

## **BAB IV**

### **HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN**

#### **1. HASIL**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Juli 2021 pukul 09.40 WIB, pasien tampak kooperatif selama penulis melakukan pengkajian keperawatan pre operasi dengan hasil pengkajian:

##### **Identitas Klien**

Nama : Ny. H  
Umur : 44 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Suku/Bangsa : Sunda/Indonesia  
Agama : Islam  
Pekerjaan : IRT  
Pendidikan : SLTP  
Gol. Darah : O  
Alamat : Kalianda  
Tanggungans : BPJS  
No. RM : 056643  
Tgl. MRS : 01 Juli 2021  
Diagnosa : Kanker Payudara (Ca Mamae)

#### **A. Riwayat Praoperatif**

1. Klien mulai dirawat tanggal 01 Juli 2021 pada pukul 10.00 WIB
2. Ringkasan hasil anamneses preoperatif:

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 02 Juli 2021 pukul 09.40 WIB di ruang penerimaan pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara sebelah kanan, benjolan muncul sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu, awalnya benjolan hanya muncul sebesar kelereng di dekat ketiak namun kemudian lama-lama membesar seiring berjalannya waktu, pada akhirnya

sekarang seluruh payudara kanan pasien terasa keras. pasien mengatakan nyeri apabila banyak beraktivitas, nyeri yang dirasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 3, nyeri yang dirasa hilang timbul dengan durasi 1-2 menit, nyeri mereda apabila klien beristirahat.

Pada tanggal 25 Juni 2021 pasien dilakukan tindakan operasi biopsi di RSUD Bob Bazar Kalianda dengan hasil tumor ganas tanpa metastasis dan direncanakan akan dilakukan tindakan mastektomi.

Pada tanggal 02 Juli 2021 pasien akan dilakukan operasi mastektomi, pasien mengatakan cemas dan khawatir karna akan dilakukan operasi kedua. Pasien mengatakan khawatir operasinya tidak berjalan dengan lancar, pasien tampak terus menanyakan seputar operasi yang akan dilakukan. Pasien mengatakan ia takut untuk melakukan prosedur operasi.

### 3. Hasil Pemeriksaan Fisik

#### a. Tanda-tanda vital, Tanggal: 02 Juli 2021 pukul 09.40 WIB

Kesadaran : Composmentis  
 GCS : 15 (E4 M6 V5)  
 Orientasi : Baik  
 TD : 140/80 mmHg  
 Nadi : 99 x/menit  
 RR : 22 x/menit  
 Suhu : 36,7°C  
 SPO2 : 98%

#### b. Pemeriksaan Fisik

##### **Kepala & Leher :**

Kepala bersih, bentuk kepala normocephal, tidak ada pembengkakan atau lesi pada kepala, mata simetris kanan dan kiri, tidak ada polip pada hidung, mukosa bibir kering, klien tampak pucat, tidak ada masalah pada pendengaran, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

**Thorax (jantung & paru) :****Pada pemeriksaan jantung:**

- Inspeksi : Simetris
- Palpasi : Palpasi pada dinding dada teraba kuat, tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Batas kanan atas ICS II linea parasternal dextra, kanan bawah ICS IV medial linea midklavikularis sinistra.
- Auskultasi : BJ SI terdengar tunggal (lup) dan BJ SII terdengar tunggal.

**Pada Pemeriksaan Paru:**

- Inspeksi : Normochest, tidak ada retraksi dinding dada
- Palpasi : Terdapat nyeri tekan dan teraba adanya masa pada payudara kanan
- Perkusi : Sonor
- Auskultasi : Suara nafas Vesikuler.

**Abdomen:**

- Inspeksi : Bentuk abdomen bulat, pergerakan abdomen simetris, tidak ada lesi, tidak tampak asites.
- Auskultasi : Bising usus 16 x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan, tidak ada distensi abdomen.
- Perkusi : Tympani.

**Ekstermitas (atas dan bawah):**

Tidak ada lesi pada ekstermitas atas dan bawah, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus RL 20 TPM pada ekstermitas kiri

atas. Kekuatan otot:

5555	5555
5555	5555

**Genetalia & Rectum:**

Tidak terdapat kelainan dan tidak terdapat hemoroid.

## 4. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil laboratorium, Tgl : 01 Juli 2021 Jam : 11.00 WIB

Hasil:

**Tabel 4.1 Hasil Laboratorium**

<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>NILAI RUJUKAN</b>
Hemoglobin	12,2gr%	12-16 gr%
Leukosit	6.400 ul	4500-10700 ul
Eritrosit	4,6 jt ul	4,2-5,4 jt ul
Trombosit	167.000 ul	159-400 rb ul
Hematokrit	37%	38-47 %
CT	14 menit	9-15 menit
BT	3 menit	1-7 menit

<b>IMUNOLOGI</b>		
<b>PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>NILAI RUJUKAN</b>
HbSAg	NR	NR
Rapid Test	NR	NR

<b>HEMATOLOGI</b>		
<b>PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>NILAI RUJUKAN</b>
SGOT	266	6-25 ul
SGPT	194	5-35 ul
Urea	24	10-40 mg/dl
Creatinine	0,9	0,7-1,3 mg/dl
Gula Darah Sewaktu	103 mg/dl	<200 mg/dl

