini Sudah cukup lama diketahui oleh orang, tspi radiasi juga akan dapat menyebabkan kejadian mutagen.

Menurut (Tasripiyah,2012), factor resiko kanker payudara yaitu:

1. Usia seseorang yang diatas umur 40 tahun.
2. Mempunyai riwayat kanker pada payudara oleh individu atau keluarganya.
3. Mengalami Menstruasi pada saat usia yang muda/usia dini.
4. Menopause pada seseorang usia lanjut.
5. Seseorang yang Tidak mempunyai anak dan bisa juga mempunyai anak yang pertama pada usia yang sudah lanjut.
6. Dalam Penggunaan bahan esterogen ekserogen dengan jangke panjang.
7. Seseorang yang memounyai Riwayat penyakit fibrokistik.
8. Mengalami Kanker endometrial, dan kanker ovarium atau bisa juga kanker kolon.

Akan tetapi hanya 25% wanita yang mengalami kanker payudara mempunyai beberapa faktor resiko ini. Karna itu salah satu faktor resiko yang paling penting adalah wanita. Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan dengan diet di antara beberapa pemasukan yang tinggi lemak, bisa juga kegemukan dan akan bisa juga terjadinya penyakit kanker payudara, tetapi antara hubungan ini juga belum di ciptakan penemunya secara pasti (Tasripiyah, 2012).

#### **2.1.1.4 Manifestasi Klinis**

Fase awal kanker seseorang payudara asimtomatika atau disebut juga (tanpa sedikitpun ada tanda dan gejalanya). Tanda awal yang paling sangat banyak terjadi yaitu adalah adanya sebuah benjolan atau adanya penebalan pada kulit payudara. Dan Kebanyakan 90% ditemukan dari seorang wanita itu sendiri, dan akan tetapi ditemukan secara kebetulan saja , atautidak dengan menggunakan atau tidak melakukan pemeriksaan pada payudara sendiri atau disebut (sadari) (Tasripiyah, 2012)

Tanda dan gejala yang lanjut dari penyakit kanker payudara yaitu meliputi kulit yang sekung atau disebut juga (lesung), berbentuk retraksi atau bisa juga deviasi puting susu, nyeri daat ditekan atau di rabas khususnya akan berdarah dari puting. Kulit Peau d'orange, kulit tebal dengan pori-pori yang sering menonjol dan berbentuk sama dengan kulit jeruk, dan juga atau ulserasi pada kulit di payudara keduanya dan juga merupakan tanda yang sudah lanjut dari penyakit (Tasripiyah,2012)

Menurut (Tasripiyah,2012) tanda dan gejala Ca mammae antara lain yaitu sebagai berikutini :

1. Adanya benjolan yang terasa sangat keras di bagian payudara
2. Bentuk puting berubah (bisa masuk kedalam atau sering terasa sangat sakit terus menerus), mengeluarkan cairan/ darah
3. Ada banyak perubahan pada permukaan kulit payudara yaitu diantaranya terlihat berkerut, seperti iritasi, dan juga seperti kulit jeruk
4. Adanya benjolan-benjolan kecil

5. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
6. Adanya luka di bagian payudara yang sulit untuk disembuhkan
7. Terasa sakit/ nyeri (bisa juga ini bukan penyebab sakit karena mengalami kanker, tapi juga tetap harus di waspada)
8. Terasa akan sangat gatal pada bagian didaerah sekitar seputaran puting
9. Benjolan yang sangat keras itu tidak akan bisa bergerak atau (terfiksasi) dan hanya saja biasanya pada awal-awalnya mengalami itu tidak ada terasa rasa sakit. Apabila sebuah benjolan itu kanker, maka awalnya biasanya hanya saja terdapat pada 1 payudara.

#### **2.1.1.5 Patofisiologi**

Sel-sel dari kanker itu dibentuk dari sebuah sel-sel yang normal di dalam suatu proses yang sangat rumit yang bisa disebut juga dengan transformasi, yang juga terdapat dari setiap insiasi dan promosi :

1. Fase insiasi

Pada tahap pertama yaitu insiasi akan terjadi sebuah perubahan di dalam bahan yang genetic sel yang sering memancing sel itu menjadi sangat ganas. Perubahan yang ada di dalam bahan yang genetic sel ini sering disebabkan oleh salah satu agen yang bisa disebut karsinogen, yang juga bisa berupa bahan yang ber kimia virus, atau bisa juga radiasi/ (penyinaran) dari sinar matahari. Tetapi tidak juga semua sel yang memiliki kepekaan yang sama semuanya terhadap suatu karsinogen. Maka Kelainan genetic di dalam sel atau bahan



kimia lainnya disebut dengan promotor, akan menyebabkan sel yang lebih rentan terhadap salah satu karsinogen. dan juga Bahkan gangguan fisik yang sudah menahunpun juga bisa membuat sel menjadi akan lebih peka sekali untuk mengalami gangguan suatu keganasan.

## 2. Fase promosi

Pada tahap kedua ini yaitu promosi, salah satu sel yang sudah mengalami fase insiasi akan bisa berubah untuk menjadi ganas. Sel ini yang belum mampu melewati tahap pertama insiasi maka tidak akan bisa terpengaruh oleh promosi. Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan atau (gabungan dari semua sel yang sudah peka dan pada suatu karsinogen) (wijaya, 2013)

Menurut (Anomae 2, 2012) proses dalam jangka panjang untuk terjadinya kanker yaitu ada 4 fase yaitu :

### 1. Fase induksi : 15-30 tahun

Sampai saat ini belum bisa dipastikan apa penyebab terjadinya kanker, akan tetapi faktor lingkungan mungkin memegang juga peranan yang besar didalam penyebab terjadinya kanker pada seorang manusia.

### 2. Fase insitu : 1 hingga 5 tahun

Yaitu dimana Pada fase ini perubahan jaringan yang muncul akan menjadi sebuah lesi atau pre-cancerous yang juga bisa kita temukan di

bagian serviks uteri, bisa juga ditemukan di rongga mulut, dan juga paru-paru, pada saluran cerna, didalam kandung kemih, di bagian kulit dan pada akhirnya akan ditemukan di bagian payudara itu sendiri.

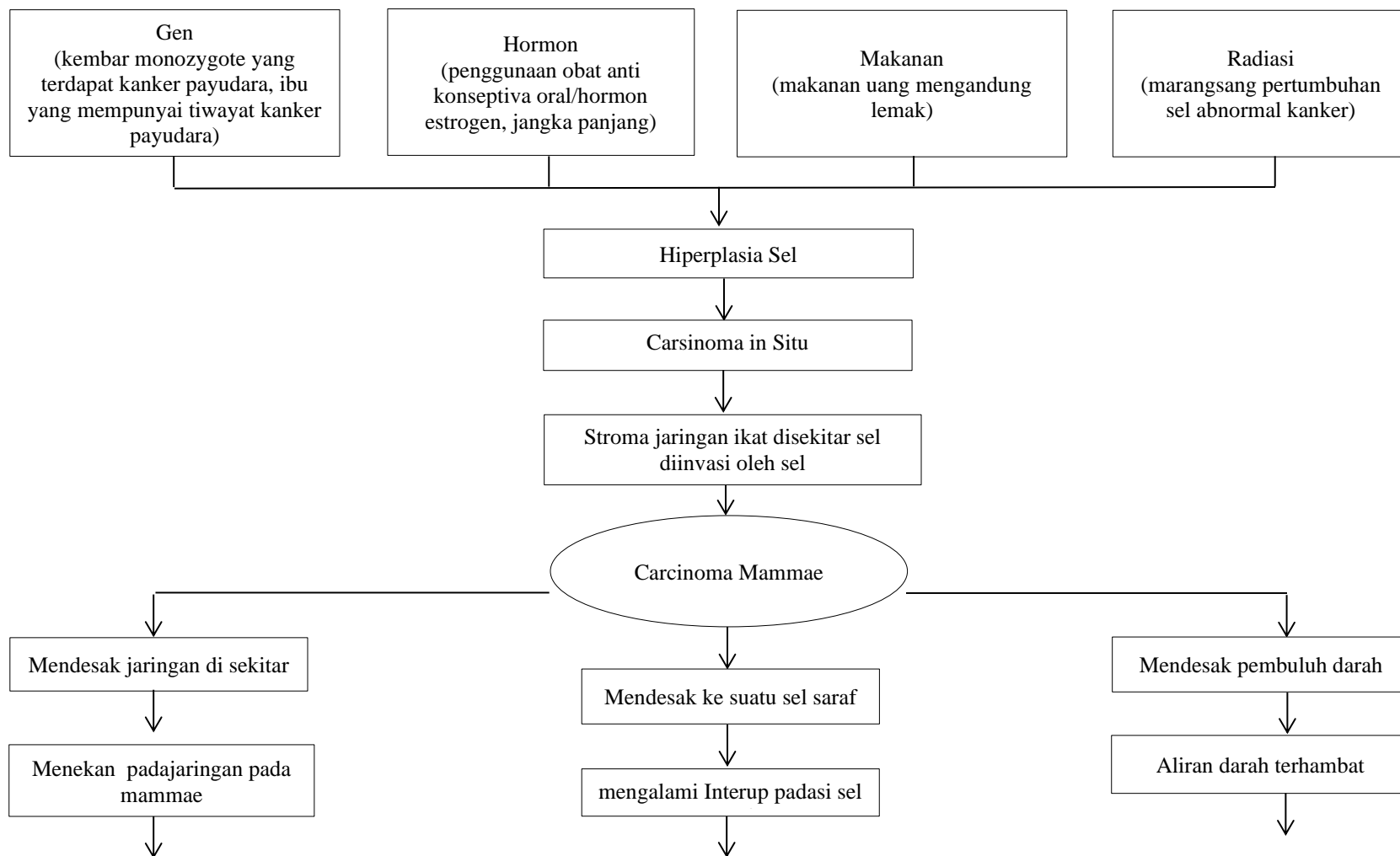
3. Fase invasi :

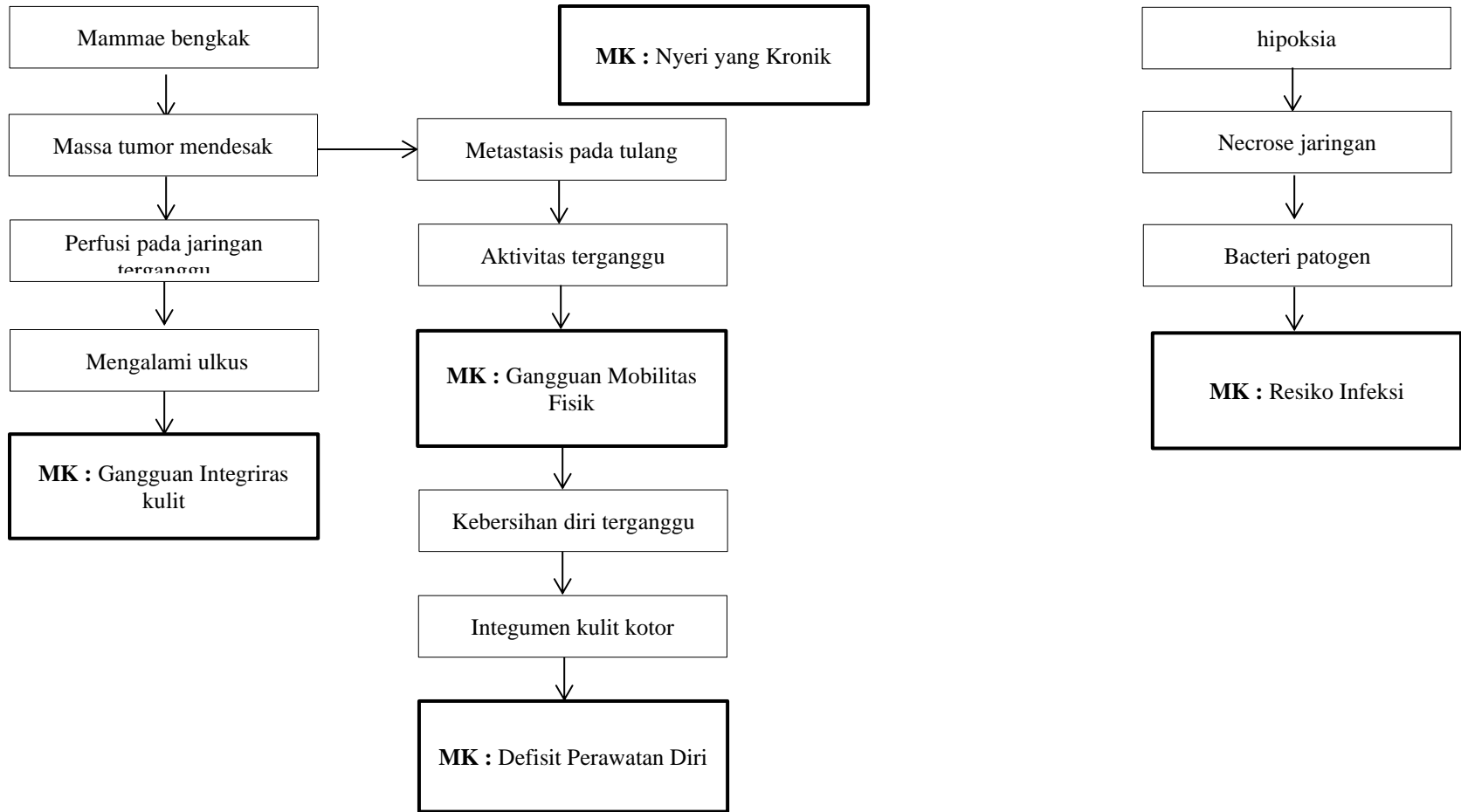
Sel-sel yang akan menjadi ganas, dan terus berkembang biak untuk menginfiltrasi dengan melalui membrane sel dan menuju ke jaringan sekitarnya lalu ke pembuluh darah setelah itu ke limfe. Selang waktu antara fase ke3 dan ke4 berlangsung dalam antara selang beberapa minggu bahkan sampai juga beberapa tahun lamanya.

4. Fase deseminasi : 1 sampai 5 tahun

Bila tumor itu akan makin membesar maka bisa juga kemungkinan dalam penyebaran ketempat-tempat yang lain untuk bertambah.