## 5. Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan

**Tabel 4.2 Prosedur Khusus Pembedahan**

No	Prosedur	Ya	Tdk	Waktu	Ket
1	Tindakan persiapan psikologis pasien	√			
2	Lembar informed consent	√			
3	Puasa	√			
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)		√		
5	Pembersihan saluran pencernaan (lavement / Obat pencahar)		√		
6	Pengosongan kandung kemih	√			
7	Transfusi darah		√		
8	Terapi cairan infus	√			
9	Penyimpanan perhiasan, asesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	√			
10	Memakai baju khusus operasi	√			

## 6. Pengkajian Kecemasan

**Tabel 4.3 Kuesioner Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)**

NO	Pertanyaan	Sangat Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya			3	
2	Saya merasa takut tanpa alasan			3	
3	Saya mudah marah atau merasa panik		2		
4	Saya merasa seperti tak berdaya			3	
5	Saya merasa baik-baik saja dan tidak ada sesuatu yang buruk akan terjadi		2		

6	Tangan dan kaki saya gemetar akhir-akhir ini		2		
7	Saya merasa terganggu sakit kepala, leher dan nyeri punggung		2		
8	Saya merasa lemah dan cepat lelah		2		
9	Saya tidak merasa tenang dan dapat duduk dengan santai		2		
10	Saya merasa jantung saya berdetak sangat cepat			3	
11	Saya terganggu karena pusing		2		
12	Saya pingsan atau merasa seperti mau pingsan	1			
13	Saya tidak dapat bernapas dengan mudah			3	
14	Saya merasa mati rasa dan kesemutan dijari tangan dan jari kaki		2		
15	Saya merasa perut saya terganggu	1			
16	Saya sering kencing			3	
17	Tangan saya basah dan dingin		2		
18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan		2		
19	Saya tidak dapat tidur dengan Mudah			3	
20	Saya mengalami mimpi buruk		2		
<b>Total</b>			<b>45</b>		

**Keterangan :**

- Tidak pernah/ sedikit : 1
- Kadang-kadang : 2
- Cukup sering : 3
- Hampir sering/ selalu : 4

**Rentang penilaian 20-80**

- Skor 20-44 : Kecemasan ringan
- **Skor 45-59 : Kecemasan sedang**
- Skor 60-74 : Kecemasan berat
- Skor 75-80 : Kecemasan panik

## 7. Pemberian Obat

- a. Obat Premedikasi (diberikan sebelum hari pembedahan)

**Tabel 4.4 Obat Premedikasi**

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
01/06/2021	Ringer Lactat	Cairan Kristaloid	20 TPM	Intravena
01/06/2021	Ceftriaxone	Antibiotik	1gr/12 jam	Intravena

- b. Obat pra-pembedahan (diberikan 30-60 menit sebelum pembedahan)

**Tabel 4.5 Obat Pra-pembedahan**

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
02/06/2021	Ceftriaxone	Antibiotik	1gr	Intravena

## 8. Pasien dikirim ke ruang operasi:

Pasien datang ke ruang operasi pada tanggal 02 Juli 2021 pukul 09.40 WIB dengan kesadaran composmentis GCS: 15 ( E4 M6 V5 ), terpasang infus RL 20 TPM, terpasang foley chateter. Saat tiba di ruang operasi pasien tampak cemas dan khawatir, pasien tampak terus menanyakan seputar operasi yang akan dilakukan, klien mengatakan takut untuk melakukan prosedur operasi.

**B. INTRA OPERATIF**

1. Tanda- tanda vital, Tgl 02 Juli 2021 pukul 10.00 WIB

TD : 140/80 mmHg

Nadi : 99 x/menit

RR : 22 x/menit

Suhu : 36,7°C

SPO2 : 98%

2. Posisi pasien di meja operasi : Supine
3. Jenis operasi : Mayor  
Nama operasi : Mastektomi  
Area / bagian tubuh yang dibedah : Payudara Kanan
4. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :  
Dokter anestesi : dr. Wahyu, Sp.An

Asisten : Fitriasih, S.Kep  
 Dokter bedah : dr. Leo, Sp.B  
 Asisten Bedah 1 : Riska Anggun, S. Tr.Kep  
 Asisten Bedah 2 : Helen Yossrantika  
 Perawat Instrumentator : Ahmad Zulkifli, Amd.Kep  
 Perawat Sirkuler : Budianto, S. Tr.Kep

**Tabel 4.6 Surgical Patient Safety Checklist**

SURGICAL PATIENT SAFETY CHEKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi : <input checked="" type="checkbox"/> Identitas pasien <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur <input checked="" type="checkbox"/> Sisi operasi sudah benar <input checked="" type="checkbox"/> Persetujuan untuk operasi telah diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Sisi yang akan dioperasi telah ditandai <input checked="" type="checkbox"/> Ceklist keamanan anastesi telah dilengkapi <input checked="" type="checkbox"/> Oksimeter pulse pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi ? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, telah disiapkan peralatan  Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	<input checked="" type="checkbox"/> Setiap anggota tim operasi memperke-nalkan diri dan peran masing-masing.  <input checked="" type="checkbox"/> Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal.  Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan : <input checked="" type="checkbox"/> Operasi yang benar <input checked="" type="checkbox"/> Pada pasien yang benar. <input checked="" type="checkbox"/> Antibiotik <i>profilaksis</i> telahdiberikan dalam 60 menit sebelumnya.	Melakukan pengecekan : <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur sdh dicatat <input checked="" type="checkbox"/> Kelengkapan spons <input checked="" type="checkbox"/> Penghitungan instrumen <input checked="" type="checkbox"/> Pemberian lab PI pada spesimen <input checked="" type="checkbox"/> Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. <input checked="" type="checkbox"/> Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi



## 5. Pemberian obat anestesi: General Anestesi

**Tabel 4.7 Pemberian Obat Anestesi**

<b>Tgl / jam</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Rute</b>
02/06/2021	Fentanyl	2 mg	Intravena
02/06/2021	Propofol	100 mg	Intravena
02/06/2021	Atacurium	25 mg	Intravena
02/06/2021	Miloz	5 mg	Intravena
02/06/2021	Tramadol	100 mg	Drip
02/06/2021	Ketorolac	10 mg	Drip
02/06/2021	Asam Traneksamat	10 ml	Intravena

## 1. Tahap-tahap / kronologis pembedahan:

**Tabel 4.8 Tahap-tahap Kronologis Pembedahan**

<b>Waktu/tahap</b>	<b>Kegiatan</b>
09.43	<b>Sign In</b>
	Pasien masuk ruang persiapan, mengganti baju, melepas perhiasan/gigi palsu
	Pasien masuk ruang intra dan diposisikan supine
	Dilakukan intubasi dengan General Anestesi
	Operator, asisten, instrument melakukan scrubing, gowning, gloving
	Dilakukan desinfeksi area operasi (alcohol 70% + chlorhexidine 5% dan povidone iodine)
	Penyusunan instrument bedah, benang, bisturi, cutter, dan suction
	Dilakukan drapping
10.00	<b>Time Out</b>
	Insisi dilakukan sampai dengan pengangkatan payudara
	Hentikan setiap perdarahan dengan koagulasi ESU pada pembuluh darah kecil
	Hentikan setiap perdarahan dengan diligasi pada pembuluh darah besar
10.40	Melakukan heacting

10.40-10.48	Melakukan pemasangan drain
10.49-11.00	<b>Sign Out</b>
	Pembersihan area operasi dan penutupan luka
	Operasi selesai dan klien pindah ke ruang RR

2. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan:
  - Pemberian oksigen 3 L/menit
  - Pemberian suction
  - Pemasangan drain
  - Pemasangan intubasi
  - Observasi Perdarahan
  - Pemberian selimut
  - Pemberian obat asam traneksamat 2 ampul
3. Pembedahan berlangsung selama 1 jam
4. Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada di ruang operasi):  
Tidak ada komplikasi yang terjadi

### C. POST OPERATIF

1. Pasien pindah ke recovery room pukul 11.00 WIB
2. Keluhan saat di RR/PACU : Pasien belum sadar penuh  
TTV:
  - TD : 100/70 mmHg
  - Nadi : 89 x/menit
  - Suhu : 35,6°C
  - RR : 22 x/menit
  - SPO2 : 97%
3. Air Way :
  - Pasien masih terpasang OPA
  - Terdapat penumpukan lendir
  - Terdengar suara nafas gargling

4. Breathing :
  - Terpasang oksigen nasal kanul 3 L/menit
  - RR : 22 x/menit
  - Irama nafas teratur
5. Sirkulasi :
  - Saturasi oksigen 97%
  - TD : 100/70 mmHg
  - Nadi : 89 x/menit
  - Akral teraba dingin
  - CRT >3 detik
6. Observasi Recovery Room

**Tabel 4.9 Aldrete Scoring (Dewasa)**

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	WarnaKulit - Kemerahan / normal - Pucat - Cianosis	2 1 0	2
2.	AktifitasMotorik - Gerak 4 anggotatubuh - Gerak 2 anggotatubuh - Tidakadagerakan	2 1 0	2
3	Pernafasan - Nafas dalam, batuk dan tangis kuat - Nafas dangkal dan adekuat - Apnea atau nafas tidak adekuat	2 1 0	2
4	Tekanan Darah - $\pm$ 20 mmHg dari pre operasi - 20 – 50 mmHg dari pre operasi - + 50 mmHg dari pre operasi	2 1 0	2
5	Kesadaran - Sadar penuh mudah dipanggil - Bangun jika dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0	1
Total			9

**KETERANGAN**

- Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score minimal 8

7. Keadaan Umum : Baik

8. Tanda Vital :

TD : 100/70 mmHg

Suhu : 35,6 °C

Nadi : 89 x/mnt,

RR : 22 x/mnt

SPO2 : 97%

9. Kesadaran : Somnolen dengan GCS E3M5V2

10. Balance Cairan

**Tabel 4.10 Balance Cairan**

Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
Oral		Urine	700 cc
Enteral		Muntah	-
Parenteral	1.500 cc	IWL	31 cc
		Perdarahan	300 cc
		Air cuci NaCL	200 cc
Jumlah	1.500 cc	Jumlah	1.231

11. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

**Tabel 4.11 Survey Sekunder**

Bagian Tubuh	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala	√		
Leher	√		
Dada		√	Terdapat luka post op pada bagian payudara kanan dengan panjang kurang lebih 20 CM dan terpasang drain, Terdapat balutan kasa dan elastis perban pada payudara kanan
Abdomen	√		
Genitalia	√		
Integumen		√	Terdapat luka jahitan post op pada payudara kanan.
Ekstremitas	√		

## D. ANALISA DATA

**Tabel 4.12 Analisa Data**

Data Subyektif & Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p><b>Pre Operasi</b></p> <p><b>Ds:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas tindakan operasi yang akan dilakukan.</li> <li>- Pasien mengatakan khawatir operasinya tidak berjalan dengan lancar.</li> <li>- Pasien mengatakan takut.</li> </ul> <p><b>Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak cemas</li> <li>- Pasien tampak takut</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Wajah Pasien tampak tegang dan pucat</li> <li>- Pasien tampak banyak bertanya mengenai tindakan operasi yang akan dilakukan</li> <li>- TTV:               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 140/80 mmHg</li> <li>Nadi : 99 x/menit</li> <li>RR : 22 x/menit</li> <li>Suhu : 36,7°C</li> </ul> </li> <li>- Skor kecemasan 45 dengan tingkat kecemasan sedang di ukur dengan alat ukur kecemasan <i>Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)</i></li> </ul>	<p>Ansietas (D.0080)</p>	<p>Krisis Situasional ( Pre Operasi Mastektomi )</p>
<p><b>Intra Operasi</b></p> <p><b>Ds: -</b></p> <p><b>Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dilakukan pembedahan pada payudara kanan</li> <li>- Pasien tampak mengalami perdarahan ± 300 CC</li> <li>- Pemberian asam traneksamat 2 Apl/IV 10ml</li> <li>- Dilakukan pemasangan drain               <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 140/80 mmHg</li> <li>Nadi : 99 x/menit</li> <li>RR : 22 x/menit</li> </ul> </li> </ul>	<p>Resiko Perdarahan (D.0012)</p>	<p>Tindakan Pembedahan</p>

<p><b>Post Operasi (di RR/PACU)</b>  <b>Ds: -</b>  <b>Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terpasang OPA</li> <li>- Lendir berlebih</li> <li>- Terdengar suara gargling</li> <li>- Posisi pasien supine</li> <li>- Terpasang oksigen nasal kanul 3 L/menit</li> <li>- Kesadaran somnolen GCS: E3M5V2</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- Saturasi O<sub>2</sub> : 97%</li> <li>- Pasien masih dalam pengaruh general anestesi.</li> </ul>	<p>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)</p>	<p>Efek Agen Farmakologis (Anestesi)</p>
<p><b>Post Operasi (di RR/PACU)</b>  <b>Ds:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada payudara kanan</li> </ul> <p><b>Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi mastektomi pada payudara kanan</li> <li>- Panjang luka ± 20 CM</li> <li>- Terdapat drainase</li> <li>- Terdapat balutan kasa dan elastis perban pada payudara kanan</li> <li>- TTV:</li> <li>TD : 100/70 mmHg</li> <li>Suhu : 35,6 °C</li> <li>Nadi : 89 x/mnt,</li> <li>RR : 22 x/mnt</li> <li>SPO<sub>2</sub> : 97%</li> </ul>	<p>Gangguan Integritas Kulit (D.0129)</p>	<p>Luka Post Operasi Mastektomi</p>

## E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

**Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan**

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre operasi	Ansietas	Krisis Situasional (Pre Operasi Mastektomi)
Intra Operasi	Resiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan
Post Operasi	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	Efek Agen Farmakologis (Anestesi)
Post Operasi	Gangguan Integritas Kulit	Luka Post Operasi Mastektomi

## F. RENCANA KEPERAWATAN

**Tabel 4.14 Rencana Keperawatan**

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Pre Operatif</b>			
1	Ansietas b.d Krisis Situasional (Pre Operasi Mastektomi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Ansietas menurun dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku gelisah menurun</li> <li>- Perilaku tegang menurun</li> <li>- Frekuensi nafas membaik</li> <li>- TD membaik</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Pucat menurun</li> </ul>	<p><b>Redukasi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</li> <li>2. Berikan terapi teknik relaksasi nafas dalam.</li> </ol>
<b>Intra Operatif</b>			
2	Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda perdarahan minimal</li> <li>- CRT &lt;3 detik</li> <li>- Intake dan output seimbang</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Perdarahan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital dan CRT</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan ESU untuk proses koagulasi pada pembuluh darah kecil</li> <li>2. Lakukan diligasi pada pembuluh darah besar</li> <li>3. Lakukan pemasangan drainase</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat traneksamat 2 Amp/Iv</li> </ol>

		- Perdarahan terkontrol	
<b>Post Operatif</b>			
3	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d Efek Agen Farmakologis (Anastesi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan KH: - Produksi seputum menurun - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik - Suara tambahan (-)	<b>Manajemen Jalan Nafas</b> <b>Observasi:</b> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor suara nafas tambahan (mis: gargling, mengi, wheezing, ronchi kering) 4. Monitor lendir (jumlah, warna, aroma) <b>Terapeutik:</b> 1. Berikan oksigen nasal kanul 3 L/menit 2. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik 3. Pantau kesadaran klien 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt dan chin-lift</i>
<b>Post Operasi</b>			
4	Gangguan Integritas Kulit b.d Luka Post Operasi Mastektomi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Integritas Kulit meningkat dengan KH: - Kerusakan lapisan kulit menurun - Tidak ada tanda-tanda infeksi	<b>Perawatan Integritas Kulit</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <b>Terapeutik:</b> 1. Ubah posisi tiap 2 jam <b>Edukasi:</b> 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <b>Perawatan Luka</b> <b>Observasi:</b> 1. Monitor karakteristik luka termasuk drainase



			<p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <p>1. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p>
--	--	--	--

## G. CATATAN PERKEMBANGAN

**Tabel 4.15 Catatan Perkembangan**

NO	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	02/06/2021	<p><b>Pre Operasi:</b></p> <p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> <li>3. menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>4. menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>5. memberikan terapi teknik relaksasi nafas dalam</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas berkuang dan sudah lebih rileks</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV: TD : 140/80 mmHg Nadi : 99 x/menit RR : 22 x/menit Suhu : 36,7°C</li> <li>- Wajah Pasien tampak lebih rileks</li> <li>- Pucat menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasa cemas</li> <li>- Pasien sudah mengerti tentang tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>- Skor kecemasan 33 dengan tingkat kecemasan ringan di ukur dengan alat ukur kecemasan <i>Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)</i></li> </ul> <p><b>A : Ansietas</b></p>