## WOC





### **2.1.1.6 Komplikasi carcinoma mammae**

1. gangguan neurovaskuler
2. metastasis : otak, di hati, pada tulang tengkorak, di vertebra, di iga, dan juga tulang panjang
3. terjadi fraktur patologi
4. akan mengalami fibrosis payudara
5. juga akan mengalami mkematian

### **2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

#### 1. Non invasive

##### a. SADARI atau (Pemeriksaan Payudara dengan Sendiri)

Jika dalam SADARI dilakukan dengan cara yang rutin, maka seorang wanita pasti akan dapat menemukan sebuah benjolan pada stadium yang masih dini. Sbaiknya SADARI ini dilakukan yaitu pada waktu yang selalu sama dalam setiap bulan. Bagi wanita jika yang masih dalam mengalami proses menstruasi, inilah waktu yang paling sangat tepat untuk kita dalam melakukan pemeriksaan SADARI adalah yaitu 7sampai10 hari sesudah hari 1 setelah kita menstruasi. Dan Bagi wanita yang pasca menopause, maka pemeriksaan SADARI akan bisa dilakukan dalam waktu kapan saja dengan secara rutin melakukannya dalam setiap bulan. contoh(misalnya dalam setiap diawal bulan)

##### b. Dengan cara Mammografi

Pemeriksaan Mammografi yaitu adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode radiologis yang menggunakan sinar X yang akan diradiasikan pada salah satu payudara. Kelebihan dari memeriksa mammografi adalah yaitu dalam kemampuan untuk mendeteksi sejumlah tumor yang belum bisa untuk teraba dalam (radius 0,5 centimeter) sekalipun kanker ini masih dalam stadium yang dini. Waktu yang sangat tepat untuk kita melakukan tes mammografi pada wanita yang usianya masih produktif adalah yaitu hari ke 1 sampai 14 dari siklus dalam haid. Jika pada perempuan yang usia non produktif sangat dianjurkan untuk memeriksakan kapan saja. Ketepatan dalam pemeriksaan ini kadang berbeda-beda berkisar antara 83%- 95%.

c. Ultrasound

Ultrasound ini telah banyak digunakan yaitu sejak awal tahun 50-an. Dan alat tersebut juga sangat berguna dan sangat akurat dalam melakukan evaluasi dan densitas dalam payudara dan sangat akurat di dalam membedakan mana yang kista dengan mana massa padat. Tapi jika untuk massa yang jauh lebih kecil yaitu antara 5-sampai 10 mm tidak dapat di visualisasi dan jika massa pada jaringan yang lemak di payudara itu akan sulit untuk dievaluasi. Keuntungannya adalah yaitu tidak ada terdapat radiasi dan juga tidak ada terasa nyeri.

d. Computed Tomografi dan dengan Magnetic Resonance Imaging Scans

Yaitu dengan Penggunaan CT dan menggunakan MRI untuk melakukan scanning dan mengevaluasi kelainan yang ada di payudara dan sekarang suah mulai sering diselidiki. Teknik ini dalam mengambil peran yang dalam untuk mengevaluasi axil, mediastinum dan di dalam area supralivikula untuk meraba adenopati dan untuk membantu didalam melakukan stging pada saat melakukan proses keganaan.

## 2. Invasive

### a. Metode Sitologi Aspirasi

Sitologi aspirasi yaitu dilakukan dengan menggunakan sebuah yang jarum halus (dengan ukuran 20 ata yang sangat lebih kecil) dengan menggunakan spuit untuk melakukan aspirasi sel pada suatu area yang sangat dicurigai, lalu dismeared diatas slide dan difiksasi dengan diwarnai untuk mengevaluasi sitology. Jika dalam specimen diambil dengan secara tepat, maka prosedur ini akan sangat akurat dari yang . Namun pemeriksaan ini juga tidak dapat untuk melakukan pemeriksaan gambaran histopatologi di dalam jaringan sebab dalam pemeriksaan ini tidak akan mampu untuk mengambil struktur pada jaringan di sekitar.

### b. Core Needle Biospy (CNB)

Biospy jarum yaitu dengan cara menggunakan sebuah jarum bor yang cukup besa dang sangatr sering dilakukan. karena Hal ini lebih sangat invasive dan akurat dibandingkan dengan aspises dengan jarum.

Karna CNB ini lebih akurat dan juga bisa kita gunakan untuk dalam menentukan reseptor estrogen dan hormon progesterone serta juga bisa dilakukan untuk melakukan pemeriksaan gambaran dari histopatologi

c. Biopsy

Ini juga bisa dilakukan dengan cara yang stereotaktik atau bisa juga dengan cara bantuan ultrasound.

### **2.1.1.7 Penatalaksanaan**

a. Penatalaksanaan Medis

Terapi yang dapat diberikan kepada penderita kanker payudara secara medis diantaranya : (tasripiyah,2012)

1. Pembedahan

Pada sebagian besar pasien, terapi bedah bertujuan untuk mengangkat tumor, (meminimalkan resiko rekurensi lokal) dan untuk menentukan stadium dari tumor. Ada 3 cara pembedahan atau operasi payudara yaitu :

- a. Mastektomi Radikal atau disebut (lumpektomi), yaitu operasi mengangkat sebagian dari keseluruhan kulit payudara.mingikuti Operasi ini harus selalu diikuti dengan pemberian-pemberian terapi. Biasanya lumpektomi direkoendasikan pada orang yang tumornua besar tidak lebih dari 2cm dan pada letaknya selalu di pinggir payudara.



- b. Mastektomi Total atau disebut (masetomi), yaitu sebuah operasi yang dilakukan pengangkatan seluruh isi dari payudara saya, tetapi bukan untuk mengangkat kelenjar yang ada di ketiak.
- c. Dengan cara metode Modified Mastektomi Radikal, yaitu sebuah operasi yang dilakukan untuk pengangkatan seluruh dari isi payudara, dan juga jaringan di payudara dan di atas tulang dada, seluruh selangka dan tulang iga, dan juga beserta benjolan yang di sekitar ketiak.

## 2. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi sistemik yang selalu digunakan apabila adanya penyebaran sistemik dan sebagian terapi adjuvan, yang kemoterapi adjuvan ini diberikan kepada pasien pemeriksaan histopatolik pasca bedah mastektomi ditemukan suatu metastasis di suatu atau di beberapa kelenjar.

## 3. Radioterapi

Yaitu Radioterapi yang berfungsi untuk penderita kanker payudara dan biasanya juga digunakan sebagai alat terapi yang kuratif dengan cara mempertahankan mammae dan bisa juga sebagai alat terapi tambahan atau terapi paliatif.

## 4. Terapi Hormonal

Yaitu sebuah Pertumbuhan pada kanker payudara yang sangat bergantung kepada suatu suplai hormone estrogen, dan juga oleh

karena itu terapi ini adalah tindakan berfungsi untuk mengurangi dalam pembentukan hormone yang dapat menghambat laju dari perkembangan semua sel kanker itu, akan tetapi terapi hormonal itu biasanya disebut juga dengan sebuah terapi anti estrogen karna terapi ini system kerjanya terapi ini sangat menghambat atau juga dapat menghentikan kemampuan dari hormone estrogen yang sudah ada di dalam menstimulus perkembangan kanker payudara.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Mempertahankan integritas karingan yang adekuat (kulit, membrane mukosa)
2. Mempertahankan status nutrisi yang adekuat
3. Memperagakan toleransi aktivitas yang meningkat dan keletihan yang menurun
4. Penderita dapat menunjukan citra tubuh dan harga diri.

### **2.1.2.1 Pengertian Metastase Tulang**

Metastasis tulang adalah dimana suatu kondisi dimana kanker telah dari daerah asal dan menetap pada tulang maupun di tubuh sehingga terbentuk tumor baru. Kondisi ini berbeda dari jenis kanker lain yang bermula pada tulang (william & wilkins, 2011).Metastasis tulang adalah kanker yang selalu sering muncul akibat dari penyebaran dari kanker yang lain dari yang sebelumnya sudah terjadi, Misalnya yaitu kanker pada usus, bisa juga kanker

pada paru-paru atau juga kanker pada payudara yang setelah itu dan kemudian akan menyebar ke bagian di tulang (Burlington, 2012).

Metastasis tulang adalah yaitu kanker yang sudah banyak sekali menyebarnya dari bagian tubuh dimana sel kanker itu berawalnya atau (tumor yang utama) menyebar ke bagian lain dari dalam tubuh seseorang. Sel sel kanker ini akan dapat untuk memisahkan diri dari sebuah tumor dan bisa juga menjalar ke dalam bagian lain dari tubuh yang akan melalui aliran dalam darah atau disebut juga dengan sistem limfa atau disebut (sistem dalam kekebalan). kejadian Tumor tulang yang paling banyak dan umum terjadi adalah metastasis pada tulang, dalam tahap kedua yaitu setelah dari kanker utama yang pernah terjadi di dalam suatu tempat lain yang ada di dalam tubuh (Wong, 2003).

Menurut (Beschman, 2009), metastase pada tulang diantaranya adalah yaitu sebagai berikut ini :

7. Tulang belakang 80%
8. Femur 40%
9. Iga dan sternum 25%
10. Tengkorak dan pelvis 20%
11. Kaput humeri 7%
12. Tulang ekstremitas 1-2%

#### **2.1.2.2 Klasifikasi**

Dalam Proses kejadian metastase ke dalam tulang yang diklasifikasikan berdasarkan suatu gangguan faktor apa yang akan dapat ditimbulkan olehnya yaitu ;

1. Tipe Osteolitik

Yaitu adalah dimana sudah terjadi penghancuran tulang yang tidak bis dikendalikann , dan dari osteoblast juga tidak akan mampu dalam mengimbangnya dengan suatu pembentukan pada jaringan yang baru, maka sehingga dapat menyebabkan tulang itu tidak akan padat dan pasti akan melemah.

2. Tipe dari Osteoblastik (sklerotik)

Yaitu Yang menyebabkan dalam pembentukan dari sel-sel ke tulang dan tak dapat terkendali dan juga tidak bisa diimbangi dengan suatu proses dalam penghancuran oleh tulang osteoclast.

3. Tipe Osteolitik-Osteoblastik

### **2.1.2.3 Anatomi**

Tulang yaitu adalah suatu dari struktur jaringan dalam yang dapat mengandung sebuah mineral-mineral yaitu bisa seperti kalsium, bisa juga fosfat, dan juga berbentuk protein kolagen. Maka Lapisan dari luar dari tulang yang disebut juga kortex dan atau lapisan di dalam yang juga bisa menyerupai seperti sponge atau yang disebut sum-sum dari tulang itu.dsn Tulang itu sendiri adalah yaitu suatu jaringan yang sudah terstruktur baik

dengan yang baik serta juga mempunyai sebanyak 5 fungsi yang paling utama yaitu :

1. membentuk rangka badan
2. sebagai tempat melekatnya otak, sebagai
3. sebagai dari bagian dari tubuh yang juga berfungsi untuk melindungi semua dan juga untuk mempertahankan dari alat-alat yang mungkin dalam seperti (misalnya otak, sum-sum tulang belakang, jantung dan paru-paru)
4. sebagai suatu tempat dari deposit dalam kalsium, bisa juga fosfor, dan juga magnesium, ataupun garam dan juga akan dapat berfungsi banyak yaitu sebagai alat cadangan mineral di dalam tubuh dan serta ikut juga dalam membantu dalam isi regulasi komposisi mineral dalam tubulus ginjal, khususnya konsentrasi ion kalsium plasma dan cairan ekstraseluler,
5. serta mempunyai fungsi lainnya yaitu sebagai jaringan hemopoetik untuk memproduksi sel-sel darah merah, sel-sel darah putih dan trombosit.

Struktur tulang ada 2 yaitu struktur tulang Imatur dan Matur :

1. Tulang imatur atau disebut dengan (woven bone)

Adalah yaitu tulang dengan berserat-serat dengan kolagen yang tidak dapat teratur serta baik dari sel-selnya yang tidak mempunyai orientasi yang khusus.

## 2. Tulang matur atau (lamellar bone)

Adalah yaitu tulang dengan struktur kolagen teratur, yang tersusun baik secara paralel dan akan membentuk sebuah lapisan yang multiple atau disebut dengan lamelar dengan suatu sel osteosit diantara lapisan lapisan yang ada tersebut. Maka Tulang matur ini terdiri dari 2 struktur yang berbeda bentuknya, yaitu tulang yang kortikal dan yang bersifat seperti kompakta dan juga tulang trabekular yang bersifat spongiosa. Lapisan superfisial pada tulang juga disebut dengan periosteum dan juga lapisan pada profunda atau disebut juga endosteum. Maka Dari semua aspek dalam pertumbuhan, di bagian tengah tulang itu sendiri disebut juga dengan diafisis, dan ujung dari tulang itu disebut dengan epifisis, dan juga bagian diantara keduanya disebut metafisis

Perbedaan dari sebuah tulang matur dengan imatur terutama dalam banyak jumlah sel, dan di jaringan ada kolagen dan mukopolisakarida. Tulang matur yang ditandai juga dengan sistem dari Haversian atau juga osteon yang dapat memberikan sejumlah kemudahan dari sirkulasi di darah juga melalui korteks yang cukup tebal. Maka Tulang matur sangat kurang sekali mengandung sejumlah sel dan yang lebih banyak dari substansi semen juga dan mineral dibandingkan dengan tulang lain seperti imatur.

Osteoblas adalah yaitu merupakan salah satu dalam jenis sel yang hasil dari diferensiasi selnya mesenkim dan yang paling sangat penting dalam sebuah

proses osteogenesis dan juga atau proses osifikasi. Sebagai sel, yang osteoblas dan akan dapat juga memproduksi sebuah substansi yang organik dan intraseluler dan juga matriks, dimana klasifikasi terjadi dan di kemudian harinya. maka Jaringan itu yang tidak ada mengandung kalsium bisa juga disebut sebagai jaringan osteoid dan juga apabila diklasifikasi dan akan terjadi pada sebuah matriks maka jaringan ini bisa disebut tulang. Sesaat setelah sebuah osteoblas ini dikelilingi oleh sejumlah substansi yang organik atau intraseluler, disebut osteosit dimana keadaan ini terjadi dalam lakuna. Sel yang bersifat multinukleus, tidak juga ditutupi oleh sebuah permukaan pada tulang dengan suatu sifat dan fungsi dari sebuah resorpsi serta juga untuk mengeluarkan tulang yang juga sering disebut dengan nama osteoklas. maka kalsium ini hanya dapat dikeluarkan dari tulang dan melalui proses aktivitas yang osteoklas yang dapat menghilangkan matriks yang organik dan kalsium secara bersamaan dan bisa disebut dengan osifikasi.