			<p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Anjurkan pasien melakukan teknik rileksasi nafas dalam</li> </ul>
2	02/06/2021	<p><b>Intra Operasi Pencegahan Perdarahan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan.</li> <li>2. Momonitor tanda-tanda vital dan CRT.</li> <li>3. Menggunakan ESU untuk proses koagulasi pada pembuluh darah kecil.</li> <li>4. Melakukan diligasi pada pembuluh darah besar.</li> <li>5. Melakukan pemasangan drainase.</li> <li>6. Mengkolaborasi pemberian obat traneksamat 2 Amp/Iv.</li> </ol>	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan <math>\pm</math> 300 CC</li> <li>- CRT &lt;3 detik</li> <li>- TD : 140/80 mmHg</li> <li>Suhu : 36,7°C</li> <li>RR : 22 x/menit</li> <li>Nadi : 99 x/menit</li> <li>- Dilakukan penghentian perdarahan (koagulasi) dengan ESU untuk pembuluh dara kecil</li> <li>- Dilakukan diligasi pada pembuluh darah besar</li> <li>- Terpasang drain</li> </ul> <p><b>A : Resiko Perdarahan Tidak Terjadi</b></p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Monitor TTV</li> </ul>
3	02/06/2021	<p><b>Post Operasi Manajemen Jalan Nafas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>2. Monitor saturasi oksigen</li> <li>3. Memberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit</li> <li>4. Memonitor suara nafas tambahan (mis: gargling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>5. Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</li> <li>6. Memantau kesadaran klien</li> <li>7. Mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> </ol>	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara nafas vesikuler</li> <li>- Lendir menurun</li> <li>- Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 L/menit</li> <li>- Pasien terpasang OPA</li> <li>- Pasien dengan posisi <i>head-tilt dan chin-lift</i></li> <li>- TD : 120/80 mmHg, N : 86 x/menit, S : 36°C</li> <li>RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%</li> </ul> <p><b>A : Bersihan Jalan Nafas Tidak Efeksif</b></p>

			<p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</li> <li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-tilt dan chin-lift</i></li> <li>- Melakukan suction</li> </ul>
4	02/06/2021	<p><b>Post Operasi</b></p> <p><b>Perawatan Integritas Kulit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor karakteristik luka termasuk drainase</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</li> </ol>	<p><b>S : -</b></p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi mastektomi pada payudara kanan</li> <li>- Panjang luka <math>\pm</math> 20 cm</li> <li>- Terpasang drainase</li> <li>- Terdapat balutan kasa dan elastis perban pada payudara kanan</li> <li>- TD : 120/80 mmHg, N : 86 x/menit, S: 36°C RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%</li> </ul> <p><b>A :</b> Gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p><b>Perawatan Integritas Kulit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi tiap 2 jam</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> </ol>

## H. PEMBAHASAN

Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan selama Pasien berada di ruang operasi. Dimulai dari saat Pasien berada di ruang penerimaan, di meja operasi dan diruang pulih sadar dengan menggunakan sarana yang tersedia di ruangan.

### 1. Pre Operatif

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut merupakan validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi masa payudara (Muttaqin, 2009).

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan terdapat benjolan pada payudara kanan sejak 1 tahun yang lalu, awalnya benjolan hanya muncul sebesar kelereng di dekat ketiak, namu lama-lama membesar seiring berjalannya waktu. Pada akhirnya sekarang seluruh payudara kanan klien terasa keras, pasien mengatakan merasa cemas dan khawatir karna akan dilakukan operasi kedua, pasien khawatir operasinya tidak berjalan dengan lancar. pasien tampak terus menanyakan seputar operasi yang akan dilakukan. pasien mengatakan ia takut untuk melakukan prosedur operasi. pasien datang dengan kesadaran composmentis GCS 15 (E5 V4 M6) dengan TTV: TD 140/80 mmHg, Nadi: 99 x/menit, Suhu: 36,7°C, RR: 22 x/menit. Skor kecemasan 45 dengan tingkat kecemasan sedang di ukur dengan alat ukur kecemasan *Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)*.

Data yang didapatkan sesuai dengan teori yang diungkapkan Majid (2011) bahwa tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis. Stuart (2006) juga mengungkapkan kecemasan pada pasien yang akan dilakukan operasi biasanya berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan.

Data obyektif yang didapatkan juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Carpenito (2000) dalam Inayati (2016) yang menyatakan bahwa kecemasan

(ansietas) merupakan respon psikologik terhadap stres yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Reaksi fisiologis terhadap kecemasan merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah, suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab.

Pernyataan diatas juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Inayati (2017) tentang Hubungan Tingkat kecemasan dengan Peningkatan Tekanan Darah pada Pasien Praoperasi Elektif di Ruang Bedah, dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden dengan rata-rata pasien berusia 50,2 tahun. Hasil yang didapatkan dari penelitian tersebut adalah 13 responden dengan cemas ringan sampai sedang dan 17 responden dengan cemas berat sampai berat sekali. Dan terdapat 18 responden dengan kenaikan tekanan darah serta 12 responden dengan tekanan darah normal selama fase preoperasi. Hal ini terlihat ada kesesuaian antara pengkajian yang didapatkan dengan teori yang ada serta penelitian yang mendukung.