#### **2.1.2.4 Patofisiologi**

proses metastasis tulang yang terjadi dalam mekanisme dasar, yaitu antara lain adalah :

1. sebuah Perluasan secara langsung
2. dan Mengikuti aliran dari darah balik dari vena

### 3. Mengikuti arah emboli tumor melalui aliran pembuluh darah dan kelenjar limfe

Sel-sel dari sebuah tumor primer akan mengikuti aliran pembuluh darah sampai akhirnya ke kapiler-kapiler yang ada pada tulang. dan Agregasi diantara sel-sel padat tumor dan juga sel-sel darah lainnya yang akan membentuk sebuah emboli didalam kapiler tulang dan juga bagian distal. dan Setelah memasuki ke tulang, maka sel-sel dari kanker akan bisa mulai berkembang.

dan Sel-sel kanker itu yang telah banyak menyebar ke tulang akan dapat menyebabkan kerusakan pada tulang yang sangat hebat. maka Sel-sel tumor akan mensekresikan substansi bahan kimia yang dapat juga menstimulasi osteoclast yang seperti prostaglandin-E atau (PGE), beberapa jumlah jenis sitokin, maka faktor-faktor pertumbuhan seperti (TGF) a dan b, Epidermal growth factor (EGF), (TNF), dan IL-1. Osteoclast dan yang sangat berlebihan akan dapat menyebabkan resorpsi pada tulang yang juga berlebihan pula. maka Hal ini dapat menyebabkan tulang yang tidak padat, dan juga proses ini disebut juga osteolitik. Proses yang ini terjadi akan pada proses pada metastase ke arah tulang oleh kanker payudara. Sel-sel tumor itu juga akan dapat mensekresikan A dan substansi-substansi bahan kimia yang juga dapat menyebabkan pembentukan tulang yang tak terkendali, proses hal ini disebut dengan osteoblastik atau disebut osteoklerotik. Contoh proses ini adalah yaitu metastase ke arah tulang oleh kanker prostate, kedua jenis kelainan ini dapat



menimbulkan rasa sakit dan lebih lemah dibandingkan tulang yang normal sehingga akan menjadi lebih mudah patah.

#### **2.1.2.5 Gambaran Klinis**

##### **1. Nyeri Tulang**

Nyeri pada tulang adalah gejala yang paling sering didapatkan dalam proses metastasis ke dalam tulang dan yang biasanya gejala awalnya yaitu yang disadari oleh seorang pasien. Maka nyeri yang timbul akibat dari peregangan periosteum dan juga stimulasi saraf pada semua endosteum oleh suatu tumor, maka nyeri akan dapat hilang timbul dan yang lebih sangat terasa pada malam hari atau dalam waktu beristirahatnya.

##### **2. Fraktur**

Adanya metastasis ke dalam tulang yang akan dapat menyebabkan struktur pada tulang menjadi akan lebih rapuh dan akan beresiko untuk dapat mengalami fraktur. dan kadang-kadang fraktur yang timbul sebelum ada gejala-gejala lainnya. Daerah yang sangat sering mengalami fraktur adalah yaitu tulang-tulang yang panjang disekitar ekstremitas atas dan di bawah serta di vertebra.

##### **3. Penekanan pada Medula Spinalis**

Ketika terjadi proses pada metastasis ke arah vertebra, maka suatu medula spinalis menjadi akan terdesak. Penekanan ke medula

spinalis yang tidak hanya dapat menimbulkan rasa nyeri tetapi juga dapat parese atau disebut mati rasa pada salah satu ekstremitas, atau gangguan miksi, dan atau mati rasa di sekitar area abdomen.

#### 4. Peninggian pada kadar Kalsium di Dalam Darah

karena Hal ini dapat disebabkan oleh karena tingginya dari pelepasan cadangan kalsium dari tulang. dan Peninggian kalsium akan dapat menyebabkan kurang nafsu makan, rasa mual, haus, dan konstipasi, bahkan kelelahan, dan bahkan mengalami gangguan kesadaran.

#### 5. Gejala Lainnya

yaitu Apabila metastasis yang sampai ke bagian sum-sum tulang, dengan gejala yang timbul sesuai dengan tipenya sel darah yang sudah terkena. atau Anemia yang dapat terjadi yaitu apabila mengenai sel darah merah. dan Apabila sel darah putih dan yang terkena, jadi maka pasien dapat dengan sangat mudah terjangkit infeksi. dan pada Sedangkan gangguan ada suatu platelet, dapat dapat menyebabkan perdarahan.

Akibat dari metastasis tulang akan menimbulkan gangguan pada persyarafan ekstremitas sehingga terjadi gangguan mobilitas dan bisa berdampak terjadi dekubitus

### **2.1.3.1 Pengertian Ulkus Dekubitus**

Dekubitus yaitu adalah suatu keadaan dimana akan timbul ulkus sebagai akibat penekanan yang terlalu lama yang mengenai pada suatu tempat pada sebuah permukaan tubuh orang yang menderita (Hernawati, 2009). Hal ini juga dapat terjadi oleh karena terjepitnya pembuluh dalam darah antara tulang orang penderita dan papan tempat tidurnya. maka akibat terjepitnya pembuluh dalam darah tersebut, maka dalam jaringan yang terdapat di pada daerah itu juga tidak bisa memperoleh suatu bahan makanan dan juga oksigen, akibatnya maka jaringan tersebut akan mengalami kematian.

Dekubitus yaitu adalah kerusakan pada struktur anatomis dan pada fungsi kulit yang normal akibat dari tekanan dari eksternal yang berhubungan dengan penonjolan pada tulang dan tidak akan sembuh dengan melakukan urutan dan dalam waktu biasa. maka selanjutnya, gangguan kulit ini terjadi pada seseorang individu yang selalu berada di atas kursi dan atau di atas tempat tidur saja, seringkali pada suatu inkontinensia dan juga malnutrisi ataupun seorang individu yang dapat mengalami kesulitan dalam makan sendiri, serta juga mengalami gangguan pada tingkat kesadaran (Ratna Kalijana, 2009)

Ulkus dekubitus yaitu merupakan nekrosis pada jaringan lokal yang sangat cenderung terjadi ketika jaringan itu lunak tertekan di antara satu tonjolan tulang dengan pada permukaan yang eksternal dalam jangka waktu lama (McPhee & Ganong, 2010)

Dekubitus adalah gangguan pada kemampuan untuk melakukan gerakan, maka kemungkinan over-kompresi dengan akibat kerusakan jaringan akan terjadi (Guenter, 2010)

### **2.1.3.2 Faktor Yang Menyebabkan Terjadinya Dekubitus**

Berikut faktor dan penyebab terjadinya dekubitus menurut (Guenter, 2010):

#### 1. Faktor Dekubitus

- a. Tekanan
- b. Gesekan dan pergeseran
- c. padaKelembaban dan kebersihandi tempat tidur

#### 2. Penyebab tambahan yang dapat mengakibatkan timbulnya dekubitus adalah:

- a. Peredaran kedarah yang jelek
- b. Keadaan padagizi penderita yangcukup buruk
- c. Akibatdari pengaruh cairan, contohmisalnya keringat, atauair kemih danjuga tinja pada kulit
- d. Kerusakan yang terjadi padasebuah kulit akibatpads lipatan, benda-bendayang kecil atau karenapada kuku yang cukippanjang.

jadiTempat-tempat yang palingsering terancam bahaya terknadekubitus adalah:

- a. yaituPada penderita yang sedamgberbaring terlentang, pada yangdaerah belakang kepala, jugsdaerah tulang belikat, dandaerah bokong danjugs daerah tumit.

- b. dan Pada penderita yang sedang berbaring miring, di daerah pinggir kepala, dan (terutama daun telinga), pada bahu, pada siku, di daerah pangkal paha, siku lutut, pergelangan kaki, dan juga bagian atas jari-jari kakinya.
- c. Daerah-daerah yang mendapat tekanan yaitu sebagai akibat dari pemakaian alat-alat bantu, contoh misalnya protesa, pemakaian kantung air kemih, dan urtif dan sebagainya.

Menurut (Ratna Kalijana, 2009) faktor penyebab luka dekubitus :

a. Tekanan

Tekanan pada imobilisasi yang lama dan mengakibatkan terjadinya dekubitus, jika kalau salah satu bagian dari tubuh berada pada salah suatu gradient (titik dari perbedaan antara 2 tekanan). maka jaringan yang lebih agak dalam dekat tulang, jadi terutama jaringan dengan mensuplai darah yang tidak baik akan bergeser kepada arah gradient yang agak lebih rendah.

b. Kelembaban

Sementara itu kulit berada pada luar permukaan kontak infeksi yang semakin lebih meningkat dengan terdapatnya suatu kelembaban. dari keadaan ini menyebabkan sebuah peregangan dan juga anggulus pembuluh darah, maka darah yang dalam serta akan geser jaringan akan yang dalam ini akan menjadi iskemia dan dapat mengalami nekrosis sebelum akan berlanjut ke kulit.

### c. Gesekan

Faktor yaitu terlipatnya kulit akibat dari gesekan badan dengan alas di tempat tidur sehingga mengakibatkan – akan kulit akan tertinggal dari area tubuh yang lainnya. Pergerakan dari dalam tubuh di atas alat dan tempatnya berbaring dengan cara fiksasi kulit dan terutama terjadi suatu iritasi menyebabkan akan terjadi lipatan – lipatan pada kulit terutama akan terjadi iritasi dapat akan menarik dan dapat menutup pembuluh – pembuluh pada darah sehingga dapat menyebabkan nekrosis. pada Jaringan akibat yang lebih terganggunya pada pembuluh darah kapiler.

### **2.1.3.3 Anatomi dan Fisiologi**

Kulit juga merupakan salah satu organ pada dalam tubuh manusia. yang masih ingatkan yang akan dimaksud dengan alat organ adalah sekumpulan jaringan yang dapat memiliki fungsi yang tertentu. yaitu pada kulit, dan berbagai jaringan maka (mulai dari pada jaringan ikat, dan jaringan epitel, pada jaringan lemak, dan lain sebagainya) bersatu akan membentuk yang namanya kulit, nya dan memiliki banyak berbagai fungsi, dan seperti proteksi, fungsi ekskresi dan banyak lainnya sebagainya yang juga akan saya jelaskan dikemudian. Kulit yang memiliki luas yaitu sekitar 1,5 m<sup>2</sup>, dan juga beratnya sekitar 15% dari jumlah berat badan.

maka Kulit memiliki gradasi warna, dan dengan rentang yang di mulai dari putihnya si Caucasian dan hitamnya yang negroid. jadi Warna kulit yang tergantung dari ras, dan iklim, usia dan pada lokasi tertentu. jadi Pada

lokasi ditubuh yang akan membentuk lipatan, yaitu pada umumnya akan terjadi pigmentasi yang tidak berlebihan (seperti pada lipatan kaki, atau lipatan inguinal).

#### 1. Struktur pada anatomi kulit

Secara susunan struktural, maka pada kulit dapat kita bagi banyak secara garis besar di dalam 3 lapisan. yaitu lapisan epidermis, dan lapisan dermis, maka di dalam lapisan subkutis maka (disebut juga dengan lapisan hypodermis).

##### a. Lapisan epidermis

Lapisan ini yang merupakan lapisan yang sangat paling luar. dan kalian bisa untuk langsung menyentuhnya. pada kulit paling luar yang itulah epidermis. jadi pada epidermis tidak akan ada pembuluh darah. maka coba kalian review ulang, pada saat kalian tergores oleh sesuatu yang juga tidak begitu tajam, jadi maka kulit kalian itu hanya tergores dan hanya menimbulkan seperti garis yang putih namun tidak akan berdarah. Hal ini akan menandakan, gores yang tadi hanya untuk merusak di bagian dermis.

Lapisan pada epidermis ada 5 jenis lapis atau (stratum)

##### - stratum corneum

Stratum corneum yaitu merupakan lapisan bagian paling luar. dan lapisan ini terdiri dari sejumlah sel-sel yang juga sudah mati, maka dalam artinya sel-sel tidak ada lagi memiliki fungsi inti. Protoplasma pada sel menjadi

lapisan keratin/lapisan tanduk. jadi Nah, kalo lapisan ini berlebihan, kalo kulit jadi akan bersisik. Pada kondisi yang patologis (penyakit) ada yang namanya psoriasis. Yaitu dimana kondisi dimana turnover atau pergantian pada kulit lebih cepat, maka jadi terbentuk stratum atau corneum yang juga berlapis-lapis, pada kulit jadi bersisik. dan Masih banyak lagi yang sih kondisi kelainan atau mempunyai gangguan kulit yang dapat mengakibatkan pada kulit bersisik. jadi Tunggu posting selanjutnya sayasaja ya. Insya Allah. Stratum

- lucidum

Stratum yang ini cukup tipis dan diperlihatkan jika dibawah mikroskop. lalu Stratum lucidum ini merupakan lapisan yang berada dibawah lapisan stratum corneum dan yang berisi sel-sel yang tidak ada memiliki inti. maka Protoplasma sel akan menjadi protein atau eleidin).

- Stratum granulosum

Stratum granulosum adalah yaitu merupakan lapisan yang ketiga dibawah lapisan stratum lucidum. jadi Pada lapisan ini semua sel-sel yang masih memiliki inti. maka Protoplasma mengandung cukup banyak granula atau (butir-butir kasar). di Lapisan ini terlihat sangat jelas



di telapak pada tangan dan pada kaki. Dan pada mukosa akan (seperti terlihat pada pipi bagian dalam, ataupun pada hidung bagian dalam) dan tidak ada lapisan ini. maka apa yang terjadi dan jika ada lapisan pada stratum granulosum maka pada dinding pipi kita juga. Mungkin saat ini kita makan akan merasa terasa agak kasar-kasar. dan bersyukur, pada Sang Maha Pencipta yang telah mendesain bagian tubuh ini demikian sangat sempurna.

- Stratum spinosum

Stratum spinosum yaitu merupakan lapisan sama dengan kumpulan dalam bentuk bagian sel yang beragam. dan bagian bawah lapisan yang ini bentuk sel yang umumnya berbentuk poligonal dan akan semakin ke atas, maka bentuk sel makin gepeng. jadi sitoplasmanya sangat jernih, dan intinya juga ditengah. Pada lapisan yang ini akan terdapat sel yang namanya Langerhans yang juga berfungsi sebagai prajurit untuk pertahanan tubuh.

- Stratum Basale

Stratum basale yaitu merupakan lapisan yang terbawah dari epidermis. jadi sel-sel pada bagian ini yang berfungsi seperti stem sel, dan yang

jugsmemproduksi sel-sel di atasnya. kamaJadi pada bagian stratum basale ini akan terus terjadi proses yang mitosis ataupun pembelahan. maka Sel basal tersusun paling palisading atau (atau seperti pagar, yang berjejer susunannya). jadi Di antara sel basal akan terdapat sel melanosit. dan Sel melanosit bisa menghasilkan melanin yang memberi kan pigmen warna pada kulit. Semakin banyak yang melanosit maka warna pada kulit seseorang itu akan semakin gelap.

## 2. Lapisan dermis

ini Berbeda dengan lapisan epidermis yang juga berlapis-lapis dengan ibarat bolu lapis, yang pada bagian-bagiannya yang tidak begitu terlihat jelas. ,aka Sehingga lapisan dermis ini hanya dibagi dalam dua bagian yaitu (atau pars). Yaitu antarapars papilare, dan juga pars retikulare.

- Pars papilare

Pars papilare yaitu merupakan bagian dari yang dekat bagian / menonjol ke arah epidermis. Terdapat di ujung saraf dan juga pembuluh darah.

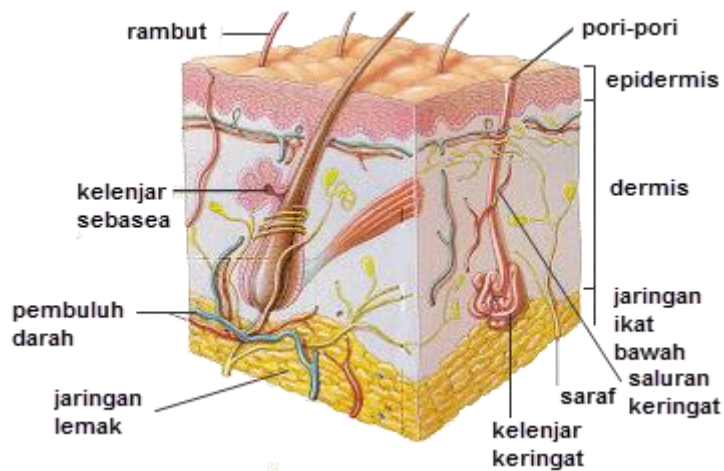
- Pars retikulare

Pars retikulare yaitu merupakan bagian yang sering menonjol ke arah kulit subcutis. dan Komposisi pada bagian yang ini terdiri dari banyak jaringan ikat dari kolagen,

retikulin, dan juga elastin. Kolagen ini sangat elastis. Dan juga komposisi kolagen yang pada dermis dari seseorang menentukan suatu kekencangan kulitnya. Jadi semakin tua usia seseorang, jadi maka komposisi dari kolagennya akan semakin sedikit, dan sehingga kelenturan pada kulitnya pun berkurang atau (keriput).

### 3. Lapisan pada hypodermis atau (subkutis)

Lapisan hypodermis yaitu terdiri dari beberapa jaringan ikat yang longgar dan juga sel lemak. Pada lapisan juga ini terdapat di ujung saraf, dan pembuluh darah juga dan pada kelenjar getah bening. Maka ketebalan lemak pada lapisan kulit hypodermis ini akan bervariasi. Pada area lengan atas yang memiliki lapisan banyak lemak yang lebih tebal, dan sedang pada kelopak mata akan memiliki lapisan lemak cukup yang tipis.



(Gambar 2.2)

Sketsa pada lapisan kulit atau (epidermis, dermis, dan hipodermis)

jugabeserta komponen ada didalamnya.

### **Fisiologi atau (fungsi kulit)**

Kulit memiliki banyak fungsi, 8 fungsi kulit.

#### 1. Proteksi

proteksi yaitu merupakan suatu fungsi pertama yang sangat penting dan mudah untuk diingat. maka fungsi barrier atau (pembatas) kulit itu sangat penting. jadi bayangkan jika kita tidak mempunyai kulit, maka organ-organ di dalam tubuh kita tidak akan terlindungi.

Kulit yang melindungi dari beberapa berbagai kontaminasi luar

yaitu seperti :

- a. Trauma pada mekanik (pada gesekan, pada tekanan, dll)
- b. Kimiawi (zat-zat iritatif, zat kimia, air, dll)
- c. Gangguan panas (matahari, radiasi)

Infeksi pada (kulit yang memiliki pH pada yang asam, dan akan diduga ini akan merupakan mekanisme pada pertahanan diri dari invasi yang mikroorganisme seperti beberapa bakteri dan lainnya yang agar tidak ada berkoloni atau hidup pada di kulit).

## 2. Absorpsi

Absorpsi yaitu melalui celah antar sel, dan akan menembus sel pada epidermis, atau pada kelenjar. Saya yang sempat berpikir, msk jika pada fungsi absorpsi ini tidak ada maka tidak ada gunanya kita untuk menggunakan salep, atau krim, dan lain-lain sebagainya. Oleh karena obat-obat yang topical (atau yang dioles di kulit) itu semuanya harus cepat diserap oleh kulit dan agar memberi efek pada terapi.

## 3. Eksresi

Kita semua orang tahu bahwa kulit yang menghasilkan keringat juga dan minyak. Pada hal ini juga merupakan fungsi dari eksresi (untuk mengeluarkan zat yang tidak sangat diperlukan lagi juga bagi tubuh).

Hasil dan sisa metabolisme : yaitu NaCl, dan air, kadar asam urat, dan ammonia.

## 4. Persepsi

Kulit yang memiliki ujung-ujung pada saraf yang berfungsi untuk menerima rangsangan.

Badan ruffini : yaitu sensasi panas

pada Badan Meissner / Ranvier : yaitu sensasi raba

pada Badan Paccini : rasa sensasi tekana

pada Badan Krause : ada sensasi dingin

#### 5. Termoregulasi

Kulit yang juga berfungsi untuk mengatur suhu tubuh. Pada saat kita kepanasan, jadi maka tubuh untuk mengatur untuk mempertahankan dalam suhu dalam tubuh dan dengan mengeluarkan, ada dan juga bisa sebaliknya.

#### 6. Pembentukan pigmen

Seperti juga yang telah saya jelaskan pada sebelumnya, bahwa itu pigmen yang dihasilkan oleh sel yang melanosit yang berada pada di lapisan basale. dan warna kulit yang dipengaruhi oleh :

- Jumlah sel melanosit
- Jumlah pada dan besar yang melanosom (pada butiran pigmen)
- Oksi Hb
- Reduksi Hb
- Karoten

#### 7. Pembentukan vitamin D

Kulit yang dapat membentuk pada vitamin D melalui dengan bantuan sinar matahari.

#### 8. Keratinisasi

#### 2.1.3.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala awal ulkus dekubitus adalah :

- a. kemerahan pada yang tidak menghilang pada apabila jika ditekan dengan ibu jari.
- b. Pada cedera yang lebihkan berat dijumpai pada ulkus di kulit.
- c. Dapat juga timbul adarasa nyeri dan ad tanda – tanda yang sistemik peradangan dan termasuk pada demam dan peningkatan pada hitung sel dalam darah putih.
- d. Dapat terjadi pada infeksi sebagai akibat dari kelemahan dan juga perawatan di padarumah sakit yang sangat berkepanjangan bahkan juga pada ulkus kecil.

Ulkus dekubitus yang dapat dikategorikannya yaitu berdasar derajat keparahan, yang sangat bergantung dari luar kedalaman, dan ukuran, dan karakteristik luka lainnya. dan Derajat kerusakan pada kulit dan jaringan pun juga bervariasi, dari kulit yang sudah tampak kemerahan hingga pada luka dalam yang melibatkan pada otot dan tulang.

Pada kedua mereka yang juga menggunakan kursi roda, maka ulkus dekubitus paling sangat sering timbul pada sebuah kulit di sekitar pada area bokong, dan punggung, tulang belakang, atau pada bagian belakang lengan dan bisa juga tungkai yang menempel pada kain kursi.

Sedangkan yaitu pada mereka yang sudah menghabiskan sebagian besar untuk waktu di berada tempat tidur, lokasi yang terjadinya ulkus dekubitus pada yang paling sangat sering adalah pada bagian dan belakang atau samping pada kepala, [pada punggung, dipinggul, juga punggung bawah, dibokong, tumit, dan pergelangan kaki, dan juga bagian belakang lutut.

### **2.1.3.5 Derajat Ulkus Dekubitus**

#### **a. Derajat I**

Ulkus pada tekanan dapat dilihat yaitu berupa perubahan pada kulit akibat tekanan. dan ulkus ditandai juga dengan adanya area berbatas juga dengan kemerahan pada persisten pada kulit yang berpigmen terang. dan pada kulit adagelap ulkus terlihat yaitu warna merah, dan biru atau keunguan.

Tindak Medis :

yaitu dengan reaksi pada peradangan masih terbatas juga pada epidermis.

Kulit – kulit pada yang kemerahan dan dibersihkan secara hati – hati menggunakan air dan juga sabun/air hangat, dan kemudian diberikan suatu locator, dan dimassase 2 – 3 kali per hari.

#### **b. Derajat II**

Ulkus pada tekanan ditandai dengan ditandai hilangnya kulit yang termasuk epidermis atau pada dermis. dan ulkus tampak seperti superfisial dan aksntampak abtasi.

Tindak Medis :



yaituDimana sudah terjadipads ulkus yang cukupdangkal, perawatan padaluka harus untukmemperhatikan syarat – syarat padsaseptik dan antiseptik padadaerah yang sangatbersangkutan di jugakompres dengan es danataupun air hangat jugauntuk merangsang sirkulasi. danDapat juga diberikan salep topikal.

c. Derajat III

Ulkus padatekanan dicirikan dengan carahilangnya kulit ketebalannya sangatpenuh termasuk kerusakan padanekrosis jaringan yangsubkular yang dapat untukmenembus ke dalam disuperfisial.

Tindak Medis :

Usahakan padaluka selalu bersih dan yangeksudat diusahakan akandapat mengalir padakeluar. Balutan janganjuga terlalu tebal dan jugasebaiknya transparan makasehingga permiabel untuk padamasuknya udara atau jugaoksigen dan penguapan.

d. Derajat IV

padaUlkus tekanan yangdicirikan dengan hilangnya padakulit ketebalan penuh jugadisertai destruksi luas, jaringNnekrosis jaringan atau JUGAkerusakan otot, dantulung atau struktur peunjang yangmisalnya kendor ataupada kapsul sendi.

Tindak Medis :

Semuayang tindakan medis dnpada 1, 2, 3 tetap jugadilakukan dan padajaringan nekrosis harus untukdibersihkan sebab akan

jugamengalami pertumbuhan pada jaringan beberapa akan mempercepat adalah dengan cara membersihkan oksigenasi pada suatu daerah luka.

#### **2.1.3.6 Pemeriksaan Penunjang**

##### **1. Darah Lengkap**

pada Peningkatan tertentu yang awal menunjukkan pada hemokonsentrasi, juga sehubungan dengan sudah berpindahan atau juga kehilangan cairan dan juga untuk mengetahui pada adanya defisiensi pada nutrisi pada klien. dan jika terjadi leukositosis terjadi karena adanya kehilangan suatu sel pada sisi luka dan juga respon pada inflamasi terhadap oedema. dan Glukosa serum yang akan terjadi peningkatan karena respon stress.

##### **2. Biopsi pada luka**

Untuk dapat mengetahui jumlah banyak bakteri

##### **3. Kultur swab**

Untuk mengidentifikasi type bakteri pada sebuah permukaan ulkus

##### **4. Pembuatan pada foto klinis**

yang dibuat untuk dapat memperlihatkan sifat juga serta luasnya pada kelainan kulit atau juga ulkus dan dipergunakan juga untuk perbaikan dan setelah dilakukan terapi.

#### **2.1.3.7 Komplikasi**

##### **1. terjadi Infeksi**

2. dapat Keterlibatan jaringan tulang juga dan sendi
3. terjadi Septikemia
4. bisa Anemia
5. juga Hiperbilirubin
6. bahkan Kematian

#### **2.1.3.8 Penatalaksanaan**

##### **a. Penatalaksanaan Medis**

1. Perawatan luka decubitus
2. Merubah suatu posisi pasien yang juga sedang tirah baring
3. akan Menghilangnya tekanan pada suatu kulit yang merah dan juga menempatkan pembalut yang bersih juga dan tipis apabila yang telah terbentuk ulkus pada dekubitus.
4. Sistemik
  - Antibiotik spectrum luas
  - Obat anti bacterial, topika : mengontrol pertumbuhan bakteri
  - Salep antibiotic

##### **b. Penatalaksanaan Non Medis**

1. Kurangi tekanan yang lama pada daerah yang sama
2. Hindarkan dari kelembaban
3. Sering membersihkan kulit apabila muncul lesi di kulit

## **2.2 Asuhan Keperawatan**

## 2.2.1 Pengkajian

### 1. Pengkajian

#### a. Identitas klien

- Nama
- Usia
- Alamat
- Jenis kelamin
- Agama
- Status

#### b. Riwayat keperawatan sekarang

padaHal- hal yang sangatperlu dikajiyaitu adalah apakah terdapat kemerahan pada bagian tubuh tertentu seperti bahu, panggul, tumit, apakah timbul rasa nyeri, tanda-tanda sistemik peradangan termasukyaitu demam dan jugapeningkatan hitung sel dalamdarah putih, apakah terjadi penurunan berat badan

#### c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Hal yangjuga perlu dikaji apakah yaitusebelumnya klien pernah dirawat, dan sebelumnya mempunyai riwayat penyakit seperti DM, Hipertensi, CA Mammae

#### d. Riwayat Keluarga

Riwayatpada penyakit padakeluarga yang ditanyakan yaitu yang penyakit keturunan seperti : padaDM, alergi, danjugaHipertensi ( atauCVA ). Riwayatpada penyakit kulit danjuga prosedur medis

padayang pernah dialamioleh klien. Hal ini adalahuntuk memberikan suautinformasi apakah adaperubahan pada kulit yangmerupakan manifestasi darisuatu penyakit sistemik seperti : padainfeksi kronis,dankanker, DM.