Pada hasil pengkajian, didapatkan diagnosa pre operasi yaitu ansietas b.d krisis situasional (pre operasi mastektomi) klien direncanakan untuk dilakukan tindakan mastektomi pada payudara kanannya, pasien mengatakan merasa cemas dengan tindakan operasi yang akan dilakukan, pasien terus menanyakan seputar operasi yang akan dilakukan.

Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Berbagai dampak psikologis yang dapat muncul adalah kecemasan yang terekspresi dalam berbagai bentuk seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan (Muttaqin & Sari, 2009). Menurut Potter (2006), reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada banyak faktor, meliputi ketidaknyamanan dan perubahan-perubahan yang diantisipasi baik fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial atau hasil akhir pembedahan yang diharapkan.

Pada diagnosa ansietas, penulis melakukan tindakan keperawatan secara mandiri untuk mengatasi ansietas yang di alami oleh pasien yaitu melatih teknik relaksasi nafas dalam. Penelitian yang dilakukan oleh Pailak (2012) yang berjudul perbedaan pengaruh teknik relaksasi otot progresif dan nafas dalam terhadap tingkat

kecemasan pada pasien pre operasi didapatkan hasil kecemasan sesudah perlakuan relaksasi nafas dalam diketahui bahwa yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 10 orang (66,7%) sedangkan yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 5 orang (33,3%) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi. Hal ini pun berlandaskan penelitian yang dilakukan Rokawie (2017) dalam jurnal kesehatan didapatkan hasil bahwa tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 54,59 (kecemasan sedang) dan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 49,56 (kecemasan sedang) dan terjadi penurunan sebesar 5,03. Sebelum dilakukan tindakan melatih teknik relaksasi nafas dalam, perawat menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pasien dilakukan pengukuran TTV dan tidak lupa perawat menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien, lalu perawat melatih pasien melakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam agar kecemasan pasien menurun.

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Evaluasi yang diharapkan pada pasien di ruang persiapan, meliputi (Muttaqin & Sari, 2009):

- 1) TTV dalam batas normal
- 2) Respons nyeri tidak meningkat dan perdarahan dapat terkontrol
- 3) Tingkat kecemasan pasien menurun
- 4) Pasien mendapat dukungan psikologis dan secara singkat dapat menjelaskan secara ringkas prosedur pembedahan
- 5) Pasien sudah terpasang IV kateter

Berdasarkan implementasi yang dilakukan pada Ny. H dengan diagnosa pre operasi ansietas yaitu melatih teknik relaksasi nafas dalam, klien mengatakan cemas

terasa berkurang dan lebih rileks yang ditandai dengan, wajah pasien tampak lebih relaks, pucat menurun, gelisah menurun, klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasa cemas, pasien sudah mengerti tentang tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, skor kecemasan 33 dengan tingkat kecemasan ringan di ukur dengan alat ukur kecemasan *Zung-Self Anxiety Rating Scale (ZSAS)*.

Menurut penulis, pemberian tindakan teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif karena pasien akan merasa lebih rileks dan tenang sehingga ansietas perlahan berkurang.

## 2. Intra Operatif

Fase intra operatif adalah suatu masa di mana pasien sudah berada di meja operasi pembedahan sampe ke ruang pulih sadar. Asuhan keperawatan intraoperative merupakan salah satu fase asuhan yang dilewati pasien bedah dan diarahkan pada peningkatan keefektifan hasil pembedahan. Koordinasi seluruh anggota tim intraoperative, dan melibatkan tindakan independent dan dependen (Muttaqin & Sari, 2009).

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2009).

Pada fase intra operatif didapatkan data sebagai berikut:

- Pemberian oksigen 3 L/menit
- Pemberian suction
- Pemasangan drain
- Pemasangan intubasi
- Pemberian obat asam traneksamat 2 ampul
- Perdarahan  $\pm$  300 cc

Perdarahan didefinisikan sebagai kehilangan akut dari volume sirkulasi darah, menyebabkan penurunan pada venous return ke jantung. Penurunan venous return akan menyebabkan penurunan pengisian jantung dengan hasil penurunan pada

volume akhir diastole. Volume akhir diastole menentukan pemanjangan serabut otot jantung saat akhir diastole, yang berkaitan dengan daya kontraktilitas otot jantung (hukum Starling), hasil akhir adalah penurunan dari daya kontraksi otot jantung yang menyebabkan volume sekuncup berkurang dan menurunkan curah jantung yang jika dibiarkan bisa menyebabkan kematian (Muttaqin,2009). Dalam hal ini pengkajian yang didapatkan sesuai dengan teori yang ada.

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risiko perdarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah internal (dari dalam tubuh) atau eksternal (dari luar tubuh). Salah satu faktor resiko yang dapat menimbulkan perdarahan pada pasien adalah tindakan pembedahan.

Sedangkan mastektomi adalah suatu tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara yang terdiri dari seluruhstroma dan parenkhim payudara, areola dan puting susu serta kulit diatas tumornya disertai diseksi kelenjar getah bening aksila ipsilateral level I, II/III tanpa mengangkat muskulus pektoralis major dan minor Suryo (2009).

Diagnosa yang diangkat pada intra operatif adalah resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan yang didukung dengan data objektif pasien dilakukan pembedahan pada payudara kanan, pasien tampak mengalami perdarahan  $\pm$  300 CC, pemberian asam traneksamat 2 Apl/IV, dilakukan pemasangan drain , TD : 130/80 mmHg, Nadi : 99 x/menit, RR : 22 x/menit.

Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat beberapa kesamaan data antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada SDKI, sehingga dapat ditegakkan diagnose keperawatan resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan dengan berdasarkan data-data tersebut.

Pada rencana keperawatan tujuan utama keperawatan pada jenis pembedahan onkologi payudara adalah menurunkan resiko cedera, mencegah kontaminasi intra operasi dan optimalisasi hasil pembedahan (Muttaqin, Sari, 2009).

Berdasarkan SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan untuk diagnosa resiko perdarahan adalah monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda-tanda vital dan CRT, gunakan ESU untuk proses koagulasi pada pembuluh darah kecil, lakukan



diligasi pada pembuluh darah besar, lakukan pemasangan drainase, kolaborasi pemberian obat traneksamat 2 Amp/Iv.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Laili, 2014) yang berjudul Pengaruh pemberian asam traneksamat terhadap jumlah perdarahan pasca persalinan pada kelahiran vaginal di dapatkan bahwa Asam traneksamat sangat berguna dalam mencegah kasus-kasus perdarahan pascasalin karena faktor selain atonia uteri, di mana uterotonika tidak efektif. Hal ini terlihat ada kesesuaian antara hasil penelitian dengan intervensi yang diberikan kepada pasien.

Setelah rencana tindakan keperawatan disusun, penulis melakukan implementasi sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang dibuat berdasarkan kebutuhan Ny.H Implementasi yang telah dilakukan pada pasien intra operasi mastektomi atas indikasi kanker payudara dengan diagnosa resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan yaitu Memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor TTV dan CRT, menggunakan ESU untuk koagulasi pada pembuluh dara kecil, melakukan diligasi pada pembuluh darah besar, berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan asam traneksamat 2 amp/ IV. Tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan yang direncanakan .

Berdasarkan asuhan keperawatan perioperatif terhadap Ny.H dengan tindakan mastektomi atas indikasi kanker payudara telah dilakukan implementasi dan evaluasi. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan yang telah diberikan dan pada evaluasi menggunakan komponen SOAP. Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi dan evaluasi yaitu pasien tampak mengalami perdarahan  $\pm 300$ cc, CRT < 3 detik, TTV (TD : 130/80 mmHg, Nadi : 99 x/m, Suhu : 36,7°C, Pernafasan : 22 x/m), terpasang drainase, dilakukan penghentian perdarahan (koagulasi) dengan ESU untuk pembuluh darah kecil, dilakukan diligasi pada pembuluh darah besar.

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Winarno, 2016) yang berjudul Analisis Sinyal Tegangan Keluaran Electro Surgical Unit (ESU) Pada Alat Bedah Medis dengan teori Electro Surgical Unit (ESU) merupakan alat bantu bedah

medis yang digunakan dalam operasi pasien. Dengan menggunakan alat ini diharapkan selama proses operasi, pasien tidak mengalami kehilangan banyak darah karena alat ini selain dapat digunakan untuk melakukan pembedahan juga dapat digunakan untuk menutup jaringan setelah mengalami pembedahan. Sehingga proses operasi dapat berlangsung dengan lebih bersih, aman dan efisien jika dibandingkan dengan bedah medis secara konvensional.

### 3. Post Operatif

Fase pascaoperatif adalah suatu kondisi di mana pasien sudah masuk di ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Ruang pulih sadar (*recovery room*) atau Unit Perawatan Pascaanestesi (PACU) merupakan suatu ruangan untuk pemulihan fisiologis pasien pascaoperatif. PACU biasanya terletak berdekatan dengan dengan ruang operasi. Pasien yang masih di bawah pengaruh anestesi atau yang pulih dari anestesi ditempatkan di unit ini untuk kemudian akses ke perawat yang disiapkan dalam merawat pasien pascaoperatif segera, ahli anestesi dan ahli bedah, dan alat pemantau dan peralatan khusus, medikasi, dan penggantian cairan. Dalam lingkungan ini, pasien diberikan perawatan spesialis yang disediakan oleh mereka yang sangat berkualifikasi untuk memberikannya (Muttaqin & Sari, 2009).

Pengkajian pasca anestesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada di atas brankar, perawat mengkaji dan melakukan intervensi tentang kondisi jalan nafas, tingkat kesadaran, status vascular, sirkulasi, pendarahan, suhu tubuh, dan saturasi oksigen. Pengaturan posisi kepala pada saat pemindahan sangat penting dilakukan dengan tetap menjaga kepatenan jalan nafas (Muttaqin & Sari, 2009). Pasien tiba di ruang *recovery room* pada tanggal 02 Juli 2021 pukul 11.00 WIB. Perawat ruang operasi memberikan instruksi kepada perawat *recovery room* agar klien diberikan posisi supinasi, diberikan oksigen nasal kanul 3 L/menit, pantau TTV klien setiap 15 menit. Saat dilakukan pengkajian data didapatkan hasil pasien dalam kesadaran somnolen GCS: E3M5V2, klien diberikan posisi supinasi, tampak klien

terpasang (OPA), sputum berlebih, terdengar suara gargling, kemudian pasien dilakukan penghisapan lender, pasien masih dalam pengaruh general anestesi, tanda-tanda vital RR: 22 x/menit, saturasi O<sub>2</sub> 97%.

Pasien pascaoperasi akan mengalami perubahan fisiologis sebagai efek dari anestesi dan intervensi bedah. Efek dari anestesi umum terlihat pada sistem respirasi, dimana akan terjadi respon depresi pernafasan sekunder dari sisa anestesi inhalasi, penurunan kemampuan terhadap kontrol kepatenan jalan nafas karena kemampuan memposisikan lidah secara fisiologis masih belum optimal sehingga cenderung menurup jalan nafas, dan juga penurunan kemampuan untuk melakukan batuk efektif.