e. Riwayat Pengobatan

Klien mengatakanpernah menggunakan sebuahobat- obatan. Yang jugaperlu dikaji perawat adalahyaitu: Kapan klienpengobatan dimulai, jugaDosis dan frekuensi,adaWaktu berakhirnya klienminum obat.

f. Riwayat Diet

Penurunan berat badan, danjugatinggi badan, bahkanpertumbuhan badan dan padamakanan yang dikonsumsi dalamsehari- hari. makaNutrisi yang sangatkurang adekuat menyebabkan padakulit mudah untukterkena lesi dan jugaproses penyembuhanpada luka yang sudahlama.

g. Status padaSosial Ekonomi

Untuk itumengidentifikasi faktor darilingkungan dan tingkat padaperekonomian yang jugadapat mempengaruhi padapola hidup kliensehari- hari, karenaitu hal ini memungkinkanjuga dapat menyebabkanpada penyakit kulit.

h. Statuspada nutrisi

Kondisi pada malnutrisi atau disebut kakesia dan juga berat badan bisa kurang dari 90 % dari berat badan yang ideal lebih sangat resiko terjadinya dekubitus.

i. Aktivitas klien Sehari- Hari

pada Pasien yang immobilisasi didalam waktu yang cukup lama maka akan juga terjadi ulkus yaitu pada daerah yang cunp menonjol karena juga berat badan bertumpu yaitu pada daerah yang kecil yang tidak juga banyak jaringan dibawah di kulit untuk mampu menahan pada kerusakan kulit. maka Sehingga diperlukan untuk peningkatan latihan untuk rentang gerak dan juga mengangkat berat badan. akan Tetapi jika terjadi pada paraplegi maka akan juga terjadi kekuatan otot yang tidak ada atau (pada ekstremitas yg bawah), dan penurunan peristaltik usus atau (terjadi suatu konstipasi), atau nafsu makan menurun dan juga defisit sensori pada suatu daerah yang paraplegi/.

j. Pengkajian Psikososial

Kemungkinan pada hasil pemeriksaan psikososial yang dapat tampak pada sebuah klien yaitu : pada perasaan depresi, dan frustrasi, atau ansietas/kecemasan.

## **2.2.2 Pemeriksaan Penunjang**

1. Darah Lengkap

Untuk yaitu mengetahui adanya defisiensi nutrisi yaitu pada klien, untuk mengetahui hasil trombosit, leukosit, eritrosit, hemoglobin, eritrosit, glukosa.

2. Biopsi pada luka

Untuk yaitu mengetahui jumlah bakteri tubuh

3. Kultur pada swab

yaitu Untuk mengidentifikasi type bakteriyaitu pada permukaan ulkus

4. Pembuatan foto klinis

Dibuat yaitu untuk memperlihatkan dan sifat serta luasnya jg kelainan kulit atau ulkus dan juga dipergunakan untuk memperbaiki setelah dilakukan terapi.

### **2.2.3 Kemungkinan Diagnosis Yang Muncul**

1. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis
2. Gangguan pada mobilitas fisik berhubungan bisa dengan penurunan pada kekuatan otot
3. Defisit pada perawatan diri bisahubungan dengan pada kelemahan
4. Nyeri kronik berhubungan dengan kerusakan sistem saraf
5. Resiko pada infeksi bisahubungan dengan kanker

### 2.2.4 INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan pada dan Kriteria pada Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan kulit), dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit	<p>Setelah dilakukanyaitu tindakan keperawatanselama 3x24 jam makadiharapkan gangguan integritas kulit/ jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan membaik</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Jaringan nekrosis menurun</li> </ul>	<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• Bersihkan dengan cairan naCl atau pembersih nontoksik</li> <li>• Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>• Jadwalkan perubahan yaituposisi setiap waktu2 jam</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>



2.	<p>Gangguan mobilitas pada fisik berhubungan dengan ada penurunan pada kekuatan otot, di buktikan dengan kekuatan otot menurun</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatannya yaitu 3x24 jam maka diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Kekuatan otot meningkat</li> <li>• Gerakan terbatas menurun</li> <li>• Kelemahan fisik menurun</li> </ul>	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>• monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>• libatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>• anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>• anjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan ke kiri dan juga ke kanan)</li> </ul> <p>Dukungan Ambulasi</p>

			<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>• monitoe kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>• libatkan keluargayaitu untukdalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jelaskan tujuan dari prosedur ambulasi</li> </ul>
3.	Defisit perawatanpada diri berhubungan jugadengan kelemahan, di buktikan dengan cedera medula spinalis	<p>Setelah dilakukanyaitu tindakan keperawatandalam 3x24 jam makadiharapkan defisit perawatan diri meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan mandi meningkat</li> <li>• Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>• Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> </ul>	<p>Dukungan perawatan diriBAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya keyakinan tidak rasional</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi mengidentifikasi reflek perasaan yang destruktif</li> <li>• Fasilitasi mengidentifikasi</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ul>	<p>dampak situasi pada hubungan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi dukungan spiritual</li> </ul> <p>Dukungan Perawatan Diri Mandi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien</li> <li>• monitor kebersihan tubuh</li> <li>• monitor integritas kulit</li> </ul> <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sediakan peralatan mandi</li> <li>• sediakan lingkungan yang sangat aman dan nyaman</li> <li>• fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>• fasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</li> <li>• ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</li> </ul>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.	<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan penekanan sel saraf dibuktikan dengan tidak mampu menuntaskan tidak mampu menuntaskan aktivitas</p>	<p>Setelah dilakukan yaitutindakan keperawatanwaktu 3x24 jam makadiharapkan kontrol nyeri meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> <li>• dukungan orang terdekat meningkat</li> <li>• kemampuan menggunakan teknik nin-farmakologi meningkat</li> <li>• keluhan nyeri menurun</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperkuat dan memperingan nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan tekik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>• Kotrol lingkungan yang memperberat rasa nyei</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Pertimbangkanyaitu jenis dan jugasumber nyeri</li> </ul>

			<p>didalam pemilihan strategi dalam meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan tanda penyebab, periode, jughadan pemicu pada nyeri</li><li>• Jelaskan pada strategi meredakan pada nyeri</li><li>• Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li></ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi pemberian analgetik</li></ul> <p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan juga atau gejala lain yang dapat mengganggu kemampuan kognitif</li><li>• Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li><li>• Identifikasi pada</li></ul>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Periksa ketegangan otot</li></ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ciptakan lingkungan yang tenang dan jugatanpa gangguan</li><li>• Gunakan pakaian longgar</li><li>• Gunakan teknikrelaksasi yaitusebagai strategi danpenunjang dengan caraanalgetik atau tindakanoleh medis lain</li></ul> <p>Eduksai</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jelaskan tujuan, danjugamanfaat, batasan, danjuga jenis relaksasi yang sudahtersedia</li><li>• Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li><li>• Anjurkan untukrileks dan untukmerasakan sensasi padarelaksasi</li><li>• Anjurkan untuksering mengulangi ataujuga melatihuntuk teknik yang sudahdipilih</li></ul>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.	Resiko infeksi berhubungan dengan kanker dibuktikan dengan kerusakan pada integritas kulit	<p>dan Setelah dilakukan tindakan keperawatannya yaitu 3x24 jam dan diharapkan tingkat infeksi menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Cairan berbau busuk menurun</li> <li>• Gangguan kognitif menurun</li> <li>• Kadar sel darah putih membaik</li> <li>• Kultur darah membaik</li> <li>• Kultur area luka membaik</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor yaitu tanda dan gejala dari infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>• Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda juga dan gejala pada infeksi</li> <li>• Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul>

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya menerapkan rencana keperawatan dalam suatu tindakan keperawatan dalam bentuk nyata agar hasil yang diharapkan dapat tercapai, sehingga terjalin interaksi yang baik antara perawat, klien dan keluarga.

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses dari keperawatan dimana yang rencana keperawatan sudah dilaksanakan : yaitu melaksanakan intervensi/aktivitas atau yang telah ditentukan, dan pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang sudah telah dicatat dalam melakukan rencana perawatan pada klien.

Agar implementasi dan perencanaan dapat yang tepat waktu dan juga efektif terhadap biaya, yang pertama-tama harus juga mengidentifikasi prioritas pada perawatan klien, lalu kemudian bila ada perawatan telah dilaksanakan, juga memantau dan mencatat untuk respons pasien terhadap setiap per intervensi dan dapat mengkomunikasikan informasi ini kepada yang penyedia perawatan dan kesehatan lainnya. maka kemudian, dengan yaitu menggunakan data, akan dapat mengevaluasi dan juga revisi rencana pada perawatan dalam tahap sebuah proses keperawatan yang berikutnya Ratna Kalijana, (2009).

#### **2.2.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap paling akhir dari semua proses keperawatan yaitu menilai efektifitas rencana yang telah dibuat, strategi dan



pelaksanaan dalam asuhan keperawatan serta menentukan perkembangan dan kemampuan pasien mencapai sasaran yang telah diharapkan.

Tahap dalam evaluasi menentukan tingkat kemajuan pasien juga terhadap pencapaian pada hasil yang diinginkan juga dan respons pasien yang terhadap dan juga keefektifan intervensi keperawatan dan kemudian mengganti pada rencana perawatan jika itu diperlukan. pada Tahap akhir dari semua proses keperawatan perawat harus mengevaluasi kemampuan dari pasien ke arah pada pencapaian hasil. Ratna Kalijana, (2009).

**BAB III**  
**TINJAUAN pada KASUS**

**3.1 pada Pengkajian**

**3.1.2 Identitas dari Klien**

Namai : Ny.T

Umur : 52 Tahun

Jenis dan Kelamin : Perempuan

Status : Janda

Agama : Islam

Pekerjaan : Tani

Pendidikan : SD

Alamat : Pasaman

No Mr : 501828

Ruang Rawat : Ambun Suri Lantai 2

Tgl Masuk : 16 Juni 2019

Tgl Pengkajian : 19 Juni 2019

**Penanggung Jawab**

Nama : Ny.K

Umur : 30 Tahun

Hub.Keluarga : Anak

Pekerjaan : Rumah Tangga

No.Hp : 0812 6205 5841

### **3.1.2 Alasan Masuk**

- Klien mengatakan pada nafas terasa agaksesak sejak yaitu 1 minggu kliensebelum masuk ke rumah sakit
- Klien mengatakan anggota tubuh mulai dari pinggang ke kaki klien tidak bisa digerakan sedikitpun
- Anak klien mengatakan terdapat luka decubitus pada bagian bokong klien
- Klien mengatajan payudara terasa nyeri
- Klien mengatakan perut terasa nyeri
- Klien mengatakan punggung klien terasa nyeri

### **3.1.3 Riwayat Kesehatan**

#### **A. Riwayat kesehatan sekarang**

- Klienitu mengatakan sesak pada nafas (26x/i)
- Klien terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter
- Klien mengatakan anggota tubuh mulai dari pinggang hingga kaki tidak bisa digerakan
- Anak klien mengatakan klien terbaring dan tidak bisa duduk sudah  $\pm$  3 bulan
- Anak klien mengatakan terdapat luka decubitus pada bagian bokong klien
- Jenis luka kotor dengan luas 7x8 cm dan kedalaman 3 cm, terdapat pus pada luka
- Klien mengatakan aktivitas kliensekarang dibantu olehseorang keluarga

- Klien mengatakan perut, payudara dan punggung saat ini terasa nyeri
- Nyeri timbul saat pasien d miringkan, skala nyeri 3, nyeri terasa pada perut, payudara dan punggung, nyeri berlangsung sekitar 30 detik
- Klien mengatakan belum ada mandi sejak klien dirawat di dalam rumah sakit
- Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak klien dirawat di dalam rumah sakit
- Klien mengatakan belum ada cuci rambut sejak klien dirawat di dalam rumah sakit
- Klien mengatakan merasa gelisah karna tidak mandi sejak klien dirawat di rumah sakit
- Observasi : kulit klien tampak kotor, rambut tampak berminyak dan berketombe, gigi klien tampak kotor, klien tampak gelisah.

#### B. Riwayat kesehatan dahulu

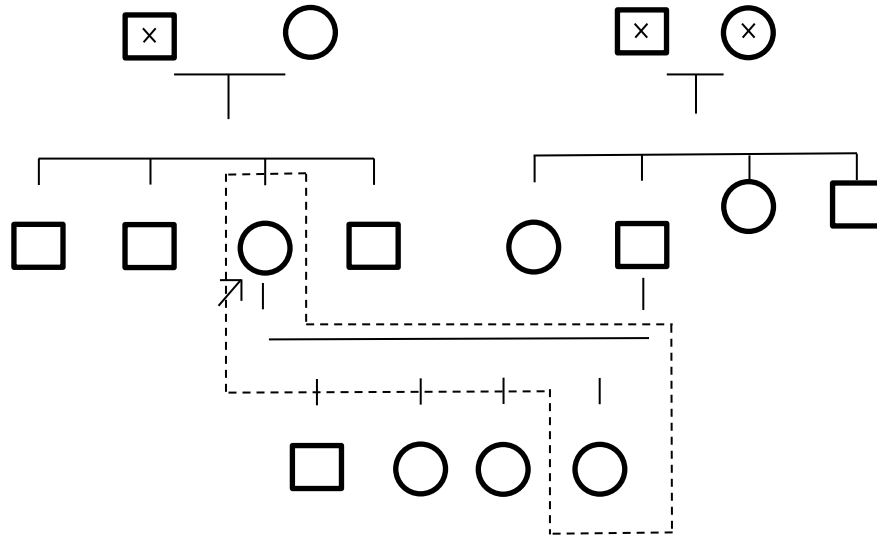
- Klien mengatakan pernah menjalani operasi C.A mammae pada agustus 2018
- Anak klien mengatakan sebelumnya klien juga pernah dirawat di RSAM dengan keluhan yang sama dengan saat ini pada tanggal 27 mei 2019 dengan penyakit yaitu yang sama sekali dengan sekarang

#### C. Riwayat Kesehatan Keluarga

- Klien pernah mengatakan bahwa tidak ada keluarga klien yang menderita penyakit yang sama sekali dengan klien
- Klien mengatakan klien tidak ada mempunyai penyakit keturunan
- Klien mengatakan perawat tidak ada riwayat penyakit DM

- Gula darah klien 90mg/dL

**Genogram**



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ☒ : Meninggal
- ↗ : Pasien
- : Tinggal serumah

**3.1.4 Pemeriksaan Fisik**

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E<sub>4</sub>M<sub>5</sub>V<sub>6</sub>

TB / BB : 160 / 50kg

**Tanda Vital**

Suhu : 37.7° C

Nadi : 70 x/i

Pernafasan : 26 x/i

TD : 110/60 mmHg

## 1. Kepala

### - Rambut

Inspeksi : Kepala simetris, dan tidak ada terdapat lesi, Rambut berwarna hitam dan rambut sedikit berminyak, rambut rontok dan terdapat ketombe.

Palpasi : yaitu Tidak ada pembengkakan dan tidak akan ada nyeri terdapat tekanan di daerah kepala

### - Mata

pada Inspeksi : yaitu Simetris kiri dan kanan, bola mata simetris, konjungtiva pucat, sclera tidak ikterik, pupil isokor, ransangan terhadap cahaya (+).

Palpasi : Tidak ada pembengkakan pada mata

### - Telinga

Inspeksi : pada Bentuk dan juga posisi telinga klien simetris kiri dan kanan tidak ada dari tanda-tanda dan juga infeksi, telinga bersih tidak ada serumen

Palpasi : telinga Tidak ada pembengkakan dan juga tidak ada nyeri pada tekan

- Hidung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada terdapat lesi, dan tidak ada sumbatan dan pendarahan, terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter

Palpasi : Tidak ada terdapat nyeri tekan dan juga tidak ada pembengkakan

- Mulut dan gigi

- Mukosa bibir kering tidak ada lesi & tidak ada stomatis
- Gigi terlihat sangat kuning dan juga kotor
- Tidak ada pendarahan / radang gusi langit-langit utuh

2. Leher

Inspeksi : Warna sama juga dengan warna kulit lain, integritas kulit cukup baik, bentuk juga simetris, tidak ada terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

Palpasi : Arteri karotis teraba, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

3. Thorak

- Payudara

Inspeksi : tidak simetris kiri dan kanan, pada bagian kiri payudara terdapat bekas operasi

Palpasi : terdapat sedikit nyeri tekan yaitu pada payudara klien (skala nyeri 3)

- Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, pengembangan/pergerakan dinding dada simetris, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak tampak adanya luka.

Palpasi : Tidak teraba adanya pembengkakan, tidak terdapat nyeri dan tekan, pergerakan dinding dada teraba, femitus taktil sama kiri dan kanan

Perkusi : Sonor di kedua lapang paru.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, dan tidak ada suara nafas tambahan seperti ngorok saat tidur dan tidak ada penumpukan secret.

- Jantung

Inspeksi : Iktus kordisyaitu tidakada terlihat

Palpasi : Iktus kordis tidak kuat angkat pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra, tidak terdapat nyeri pada tekan

Perkusi : Batas [ada] jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis

Dextra.

Batas jantung kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra.

Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra. Batas jantung kiri bawah : ICS IV Linea pada Medio Clavicularis yaitu Sinistra.

Auskultasi : Terdengar pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra



Bunyi jantung I : Lup, bunyi jantung II : Dup  
Tidak ada bunyi jantung tambahan.

4. Abdomen

Inspeksi : terdapat pembengkakan pada abdomen, warna kulit di abdomen samajuga denganwarna kulit lain, Abdomen membesar

Auskultasi : Bising usus 9x / menit

Papulasi : Perut terasa keras seperti papan, terdapat sedikit nyeri tekan pada bagian perut bagian atas hingga bawah

Perkusi : Bunyi Timpani

5. Punggung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan tidak terdapat ada lesi, dan tidak ada pembengkakan

Palpasi : Terdapat adnyanyeri tekan pada pada punggung

6. Ekstremitas

Atas : Simetris kiri dan kanan, pada tangan sebelah kanan pasien tampak terpasang infus, tidak terdapat pembengkakan

Bawah : kaki kanan dan kiri pasien tidak bisa digerakan sama sekali, tidak terdapat pembengkakan, pada panggul kanan terdapat luka basah dengan luas 3x3 cm, pada panggl kiri terdapat kemerahan dengan luas 2x1 cm,

Kekuatan Otot :  $\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 0000 & 0000 \end{array}$

## 7. Genitalia

Keadaan genitalia tampak kotor dan pasien terpasang kateter, kondisi selang kateter bersih, dan saat dilakukan pengkajian urine bag terisi urine 500cc

## 8. Integumen

Keadaan kulit tampak terlihat agak kotor dan turgor kulit kering, terdapat luka dekubitus pada bagian tengah bokong klien, jenis luka kotor, terdapat pus, dengan luas luka 7x8cm, kedalaman 3 cm, perban yang terpasang tampak kotor, pada bagian panggul kanan klien terdapat luka basah dengan luas 3x3 cm, pada panggul bagian kiri klien terdapat luka kering dengan luas luka 2x1 cm, CRT <3 detik

### 3.1.5 Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1.	<b>Makan &amp; Minum</b> <b>Makan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Menu</li><li>- Porsi</li><li>- Makanan Kesukaan</li><li>- Pantangan</li></ul> <b>Minum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jumlah</li><li>- Minuman kesukaan</li><li>- Pantangan</li><li>- keluhan</li></ul>	Nasi 1 Piring 3x sehari Buah  Telur, ikan laut  $\pm$ 2 liter / hari Air mineral  Tidak ada Tidak ada	Bubur Putih 2x Sehari 1 Piring Tidak ada  Tidak ada  2 Liter / hari Air mineral  Tidak ada Klien mengatakan tidak bisa makan nasi, jika makan nasi klien muntah

2.	<p>Eliminasi BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Warna</li> <li>- Bau</li> <li>- Konsistensi</li> <li>- Kesulitan</li> </ul> <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi</li> <li>- Warna</li> <li>- Bau</li> <li>- Konsistensi</li> <li>- Kesulitan</li> <li>- Keluhan</li> </ul>	<p>1x sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas BAB</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> <p>± 8x sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Cair</p> <p>Tidak da</p> <p>Tidak ada</p>	<p>1x sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas BAB</p> <p>Lunak berserat</p> <p>Tidak ada</p> <p>Pasien terpasang kateter</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
3.	<p>Istirahat &amp; Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu tidur</li> <li>- Lama tidur</li> <li>- Hal yang mempermudah tidur</li> <li>- Kesulitan tidur</li> </ul>	<p>Malam hari</p> <p>6 Jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Malam hari</p> <p>2 Jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Nyeri pada perut dan Payudara</p>
4.	<p>Personal Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandi</li> <li>- Cuci Rambut</li> <li>- Gosok gigi</li> <li>- Potong kuku</li> <li>- Keluhan</li> </ul>	<p>1x sehari</p> <p>1x 2 hari</p> <p>1x sehari</p> <p>1x seminggu</p> <p>Tidak ada</p>	<p>1x 2 hari</p> <p>1x 2 hari</p> <p>Belum ada sejak dirawat</p> <p>1 kali sejak dirawat</p> <p>Klien mengatakan gelisah karna belum ada mandi sejak dirawat</p>

--	--	--	--

### 3.1.6 Riwayat Alergi

Pasien tidak ada alergi obat, tidak ada alergi cuaca dan debu, tapi klien alergi makan telur dan ikan laut.

### 3.1.7 Data Psikologis

1. Prilaku non verbal

Tingkat kesadaran : Sedang

Kesadaranyang Umum : danCompos Mentis

Ekspresi wajah : meringis

2. Prilaku Verbal

Cara menjawab : Klien menjawab dengan jelas saat ditanya

Cara memberi informasi: pasien memberikan informasi kepada pasien dengan jela

3. Emosi

Emosipada klien tampakagak stabil dan keadaan mulai stabil

4. Persepsi Penyakit

- Klien tampak sabar dan tabah dengan penyakitnya

- Klien selalu optimis dan tetap semangat dengan hidupnya

5. Konsep diri

Sikap klien terhadap diri sendiri klien optimis dengan penyakitnya

6. Adaptasi

Klien beradaptasi baik dengan lingkungan di sekitar

#### 7. Mekanisme Pertahanan diri

Klien menceritakan kesulitan yang dihadapi kepada perawat

### **3.3.8 Data Sosial Ekonomi**

#### 1. Pola Komunikasi

Klien tampak berkomunikasi baik dengan anaknya

#### 2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Anak klien, karena anak klien selalu memberi motivasi agar cepat sembuh

#### 3. Orang yang paling berharga bagi klien anak dan cucu klien, karena jika tidak ada anak-anak dan cucu klien tidak ada yang bisa mengurus klien saat sakit

#### 4. Hubungan keluarga dengan masyarakat sangat baik ditandai dengan masyarakat sekitar klien ramai membezuk klien ke rumah sakit.

### **3.1.9 Data Spiritual**

#### 1. Keyakinan : klien beragama islam

#### 2. Kekuatan beribadah : klien mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu, tapi sejak klien dirawat dirumah dalam sakit klien tidak bisa melakukan selalu ibadah sholat yang 5 waktu

#### 3. Keyakinan terhadap penyembuhan : klien mengatakan pasti bisa sembuh dan bisa beraktivitas kembali seperti biasa.

### **3.1.10 Data Penunjang**

## 1. Diagnosa medis

- Carcinoma mammae
- Metastasis Tulang
- Ulkus dekubitus

## 2. Pemeriksaan Diagnostik

Hari Rabu, 19 Juni 2019

Parameter	Hasil Pemeriksaan	Normal
HGB (hemoglobin)	9,2 [g/dl]	12,0 -14,0
RBC (eritrosit)	3,21 [ $10^6$ /uL]	4,0 -5,0
HCT (hematokrit)	26,1 [%]	37,0 – 43,0
WBC (leukosit)	9,05 [ $10^3$ /uL]	5,0 – 10,0
PLT (trombosit)	275 [ $10^3$ /uL]	150– 400

### 3.1.11 Data Pengobatan

#### Cairan Intra Vena

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI	KONTRA INDIKASI	KANDUNGAN
1.	Ceftriaxone	2 xsenamyak 250 mg	Untuk mengobati dan mencegah infeksi bakteri dari dalam tubuh	Memiliki alergi terhadap antibiotik lainnya	Ceftriaxone 1 g
2.	Infuse RL (Ringer Laktat)	500 ml (20 tetes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keseimbangan elektrolit tubuh</li> <li>- Diare</li> <li>- Luka bakar</li> <li>- Gagal ginjal</li> <li>- Kadar minum rendah</li> <li>- Kekurangan kalsium</li> <li>- Kehilangan banyak darah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergi terhadap sodium laktat</li> <li>- Obat ini tidak boleh diberikan sekaligus dengan ceftriaxone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sodium clorida</li> <li>- Sodium laktat</li> <li>- Potassium klorida</li> <li>- Kalsium padaklorida danjugaair</li> </ul>
3.	Metronidazole	500 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatasi penyakit infeksi menular seksual</li> <li>- Mengatasi penyakit infeksi yang disebabkan bakteri anaerob</li> <li>- Mengatasi penyakit infeksi parasit amoeba seperti pada diare</li> <li>- Infeksi ulkus kaki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergi terhadap metronidazole</li> <li>- Usia kehamilan 0 – 3 bulan</li> </ul>	

4.	Dextrose 5%	500 ml	<ul style="list-style-type: none"><li>- Untuk perawatan penyakit penyimpangan Glikogen</li><li>- Intoleransi terhadap sukrosa, gagal ginjal, kadar natrium yang rendah</li></ul>	- hiperglikemia	Gluikosa 50gr/l
----	-------------	--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------



## 2.1.12 Data Fokus

### 1. Data Subjektif

- Klien pernah mengatakan agaksesak nafas sejak waktu 1 minggu sebelum ke rumah sakit
- Klien mengatakan anggota tubuh mulai dari pinggang hingga kaki tidak bisa digerakan
- Anak klien mengatakan terdapat luka decubitus pada bagian bokong
- Klien mengatakan perut, dada, dan payudara saat ini terasa nyeri
- Klien mengatakan belum ada mandi sejak klien dirawat di rumah sakit
- Klien mengatakan belum ada gosok gigi sejak klien dirawat di rumah sakit
- Klien mengatakan belum ada cuci rambut sejak klien dirawat di rumah sakit
- Klien mengatakan gelisah karna belum ada mandi sejak klien dirawat di rumah sakit
- Klien mengatakan aktivitas klien dibantu juga oleh keluarga
- Anak klien mengatakan klien tebaring dan tidak bisa duduk sudah  $\pm$  3 bulan

## 2. Data Objektif

- Klien tampak meringis (skala nyeri 3)
- Kaki klien tampak tidak bisa digerakan
- Nafas klien tampak sesak, Klien tampak terpasang O<sub>2</sub> 2 liter
- Tampak luka decubitus pada bagian bokong klien
- Luas luka ± 7x8 cm, kedalaman 3 cm
- Jenis luka kotor, kondisi verban kotor
- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga
- Kulit pasien tampak kotor dan berbau
- Gigi klien tampak kuning
- Kulit kepala klien tampak sedikit berminyak dan berketombe
- TD : 110/60 mmHg

S : 37.7<sup>0</sup> C

N : 70 x/i

P : 26 x/i

### 3.1.13 ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak klien mengatakan terdapat luka decubitus pada bokong klien</li> <li>- Anak klien mengatakan klien telah terbaring dan tidak bisa duduk sudah <math>\pm</math> 3 bulan</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka decubitus pada bagian bokong klien</li> <li>- Luas luka <math>\pm</math> 7x8 cm kedalaman <math>\pm</math> 3cm</li> <li>- Jenis luka kotor, kondisi verban kotor</li> </ul>	Gangguan Integritas kulit	Faktor mekanis (penekanan kulit)
2.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan anggota tubuh dari pinggang hingga tidak bisa digerakan</li> <li>- Anak klien mengatakan aktivitas klien juga dibantu oleh seorang keluarga</li> <li>- Keluarga mengatakan klien terbaring dan tidak bisa duduk <math>\pm</math> 3 bulan</li> <li>- Klien mengatakan merasa nyeri pada bagian perut, payudara dan punggung</li> <li>- Klien mengatakan nafas sesak</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anggota tubuh klien mulai dari pinggang hingga kaki tampak tidak bisa digerakan</li> <li>- Aktivitas klien tampak dibantu keluarga</li> <li>- Klien tampak terbaring dan tidak bisa duduk</li> <li>- Nafas klien tampak sesak 26x/i</li> <li>- Klien terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter</li> <li>- Kekuatan otot 5555   5555</li> </ul>	Gangguan mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot

	0000 0000		
3.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan belum ada mandi sejak klien dirawat di dalam rumah sakit</li> <li>- Klien mengatakan belum ada cuci rambut sejak klien dirawat di dalam rumah sakit</li> <li>- Klien mengatakan belum ada cuci rambut sejak dirawat di rumah sakit</li> <li>- Klien mengatakan gelisah karena belum ada mandi sejak klien dirawat di dalam rumah sakit</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit klien tampak kotor dan berbau</li> <li>- Gigi klien tampak kuning</li> <li>- Kepala klien tampak berminyak dan berketombe</li> </ul>	<p>Defisit</p> <p>Perawatan Diri</p>	Kelemahan

### 3.2 DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Gangguan pada integritas kulit/ jaringan juga berhubungan dengan beberapa faktor mekanis
2. Gangguan pada mobilitas fisik yang berhubungan juga dengan penurunan kekuatan otot
3. Defisit pada perawatan diri yang berhubungan dengan faktor kelemahan

### 3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan kulit), dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit	<p>Setelah dilakukan yatutindakan keperawatan wakyu3x24 jam makadiharapkan gangguan integritas kulit/ jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusi jaringan membaik</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Jaringan nekrosis menurun</li> </ul>	<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• Bersihkan dengan cairan naCl atau pembersih nontoksik</li> <li>• Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>• Jadwalkan perubahanpada posisi setiapwaktu 2 jam</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>

2.	<p>Gangguan mobilitaspada fisik yangberhubungan dengan penurunanpada kekuatan otot, di buktikan dengan kekuatan otot menurun</p>	<p>Setelah dilakukanyaitu tindakan keperawatanwaktu 3x24 jam makadiharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>• Kekuatan otot meningkat</li> <li>• Gerakan terbatas menurun</li> <li>• Kelemahan fisik menurun</li> </ul>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>• monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>• libatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>• anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>• anjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan kearah kiri danjuga ke kanan)</li> </ul> <p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• identifikasi toleransi fisik</li> </ul>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>melakukan ambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoe kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>• libatkan keluarga dalam untuk membantudalam pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jelaskan tujuan dari prosedur ambulasi</li> </ul>
3.	Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan, di buktikan dengan cedera medula spinalis	<p>Setelah dilakukan yaitu tindakan keperawatan dalam 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan mandi meningkat</li> <li>• Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>• Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> <li>• Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ul>	<p>Dukungan perawatan diri BAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya keyakinan tidak rasional</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi mengidentifikasi reflek perasaan yang destruktif</li> <li>• Fasilitasi mengidentifikasi dampak situasi pada hubungan keluarga</li> <li>• Fasilitasi dukungan spiritual</li> </ul> <p>Dukungan Perawatan Diri Mandi</p> <p>Observasi</p>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien</li><li>• monitor kebersihan tubuh</li><li>• monitor integritas kulit</li></ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sediakan peralatan mandi</li><li>• sediakan lingkungan yang cukup aman dan juga nyaman</li><li>• fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li><li>• fasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li></ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</li><li>• ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</li></ul>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



### 3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Jam Pelaksanaan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu, 19 juni 2019	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan kulit), dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit		<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memonitor karakteristik luka</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• membersihkan dengan cairan naCl atau pembersih nontoksik</li> <li>• membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>• menjadwalkan perubahan pada posisi setiap kali 2 jam</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengkolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien juga mengatakan rasanyeri pada bagian ditubuh berkurang skala 2</li> <li>- Klien mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Luas luka <math>\pm 7 \times 8</math> cm</li> <li>- kedalaman <math>\pm 3</math> cm</li> <li>- Jenis luka kotor</li> <li>- Terdapat jaringan nekrotik pada luka</li> </ul> <p>A.</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P.</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

2	Rabu, 19 juni 2019	Gangguan pada mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan pada kekuatan otot, dibuktikan dengan kekuatan otot menurun		<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>• memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>• melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>• menganjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>• menganjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan ke arah kiri dan juga ke kanan)</li> </ul> <p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien juga mengatakan nyeri sudah berkurang skala 2</li> <li>- klien mengatakan masih berusaha untuk bisa menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaki klien tampak belum bisa digerakkan</li> <li>- klien tampak masih berusaha untuk menggerakkan kaki</li> <li>- Kekuatan otot  <math display="block">\begin{array}{r} 5555 \quad   \quad 5555 \\ \hline 0000 \quad 0000 \end{array}</math> </li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>	
---	-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>• melibatkan keluarga klien untuk membantusemua pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan tujuan dari prosedur ambulasi</li> </ul>		
3	Rabu, 19 Juni 2019	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, di buktikan dengan cedera medula spinalis		<p>Dukungan perawatan diriBAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya keyakinan tidak rasional</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi reflek perasaan yang destruktif</li> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi dampak situasi pada hubungan keluarga</li> <li>• memfasilitasi dukungan spiritual</li> </ul> <p>Dukungan Perawatan Diri Mandi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nyaman setelah mandi, cuci rambut dan gosok gigi</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulitpada klien agaktampak bersih</li> <li>- Gigipada klien agaktampak bersih</li> <li>- Kepala klien tidak berminyak dan tidak berketombe lagi</li> </ul> <p>A.</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P.</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• memonitor kebersihan tubuh</li> <li>• memonitor integritas kulit</li> </ul> <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menyediakan peralatan mandi</li> <li>• menyediakan lingkungan cukup yang aman dan juga nyaman</li> <li>• memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>• memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</li> <li>• mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</li> </ul>		
1	Kamis, 20 Juni 2019	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan kulit), dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit		<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memonitor karakteristik luka</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</li> <li>• membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• memasang balutan sesuai jenis luka</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien juga mengatakan teras nyeri pada bagian tubuh berkurang skala 2</li> <li>- Klien mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>menjadwalkan perubahan pada posisi setiap waktu 2 jam</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mengolaborasikan pemberian antibiotik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luas luka <math>\pm 7 \times 8</math> cm</li> <li>kedalaman <math>\pm 3</math> cm</li> <li>Jenis luka kotor</li> <li>Terdapat jaringan nekrotik pada luka</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>	
2	Kamis, 20 Juni 2019	Gangguan mobilitas pada fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, di buktikan dengan kekuatan otot menurun		<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>menjelaskan tujuan mobilisasi</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien juga mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>klien mengatakan masih berusaha untuk bisa menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kaki klien tampak belum bisa digerakkan</li> <li>klien tampak masih berusaha untuk menggerakkan kaki</li> <li>Kekuatan otot</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r} 5555 \quad   \quad 5555 \\ \hline 0000 \quad 0000 \end{array}</math> </p> <p>A. Masalah belum teratasi</p>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• menganjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>• menganjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan kearah kiri danjuga ke kanan)</li> </ul> <p>Dukungan Ambulasi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>• memonitoe kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>• melibatkan keluargaiyu untuk membantudslam pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan tujuan dari prosedur</li> </ul>	P. Intervensi dilanjutkan	
3 .	Kamis, 20 Juni 2019	Defisit padaperawatan diri yang berhubungan dengan padakelemahan,		<p>Dukungan perawatan diriBAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya keyakinan tidak rasional</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi</li> </ul>	S. - klien mengatakan nyaman setelah mandi, cuci rambut dan gosok gigi  O.	

		di buktikan dengan cedera medula spinalis		<ul style="list-style-type: none"> <li>reflek perasaan yang destruktif</li> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi dampak situasi pada hubungan keluarga</li> <li>• memfasilitasi dukungan spiritual</li> </ul> <p>Dukungan Perawatan Diri Mandi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien</li> <li>• memonitor kebersihan tubuh</li> <li>• memonitor integritas kulit</li> </ul> <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menyediakan peralatan mandi</li> <li>• menyediakan lingkunganyaitu yangcukup aman danjuga nyaman</li> <li>• memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>• memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan mengajarkan kepada keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit klien tampak bersih</li> <li>- Gigipada klien sudahtampak bersih</li> <li>- Kepala klien tidak berminyak dan tidak berketombe lagi</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	-------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				cara memandikan pasien	
1	Jum'at, 21 Juni 2019	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (penekanan kulit), dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit		<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memonitor karakteristik luka</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• membersihkan dengan cairan naCl atau pembersih nontoksik</li> <li>• membersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>• menjadwalkan perubahan pada posisi setiap kali 2 jam</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengkolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien juga mengatakan nyeri pada suatu bagian tubuh berkurang skala 2</li> <li>- Klien mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan luka</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Luas luka <math>\pm</math> 7x8 cm</li> <li>- kedalaman <math>\pm</math> 3cm</li> <li>- Jenis luka kotor</li> <li>- Jaringan nekrotik dan pus pada luka sudah berkurang</li> </ul> <p>A.</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P.</p> <p>Intervensi dilanjutkan kepada perawat ruangan</p>



2	Jum'at, 21 Juni 2019	Gangguan pada mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dibuktikan dengan kekuatan otot menurun		<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>• memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>• melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan tujuan mobilisasi</li> <li>• menganjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>• menganjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan kearah kiri danjua ke kanan)</li> </ul> <p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya nyeri</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien jugamengatakan nyerimulai berkurang</li> <li>- klien mengatakan masih berusaha untuk bisa menggerakkan kaki</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- skala nyeri 2</li> <li>- kaki klien tampak belum bisa digerakkan</li> <li>- klien tampak masih berusaha untuk menggerakkan kaki</li> <li>- Kekuatan otot 5555 5555 ----- 0000 0000</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan ke perawat ruangan</p>	
---	----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>atau keluhan fisik lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>• memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>• melibatkan keluarga untuk dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan tujuan dari prosedur</li> </ul>		
3	Jum'at, 21 Juni 2019	Defisit pada perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan, dibuktikan dengan cedera medula spinalis		<p>Dukungan perawatan diri BAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi adanya keyakinan tidak rasional</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi reflek perasaan yang destruktif</li> <li>• memfasilitasi mengidentifikasi dampak situasi pada hubungan keluarga</li> <li>• memfasilitasi dukungan spiritual</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nyaman setelah mandi, cuci rambut dan gosok gigi</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit klien sudah tampak bersih</li> <li>- Gigi klien sudah tampak bersih</li> <li>- Kepala klien tidak berminyak dan tidak berketombe lagi</li> </ul>	

				<p>Dukungan Perawatan Diri Mandi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien</li> <li>• memonitor kebersihan tubuh</li> <li>• memonitor integritas kulit</li> </ul> <p>terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menyediakan peralatan mandi</li> <li>• menyediakanyaitu lingkungan untu yang aman dan juga nyaman</li> <li>• memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>• memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien</li> </ul>	<p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan ke perawat ruangan</p>	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatanyaitu yang telahsudah dilakukan pada pasien Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di ruangnyaitu rawat inapdi RSUD Dr. Achmaddan Mochtar Bukittinggi tahun 2019 didapatkan pembahasan sebagai berikut :

#### **4.1 Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian klien Carcinoma Mammae sesuai dengan tinjauan kasus pada Ny.T umur 52 tahun dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus, klien mengeluh sesak nafas sejakyaitu 1 mingguyg sebelum klien masuk rumah sakit. Klien mengatakan kedua kaki klien tidak bisa digerakkan sudah 3 bulan. Anak klien mengatakan terdapat luka dekubitus pada bokong klien. Klien mengatakan nyeri pada payudara,perut dan punggung. Klien mengatakan belum ada mandi,belum ada cuci rambut dan belum ada gosok gigi sejak dirawat dirumah sakit. Klien mengatakan gelisah karna tidak mandi sejak dirawat dirumah sakit.

Dari hasil observasi pernafasan klien 26x/i, kekuatan otot ekstremitas atas bagian kiri 5555, ekstremitas atas bagian kanan 5555 dan terpasang infus RL, kekuatan otot ekstremitas bawah bagian kiri 0000 dan ekstremitas bawah bagian kanan 0000. Pada bokong klien terdapat ulkus dekubitus dengan luas luka 7x8cm, kedalaman 3cm dan jenis luka kotor, pada panggul bagian kiri terdapat luka kering dengan luas 2x1cm,pada panggul bagian kanan klien terdapat luka basah dengan luas 2x3cm. Klien tampak meringis,skala nyeri klien 3. Integumen kulit

klien tampak kotor, gigi klien tampak kotor, rambut klien tampak berketombe dan berminyak. klien tampak gelisah.

Hasil pemeriksaan didapatkan kesadaran : Compos Mentis, GCS : 15 E4M5V6, TD : 110/60 mmHg, S : 37.7<sup>0</sup> C, N : 70 x/i, P : 26 x/i. Hasil pemeriksaan laboratorium Hb : 9,2g/dl, Eritrosit : 3,21 [ $10^6$ /uL], Hematokrit : 26,1 [%], Leukosit : 9,05 [ $10^3$ /uL], Trombosit : 275 [ $10^3$ /uL].

Hal ini sejalan dengan teori yang mengatakan Dekubitus yaitu adalah suatu dimana keadaan dimana timbul pada ulkus sebagai akibat dari penekanan yang lama cukup yang mengenai suatu tempat pada permukaan pada tubuh sipenderita (Kowalak, 2011). Hal ini akan dapat terjadi karena yaitu terjepitnya pembuluh pada darah pada antara tulang sipenderita jugad an papan padat tempat tidurnya. Akibat terjepitnya pembuluh pada darah tersebut, jadi maka jaringan yang akan terdapat pada daerah itu yang tidak bisa memperoleh pada bahan makanan dan juga oksigen, akibatnya jaringan tersebut mengalami kematian.

### **Manifestasi Keperawatan**

Tanda dan Gejala awal ulkus dekubitus adalah :

- e. kemerahan yang tidak menghilang pada apabila ditekan jugadengan ibu jari.
- f. Pada cedera yang akan lebih berat dijumpai pada ulkus di kulit.
- g. Dapat timbulkan rasa nyeri dan juga tanda – tanda sistemik peradangan termasuk jugad demam dan pada peningkatan hitung sel pada darah putih.

h. Dapat juga terjadi infeksi sebagai akibat dari kelemahan yaitu dan perawatan pada rumah sakit yang sangat berkepanjangan bahkan juga pada ulkus yang kecil.

Ulkus dekubitus juga dapat dikategorikan berdasarkan derajat keparahan, yang bergantung dari kedalaman, ukuran, dan juga karakteristik luka lainnya. maka Derajat kerusakan kulit juga dan jaringan pun bisa bervariasi, dari kulit yang akan tampak kemerahan hingga luka dalam yang dapat melibatkan otot dan juga tulang.

Pada mereka yang menggunakan kursi roda, dan ulkus dekubitus paling akan sering timbul pada kulit juga di sekitar area pada bokong, punggung, tulang belakang, atau bagian belakang lengan dan pada tungkai yang menempel yaitu pada kursi.

Sedangkan pada mereka juga yang menghabiskan sebagian yang besar waktu di tempat saat tidur, lokasi terjadinya pada ulkus dekubitus yang sering paling sering yaitu adalah di bagian belakang dan atau samping kepala, pada punggung, pinggul, juga punggung bawah, bokong, dan tumit, dipergelangan kaki, dan bisa bagian belakang lutut.

#### **4.2 Diagnosis keperawatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan 3 masalah keperawatan yaitu :

1. Gangguan integritas kulit
2. pada Gangguan mobilitas pada fisik

3. Defisit perawatan diri

Sedangkan tinjauan dari SDKI-SLKI-SIKI ada 5 diagnosa

1. Gangguan integritas kulit
2. padaGangguan mobilitas padafisik
3. padaDefisit perawatan olehdiri
4. Nyeri kronik
5. Resiko infeksi

Namun ada 2 masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teotitis tidak muncul dalam tinjauan kasus yaitu : nyeri kronik dan resiko infeksi dikarenakan tidak ada data-data pendukung yang ditemukan pada pengkajian Ny.T untuk mengangkat 2 masalah tersebut.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan, penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar SDKI-SLKI-SIKI. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul adalah :

Untuk diagnosis Gangguan Integritas Kulit :

Perawatan Integritaskulit

Observasi

- Monitor karakteristik luka

Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

- Bersihkan dengan cairan naCl atau pembersih nontoksik
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Jadwalkan perubahan padaposisi setiap waktu2 jam

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antibiotik

Untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik :

#### Dukungan Mobilisasi

##### Observasi

- identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

##### Terapeutik

- fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)
- libatkan keluarga dalam melakukan pergerakan jika perlu

##### Edukasi

- jelaskan tujuan mobilisasi
- anjurkan melakukan mobilisasi dini
- anjurkan mobilisasi yang sederhana (memiringkan badan kearah kiri danjuga ke kanan)



Untuk diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri :

Dukungan Perawatan Diri Mandi

Observasi

- identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien
- monitor kebersihan tubuh
- monitor integritas kulit

Terapeutik

- sediakan peralatan mandi
- sediakan yaitulingkungan yang amanjuga dan nyaman
- fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- fasilitasi mandi sesuai kebutuhan

Edukasi

- jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan  
ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

#### **4.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga sesuai suatudengan rencana asuhanpada keperawatan yangdan telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny.T. diagnosis Gangguan Integritas Kulit yang dilakukan yaitu menggsnti balutan luka, memonitor karakteristik luka, melakukan perubahan padaposisi setiap waktu2 jam, mengkolaborasikan pemberian antibiotik

Untuk diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, menjelaskan tujuan mobilisasi.

Untuk diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan klien, memonitor kebersihan tubuh, memonitor integritas kulit, menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan, mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

### **3.4 Evaluasi**

Untuk diagnosis Gangguan Integritas Kulit setelah dilakukan 3x24 jam, Klien juga mengatakan terasanyeri pada bagian daerah tubuh berkurang skala 2, Klien mengatakan nyaman setelah dilakukan perawatan luka. Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi, dilanjutkan ke perawat ruangan

Untuk diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik setelah dilakukan tindakan pada perawatan selama 3x24 jam, kaki klien tampak belum bisa digerakkan, klien juga mengatakan nyeri sudah berkurang, klien mengatakan masih berusaha untuk bisa menggerakkan kaki, klien tampak masih berusaha untuk menggerakkan kaki, kekuatan otot ekstremitas atas bagian kanan klien 5555, kekuatan otot ekstremitas atas bagian kiri klien 5555, kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 0000, kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 0000.

Untuk diagnosis Defisit Perawatan Diri setelah sudah dilakukan tindakan pada perawatan selama 3x24 jam, klien mengatakan nyaman setelah mandi, cuci

rambut dan gosok gigi, Kulit pada klien tampak sudah bersih, Gigi klien juga tampak sudah bersih, Kepala klien tidak berminyak dan tidak berketombe lagi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pelaksanaan pada asuhan keperawatan yang telah dirawat dilakukan pada yaitu Ny.T dengan Carcinoma Mammae Komplikasi Metastasis Tulang dan Ulkus Dekubitus di RSUD pada Achmad Mochardi Bukittinggi selama 3 hari 19 – 21 Juni 2019, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran yang berguna bagi peningkatan asuhan keperawatan pada umumnya, dan khususnya pada klien cacrinoma mammae dengan komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus.

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah yaitu melakukan asuhan pada keperawatan selama waktu 3x24 jam pada Ny.y di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi kemudian membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan :

- a. Ca mammae atau (carcinoma mammae) adalah yaitu keganasan yang juga berasal dari sel suatu kelenjar, juga saluran kelenjar pada jaringan penunjang pada payudara. Ca mammae yaitu adalah tumor ganas juga yang bisa tumbuh di dalam jaringan pada payudara. Kanker juga bisa mulai

akan tumbuh di dalam isikelenjar susu, dan saluran susu, juga jaringan lemak maupun pada jaringan ikat pada payudara.

- b. Setelah dilakukan pengkajian pada 19 juni 2019 didapatkan keluhan Klien juga mengatakan sesak pada nafas (26x/i), Klien terpasang O<sub>2</sub> nasal kanul 2 liter, Klien mengatakan anggota tubuh mulai dari pinggang hingga kaki tidak bisa digerakan, Anak klien mengatakan klien terbaring dan tidak bisa duduk sudah ± 3 bulan, Anak klien mengatakan terdapat luka decubitus pada bagian bokong klien, Klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga, Klien mengatakan perut, payudara dan punggung saat ini terasa nyeri (skala nyeri 3), Klien mengatakan juga belum ada mandi sejak klien dirawat di rumah dalam sakit, Klien juga mengatakan belum ada gosok gigi sejak klien dirawat di dalam rumah sakit, Klien juga mengatakan belum ada cuci rambut sejak klien dirawat di rumah sakit, Klien juga mengatakan merasa gelisah karena tidak mandi sejak klien dirawat di rumah dalam sakit, Observasi : kulit klien tampak kotor, rambut tampak berminyak dan berketombe, gigi klien tampak kotor, klien tampak gelisah
- c. Diagnosis yang muncul pada Ny.T yaitu diagnosis prioritas pertama gangguan integritas kulit. Diagnosis kedua gangguan mobilitas fisik. Diagnosis ketiga defisit perawatan diri.
- d. Intervensi yang dilakukan pada Ny.T yaitu pada diagnosa Gangguan integritas Kulit/ Jaringan: perawatan integritas kulit, pada diagnosa Gangguan mobilitas Fisik : dukungan mobilisasi, dukungan ambulasi, pada diagnosa Defisit

pada Perawatan Diri : dukungan perawatan diri Mandi, dukungan perawatan diri BAB/BAK

- e. Pada implementasi yang dilakukan terdiri dari tindakan mandiri, pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan keluarga, untuk merawat klien sedangkan untuk implementasi lain dilanjutkan ke perawat ruangan
- f. Evaluasi pada diagnosa Gangguan Integritas Kulit/Jaringan: jaringan nekrotik sudah berkurang, tapi kulit pada luka belum sembuh, masalah diagnosa 1 belum teratasi dan dilanjutkan ke perawat ruangan. Evaluasi diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik : ekstremitas bawah pasien masih belum bisa digerakkan namun pasien tampak selalu berusaha untuk menggerakkan kaki, masalah diagnosa 2 belum teratasi dan dilanjutkan ke perawat ruangan. Evaluasi diagnosa pada Defisit pada perawatan Diri : klien menyatakan yaitu ras yang nyaman setelah dilakukan perawatan diri, bau badan klien sudah hilang, gigi klien sudah tampak bersih, rambut klien sudah tidak ada ketombe, masalah diagnosa 3 belum teratasi dan dilanjutkan ke perawat ruangan.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi keluarga klien**

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik, mampu memberikan juga dukungan moral juga dan pemenuhan kesehatan.

### **5.2.2 Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan kepada institusi pendidikan agar menambah referensi tentang khususnya carcinoma mammae dengan komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus.

### **5.2.3 Bagi pelayanan kesehatan**

Disarankan kepada pihak rumah sakit memberikan penyuluhan tentang perawatan pasien carcinoma mammae dengan komplikasi metastasis tulang dan ulkus dekubitus kepada keluarga dan pasien, sehingga keluarga mampu memberikan perawatan yang baik, mampu juga memberikan dukungan moral juga dan pemenuhan kesehatan.






## DAFTAR PUSTAKA

- Aji, M. Corrigan Gorski, L, Hanskin (2010). *infusion nursing: an evidence-based approach*. 3rd. Ed. Louis, Missouri: Saunders Elsevier
- Beschan, M., Dayrit, M. W., Siswadi. Y. (2010). *klien gangguan metastasis tulang: seri asuhan keperawatan* Jakarta: EGC. California Correctional Bone Care Service (2012)
- Depkes. (April 2011). Masalah Keperawatan Carcinoma Mammae. Juni, 2013. [Http://www.depkes.go.id/downloads/masalah keperawatan.PDF](http://www.depkes.go.id/downloads/masalah_keperawatan.PDF)
- Gambar Mammae, di unduh pada tanggal 30 juni 2019 <https://www.plengdut.com/mammae-anatomi-mammae-dan-fungsi-mammae/11476>
- Hernawati Aj 2009. Faktor-faktor resiko ulkus dekubitus (Studi Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit pada Umum di Daerah Kota Semarang. 27 Juni 2010. [http://www.fkm.undip.ac.id/data index,php?action=4&idx=3222](http://www.fkm.undip.ac.id/data_index.php?action=4&idx=3222). <https://www.plengdut.com/wp-content/uploads/2019/1/kulit.png>
- LD Rybak, D L Rosenthal. Radiologic aofl Imaging for The Diagnosis in of or Bone Metastases. QJ Nucl Med 001;45:p 53-65.
- Medicastore (2011). Kamus Kedokteran. Jakarta: Djambadan
- PPNI DPD SDKI Pokja Tim, 2018. Standar Diagnosa keperawatan di oleh Indonesia Edisi pada 1 : Jakarta : DPP PPNI
- PPNI SIKI Pokja Tim, 2018. Standar Intervensi keperawatan pada Indonesia pada Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI
- PPNI SLKI Pokja Tim, 2018. Standar Luaran pada Keperawatan Indonesia yaitu Edisi 1 : Jakarta : DPP PPNI
- Ratna, Kalijana 2009. Panduan Ulkus Dekubitus. Yogyakarta : Deepublish
- Tasripiyah, 2012. *konsep teoritis ca mammae*, Jakarta: Aditama
- William & Kins (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS  
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG  
TA 20.../20...**

**NAMA MAHASISWA** : Serly Safma  
**NIM** : 1611001020  
**RUANGAN** : Ambun Suri Lantai 2  
**JUDUL STUDI KASUS** : Luka Dekubitus

.....  
 .....  
 .....

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Rabu 19.06.2019	07.30		12.00		
2	Kamis 20.06.2019	07.30		12.00		
3	Jumat 21.06.2019	07.30		12.00		

Bukittinggi, .....20...

**Ka Ruangan**



(.....  
 Reni Susanti.....)

**Pembimbing**



(Ns. Vera Sestianty M. Kep.....)



PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Serly Safma

NIM : 1614401028

Pembimbing : Ns. Nonong Tri Senja, M. Kep







Judul Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN  
DIAGNOSA CARCINOMA MAMAE KOMPLIKASI  
METASTASIS TULANG DI RUANGAN AMBUN SURI  
LANTAI 2 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	21 / 6 19	- Di ke 3 ruang dipertim bangkan berdasarkan data aktual	sp	
2		- Jelaskan tindakan implementasi yg dilakukan		
3	1 / 6 19	- Perbaiki semua saran	sp	
4				
5	13 / 6 19	Acc Usian.	sp	
6				

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Serly Safma  
 NIM : 1614401028  
 Pembimbing : Ns.Vera Serianty, M,Kep  
 Judul Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN  
 DIAGNOSA CARCINOMA MAMAE KOMPLIKASI  
 METASTASIS TULANG DI RUANGAN AMBUN SURI  
 LANTAI 2 RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
 BUKITTINGGI

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	24/6 19	konsul Askep (kasus) -perencanaan pengkajian -Rencana ke sdx utk intervensi		
2	1/7 19	konsul Bab 1-III -Perbaiki lat belakang -perbaiki teoritis -perbaiki kasus		
3	10/7 19	konsul Bab 1-V perbaiki sesuai saran		
4	10/7 19	konsul Bab 1-V Perbaiki lanjut abstrak		
5	12/7 19	konsul abstrak perbaiki		
6	12/7 19	ACC ujian Presentasi kasus		

Perceptor Akademik

(Ns.Vera Serianty, M.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PADANG


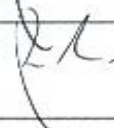
LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Serly Safma

NIM : 1614401028

Pembimbing : Ns.Dia Resti DND,M.Kep

Judul Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN  
DIAGNOSA CARCINOMA MAMAE KOMPLIKASI  
METASTASIS TULANG DI RUANGAN AMBUN SURI  
LANTAI 2 RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	22/9 19	POB-116..		
2	22/7 19	Az.		
3				
4				
5				
6				

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Serly Safma

NIM : 1614401028

Pembimbing : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Y DENGAN  
DIAGNOSA CARCINOMA MAMAE KOMPLIKASI  
METASTASIS TULANG DI RUANGAN AMBUN SURI  
LANTAI 2 RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	9/8/19	Konsul manuskrip		
2	16/8/19	Konsul - perbaiki - format Giza - sistematika		
3	20/8/19	Konsul semua		
4	20/8/19	Acc digital		
5				
6				