Pengkajian post operasi juga dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius (Muttaqin, 2009). Data-data yang penulis temukan selanjutnya pada saat pengkajian post operasi yaitu TTV TD:100/70 mmHg, Suhu: 35,6 °C Nadi: 89 x/mnt, RR: 22 x/mnt, SPO<sub>2</sub> : 97%. Pasien mengatakan terdapat luka pada payudara kanan, panjang luka ± 20 cm, terdapat drainase, terdapat balutan kasa dan elastis perban pada payudara kanan. komplikasi yang bisa muncul pasca tindakan operasi adalah gangguan integritas kulit.

Berdasarkan pada data pengkajian didapatkan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif b.d efek agen farmakologis (anestesi). klien yang menjalani operasi dengan anestesi umum akan dilakukan pemasangan alat bantu napas selama dalam kondisi teranestesi, sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman dan terasa lendir kental ditenggorokan akibat akumulasi sekret (Hartini dan Na'imah, 2014). Menurut penelitian Vidiany (2015) sebanyak 158,90 CFU/mL *Staphylococcus aureus* ditemukan dalam sekret pada kelompok kontrol pasca bedah. Menurut penelitian Na'imah (2015) sebanyak 37,5% pasien tidak mampu melakukan batuk efektif dengan baik. Menurut Mc. Hardy et al, dari 1325 pasien yang diintubasi, 50% pasien (663 orang) mengeluhkan timbulnya serak pada tenggorokan dalam Fahriyani (2014). Pasien yang menjalani operasi dengan anestesi umum akan dilakukan

pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranestesi. (Budianto, 2017). Pembedahan dengan general anestesi dapat menimbulkan penumpukan sekret di dalam tenggorokan dan mudah sekali masuk ke jalan napas dan paru-paru, karena selama tidak sadar, refleks batuk untuk melindungi jalan nafas tidak lagi memadai, bahkan hilang akibat dari obat anestesinya (Sjamsuhidajat dan Jong, 2004). Efek sistemik utama yang diamati setelah anestesi general seperti asfiksia, spasme pita suara, bronco spasme, asidosis. Adapun tindakan yang dilakukan dari tanda efek sistemik tersebut adalah oksigenasi, mempertahankan ventilasi pulmonal, kepatenan jalan nafas, mengatur posisi, membuang sekret, mempertahankan sirkulasi (Susatia Budi, 2016). Sekresi yang banyak dalam saluran nafas dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas parsial atau total. Untuk mencegah penyumbatan dan infeksi saluran nafas bawah, sekresi harus dikeluarkan melalui latihan seperti batuk yang efektif, bernafas dalam dan imobilisasi (Baradero dkk, 2009).

Kemudian didapatkan diagnose selanjutnya pada post operasi gangguan integritas kulit b.d luka post operasi mastektomi. Data-data yang penulis temukan pada saat pengkajian post operasi yaitu TTV TD :100/70 mmHg Suhu: 35,6 °C, Nadi: 89 x/mnt, RR: 22 x/mnt, SPO2: 97%.

Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat banyak kesamaan antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada (SDKI, 2018), sehingga dapat ditegaskan diagnosa gangguan integritas kulit berdasarkan data-data tersebut.

Gangguan integritas kulit merupakan yang terjadi pada jaringan kulit dan dapat meningkat dari jaringan jika tidak dilakukan perawatan multidisiplin, alasan penulis menegakan gangguan integritas kulit ini karena tindakan mastektomi adalah operasi pengangkatan payudara.

Berdasarkan SIKI (2018), intervensi yang dapat dilakukan untuk diagnosa gangguan integritas kulit adalah sebagai berikut:

### **Redukasi Ansietas**

#### **Observasi:**

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal: kondisi, waktu, stressor)

2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

**Terapeutik:**

1. Pahami situasi yang membuat ansietas
2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

**Edukasi:**

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Berikan terapi teknik relaksasi nafas dalam

Intervensi diatas, tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan di ruang *recovery room*.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartonah, 2015). Implementasi yang dilakukan pada diagnose bersihan jalan nafas tidak efektif adalah memonitor pola nafas dikarenakan obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernafasa. Oleh karna itu penulis harus mewaspadaai pernafasan yang dangkal dan lambat serta batuk yang lemah. Implementasi selanjutnya memonitor suara nafas tambahan yang bertujuan untuk deteksi awal adanya perubahan terhadap kontrol pola nafas. Mempertahankan kepatenan jalan nafas, oropharingeal (OPA) tetap terpasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dan suara nafas tambahan hilang. Melakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik dikarenakan kesulitan pernafasan terjadi akibat sekresi lendi yang berlebihan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Berty (2013), tentang pengaruh tindakan penghisapan lender endotrakeal tube (ETT) terhadap kadar saturasi oksigen pada klien yang dirawat di ruang ICU RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado yang mengatakan bahwa terdapat perbedaan kadar saturasi oksigen sebelum dan sesudah diberikan tindakan penghisapan lender dengan nilai p-value 0,000. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dan pengawasan selama di ruang *ruang room* penulis melakukan penilaian dengan

hitungan *Alderette Score* dengan batasan skornya  $\geq 8$  klien masuk diruang rawat inap.

Implementasi selanjutnya pada diagnosa gangguan integritas kulit b.d luka post operasi mastektomi yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit Memonitor karakteristik luka termasuk drainase, dan Memonitor tanda-tanda infeksi.

Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan.