

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Tabel 3. 1 Hasil Anamnesis dan Riwayat Kesehatan

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. A	Ny. I
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Usia	33 tahun	42 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Banjaran	Kp. Babakan Ciamis
No Medrek	00937750	00968677
Diagnosa Medis	Ca mammae sinistra + riwayat hipertensi	Carcinoma mammae sinistra
Tanggal Masuk RS	5 November 2024	5 November 2024
Tanggal Operasi	7 November 2024 (pukul 11.00)	6 November 2024 (13.05)
Tanggal Pengkajian	7 November 2024 (17.00)	7 November 2024 (15.00)
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pada area operasi sebelah kiri	Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi payudara
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan saat kontrol yang terakhir disarankan untuk dilakukan operasi mastektomi/pengangkatan payudara. Pasien	Pasien mengatakan 5 november pukul 16.00 datang kerumah sakit untuk rencana tindakan mastektomi rencana operasi. 6

	<p>mengatakan dokter memberitahu bahwa tanggal 5 mulai dilakukan perawatan.</p> <p>Pada saat tanggal 5 November 2024 sore hari pasien langsung ke ruang khalid bin walid untuk dilakukan perawatan.</p> <p>Pasien dilakukan operasi tanggal 7 november pukul 11.00) dan kembali keruangan pukul 13.00. pasien dilakukan pengkajian pukul 17.00. pasien tampak lemas. pasien mengatakan nyeri pada area operasi, nyeri dirasakan seperti berdenyut, nyeri yang dirasakan hilang timbu, nyeri hanya di area operasi saja tidak menyebar kebagian tubuh lainnya, skala nyeri 5/10. Pasien terbalut kasa dan perben elastis tanpa rembesan dengan luka operasi berukuran ±15</p>	<p>November 2024 pukul 13.00 pasien dilakukan tindakan pembedahan. Pada saat pengkajian tanggal 7 november 2024 pasien tampak lemas, meringgis kesakitan. Pasien merupakan POD 1. Pasien mengatakan nyari di area luka operasi luka post operasi, nyeri dirasakan bertambah jika bergerak dan berkurang jika meminum obat. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti berdenyut dan disayat sayat. Pasien mengatakan nyeri hanya di luka operasi saja. Skala nyeri 6/10. Pasien terbalut kassa dan perban elstastis tanpa rembesan dengan ukuran 20cmx15cm luka tidak dijahit dengan jumlah drainase 5cc</p>
--	--	--

		<p>cm. terpasang drain area payudara sebelah kiri dengan jumaah 6cc. pasien mengatakan kesulitan bergerak atau melakukan aktivitas normal terutama dalam menggerakkan lengan kiri</p>	
Riwayat Penyakit Dahulu	Penyakit	<p>Pasien mengatakan merasa ada benjolan pada payudara kirinya sejak 1 tahun yang lalu. Namun benjolan baru terasa nyeri sejak bulan ke 11. Pasien mengatakan melakukan pemeriksaan dan bulan april 2024 dilakukan biopsi dan sudah menjalankan 5x kemoterapi. Pasien mengatakan penyakitnya muncul karena suka memakan makanan cepat saji dan makanan kaleng. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi.</p>	<p>pasien mengatakan terdiagnosa kanker payudara sejak 2 tahun yang lalu. Awalnya pasien merasakan ada benjolan kecil. Pasien sudah dilakukan operasi bipsi. Dan sudah melakukan sinar sebanyak 25 x. pasien mengatakan sempat mengkonsumsi obat herbal selama 6 bulan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit lainnya</p>
Riwayat Penyakit Keluarga	Penyakit	<p>Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang</p>	<p>Pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki</p>

	sama yaitu kanker. Dikeluarga ada yang memiliki riwayat penyakit jantung dan hipertensi yaitu ibu dan bapaknya.	riwayat hipertensi, diabetes melitus, asma, dll.
--	---	--

Tabel 3. 2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Pasien tampak lemah, kooperatif	Pasien tampak lemah, kooperatif
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital	TD: 127/88 mmHg N: 84x/menit S: 36,8 C RR: 20x/menit SPO2: 96%	TD: 120/80 mmHg N: 89x/menit S: 36,2 C RR: 20x/menit SPO2: 97%
Ketidaknyaman/Nyeri	Nyeri pasca operasi	Nyeri pasca operasi
Status Antropometri	BB: 52 kg TB: 160 cm IMT: 20,3 (normal)	BB: 59 kg TB: 160 cm IMT: 22,7 (normal)
Pemeriksaan Fisik		
Sistem Pernapasan	RR 20x/menit, pada saat di inspeksi bentuk hidung simetris, hidung klien terlihat ada sedikit kotoran, mukosa hidung lembab, tidak ada	RR 20x/menit, pada saat di inspeksi bentuk hidung simetris, hidung klien terlihat bersih, mukosa hidung lembab, tidak ada polip, tidak ada

	<p>polip, tidak ada pernapasan cuping hidung, pengembangan dada simetris, vocal premitus sama antara kanan dan kiri ketika klien mengatakan tujuh puluh tujuh, tidak teradapat wheezing maupun rochi</p>	<p>pernapasan cuping hidung, pengembangan dada simetris, vocal premitus sama antara kanan dan kiri ketika klien mengatakan tujuh puluh tujuh, tidak teradapat wheezing atau ronchi.</p>
Sistem Kardiovaskular	<p>Konjungtiva an anemis, mukosa bibir lembab, akral hangat, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada sianosis, CRT<3 detik, berkeringat, edema (-/-)</p>	<p>Konjungtiva anemis, pucat, mukosa bibir kering, akral dingin, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada sianosis, CRT<3 detik, berkeringat, edema (-/-)</p>
Sistem Gastrointestinal	<p>Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi tidak ada karies, tidak terdapat gigi berlubang, tidak ada perdarahan pada gusi. Ny A mampu mengunyah dan menelan makanan, tidak ada nyeri pada saat menelan, tidak ada peradangan pada tonsil, bentuk abdomen datar,</p>	<p>Pasien mengatakan nafsu makan berkurang makan kadang habis kadang tidak. Pasien mengatakan mual setelah dan merasakan ingin muntah setelah operasi kemarin. Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, lidah bersih, gigi tidak ada karies, gigi graham kanan dan kiri</p>

	<p>bising usus 9x/menit, tidak terdapat nyeri tekan, pada saat diperkusi terdengar suara timpani di abdomen, hepatomegali (-). Pasien mengatakan belum buang air besar sejak operasi</p>	<p>berlubang, tidak ada perdarahan pada gusi. Ny I mampu mengunyah dan menelan makanan, tidak ada nyeri pada saat menelan, merasa mual setelah dicoba minum pertama kali pasca operasi, Tidak ada peradangan pada tonsil, bentuk abdomen datar, bising usus 7x/menit, tidak terdapat nyeri tekan, pada saat diperkusi terdengar suara timpani di abdomen, hepatomegali (-)</p>
Sistem Perkemihan	<p>Pasien BAK mandiri ke kamar mandi, saat dipalpasi tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada nyeri tekan</p>	<p>Pasien BAK mandiri ke kamar mandi, saat dipalpasi tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada nyeri tekan</p>
Sistem Muskuloskeletal	<p>Ekstremitas atas: Pasien mengatakan gerakan pada tangan kiri terbatas akibat operasi.</p>	<p>Ekstremitas atas: Pasien mengatakan gerakan pada tangan kiri terbatas akibat operasi. pasien hanya dapat mengangkat</p>

	<p>Pada ekstremitas atas simetris lengkap antara kanan dan kiri, kuku pendek bersih, rentang gerak tangan kiri terbatas karena luka jahitan pasca operasi, ROM fleksi: 30, abduksi: 30° kekuatan otot ekstremitas atas 5/3</p> <p>Ekstremitas bawah: Bentuk simetris, tidak terdapat kontraktur sendi, edema (-), pergerakan bebas ke segala arah, kekuatan otot 5/5</p>	<p>tangan sedikit karena luka operasi hingga ke bagian ketiak. Dan merasa takut jahitan terlepas jika banyak bergerak.</p> <p>Pada ekstremitas atas simetris lengkap antara kanan dan kiri, kuku pendek bersih, rentang gerak tangan kiri terbatas karena luka jahitan pasca operasi, kekuatan otot 5/3. ROM fleksi 45° abduksi 30°</p> <p>Ekstremitas bawah: Pasien mengatakan tidak ada keluhan. Bentuk simetris, tidak terdapat kontraktur sendi, edema (-), pergerakan bebas ke segala arah, kekuatan otot 5/5</p>
Sistem Neuplogi	GCS 15, pasien composmentis, tidak ada kelainan pada sistem persyarafan	GCS 15, pasien composmentis, tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

Sistem Integumen	Warna kulit coklat, kulit kepala bersih, tidak ada rambut, kuku tangan kaki pendek dan bersih suhu 36,8, turgor kulit baik, crt <3detik	Warna kulit coklat, kering, kulit kepala bersih, rambut tipis, kuku tangan kaki pendek dan bersih, suhu 35,2
Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
Sistem Reproduksi	Mammae: tidak terkaji karena terbalut perban, payudara sebelah kiri sudah diangkat dengan tindakan mastektomi Genital: pasien mengatakan tidak ada permasalahan pada area genital	Mammae: tidak terkaji karena terbalut perban, payudara sebelah kiri sudah diangkat dengan tindakan mastektomi Genital: pasien mengatakan tidak ada keluhan

Tabel 3. 3 Hasil Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Konsep Diri	Pasien mengatakan	Pasien mengatakan
1. Gambaran Diri	menyukai seluruh	merasa biasa saja
2. Identitas Diri	anggota tubuhnya	dengan anggota
3. Peran Diri	namun pasien	tubuhnya, tidak ada
4. Ideal Diri	mengatakan malu	anggota yang paling
5. Harga Diri	karena tidak mempunyai rambut dan sekarang payudaranya hanya sebelah kanan saja. Pasien sebagai	disukai atau tidak disukai menurut pasien semuanya sama saja. Identitas pasien sebagai perempuan dan pasien

	<p>seorang perempuan dan mengatakan puas dilahirkan sebagai perempuan. Peran pasien saat ini menjadi istri, ibu dan anak, pasien mengatakan peran tersebut tidak pernah menjadikannya beban hanya saja terkadang merasa cape namun itu hal yang wajar. Pasien mengatakan harapannya saat ini bisa segera pulih dan berharap agar kanker payudaranya itu tidak muncul lagi.</p>	<p>mengatakan puas dengan identitas tersebut. Pasien berperan sebagai ibu, istri dan anak, pasien merasa tidak ada beban dengan peran tersebut. Harapan pasien saat ini adalah ingin segera pulang dan kemabali bertemu anak-anaknya dan berharap agar segera sembuh dari penyakitnya.</p>
Pengkajian Cemas	Pasien mengatakan tidak merasa cemas	Pasien tidak merasakan cemas
Pemaknaan Sakit	<p>Pasien menganggap sakit yang saat ini dirasakan merupakan ujian dari Allah SWT agar senantiasa selalu berserah dan meningat Allah SWT. pasien mengatakan sebelum sakit tidak memakai</p>	<p>Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini merupakan cobaan dari Allah SWT yang diberikan kepadanya agar selalu sabar dan tabah dalam menjalani kehidupannya dengan cara pasien berdoa dan juga berikhtiar agar</p>

	kerudung, setelah terdiagnosa kanker pasien menggunakan kerudung. Dan pasien menganggap bahwa ini merupakan teguran dari Allah	bisa sembuh.
Penerimaan Sakit	Pasien mengatakan menerima dengan penyakit dan kondisi yang sedang dialaminya, meskipun terkadang merasakan sedih.	Pasien mengatakan ikhlas dan menerima sakit yang dialaminya, dan pasien yakin kondisinya saat ini merupakan kasih sayang Allah kepada saya. Segini juga saya bersyukur kankernya ketauan, sehingga segera dilakukan tindakan
Dukungan Sosial	Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik. Keluarganya selalu memberikan dukungan, dan suami tidak mempermasalahkan kondisi payudara saya saat ini. Pasien aktif dalam kegiatan dilingkungan sekitar,	pasien memiliki 2 orang anak. pasien beraktifitas dirumah melakukan pekerjaan rumah. Pasien jarang aktif untuk kegiatan sosial.

	pasien mengatakan terkadang seminggu sekali mengikuti pengajian	
Ibadah	Pasien seorang muslim pasien mengatakan selalu ibadah sholat 5 waktu meskipun terkadang tidak tepat waktu. Saat ini pasien mengatakan ibadah dibantu oleh suaminya untuk menyiapkan alat sholatnya dan wudhu diantar, untuk posisi sholatnya duduk karena sedang terpasang selang infus.	Pasien beragama islam, selama sakit pasien mengatakan masih menjalankan ibadah sholat 5 waktu.

Tabel 3. 4 Hasil Pengkajian Pola Aktivitas Sehari-Hari (Activity Daily Living/ADL)

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Nutrisi	Dirumah:	Dirumah
Makan	1. Nasi, sayur dan lauk. Pasien mengatakan sebelum terdiagnosa kanker sering mengkonsumsi	1. Nasi, sayur dan lauk pauk , bubur
1. Jenis		2. 2 x sehari
2. Frekuensi		3. 1 porsi
3. Porsi		4. Tidak ada keluhan
4. Keluhan		Dirumah Sakit

	<p>makanan cepat saji dan makanan kaleng</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 2 x sehari 3. 1 porsi habis 4. Pasien mengatakan terkadang merasa mual setelah kemoterapi sehingga sedikit tidak nafsu makan <p>Dirumah sakit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yang disediakan RS 2. 3 x sehari 3. 1 porsi habis 4. Tidak ada keluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yang disediakan RS 2. 3 x sehari 3. Kadang habis kadang tidak 4. Mual
<p>Minum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis 2. Jumlah (cc) 3. Keluhan 	<p>Dirumah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air putih, terkadang teh. Sebelum terdiagnosa kanker pasien mengatakan sering meminum soda 2. Sekitar 2 liter 3. Tidak keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air putih 2. 300 ml 3. Tidak ada keluhan 	<p>Dirumah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air putih dan teh hangat 2. 7 gelas 3. Tidak keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Air putih 2. 1 gelas 3. Tidak ada keluhan

<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi 2. Warna 3. Konsistensi 4. Keluhan 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2x sehari 2. Coklat 3. Lunak 4. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selama dirumah sakit belum BAB 2. Pasien mengatakan tidak terasa mulas, mungkin karena kemarin akan dilakukan tindakan operasi 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2x sehari 2. Coklat 3. Lunak 4. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selama dirumah sakit belum BAB 2. Tidak ada keluhan
<p>BAK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi 2. Warna 3. Keluhan 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5x sehari 2. Kuning jernih 3. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2x 2. Kuning jernih 3. Tidak ada keluhan 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-6x sehari 2. Kuning jernih 3. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1x 2. Kuning jernih 3. Tidak ada keluhan
<p>Istirahat dan Tidur</p> <p>Waktu tidur</p> <p>Malam pukul</p> <p>Siang pukul</p> <p>Lamanya</p> <p>Keluhan</p>	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 7jam dari pukul 22.00 malam 05.00 2. Siang istirahat jika tidak ada pekerjaan, sekitar 1 jam 3. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p>	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6jam dari pukul 20.00 – 03.00 2. Tidur siang 1 jam dari pukul 13.00-14.00 2. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8 jam dari pukul 21.00– 05.00 2. Tidur siang sering setidurnya karena merasa bosan 3. Tidak ada keluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8jam dari pukul 20.00-04.00 2. Tidur siang tidak menentu pasien mengatakan setidurnya 3. Tidak ada keluhan
<p>Kebiasaan Diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi 2. Perawatan Rambut 3. Perawatan Kuku 4. Perawatan Gigi 5. Ketergantungan 6. Keluhan 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2x1 hari 2. Pasien mengatakan setelah tidak memiliki rambut kepala dibersihkan seperti mandi biasa 3. 1 x 1minggu 4. 3x1 hari 5. Tidak dibantu 6. Tidak ada keluhan <p>Dirumah sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1x 1hari di seka 2. 1x1hari 3. Belum 4. 2x1 hari 5. Dibantu oleh suami untuk menyiapkan baju dan membantu menyeka 6. Tidak ada keluhan 	<p>Dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2x1 hari 2. 1 minggu 3kali 3. 1 x 1minggu 4. 2x1 hari 5. Tidak dibantu 6. Tidak ada keluhan <p>Dirumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selama dirumah sakit hanya 1 kali diseka 2. Psien belum keramas terakhir saat sebelum kerumah sakit rambut tampak sedikit berminyak 3. Kuku bersih pendek 4. Sikat gigi 1 kali di pagi hari 5. Pasien terkadang dibantu oleh suaminya 6. Tidak ada keluhan

Kebiasaan konsumsi obat-obatan/minuman keras	Pasien mengatakan tidak meminum – minuman keras/obat terlarang	Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi minuman keras maupun obat terlarang. Hanya saja 6 bulan terakhir pasien mengkonsumsi obat herbal
Kebiasaan merokok	Pasien mengatakan tidak pernah merokok	Pasien mengatakan tidak pernah merokok

Tabel 3. 5 Hasil Pemeriksaan Penunjang Radiologi

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Radiologi / CT Scan	<p>Tanggal pemeriksaan 1 April 2024</p> <p>Hasil RO Thorak: Foto asimetris Cor tidak membesar Sinuses dan diafragma normal Pulmo: - Hili normal - Bronchovascular marking tidak bertambah - Tidak tampak infiltrat</p> <p>Kesimpulan:</p>	<p>Tanggal Pemeriksaan: 14 Oktober 2024</p> <p>Hasil RO Thorak: Foto asimetris Cor tidak membesar Sinuses dan diafragma normal Pulmo: - Hili normal - Bronchovascular marking tidak bertambah - Gambaran opak inhomogen di lapang bawah kiri</p>

	Tidak tampak TB paru aktif/pneumonia Tidak tampak kardiomegali	Kesimpulan: Gambaran opak inhomogen di lapang bawah kiri ec Massa mammae kiri yang terproyeksi di hemit Tidak tampak kardiomegali
--	---	--

Tabel 3. 6 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium

Pasien 1					Pasien 2				
Tanggal pemeriksaan: 5 November 2024					Tanggal Pemeriksaan: 14 Oktober 2024				
Nama Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan	Kategori	Nama Pemeriksaan	hasil	unit	Nilai Rujukan	Kategori
Hematologi					Hematologi Diffential Hiutng jenis leukosit				
Masa perdarahan/BT	2'00''	Menit	1 ~ 3	Normal	Basofil	0	%	0 ~ 1	Normal
Masa pembekuan/CT	8'00''	Menit	5 ~ 11	Normal	Eosinofil	2	%	2 ~ 4	Normal
Darah Rutin					Batang	1	%	2 ~ 6	Rendah
					Segmen	80	%	50 ~ 70	Tinggi
Hemoglobin	12.3	g/dL	12.0~ 16.0	Normal	Limfosit	11	%	24 ~ 40	Rendah
Lekosit	6680	Sel/uL	3800 ~ 10600	Normal	Monosit	6/2+	%	2 ~ 8	Normal
Eritrosit	4.03	Juta/uL	3.6 ~ 5.8	Normal	NLR	7.4			

Hematokrit	35.6	%	34 ~ 47	Normal	Masa perdarahan/BT	2'00''	Menit	1 ~ 3	Normal
Trombosit	286000	Sel/uL	150000 ~ 440000	Normal	Masa pembekuan/CT	7'10''	Menit	5 ~ 11	Normal
MCV	88.3	fL	80 ~ 100	Normal	Darah Rutin				
MCH	30.4	Pg	26 ~ 34	Normal	Hemoglobin	11.9	g/dL	12.0 ~ 16.0	Rendah
MCHC	34.5	%	32 ~ 36	Normal	Lekosit	14380	Sel/uL	3800 ~ 106000	Tinggi
RDW-CV	14.1	%	11.5 ~ 14.5	Normal	Eritrosit	4.09	Juta/usL	3.6 ~ 5.8	Normal
RDW-SD	44.7	fL			Hematokrit	35.4	%	35 ~ 47	Normal
Kimia Klinik					Trombosit	396000	Sel/uL	150000 ~ 440000	Normal
Gula Darah Sewaktu	113	Mg/dL	74 ~ 106	Tinggi	MCV	86.6	fL	80 ~ 100	Normal
					MCH	29.0	pg	26 ~ 34	Normal
					MCHC	33.5	%	32 ~ 36	Normal

	RDW-CV	18.9	%	11.5 ~ 14.5	Tinggi
	RDW-SD	57.6	fL		
Kimia Klinik					
Fungsi Liver					
	AST (SGOT)	10	U/L	10 ~ 31	Normal
	ALT (SGPT)	15	U/L	9 ~ 36	Normal
Fungsi Ginjal					
	Ureum	17	Mg/dL	10 ~ 50	Normal
	Kreatinin	0.69	Mg/dL	0.7 ~ 50	Normal
Gula Darah					
	Gula Darah Sewaktu	132	Mg/dL	74 ~ 106	Tinggi

Tabel 3. 7 Program Terapi

Nama Obat	Pasien 1			Pasien 2			Kegunaan
	Dosis	Cara pemberian	Jam pemberian	Dosis	Cara pemberian	Jam pemberian	
Anbacim	2x1gr	IV	06.00 18.00	2x1gr	IV	06.00 18.00	Digunakan untuk mencegah atau mengobati infeksi bakteri yang mungkin terjadi pasca operasi. Operasi dapat meningkatkan risiko infeksi akibat luka bedah
Ondansentron	-	-	-	2x4mg	IV	06.00 18.00	Membantu mencegah mual dan muntah yang sering terjadi pasca operasi akibat anastesi atau efek samping dari obat nyeri
Ketorolac	2x1amp	IV	06.00 18.00	2x1amp	IV	06.00 18.00	Digunakan untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat pasca operasi. ketorolac memiliki efek anti-inflamasi sehingga juga membantu mengunrangi peradangan di area bedah

RL	20 tpm	IV	-	20 tpm	IV	-	Mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit yang mungkin terganggu selama operasi. membantu mempertahankan tekanan darah dan hidrasi tubuh, terutama jika pasien mengalami kehilangan darah atau cairan selama operasi.
----	--------	----	---	--------	----	---	--

C. Analisa Data

Tabel 3. 8 Analisa Data

No	Pasien 1			Pasien 2		
	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Etiologi
1	Kamis 7 November 2024	<p>Nyeri Akut</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada area operasi - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut 	<p>Trauma bedah (insisi kulit, pemotongan otot/pengangkatan jaringan)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aktivasi nosiseptor (reseptor nyeri di kulit, otot atau jaringan payudara yang rusak)</p>	Kamis 7 November 2024	<p>Nyeri Akut</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri luka post operasi - Nyeri dirasakan bertambah jika pasien bergerak dan berkurang jika pasien diberikan obat 	<p>Trauma bedah (insisi kulit, pemotongan otot/pengangkatan jaringan)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aktivasi nosiseptor (reseptor nyeri di kulit, otot atau jaringan payudara yang rusak)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri hanya di area operasi saja tidak menyebar kebagian tubuh lainnya - Pasien mengatakan skala nyeri 5/10 <p>DO:</p>	↓ Pelepasan mediator inflamasi (prostaglandin, bradikinin, substansi P, dan sitokin) ↓ Peradangan lokal dan sensitasi perifer ↓ Transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf pusat ↓ Impuls listrik dihantarkan melalui serabut saraf ↓ Pengolahan di medula spinalis		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut dan disayat sayat - Pasien mengatakan nyeri hanya di luka operasi saja <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6/10 - TD : 120/80 mmhg, - N : 89x/mnt , - S 36.2 C, - RR : 20x/mnt, - Spo2 : 97% 	Pelepasan mediator inflamasi (prostaglandin, bradikinin, substansi P, dan sitokin) ↓ Peradangan lokal dan sensitasi perifer ↓ Transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf pusat ↓ Impuls listrik dihantarkan melalui serabut saraf ↓ Pengolahan di medula spinalis ↓
--	--	--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - TD: 127/88 mmHg - N: 84x/menit - S: 36,8 C - RR: 20x/menit - SPO2: 96% 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Neuron pada tanduk dorsal memproses sinyal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Sinyal diteruskan ke otak melalui traktus spinotalamikus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Persepsi nyeri di otak (korteks somatosensorik, talamus, sistem limbik)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri dipersepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pasien mengeluh nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p>			<p style="text-align: center;">Neuron pada tanduk dorsal memproses sinyal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Sinyal diteruskan ke otak melalui traktus spinotalamikus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Persepsi nyeri di otak (korteks somatosensorik, talamus, sistem limbik)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri dipersepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pasien mengeluh nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>
--	--	--	--	--	--	---

			Nyeri Akut			
2	Kamis 7 November 2024	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan DS: - DO: - Tindakan operasi pengangkatan payudara - Terdapat luka operasi dengan ukuran ± 15 cm terbalut kassa dan perban elastis	Pembedahan ↓ Trauma Bedah ↓ Disrupsi atau kerusakan struktur kulit dan jaringan ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan	Kamis 7.11.2024	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan DS:- DO: - terdapat luka operasi dengan ukuran ± 15 cm, terbalut kassa dan perban elastis diarea luka operasi, pasien terpasang drain dengan jumlah cairan 5cc.	Pembedahan ↓ Trauma Bedah ↓ Disrupsi atau kerusakan struktur kulit dan jaringan ↓ Gangguan integritas kulit dan jaringan

		diarea luka operasi - Pasien terpasang drain dengan jumlah 6cc di area payudara sebelah kiri				
3	Kamis 7.11.2024	Gangguan Mobilitas Fisik DS: - pasien mengatakan gerakan pada tangan kiri terbatas DO:	Prosedur bedah (mastektomi) ↓ Kerusakan jaringan ↓ Nyeri dan peradangan ↓ Imobilisasi: pasien menghindari gerakan karena nyeri atau rasa tidak nyaman	Kamis 7.11.2024	Gangguan Mobilitas Fisik DS: - pasien mengatakan gerakan pada tangan kiri terbatas akibat operasi. - pasien mengatakan	Prosedur bedah (mastektomi) ↓ Kerusakan jaringan ↓ Nyeri dan peradangan ↓ Imobilisasi: pasien menghindari gerakan karena nyeri atau rasa tidak nyaman

		<ul style="list-style-type: none"> - rentang gerak pasien terbatas - ROM Fleksi: 30° Abduksi: 30° - kekuatan otot ekstremitas atas 5 3 	↓ Kelemahan otot ↓ Gangguan Mobilitas Fisik		takut jahitan terlepas ketika melakukan pergerakan DO: <ul style="list-style-type: none"> - rentang gerak pasien terbatas - ROM Fleksi: 45° Abduksi: 30° - kekuatan otot ekstremitas atas 5 3 	↓ Kelemahan otot ↓ Gangguan Mobilitas Fisik
4	Kamis 7 November 2024	Harga Diri Rendah DS: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan malu karena tidak 	Faktor risiko: peubahan citra tubuh. Kemoterapi (rambut rontok)	Kamis 7.11.2024	Nausea DS: <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh mual setelah dipindahkan 	aktivasi reseptor kemoreseptor (Chemoreceptor Trigger Zone – CTZ) yang dipicu oleh obat anastesi seperti opioid/gas

		<p>memiliki rambut dan hanya memiliki payudara sebelah kanan saja</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak memiliki rambut - terdapat luka operasi mastektomi sinistra 	<p>Pembedahan (mastektomi): kehilangan payudara ↓ Persepsi negatif terhadap perubahan fisik ↓ Dampak psikologis: perasaan malu, tidak percaya diri ↓ Penurunan harga diri ↓ Harga Diri Rendah</p>		<p>keruang perawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sesekali merasa ingin muntah - pasien mengatakan nafsu makan berkurang terkadang makan tidak habis karena mual <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak pucat - pada saat diperkusi terdengar suara 	<p>anastesi atau produk metabolik inflamasi akibat trauma jaringan post operasi ↓ Aktivasi nervus vagus (sistem saraf otonom) ↓ Stimulasi pusat muntah di medula oblongata ↓ Peningkatan aktivasi saraf motorik dan otonom ↓ Mual dan refleks munrah ↓ Nausea</p>
--	--	--	---	--	--	---

					timpani abdomen	di	
--	--	--	--	--	--------------------	----	--

D. Diagnosa Keperawatan

4. Pasien 1

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (tindakan *modified radical mastectomy*)
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d agen pencedera fisik (tindakan *modified radical mastectomy*)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi
- d. Harga diri rendah b.d perubahan pada citra tubuh

5. Pasien 2

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (tindakan *modified radical mastectomy*)
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d agen pencedera fisik (tindakan *modified radical mastectomy*)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi
- d. Nausea b.d distensi lambung

E. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3. 9 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun dengan	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Identifikasi kesiapan menerima informasi 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 	1. Informasi ini penting untuk memahami jenis nyeri (akut atau kronis) dan membantu dalam diagnosis serta evaluasi efektivitas pengobatan. Lokasi dan karakteristik nyeri dapat mengarah pada sumber spesifik, sementara durasi dan frekuensi membantu

		<p>ska la nye ri 1 / 10</p> <p>- Pasien dapat beraktivitas dengan nyeri</p> <p>- Pasien tampak tenang</p>	<p>9. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>10. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>12. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>13. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas)</p> <p>14. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas</p> <p>15. Jelaskan prosedur teknik napas</p> <p>16. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin</p> <p>17. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p> <p>18. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menhirup udara melalui hidung secara perlahan</p>	<p>menentukan pola nyeri.</p> <p>2. Menggunakan skala nyeri (misalnya skala 0-10) memungkinkan pengukuran objektif intensitas nyeri. Ini membantu dalam menentukan tingkat intervensi yang diperlukan dan mengevaluasi respons terhadap terapi.</p> <p>3. Banyak pasien mungkin tidak dapat mengekspresikan nyeri secara verbal (anak-anak, pasien kritis, atau pasien dengan gangguan komunikasi). Tanda-tanda</p>
--	--	---	---	---

		<p>19. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan</p> <p>20. Demonstrasikan menarik napas dalam selama 4 detik, menahan napas 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik</p> <p>Kolaborasi</p> <p>21. Pemberian analgetik 30 inj 2 x1</p>	<p>nonverbal seperti ekspresi wajah, postur tubuh, atau perilaku gelisah</p> <p>memberikan petunjuk penting tentang nyeri yang dirasakan.</p> <p>4. Memahami faktor yang memengaruhi nyeri dapat membantu perencanaan intervensi yang lebih efektif, seperti menghindari pemicu nyeri atau memanfaatkan strategi pengurang nyeri tertentu (misalnya, posisi tubuh, teknik relaksasi).</p>
--	--	--	---

				<p>5. Nyeri yang tidak terkendali dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan, seperti mobilitas, tidur, nafsu makan, dan kesejahteraan emosional. Dengan memahami dampaknya, perawatan dapat diarahkan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien secara keseluruhan.</p> <p>6. Kesiapan menerima informasi adalah kunci dalam pendidikan kesehatan. Pasien yang</p>
--	--	--	--	---

				<p>siap menerima informasi cenderung lebih mampu mengelola kondisi mereka, memahami pilihan pengobatan, dan terlibat dalam keputusan perawat.</p> <p>7. Analgesik, terutama opioid, dapat memiliki efek samping serius seperti mual, konstipasi, sedasi, atau depresi pernapasan. Pemantauan ini memastikan keamanan pasien dan membantu menyesuaikan pengobatan</p>
--	--	--	--	--

				<p>untuk meminimalkan risiko.</p> <p>8. Materi dan media pendidikan kesehatan membantu pasien dan keluarga memahami kondisi, pengelolaan nyeri, serta langkah-langkah yang dapat diambil untuk mencegah atau mengurangi nyeri.</p> <p>Informasi yang disampaikan secara visual atau tertulis dapat meningkatkan pemahaman dan memungkinkan pasien untuk</p>
--	--	--	--	---

				<p>merujuknya kembali di kemudian hari.</p> <p>9. Teknik nonfarmakologis seperti relaksasi, pernapasan dalam, terapi panas/dingin, distraksi, atau pijatan dapat menjadi metode pelengkap yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri tanpa risiko efek samping obat. Strategi ini juga memberikan kontrol lebih kepada pasien dalam mengelola nyeri mereka.</p> <p>10. Memberikan kesempatan bertanya</p>
--	--	--	--	---

				<p>membantu mengurangi kecemasan pasien, memastikan bahwa mereka memahami informasi yang diberikan, dan memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengklarifikasi atau memberikan penjelasan tambahan sesuai kebutuhan individu pasien. Ini juga meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan terkait perawatan.</p> <p>11. Penjelasan ini membantu</p>
--	--	--	--	---

				<p>pasien memahami kondisi yang menyebabkan nyeri, pola nyeri yang mungkin dialami, dan faktor pemicu yang perlu dihindari. Ini memberikan kontrol lebih kepada pasien untuk mengelola nyeri secara proaktif.</p> <p>12. Memberikan informasi tentang berbagai strategi manajemen nyeri (baik farmakologis maupun nonfarmakologis) membantu pasien memilih metode yang</p>
--	--	--	--	--

				<p>paling sesuai dengan kebutuhan mereka dan meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi nyeri.</p> <p>13. Teknik napas merupakan metode nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri dengan meningkatkan oksigenasi, relaksasi otot, dan mengalihkan fokus dari rasa sakit.</p> <p>14. Penjelasan tujuan dan manfaat membantu pasien memahami</p>
--	--	--	--	--

				<p>alasan di balik teknik yang diajarkan, meningkatkan motivasi untuk melakukannya secara konsisten, dan memperkuat komitmen terhadap intervensi ini.</p> <p>15. Penjelasan prosedur secara jelas dan sistematis membantu pasien melakukannya dengan benar dan mencapai manfaat yang maksimal dari teknik ini.</p> <p>16. Posisi tubuh yang nyaman membantu mengurangi ketegangan otot, meningkatkan</p>
--	--	--	--	--

				<p>relaksasi, dan mempermudah pelaksanaan teknik pernapasan secara efektif.</p> <p>17. Menutup mata dan berkonsentrasi membantu mengurangi distraksi eksternal, sehingga pasien dapat fokus pada teknik pernapasan dan merasa lebih rileks.</p> <p>18. Inspirasi perlahan melalui hidung membantu meningkatkan oksigenasi dan mengatur pernapasan, mengurangi rasa tegang, serta</p>
--	--	--	--	--

				<p>menenangkan sistem saraf.</p> <p>19. Ekspirasi perlahan melalui mulut membantu melepaskan ketegangan fisik dan emosional, menstimulasi relaksasi, serta mengatur ritme pernapasan.</p> <p>20. Demonstrasi membantu pasien memahami dan mempraktikkan teknik pernapasan yang benar. Pola ini dirancang untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi kecemasan, dan membantu</p>
--	--	--	--	---

				<p>mengalihkan perhatian dari rasa nyeri.</p> <p>21. Analgetik diberikan untuk mengurangi nyeri yang mungkin timbul akibat luka, perawatan luka, atau prosedur lainnya.</p> <p>Mengurangi nyeri tidak hanya meningkatkan kenyamanan pasien tetapi juga membantu mencegah respons stres tubuh yang dapat mengganggu proses penyembuhan luka, seperti vasokonstriksi, peningkatan tekanan darah,</p>
--	--	--	--	--

				atau peningkatan kadar kortisol.
2	Gangguan Integritas Kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pemulihan pasca bedah dan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil: 1. Eritema pada kulit sekitar operasi menurun (mudar) 2. Pasien merasa	Perawatan Luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka 6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10. Anjurkan mengkonsumsi	1. Mengamati karakteristik luka membantu mengevaluasi proses penyembuhan, mendeteksi komplikasi, dan menentukan intervensi perawatan yang diperlukan. Bau atau perubahan warna dapat mengindikasikan adanya infeksi atau nekrosis. 2. Deteksi dini tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, nyeri, demam, atau eksudat purulen penting

		nyaman	makanan tinggi kalori dan protein	untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan mengarahkan intervensi yang tepat.
		3. Area luka operasi membaik tidak terjadi tanda-tanda infeksi	11. Kolaborasi pemberian antibiotic (anbacim 2x1)	3. Melepaskan balutan dengan perlahan mengurangi risiko kerusakan jaringan baru yang terbentuk (granulasi) dan mengurangi nyeri pada pasien.
		4. Volume drainase berkurang		4. Cairan NaCl fisiologis membantu menghilangkan debris dan bakteri tanpa merusak jaringan sehat, serta meminimalkan risiko infeksi.

				<p>5. Pemilihan balutan yang sesuai memastikan lingkungan luka tetap lembab untuk mendukung penyembuhan, sekaligus melindungi luka dari kontaminasi dan trauma.</p> <p>6. Teknik steril mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme eksternal, mengurangi risiko infeksi nosokomial, dan mempercepat proses penyembuhan.</p> <p>7. Frekuensi penggantian balutan berdasarkan</p>
--	--	--	--	--

				<p>eksudat mencegah kelembapan berlebih, mengurangi risiko maserasi kulit, dan menjaga lingkungan luka tetap optimal untuk penyembuhan.</p> <p>8. Pergantian posisi secara teratur mengurangi tekanan pada area tertentu, mencegah ulkus tekan, dan meningkatkan aliran darah ke jaringan untuk mendukung penyembuhan.</p> <p>9. Edukasi pasien dan keluarga tentang tanda infeksi</p>
--	--	--	--	--

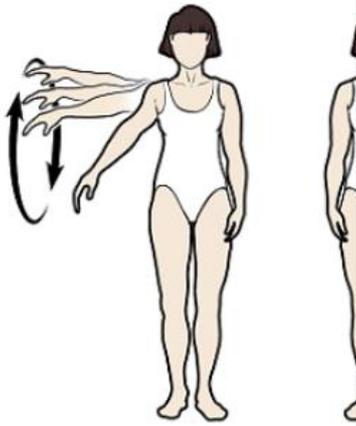
				<p>meningkatkan kewaspadaan dan memungkinkan mereka melaporkan perubahan kondisi dengan segera, sehingga tindakan dapat diambil lebih awal.</p> <p>10. Kalori dan protein yang cukup mendukung proses penyembuhan luka dengan mempercepat regenerasi jaringan, meningkatkan daya tahan tubuh, dan menggantikan kehilangan protein akibat luka.</p>
--	--	--	--	--

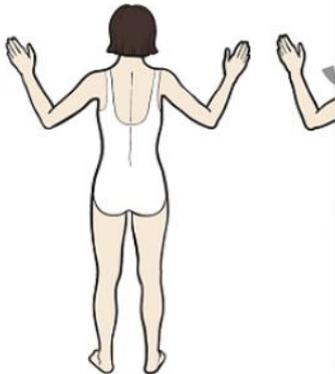
				<p>11. Antibiotik membantu mengatasi atau mencegah infeksi bakteri, yang merupakan salah satu hambatan utama dalam proses penyembuhan luka.</p> <p>Kolaborasi ini memastikan terapi farmakologis diberikan secara tepat sesuai kondisi pasien.</p>
3	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keprawataan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan 	<p>1. Nyeri atau keluhan fisik dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak.</p> <p>Identifikasi awal memastikan</p>

	<p>dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan akan ekstrim atas kiri meninggkat 2. Kekuatan otot meninggkat 4/5 3. Rentan gerak meninggkat 90 derajat 4. Gerakan terbatas menurun 	<p>darah sebelum memulai mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi melakukan pergerakan dengan latihan fisik latihan lengan dan bahu <p>Hari ke-1</p> <p>Latihan Pernapasan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tarik napas perlahan dan dalam melalui hidung, biarkan dada dan perut mengembang b. Buang napas perlahan lewat mulut c. Lakukan sebanyak 3 x <p>Latihan Lengan dan</p>  <p>Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Putaran bahu ke belakang 	<p>latihan atau mobilisasi dilakukan dengan aman dan menyesuaikan intensitas latihan agar tidak memperburuk kondisi pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui sejauh mana pasien mampu bergerak membantu merancang program mobilisasi yang sesuai, sehingga mobilisasi dilakukan tanpa menyebabkan kelelahan atau cedera. 3. Memantau tanda vital membantu memastikan bahwa pasien
--	---	--	---

			<p>1) Letangan lengan dengan rileks disamping tubuh</p> <p>2) Gerakan memutar, gerakan bahu ke depan, ke atas, ke belakang, dan ke bawah. Cobalah membuat lingkaran sebesar mungkin dan gerakan kedua bahu secara bersamaan</p> <p>3) ulangi gerakan sebanyak 5 kali. Jika merasakan nyeri pada area operasi, mulailah dengan lingkaran yang lebih kecil. Buat lingkaran yang lebih besar saat nyeri berkurang.</p>	<p>dalam kondisi stabil sebelum mobilisasi, sehingga dapat mengurangi risiko kejadian seperti pusing, hipotensi ortostatik, atau kelelahan berlebih.</p> <p>4. Pemantauan kondisi umum memastikan pasien tidak mengalami komplikasi selama mobilisasi, seperti sesak napas, kelelahan ekstrem, atau nyeri yang tiba-tiba, sehingga intervensi dapat segera dilakukan jika diperlukan.</p> <p>5. Latihan fisik secara bertahap</p>
--	--	--	---	---

			<p>e. Sayap Bahu</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1) Letakan tangan di dada 2) Angkat siku kesamping. Ingatlah untuk tidak mengangkatnya lebih tinggi dari batasan rentang gerak. Jika tidak memiliki batasan rentang gerak, angkat siku setinggi mungkin 3) Turunkan siku perlahan-lahan 4) Lakukan gerakan ini sebanyak 5 kali. Setelah selesai turunkan tangan secara perlahan. 	<p>membantu meningkatkan kekuatan otot, fleksibilitas, dan sirkulasi darah, sehingga mendukung pemulihan kemampuan mobilitas pasien secara bertahap.</p> <p>6. Dukungan keluarga memberikan motivasi emosional dan fisik kepada pasien, memastikan keberlanjutan mobilisasi di luar lingkungan rumah sakit, serta menciptakan rasa aman bagi pasien saat bergerak.</p> <p>7. Penjelasan tentang</p>
--	--	--	---	---

		<p>Hari ke-2</p> <p>f. Gerakan Lengan ke Belakang</p>  <p>Belakang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berdirilah dengan kedua kaki sedikit terbuka untuk menjaga keseimbangan. Angkat lengan kesamping. 2) Putar lengan ke belakang secara perlahan. Pastikan menggerakkan lengan dari bahu bukan siku. Jaga siku tetap lurus. 3) Ulangi gerakan sebanyak 5 kali 4) Setelah seselai, turunkan lengan 	<p>manfaat dan prosedur mobilisasi meningkatkan pemahaman pasien, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kepatuhan terhadap program rehabilitasi.</p> <p>8. Mobilisasi dini mencegah komplikasi akibat imobilisasi, seperti atrofi otot, trombosis vena dalam (DVT), dekubitus, dan pneumonia. Ini juga membantu mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan fungsi fisik.</p>
--	--	--	--

			<p>perlahan kesamping</p> <p>g. Lingkaran Lengan Depan Sama seperti untuk gerakan memutar lengan ke belakang, tetapi lakukan gerakan memutar ke depan secara perlahan</p> <p>Hari ke-3</p> <p>h. Membentuk Tangan W</p>  <p>1) Bentuklah huruf "W" dengan kedua lengan di samping dan telapak tangan menghadap ke depan. Angkat</p>	<p>9. Mengajarkan mobilisasi sederhana membantu pasien memulai dari gerakan dasar yang sesuai dengan kondisinya. Ini meminimalkan risiko cedera dan memberikan dasar untuk transisi ke latihan yang lebih kompleks di kemudian hari</p>
--	--	--	--	---

			<p>kedua tangan agar sejajar dengan wajah. Jika tidak dapat mengangkat kedua tangan sejajar dengan kepala, angkat senyaman mungkin.</p> <p>2) Jepit tulang belikat ke bawah selama 5 detik</p> <p>3) Secara perlahan kembalikan lengan ke posisi awal</p> <p>4) Ulangi gerakan sebanyak 5 kali</p> <p>Hari ke 4-7</p>	
--	--	--	--	--

i. Panjatan Belakang



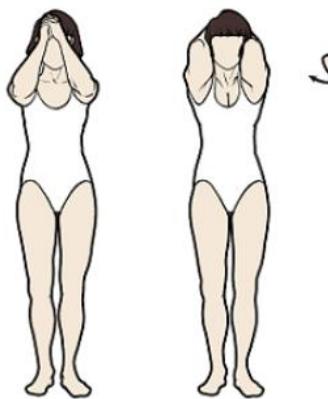
- 1) Letakan lengan di belakang punggung, pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Jika operasi pada kedua payudara, gunakan lengan yang paling mudah bergerak untuk

memegang
yang lain.

2) Geser
tangan
perlahan ke
tengah
punggung

3) Tahan
posisi
selama 30
detik,
tingkatkan
durasi
hingga 60
detik jika
latihan
terasa lebih
mudah.

j. Tangan di Belakang



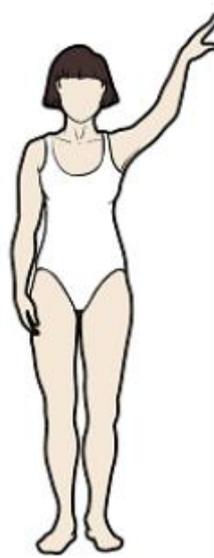
Leher

1) Letakan
kedua
tangan di

			<p>pangkuan atau didepan</p> <p>2) Angkat tangan perlahan- lahan ke arah kepala. Jaga siku tetap rapat di depan. Jaga kepala tetap sejajar, pastikan leher tidak ditekuk</p> <p>3) Geser tangan ke atas kepala hingga mencapai bagian nelakang leher. Saat mencapai titik ini, rentangkan siku ke samping</p>	
--	--	--	---	--

4) Tahan
posisi
selama 30
detik

k. Perayapan Dinding

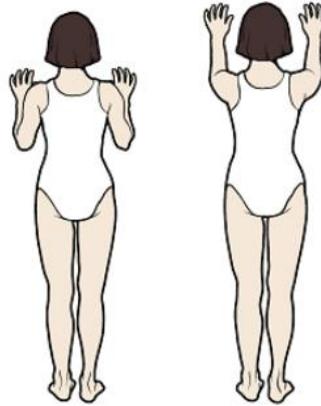


Samping

- 1) Berdirilah dengan sisi tubuh yang sehat paling dekat dengan dinding, sekitar kaki 1 kaki (30 cm) dari dinding
- 2) Jangkauh setinggi

			<p>mungkin dengan lengan yang tidak dilakukan operasi</p> <p>3) Putar tubuh sehingga sisi yang dilakukan operasi yang paling dekat dengan dinding</p> <p>4) Naikan jari-jari ke dinding sedikit demi sedikit</p> <p>5) Ulangi gerakan sebanyak 5 x</p>	
--	--	--	--	--

1. Perayapan Dinding



Depan

- 1) Berdiri menghadap dinding. Jari-jari berjarak 15 cm dari dinding
- 2) Letakan kedua tangan di dinding pada ketinggian yang nyaman
- 3) Jangkau setinggi mungkin dengan

			<p>merayapi dinding</p> <p>4) Ulangi gerakan sebanyak 5x</p> <p>Catatan: lakukan gerakan sesuai dengan toleransi fisik. Saat latihan terasa lebih mudah, mulailah melakukan gerakan tersebut. Ulangi hingga 10 x.</p> <p>m. Baca hamdalah</p> <p>n. Beritahu klien bahwa tindakan telah selesai</p> <p>o. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	
--	--	--	--	--

4	<p>Harga Diri Rendah Situasi</p> <p>nal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan hubungan positif antara harga diri dan pemecahan masalah yang efektif 2. Melakukan keterampilan positif untuk 	<p>SP : asesmen harga diri rendah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai b. Menjelaskan tujuan interaksi: melatih pengendalian ansietas agar proses penyembuhan lebih cepat 2. Membuat kontrak (inform consent) dua kali pertemuan 3. Bantu pasien mengenal harga diri rendah <ol style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya b. Bantu pasien mengenal 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya adalah fondasi untuk mendukung proses terapeutik. Dengan salam terapeutik dan pendekatan personal, pasien merasa dihargai dan diterima, yang membantu mengurangi kecemasan serta meningkatkan keterbukaan. 2. Kontrak yang jelas memastikan pasien memahami dan menyetujui intervensi, meningkatkan rasa kontrol dan tanggung
---	---	--	---	--

	<p>meningkatkan harga diri</p> <p>3. Melakukan pemecahan masalah dan melakukan umpan balik yang efektif</p> <p>4. Menyadari hubungan yang positif antara harga diri dan kesehatan fisik</p>	<p>penyebab harga diri rendah</p> <p>c. Bantu pasien menyadari akibat dari perilaku harga diri rendah</p> <p>4. Bantu pasien dalam menggambarkan dengan jelas keadaan evaluasi diri yang positif yang terdahulu</p> <p>5. Jelaskan pada pasien hubungan antara harga diri rendah dan kemampuan pemecahan masalah yang efektif</p> <p>6. Diskusikan aspek positif dan kemampuan diri sendiri, keluarga, dan lingkungan</p> <p>7. Latih satu kemampuan positif yang dimiliki</p> <p>8. Tekankan bahwa kegiatan melakukan kemampuan positif berguna untuk menumbuhkan harga diri positif</p>	<p>jawab terhadap proses terapi.</p> <p>3. Membantu pasien mengenali perasaan mereka memberi wawasan tentang akar permasalahan, sehingga pasien dapat memahami hubungannya dengan perilaku negatif. Dengan menyadari dampak dari harga diri rendah, pasien dapat termotivasi untuk melakukan perubahan.</p> <p>4. Mengingat pengalaman positif</p>
--	---	---	--

		<p>SP2: evaluasi assesmen harga diri rendah, manfaat latihan melakukan kemampuan positif 1, melatih kemampuan positif 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan rasa percaya pasien <ol style="list-style-type: none"> a) Mengucapkan salam dan memberi motivasi b) Asesmen ulang harga diri rendah dan melakukan kemampuan melakukan kegiatan positif 2. Membuat kontrak ulang: cara mengatasi harga diri rendah 3. Latih satu kemampuan positif ke 2 4. Evaluasi efektifitas melakukan kegiatan positif untuk meningkatkan harga diri 5. Tekankan kembali bahwa kegiatan melakukan kemampuan positif 	<p>sebelumnya dapat membantu pasien menemukan kembali kepercayaan diri mereka dan menyadari bahwa perubahan positif mungkin terjadi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menyadari hubungan antara harga diri rendah dan kemampuan memecahkan masalah dapat memotivasi pasien untuk meningkatkan harga diri, yang akan membantu mereka dalam mengatasi masalah secara lebih efektif. 6. Mengidentifikasi dan
--	--	---	--

			<p>berguna untuk menumbuhkan harga diri</p>	<p>mengapresiasi kemampuan diri meningkatkan kepercayaan diri pasien, serta menumbuhkan kesadaran tentang potensi diri.</p> <p>7. Pelatihan kemampuan positif membantu pasien merasa lebih berharga dan percaya diri, sehingga mereka dapat melihat sisi positif dalam diri mereka sendiri.</p> <p>8. Melakukan aktivitas positif secara rutin membantu membangun pola pikir positif,</p>
--	--	--	---	---

				<p>meningkatkan harga diri, dan mempercepat proses pemulihan.</p> <p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rasa percaya yang berkelanjutan memberikan kenyamanan emosional, membuat pasien tetap termotivasi untuk melanjutkan proses terapi.2. Kontrak ulang membantu pasien memahami kemajuan mereka dan memperbarui tujuan terapi berdasarkan kebutuhan mereka saat ini.
--	--	--	--	--

				<p>3. Melatih kemampuan positif yang baru memberikan pasien pengalaman langsung tentang efektivitas strategi tersebut dalam meningkatkan harga diri.</p> <p>4. Evaluasi memberikan umpan balik tentang keberhasilan intervensi dan memotivasi pasien untuk melanjutkan kegiatan yang telah berhasil.</p> <p>5. Mengingat kembali manfaat kegiatan positif memperkuat motivasi pasien</p>
--	--	--	--	--

				<p>untuk mempertahankan perilaku tersebut, membantu menumbuhkan harga diri secara berkelanjutan.</p>
5	Nausea	<p>Setelah dilakukan tindakan keprawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 3. Identifikasi dampak mual terhadap penyebab mual 4. Monitor mual <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 6. Kurangi atau hilangkan penyebab mual <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan istirahat yang cukup 8. Anjurkan sering membersihkan mulut 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami pengalaman mual pasien membantu menentukan pola, tingkat keparahan, dan frekuensi, sehingga mempermudah pengelolaan mual secara individual. 2. Isyarat seperti wajah meringis, gelisah, atau menahan perut memberikan petunjuk tentang intensitas mual,

		<p>menurun</p>	<p>9. Anjurkan menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian ondansentron 2x1 4mg inj</p>	<p>terutama pada pasien yang mungkin kesulitan mengungkapkan rasa tidak nyaman secara verbal.</p> <p>3. Menentukan faktor pemicu (seperti makanan, obat, atau lingkungan) memudahkan perencanaan intervensi untuk mengurangi atau menghilangkan penyebabnya.</p> <p>4. Pemantauan terus-menerus memungkinkan evaluasi efektivitas intervensi dan deteksi dini jika mual</p>
--	--	----------------	---	---

				<p>memburuk atau tidak membaik.</p> <p>5. Faktor lingkungan seperti bau menyengat, ruangan pengap, atau cahaya terang dapat memicu atau memperburuk mual; mengeliminasi faktor ini meningkatkan kenyamanan pasien.</p> <p>6. Menghilangkan penyebab spesifik mual (seperti menghentikan makanan tertentu atau mengubah jadwal obat) dapat langsung meringankan gejala pasien.</p>
--	--	--	--	---

				<p>7. Istirahat yang cukup membantu tubuh pulih dan mencegah kelelahan yang dapat memperburuk mual.</p> <p>8. Kebersihan mulut yang baik membantu mengurangi rasa tidak nyaman akibat sisa muntahan atau rasa asam di mulut, yang dapat memperburuk mual.</p> <p>9. Teknik seperti relaksasi, napas dalam, atau visualisasi dapat membantu mengalihkan perhatian pasien dan mengurangi</p>
--	--	--	--	---

				<p>gejala mual secara psikologis.</p> <p>10. Ondansetron efektif menghambat reseptor serotonin 5-HT3 yang berperan dalam mekanisme mual dan muntah, terutama yang dipicu oleh anestesi, kemoterapi, atau obat-obatan lain. Kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis memberikan hasil yang optimal.</p>
--	--	--	--	--

F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi Keperawatan

Pasien 1

Hari/Tanggal	DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Nama & Paraf
Kamis 7 November 2024	1	17.20	Mengajarkan pasien napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan teknik mengambil	Nyeri Akut S: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang ketika melakukan napas dalam	Lusiana 
		17.22	apas selama 4 detik tahan 2 detik dan hembuskan selama 8 detik. Diulangi	O: pasien mampu mengikuti arahan yang diberikan untuk mengurangi nyeri dengan teknik napas dalam	
		17.25	sebanyak 3x R/ pasien mengerti	A: masalah belum teratasi	
		17.25	Meminta pasien memperagakan teknik napas dalam untuk mengurangi	P: lanjutkan intervensi	
		18.00	nyeri R/ pasien dapat melakukan teknik napas dalam. Pasien mengatakan	- Monitor TTV pasien - Identifikasi kondisi nyeri - evaluasi terapi non farmakologi teknik napas dalam disertai dzikir, lanjutkan jika efektif	
	1	18.03	nyeri sedikit berkurang dan merasa lebih tenang		
	1	18.05	Menganjurkan melakukan napas dalam disertai dengan		

		<p>dzikir yang biasa dilakukan R/ pasien mengerti</p> <p>Melakukan kontrak waktu untuk pemberian obat anti nyeri dan antibiotik pukul 18.00 R/ pasien bersedia</p> <p>Pemberian analgetik dan antibiotik R/ pasien diberikan ketorolac 1amp (drip) dan anbacim 1gr. Pasien mengatakan dingin ketika diinjeksi</p> <p>Memonitor drainase dan balutan luka pasien R/ drainase 6cc, luka terbalut kasa dan perban elastis tanpa rembesan, tidak tampak pembengkakan dan kemerahan di area balutan.</p> <p>Melakukan kontrak waktu melakukan</p>	<p>mengurangi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat ketorolac 2x1amp (drip) - Monitor efek samping pemberian analgetik <p>Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p>S: -</p> <p>O: drainase 6cc, luka terbalut kasa dan perban elastis tanpa rembesan, tidak tampak pembengkakan dan kemerahan di area balutan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Kolaborasi pemberian anbacim 2x1gr - Lakukan GV POD 2 	
--	--	--	---	--

			latihan fisik untuk meningkatkan kekuatan otot, pergerakan sendi R/ pasien bersedia dilakukan latihan fisik		
Jum'at 8 November 2024	1	07.35	Menanyakan kondisi pasien saat ini	Nyeri Akut S: pasien mengatakann nyeri dirasakan disekitar dada, nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika bergerak dan nyeri berkurang setelah pemberian obat dan mencoba melakukan teknik napas dalam. Skala nyeri 4/10. Pasien mengatakan nyeri hanya berpengaruh terhadap aktivitasnya	Lusiana 
	1	07.35	R/ pasien mengatakan sudah membaik		
	1	07.37	Menanyakan keluhan pasien		
	2	07.40	R/ pasien mengatakan masih sama seperti kemarin nyeri masih terasa		
	1	07.43	Melakukan pemeriksaan TTV TD: 142/99mmHg N: 96x/menit RR: 20x/menit S: 36 ⁰ C		
	1	07.44	Memantau karakteristik luka	O: Pasien tampak lemas, hasil pemeriksaan	
	1	07.45	R/ drainase 6cc, luka terbalut kasa steril dan perban elastis tanpa rembesan, tidak	TTV: TD: 142/99mmHg N: 96x/menit RR: 20x/menit S: 36 ⁰ C, skala nyeri 4	
	1	07.46			

	1,2, 3	07.48	terdapat tanda infeksi	A: masalah belum teratasi, keluhan nyeri menurun
	1	07.50	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	P: lanjutkan intervensi - Monitor TTV pasien - Identifikasi nyeri
	3	07.51	R/ pasien mengatakan nyeri dirasakan diarea dada, nyeri dirasakan hilang timbul,	- Lanjutkan terapi non farmakologi teknik napas dalam disertai dzikir,
	3	07.52	nyeri bertambah jika bergerak dan nyeri berkurang jika diberikan obat dan menarik napas dalam	- Kolaborasi pemberian obat ketorolac 2x1amp (drip)
		11.00		Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan
		11.02	Mengidentifikasi skala nyeri R/ skala nyeri 4/10	S: - O: drainase 6cc, luka terbalut kasa steril dan perban elastis tanpa rembesan, tidak terdapat tanda infeksi
		11.03	Mengidentifikasi nyeri terhadap kualitas hidup R/ pasien mengatakan hanya sulit beraktivitas saja, selebihnya untuk tidur tidak ada permasalahan	A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka
		11.06		

		11.07	Mengavaluasi cara melakukan teknik napas dalam R/ pasien mampu melakukannya	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi - Kolaborasi pemberian anbacim 2x1gr - Lakukan GV POD 2 	
		11.09	Menjelaskan strategi meredaknya nyeri dengan menganjurkan pasien untuk banyak bergerak untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi nyeri, mempercepat proses pemulihan luka dan mencegah kekakuan sendi R/ pasien mengerti	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S: pasien mengatakan sudah bisa makan sendiri dengan bantuan untuk mencapai posisinya</p> <p>O: Sebelum intervensi Kekuatan otot 3 Fleksi 45⁰ Abduksi 45⁰</p> <p>Setelah intervensi Kekuatan otot 3 Fleksi 60⁰ Abduksi 60⁰</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi Lakukan latihan fisik 2x1hari</p>	
		11.10			
		11.12			
		11.15			
		11.18	Menganjurkan pasien untuk makan makanan tinggi protein untuk mempercepat proses penyembuhan luka seperti telur, daging, ikan, dll R/ pasien mengerti		
		11.21			
		11.24	Melakukan kontrak waktu bahwa pukul 11 nanti akan	<p>Harga Diri Rendah</p> <p>S: pasien mengatakan pasien mengatakan</p>	

		11.27	melakukan latihan fisik untuk membantu meningkatkan kekuatan otot dan pergerakan sendi	sebenarnya jika dirumah tidak ada masalah untuk rambut sudah rontoh sudah habis karena suami pun sudah menerimanya	
		11.30	R/ pasien bersedia	malah selalu memberikan dukungan bahwa hal itu bukanlah permasalahan. Tapi sekarang rambut saya sudah tidak ada, payudara saya sekarang sudah diangkat jadi ngerasa malu dan sedih karena untuk rambut bisa ditutupi dengan kerudung tapi untuk payudara meskipun tertutup tapi kelihatan karena hanya jadi mungkin akan tetap terlihat jika sudah saya tutupi, takut suami ngga suka lihat kondiisi saat ini. pasien mengatakan karena perubahan pada tubuhnya sehingga merasa tidak percaya diri.	
		11.32	Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan fisik		
		11.33	R/ pasien memperhatikan ketika sedang diberikan penjelasan		
		11.35	Menanyakan kondisi fisik pasien apakah dapat melakukan aktivitas		
		11.37	R/ pasien mengatakan sudah bisa makann sendiri dengan duduk bersandar dengan kasur dinaikan		
	4	14.00	Memvalidasi kembali apakah pasien sudah memahami tujuan melakukan latihan fisik	O: pasien tampak tenang sedih	

		14.01	R/ pasien mengatakan memahami latihan ini dilakukan agar tidak kaku dan bebas melakukan aktivitas	ketika menjelaskan	
		14.02	Menanyakan kesedian untuk latihan fisik khususnya tangan dilakukan sekarang	A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi SP2 dengan evaluasi assesmen harga diri rendah, manfaat latihan melakukan kemampuan positif 1 dan 2	
		14.03	R/ pasien bersedia dilakukan latihan fisik ditempat tidur	- Pertahankan rasa percaya pasien	
		14.04	Menanyakan posisi pasien apakah sudah bisa duduk atau dilakukan dalam posisi tidur	- Membuat kontrak ulang untuk mengatasi harga diri rendah	
		14.06	R/ pasien mengatakan sudah duduk dengan meminta bantuan untuk posisinya. Posisi pasien 90 ⁰	- Latih kemampuan positif 2	
		14.07	Menanyakan skala nyeri pasien R/ Skala nyeri 4	- Evaluasi aktivitas melakukan kegiatan positif untuk meningkatkan harga diri	
				- Tekankan kembali bahwa kegiatan melakukan kemampuan	

		14.09	Menanyakan kekuatan otot dan rom pasien ekstremitas kiri Kekuatan otot 3 Fleksi 45 ⁰ Abduksi 45 ⁰	an positif berguna untuk menumbuhkan harga diri	
		14.10	Menanyakan kesiapan pasien dan memastikan posisi sudah nyaman untuk dilakukan tindakan R/ pasien mengatakan sudah siap dan sudah nyaman dengan posisinya Menganjurkan pasien melakukan napas dalam R/ pasien melakukannya dengan tenang Melakukan putaran bahu kebelakang dengan mengintruksikan tangan pasien disman diatas paha dan lakukan gerakan memutar yang pertama gerakan bahu memutar ke		

			<p>belakang coba lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukan tanpa keluhan</p> <p>Melakukan gerakan sayap bahu dengan mengangkat siku kedepan lalu angkat kesamping seperti mengepakkan sayap lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukan $\pm 45^{\circ}$</p> <p>Melakukan gerakan kebelakang dengan mengintruksikan pasien angkat tangan kesamping lalu gerakan memutar ke belakang sesuai dengan toleransi fisiknya jangan memaksakan ketika nyeri lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukan nya tanpa keluhan</p> <p>Meminta pasien melakukan hal</p>	
--	--	--	--	--

		<p>yang sama namun lakukan gerakan ke depan R/ pasien dapat melakukanya tanpa keluhan</p> <p>Meminta pasien membentuk tangan seperti huruf W dan gerakan ke belakang seperti mengepit punggung sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukanya namun gerakan belum sempurna, pasien hanya dapat menggerakan tangan ke belakang hanya sedikit</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan panjatan belakang R/ pasien tampak kesulitan meraih lengan belakang sehingga gerakan ini tidak dilakukan</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Memberitahu pasien bahwa tindakan sudah selesai dan menjelaskan kepada pasien bahwa terdapat 3 tindakan yang belum dilakukan yaitu tangan di belakang leher perayapan dinding samping dan dinding depan</p> <p>Mengucapkan hamdalah R/ mengucapkan hamdalah bersama</p> <p>Mengkaji respon pasien setelah diberikan tindakan R/ pasien mengatakan lebih enak setelah latihan merasa tidak kaku namun pasien mengatakan takut jahitanya kenapa kenapa karena terlalu banyak bergerak</p> <p>Menanyakan kekuatan otot dan rom pasien</p>		
--	--	---	--	--

		<p>ekstremitas kiri setelah dilakukan terapi latihan fisik</p> <p>Kekuatan otot 3 Fleksi 60⁰ Abduksi 60⁰</p> <p>Melakukan kontrak waktu selanjutnya untuk besok dilakukan latihan fisik kembali dan menanyakan apakah pasien memiliki waktu untuk berbincang mengenai perasaan pasien yang mengatakan malu akibat perubahan kondisi fisiknya R/ pasien mengatakan bersedia dilakukan kembali latihan fisik besok dan berbincang setelah dzuhur</p> <p>Melakukan kontrak waktu untuk membahas mengenai kondisi fisik terkait dan masalah terkait</p>		
--	--	---	--	--

		<p>untuk 2 x pertemuan R/ pasien bersedia</p> <p>Mengidentifikasi perasaan saat ini R/ pasien mengatakan sebenarnya jika dirumah tidak ada masalah untuk rambut sudah rontoh sudah habis karena suami pun sudah menerimanya malah selalu memberikan dukungan bahwa hal itu bukanlah permasalahan. Tapi sekarang sekalin rambut saya sudah tidak ada, payudara saya sekarang sudah diangkat jadi ngerasa malu dan sedih karena untuk rambut bisa ditutupi dengan kerudung tapi untuk payudara meskipun tertutup tapi kelihatan karena hanya jadi mungkin akan tetap terlihat jika</p>		
--	--	--	--	--

		<p>sudah saya tutupi, takut suami ngga suka lihat kondiisi saat ini</p> <p>Membantu pasien mengenal penyebab harga dirinya R/ pasien mengatakan karena perubahan pada tubuhnya sehingga merasa tidak percaya diri</p> <p>Membantu pasien menyadari akibat perilaku dari harga diri rendah, apakah perasaan malu memngaruhi kehidupan sehari-hari R/ pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit tidak terlalu berpengaruh karena tidak memiliki rambut bisa ditutupi dengan kerudung, tidak tau sekarang setelah ini</p> <p>Membantu pasien</p>		
--	--	--	--	--

		<p>menggambarkan keadaan evaluasi diri yang positif dengan menanyakan apa yang membuat pasien merasa bangga/percaya diri saat sebelum operasi R/ pasien mengatakan selalu ketika pengajian selalu dipuji karena masakanya enak, terkadang ibu ibu pengajian meminta resep makananya.</p> <p>Diskusikan aspek positif dan kemampuan diri sendiri, keluarga, dan lingkungan R/ pasien mengatakan suami selalu mendukung dan tidak pernah mempermasalahakan kondisi saat ini, selalu menemani untuk berobat, jika suami kerja ditemani oleh ibunya</p>		
--	--	---	--	--

			<p>Menganjurkan pasien untuk ketika pulang nanti melakukan kegiatan yang disenangi seperti memasak, menyarankan pasien mencoba membuat masakan baru yang belum pernah dibuat sebelumnya</p> <p>R/ pasien mengatakan ingin mencoba membuat makanan yang manis manis karena sebelumnya yang suka dibawa ke pengajian yaitu teman nasi yang biasanya untuk makan bersama</p> <p>Mengingatkan kembali melakukan kemampuan positif berguna untuk menumbuhkan harga diri yang positif</p> <p>R/ pasien mengatakan akan mencobanya</p>		
--	--	--	---	--	--

			Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya R/ pasien bersedia		
Sabtu 9 November	1	07.30	Menanyakan kondisi pasien R/ pasien	Nyeri Akut S: pasien mengatakan saat ini sedang tidak merasakan nyeri, namun terkadang nyeri masi suka timbul, nyeri dirasakan hilang timbul	Lusiana 
		07.31	mengatakan sudah lebih baik		
		07.33	Melakukan pemeriksaan TTV		
		07.34	R/ TD: 132/90 N: 92x/menit RR: 20x/menit S: 36,5 ⁰	O: pasien tampak tenang, skala nyeri 0, TTV: TD: 132/90 N: 92x/menit RR: 20x/menit S: 36,5 ⁰	
	2	07.35	Mengidentifikasi skala nyeri 0	A: masalah teratasi	
	1	07.36	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan saat ini sedang tidak merasakan nyeri, namun	Keluhan nyeri menurun, pasien dapat beradaptasi dengan nyeri, skala nyeri menruun	
	3	07.37	memperberat dan memperingan nyeri R/ pasien mengatakan saat ini sedang tidak merasakan nyeri, namun	P: intervensi dilanjutkan - Monitor TTV - Monitor keluhan nyeri - Kaji skala nyeri	
	3	07.38	nyeri, namun		

	3	07.40	terkadang nyeri masi suka timbul, nyeri dirasakan hilang timbul	- Berikan terapi lanjutan kolaborasi dengan dokter yaitu pemberian ketorolac 2x1amp (drip)	
		07.41	Mengidentifikasi karaktersitik luka R/ Drainase 15 cc sejak pod 0		
		07.42	Mengavaluasi cara melakukan terapi napas dalam dan dzikir apakah masih dilakukan atau tidak	Gangguan Integritas Kulit S: - O: Drainase 15 cc sejak pod 0, luka tampak bersih, tanpa ada pengeluaran darah, pus, luka terjahit bagus, luka sepanjang 15cm	
		07.43	R/ pasien mengatakan masih suka dilakukan ketika nyeri dirasakan	A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
		07.44	Melakukan kontrak waktu untuk melakukan terapi latihan fisik seperti yang sudah dilakukan sebelumnya	Monitor luka Pasien BLPL POD 3 Potong pendek drainase	
		07.46	sebelumnya sebanyak 2 kali dalam 1 hari dilakukan dipagi hari dan siang, menanyakan kesediaan pasien untuk pelaksanaan latihan	Gangguan Mobilitas Fisik S: pasien mengatakan untuk pergerakan sudah lebih bebas karena tidak terlalu kaku	
		07.48			
		07.50		O: kekuatan otot meningkat	

		07.52	R/ pasien bersedia dilakukan latihan terapi sekarang dan untuk siang setelah dzuhur	menjadi 4 ketika sebelum dan setelah dilakukan latihan fisik, rentang gerak meningkat fleksi 90 derajat, dan abduksi 90 derajat	
		07.52	Melakukan persiapan untuk latihan fisik, menanyakan keadaan pasien mengenai pergerakan pasien	A: masalah teratasi P: lanjutkan intervensi dengan menganjurkan pasien untuk rutin melakukan latihan fisik yang telah diajarkan dan dilakukan sebelumnya	
		07.55	R/ pasien mengatakan untuk bergerak saat ini sudah lebih bebas karena tidak terlalu kaku		
		07.56	Mengkaji kekuatan otot pasien	Harga Diri Rendah S: pasien mengatakan saya malu karena tidak memiliki rambut dan hanya tinggal 1 payudaranya O: -	
		07.58	R/ kekuatan otot 4 pasien dapat menahan tahanan sedang	A: masalah tertasi pasien mampu mengenali kondisinya dan mampu melatih kemampuan positif P: intervensi dihentikan dengan mengingatkan kepada pasien untuk selalu	
		08.00	Mengkaji rentang gerak pasien R/ fleksi 90°, abduksi 90°		
		08.05	Mengucapkan basmalah R/ mengucapkan berbarengan dengan pasien		

	2	11.00	Memposisikan pasien duduk jika mampu R/ pasien sudah mampu duduk dengan mandiri, pasien duudk tanpa sanggahan	melakukan kemampuan positif yang dimiikinya	
		11.01			
		11.05	Meminta pasien untuk tetep rileks dan		
		11.06	meminta pasien mengatakan		
		11.07	jika pada saat melakukan latihan terasa nyeri		
		11.09	R/ pasien memamhami		
		11.11	Meminta pasien untuk tarik napas dalam lakukan sebanyak 3x		
		11.13	R/ pasien tampak rileks ketika melakukan		
		11.15	latihan napas dalam		
		11.16	Melakukan latihan lengan dan bahu		
		11.18	meminta pasien untuk memperagakanya apakah masih ingat dengan yang sebelumnya dilakukan atau tidak		
		11.19			

			R/ pasien langsung menempatkan tanganya di atas paha dan melakukan gerakan		
		11.20			
	3	11.21	memutar bahu kebelakang, pasien dapat melakukannya sebanyak 10x		
		14.00	Meminta pasien melakukan		
		14.01	gerakan ke dua yaitu sayap bahu sebanyak 5x jika terasa mudah bagi pasien lakukan 1 kali lagi		
		14.01	R/ pasien dapat melakukan gerakan		
		14.02	sebanyak 10x		
		14.03	Meminta pasien melakukan gerakan lengan kedepan lalu kebelakang lakukan sebanyak masing masing 5x		
		14.06	R/ pasien dapat melakukan sebanyak 5x kedepan 5x kebelakang		
		14.09	Meminta pasien melakukan membentuk tangan huruf W		

			<p>lakukan selama 5 detik jika mampu lakukan selama 10 detik R/ pasien mampu melakukannya selama 10 detik tanpa keluhan</p> <p>Meminta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara meletakkan lengan di belakang pinggung, pegang di sisi yang sakit dengan tangan lainnya, lalu geser tangan ke tengah punggung, lakukan selama 30 detik R/ pasien mampu melakukannya secara perlahan dan berhati-hati</p>		
		14.012			
		14.15			
		14.18			
		14.19			
			<p>Meminta pasien untuk meletakkan tangan di belakang leher dengan cara mengangkat tangan perlahan-lahan ke arah kepala. Jaga siku tetap</p>		

			rapat di depan		
		14.21	pastikan leher tidak ditekuk, tahan selama 30 detik		
		14.22	R/ pasien mampu melakukannya		
		14.22	namun tangan kiri tidak mampu membuka secara sempurna		
		14.23			
		14.30	Meminta pasien melakukan perayapan dinding samping R/ pasien masih lemah untuk berdiri sehingga		
	4	15.00	perarayapan dibantu dengan pemberi intervensi lakukan sebanyak 5x		
		15.01			
		15.02	Melakukan perayapan dinding depan sebanyak 5x R/ pasien mampu melakukannya sejajar dengan bahu		
		15.03	Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai		

			Baca hamdalah bersama pasien		
		15.05	Mengkaji respon pasien setelah diberikan tindakan		
		15.05	R/ pasien mengatakan setelah melakukan latihan menjadi lebih ringan		
		15.06	melakukan aktivitas		
		15.07	Memberikan feedback positif R/ pasien tampak senang dan tenang		
		15.07			
		15.08	Melakukan kontrak waktu untuk pukul 11 kembali ke ruangan untuk melakukan perawatan luka R/ pasien bersedia		
		15.09	Melakukan kontrak waktu kembali bahwa akan dilakukan perawatan luka R/ pasien bersedia dilakukan perawatan luka saat ini		
		15.10	Membantu perawat		

		<p>menyiapkan perawatan luka R/ menyiapkan gv set, nacl, kom, bengkok</p> <p>Melepaskan perban elastis</p> <p>Melepaskan balutan dan plester secara perlahan dengan dialiri nacl R/ pasien tampak meringgis</p> <p>Bersihkan dengan nacl R/ pasien mengatakan dingin</p> <p>Mengkaji karakteristik luka R/ luka tampak bagus kerinng, luka terjahit sempurna, tidak ada pengeluaran pus, jahitan pada drainase rapih, pasien tampak meringgis ketika dilakukan perawatn luka</p> <p>mempertahankan teknik steril ketika</p>		
--	--	---	--	--

			<p>melakukan perawatan luka</p> <p>mengganti balutan sesuai jenis luka R/ pasien tampak meringgis ketika dibalut</p> <p>Menawarkan kembali ke pasien apakah perban elastis ingin dipakai kembali atau tidak R/ pasien mengatakan tidak perlu dipakai kembali karena merasa sesak</p> <p>Menganjurkan perubahan posisi kepada pasien untuk mengurangi tekanan, meningkatkan aliran darah ke jaringan untuk mendukung proses penyembuhan</p> <p>Menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein R/ pasien memahami</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>informasi yang diberikan</p> <p>Melakukan kontrak waktu untuk dilakukan terapi latihan fisik kembali R/ pasien bersedia setelah dzuhur</p> <p>Melakukan kontrak waktu kembali untuk dilakukan terapi latihan fisik sekarang R/ pasien bersedia</p> <p>Meminta pasien untuk memposisikan tubuh dengan nyaman R/ pasien dapat duduk diatas kasur tanpa bantuan Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan</p> <p>Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang</p> <p>Meminta pasien untuk</p>		
--	--	--	--	--

			<p>melakukan napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang ketika melakukan napas dalam</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar memutar bahu sebanyak 5 x jika pasien tidak ada keluhan dan merasa mudah lakukan sebanyak 10x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 10 x</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping, lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak lakukan sebanyak 5x jika terasa lebih ringan lakukan sebanyak 10x R/ pasien dapat menangkat</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>lengan setinggi bahu dan melakukan gerakan sebanyak 10x</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan lengan ke belakang dan ke depan lakukan masing masing sebanyak 5x jika terasa lebih ringan lakukan masing masing sebanyak 10x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 10 x masing masing gerakan</p> <p>Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala. Angkat senyaman mungkin. Lalu jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x jika terasa mudah lakukan 10x</p>	
--	--	--	--	--

		<p>R/ pasien melakukannya secara perlahan sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara meletakkan tangan di belakanng punggung, pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Geser tangan perlahan ketengah punggung.</p> <p>Tahan posisi selama 30 detik jika terasa mudah, tingkatkan selama 60 detik R/ pasien hanya melakukan selama 30 detik karena merasa berdenyut di area payudara</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher dengan meletakkan</p>	
--	--	--	--

		<p>kedua tangan di pengkuan atau didepan, angkat tangan perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan, pastikan leher tidak menunduk, lakukan buka tutup tangan tahan posisi 30 R/ pasien dapat melakukannya namun gerakan tidak dilakukan dengan sempurna</p> <p>Melakukan perayapan dinding samping dengan menjangkau dinding setinggi mungkin. Ulangi gerakan sebanyak 5x R/ pasien belum mampu berdiri sehingga gerakan masih dilakukan di tempat tidur dengan posisi kasur diluruskan dan pasien mendekati tembok. Pasien dapat melakukannya</p>		
--	--	---	--	--

		<p>dengan duduk dikasur dan dapat mengulangi gerakan sebanyak 5x</p> <p>Melakukan perayapan dinding depan posisi pasien menghadap tembok, letakan kedua tangan di dinding pada ketigian yang nyaman, jangkauan setinggi mungkin dengan merayapi dinding sebanyak 5x</p> <p>Pasien dapat melakukan gerakan</p> <p>Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai dan membaca hamdalah bersama sama</p> <p>Kaji respon klien setelah diberikan tindakan</p> <p>R/ pasien mengatakan gerakan lebih bebas merasa lebih enakan</p> <p>Mengkaji kekuatan otot</p>		
--	--	---	--	--

		<p>pasien dan rom setelah diberikan intervensi</p> <p>R/ kekuatan otot ekstremitas atas kiri 4, abduksi 90 derajat fleksi 90 derajat</p> <p>Meminta pasien untuk selanjutnya melanjutkan pertemuan sebelumnya mengenai harga diri pasien</p> <p>R/ pasien mengatakan ingin istirahat dulu sekitar 30 menit</p> <p>Melakukan kontrak waktu kembali untuk evaluasi assesmen harga diri rendah terkait kondisi pasien</p> <p>R/ pasien bersedia</p> <p>Melakukan assesmen ulang harga diri rendah dan kemampuan kegiatan positif</p> <p>R/ pasien mengatakan saya malu karena tidak</p>		
--	--	--	--	--

		<p>memiliki rambut dan hanya tinggal 1 payudaranya dengan kemampuan positif yang sebelumnya adalah memasak</p> <p>Memberitahukan pasien bahwa sekarang akan melatih menghilangkan perasaan malu yang diutarakan dengan melatih kemampuan positif 2</p> <p>R/ pasien menanyakan kemampuan positif yang ke 2nya apa</p> <p>Menanyakan hal yang senang dilakukan pasien</p> <p>R/ pasien mengatakan sebelum rambutnya rontok seperti sekarang senang berhias diri tapi sekarang setelah tidak ada rambut pasien menjadi sedikit malas. Pasien mengatakan</p>		
--	--	---	--	--

			<p>jika tidak ada urusan terlalu penting tidak suka dandan</p> <p>Menganjurkan pasien untuk mencoba berhias diri meningkatkn kemampuan yang dimilikinya selain msak yaitu dengan berhias diri</p> <p>R/ pasien mengatakan malas</p> <p>Menanyakan pasien apakah saat ini membawa alat makeup</p> <p>R/ pasien menyatakan membawa alat makeup dasar</p> <p>Menanyakan kesediaan pasien untuk mencoba sedikit berhias</p> <p>R/ pasien mengatakan mau tapi hanya memakai lipstik saja</p> <p>Memberikan afirmasi positif</p> <p>R/ pasien merasa senang</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>Mengavluasi efektifitas melakukan kegiatan positif untuk meningkatkan harga diri R/ pasien mengatakan ketika dirumah nanti akan mencoba memasak makanan manis dan membagiakanya ke tetangga serta akan mencoba berdandan lagi seperti sebelumnya</p> <p>Menekankan kembali bahwa kegiatan melakukan kemampuan positif berguna untuk menumbuhkan harga diri R/ pasien mengatakan mungkin bisa saja benar karena pasien mengatakan ketika berdandan merasa lebih segar kelihatanya dibandingkan dengan tidak berdandan</p>		
--	--	---	--	--

			<p>Memberikan motivasi kepada pasien untuk selalu melakukan hal yang positif dan jangan selalu memikirkan kekurangan dalam diri kita R/ pasien mengatakan akan mencoba lebih menerimanya karena sebenarnya suami dan keluarganya sudah menerima semua kondisinya</p> <p>Memberitahu bahwa pertemuan untuk hari ini selesai, memberikan kesempatan pasien untuk bertanya R/ pasien mengatakan tidak ada yang ingin ditanyakan</p>		
--	--	--	--	--	--

Pasien 2

Hari/Tanggal	DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Nama & Paraf
---------------------	-----------	--------------	---------------------	-----------------	-------------------------

Kamis 7 November 2024	1	15.3 0	Menanyakan kepada pasien selain pemberian obat untuk mengurangi nyeri biasanya pasien menggunakan alternatif apa R/ pasien mengatakan tidak ada yang dilakukan hanya diistirahatkan saja	Nyeri Akut S: pasien mengatakan nyeri pada area dada, nyeri dirasakan hilang timbul, namun nyeri dirasakan berkurang ketika diberikan obat, dan bertambah nyeri jika mencoba posisi duduk O: pasien tampak lemas, skala nyeri 4 A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan - Monitor keluhan nyeri - Monitor skala nyeri - Monitor TTV pasien - Lanjutkan kolaborasi pemberian ketorolac 1x1 amp (drip)	Lusiana 
	1	15.3 1	Mengajarkan pasien napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan teknik mengambil napas selama 4 detik dan tahan 2 detik lalu hembuskan selama 8 detik R/ pasien mengikutinya		
	1	15.3 2	Menganjurkan pasien melakukan teknik napas dalam disertai berdzikir R/ pasien memahami		
	3	15.3 3	Mencoba mempraktikkan teknik napas		
	3	16.0 0		Gangguan Mobilitas Fisik S: pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena masih lemas O: kekuatan otot 3, rentang gerak fleksi 45 ⁰ abduksi 30 ⁰	
	3	16.0 0			
	3	16.0 0			
	3	16.0 0			

			dalam berdzikir dengan istigfar terlebih dahulu R/ pasien	A: masalah belum teratasi	
		16.0 2	melakukanya sebanyak 3 kali dan mengatakan nyeri yang dirasakan sedikit berkurang ketika menghembuskan napas	P: intervensi dilanjutkan - Fasilitasi/lanjutkan latihan fisik lakukan sebanyak 2x1 hari - Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan	
		16.0 2	dirasakan sedikit berkurang ketika menghembuskan napas		
		16.0 3	Melakukan kontrak waktu kepada pasien untuk dilakukan	Nausea S: pasien mengatakan mual berkurang, namun jika makan mual masih terasa	
		16.0 4	terapi latihan fisik pada pukul 16.00 untuk mobilisasi	O: pasien tampak lemas dan pucat	
		16.0 5	lengan pada pasien pasca operasi untuk mengurangi kekakuan sendi dan meningkatkan kekuatan otot	A: masalah belum teratasi	
		16.0 7	R/ pasien bersedia Melakukan kontrak waktu ulang untuk pelaksanaan latihan fisik waktu kurang lebih 20 menit R/ pasien bersedia	P: lanjutkan intervensi - Monitor mual - Lanjutkan kolaborasi pemberian ondansentron 2x1 mg inj	

		16.0 9	dilakukan sekarang		
		16.1 1	Meminta pasien untuk memposisikan tubuh dengan nyaman R/ pasien belum mampu untuk duduk, sehingga latihan dilakukan dengan berbaring tanpa dialasi bantal		
		16.1 3	Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan R/ dilaksanakan bersama pasien		
		16.1 5	Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang dan lemas		
		16.1 6	Mengkaji kekuatan otot pasien R/ kekuatan otot 3		
	1,3,4	16.1 6	Mengkaji ROM R/ fleksi 30 ⁰ , abduksi 45 ⁰		

	1,2,3,4	16.17	Meminta pasien untuk melakukan napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang		
		16.18	ketika melakukan napas dalam		
	1	16.20	Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar memutar bahu sebanyak 5 x		
	1,2,3				
	3	18.10	R/ pasien dapat melakukan secara perlahan sebanyak 5x		
		19.00	Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping,		
		19.03	lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak lakukan		
		19.04	sebanyak 5x R/ pasien dapat menangkat lengan ke samping 30 derajat pada		
		19.05	lengan kiri		

		<p>pada lengan kanan dapat mengangkat 90 derajat pasien melakukannya sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan lengan ke belakang dan ke depan secara memutar lakukan masing masing sebanyak 5x R/ pasien melakukannya sebanyak 5x dengan putaran kecil</p> <p>Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala. Angkat senyaman mungkin. Lalu jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x R/ pasien mengatakan merasa kesulitan untuk</p>		
--	--	--	--	--

			<p>melakukan gerakan menjepit belikat karena bahu terasa sakit</p> <p>Memninta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara meletakan tangan di belakangg punggung, pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Geser tangan perlahan ketengah punggung. Tahan posisi selama 30 detik R/ pasien tidak dapat melakukan latihan karena posisi dan lengan merasa tertahan</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher dengan meletakan kedua tangan di</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>pengkuan atau didepan, angkat tangan perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan, pastikan leher tidak menunduk, lakukan buka tutup tangan tahan posisi 30 detik</p> <p>R/ posisi tangan tidak terangkat sempurna karena pasien baru bisa mengakat tangan kirinya 45°</p> <p>Memberitahu pasien bahwa tindakan sudah selesai, membaca hamdalah bersama pasien R/ dilakukan bersama pasien</p> <p>Kaji respon klien setelah diberikan tindakan R/ pasien mengatakan ketika melakukan gerakan yang banyak mengangkat</p>		
--	--	---	--	--

		<p>tangan terasa sakit</p> <p>Mengkaji kekuatan otot dan ROM setelah dilakukan latihan</p> <p>R/ kekuatan otot 3, fleksi 30, abduksi 45</p> <p>Melakukan kontrak waktu selanjutnya untuk pemberian obat pada pukul 18.00</p> <p>R/ pasien bersedia</p> <p>Pemberian obat via iv</p> <p>R/ pasien diberikan ketorolac 1amp (drip), anbacim 1gr, ondansentron 4mg</p> <p>Menanyakan keluhan pasien</p> <p>R/pasien tampak lemas,pucat, pasien mengatakan nyeri pada area dada, nyeri dirasakan hilang timbul, namun nyeri dirasakan</p>		
--	--	---	--	--

			<p>berkurang ketika diberikan obat, dan bertambah nyeri jika mencoba posisi duduk dan saat ini mual berkunag namun jika makan masih terasa mual</p> <p>Menanyakan skala nyeri pasien R/ skala nyeri 4</p> <p>Menanyakan efek samping obat R/ pasien merasakan tidak ada yang terasa, pemerian obat mengurangi rasa nyeri</p> <p>Menanyakan pergerakan/aktivitas yang sudah bisa dijalani R/ pasien mengatakan belum bisa melakukan apa apa karena masih lemas</p>		
Jum'at 9 November 2024		08.00	Melakukan kontrak waktu untuk berbincang dan akan melakukan	Nyeri Akut S: Pasien mengatakan nyeri pada area operasi, nyeri dirasakanya seperti disayat-	Lusiana 

		08.0 1	latihan fisik serta menanyakan kesediaan pasien R/ pasien bersedia	saayt, nyeri dirasakan hilang timbul O: pasien tampak lemas, skala nyeri 4, pemeriksaan ttv, TD: 119/89mmHg, N: 92x/menit RR: 20x/menit S:36,5
	1	08.0 2	Menanyakan keluhan pasien R/ pasien	
	2	08.0 5	mengatakan masih terasa nyeri di area operasi namun berkurang, mual sudah tidak dirasakan	A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan - Monitor keluhan nyeri - Monitor skala nyeri - Monitor TTV pasien - Lanjutkan kolaborasi pemberian ketorolac 1x1amp (drip)
	1	08.0 5	Melakukan pemeriksaan TTV R/ TD: 119/89mmHg, N: 92x/menit RR: 20x/menit S:36,5	
	3	08.0 6	Memonitor karakteristik luka Drain 5cc berwarna merah, luka terbalut kassa	Gangguan Integritas Jaringan S: - O: pasien tampak meringgris kesakitan ketika dilakukan perawatan luka. Luka tidak dijahit, drain 5cc sejak POD 1
	3	08.0 7	Mengidentifika si lokasi, karakteristik, faktor yang memperberat dan	A: masalah belum teratasi - Monitor karakteristik luka
	3	08.0 8	memperingan nyeri R/ Pasien mengatakan	

			nyeri pada area operasi, nyeri dirasakanya seperti disayat-saayt, nyeri dirasakan hilang timbul	- Pasien rencana POD 3, potong pendek drainase	
		08.1	Mengidentifikasi skala nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik	
		0	R/ Skala nyeri 4	S: pasien mengatakan masih lemas untuk beraktifitas	
		08.1	Mengidentifikasi nyeri pada kulaitas hidup	sehingga belum bisa melakukan apa apa	
		1	R/ pasien mengatakan masih tidak bebas beraktifitas saja	O: kekuatan otot 3, rentang gerak fleksi 60 ⁰ abduksi 60 ⁰	
		08.1	Menanyakan kondisi fisik pasien apakah dapat melakukan aktivitas	A: masalah belum teratasi	
	3	08.1	R/ pasien mengatakan masih lemas untuk beraktifitas	P: intervensi dilanjutkan	
		08.1	sehingga belum bisa melakukan apa apa	- Fasilitasi/lanjutan latihan fisik lakukan sebanyak 2x1 hari	
		08.1	Menanyakan kesiapan untuk dilakukan latihan fisik sekarang	- Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan	
		08.1	R/ pasien bersedia	Nausea	
		7		S: pasien mengatakan saat ini sudah tidak merasakan mual	
				O: pasien tampak lemas dan pucat	

			<p>Mengatur posisi pasien R/ pasien masih sakit untuk duduk, pasien dapat duduk jika disanggah oleh bantal sehingga pasien diposisikan berbaring</p> <p>Mengidentifikasi kekuatan otot dan rom pasien R/ kekuatan otot 3, abduksi 60⁰ fleksi 60⁰</p> <p>Memastikan posisi sudah nyaman R/ pasien mengatakan sudah nyaman</p> <p>Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan</p>	<p>A: masalah teratasi Keluhan mual menurun</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berakan ondansentron (jika perlu) 	
	3	08.1 9			
		09.2 1			
	2	08.2 3	<p>Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang</p>		
		08.2 5			

		08.2 6	ketika melakukan napas dalam		
		08.2 7	Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar memutar bahu sebanyak 5 x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x		
		10.0 0	Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta		
		10.0 5	meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping,		
		10.0 8	lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak		
		10.0 9	lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukannya		
		11.1 1	namun pada saat mengangkat siku ke		
		11.1 3	samping ghanya dapat mengangkat sekita 60 ⁰		
	3	11.1 4	Meminta pasien untuk melakukan		

			gerakan lengan ke belakang dan ke depan lakukan masing masing sebanyak 5x		
		11.1 7	R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x		
		11.1 9	untuk masing - masing gerakan		
		11.2 0	Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala.		
		11.2 1	Angkat senyaman mungkin. Lalu jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x		
		11.2 2	R/ pasien tampak		
		13.0 0	kesakaitan ketika melakukan gerakan sehingga melakukan jepitan kebelakang		
		13.0 0	tidak dapat menahan selama 5 detik		

		13.0 1	Meminta pasien melakukan		
		13.0 2	panjatan belakang dengan cara meletakkan tangan di belakang punggung,		
		13.0 3	pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Geser tangan		
		13.0 3	perlahan ketengah punggung.		
		13.0 3	Tahan posisi selama 30 detik R/ pasien hanya dapat		
		13.0 4	menyimpan tanganya ke belakang namun posisi tangan tidak		
		13.0 6	tengah sehingga tampak tangan kanan yang menggampai tangan kiri		
		13.0 8	posisi tangan berada pada pinggul kiri, yidak dapat melakukan panjatan tangan karena terbatas oleh posisi		
			Meminta pasien untuk melakukan gerakan		

		13.1 0	selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher dengan meletakkan		
		13.1 2	kedua tangan di pengkuan atau didepan, angkat tangan perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan, pastikan leher tidak menunduk, lakukan buka tutup tangan		
		13.1 4	tahan posisi 30 R/ pasien dapat melakukanya namun gerakan tidak dilakukan dengan sempurna. Pasien hanya dapat mengangkat lengan setinggi 60 ⁰		
		13.1 5	Beritau pasien bahwa tindakan sudah selesai, mengucapkan hamdalah R/ dilakukan bersama pasien Menkaji respon pasien setelah diberikan tindakan menkaji		

		13.1 7	kekuatan otot dan rom R/ pasien mengatakan lebih enak mengurangi		
		13.1 8	kekakuan namun tidak merasa nyaman ketika melakukan aktivitas karena takut jahitnya lepas		
		13.2 0	Lakukan kontrak selanjutnya dilakukan latihan fisik lagi di siang hari, dan pukul 10 ada perawatan luka serta menanyakan kesediaan pasien R/ pasien bersedia		
			Melakukan kontrak waktu kembali bahwa akan dilakukan perawatan luka R/ pasien bersedia dilakukan perawatan luka saat ini		
			Membantu perawat menyiapkan perawatan luka		

			<p>R/ menyiapkan gv set, nacl, kom, bengkok</p> <p>Melepaskan perban elastis</p> <p>Melepaskan balutan dan plester secara perlahan dengan dialiri nacl</p> <p>R/ pasien tampak meringgis kesakitan</p> <p>Bersihkan dengan nacl</p> <p>R/ pasien mengatakan dingin</p> <p>Mengkaji karakteristik luka</p> <p>R/ luka tidak dijahit, berwarna merah muda</p> <p>mempertahankan teknik steril ketika melakukan perawatan luka</p> <p>R/ luka dibersihkan pasien tampak meringgis ketika dilakukan pembersihan dengan kasa</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>mengganti balutan sesuai jenis luka R/ pasien tampak meringgis ketika dibalut</p> <p>Memakaikan kembali perban elastis R/ perban elastis telah dipasangkan</p> <p>Menganjurkan perubahan posisi kepada pasien untuk mengurangi tekanan, meningkatkan aliran darah ke jaringan untuk mendukung proses penyembuhan R/ pasien mengerti dan mengatakan suka melakukannya dibantu suami</p> <p>Menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein R/ pasien memahami informasi yang diberikan</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Melakukan kontrak waktu untuk dilakukan terapi latihan fisik kembali R/ pasien bersedia setelah dzuhur</p> <p>Menanyakan kondisi fisik pasien apakah dapat melakukan aktivitas R/ pasien mengatakan masih lemas untuk beraktifitas sehingga belum bisa melakukan apa apa</p> <p>Menanyakan kesiapan untuk dilakukan latihan fisik sekarang R/ pasien bersedia</p> <p>Mengatur posisi pasien R/ pasien masih sakit untuk duduk, pasien dapat duduk jika disanggah oleh bantal sehingga pasien</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>diposisikan berbaring</p> <p>Mengidentifikasi kekuatan otot dan rom pasien R/ kekuatan otot 4, abduksi 60⁰ fleksi 60⁰</p> <p>Memastikan posisi sudah nyaman R/ pasien mengatakan sudah nyaman</p> <p>Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan</p> <p>Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang ketika melakukan napas dalam</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>memutar bahu sebanyak 5 x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping, lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukannya namun pada saat mengangkat siku ke samping ghanya dapat mengangkat sekita 60⁰</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan lengan ke belakang dan ke depan lakukan masing masing sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>untuk masing - masing gerakan</p> <p>Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala. Angkat senyaman mungkin. Lalu jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x R/ pasien tampak kesakaitan ketika melakukan gerakan sehingga melakukan jepitan kebelakang tidak dapat menahan selama 5 detik</p> <p>Memninta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara meletakkan tangan di belakannng punggung,</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Geser tangan perlahan ketengah punggung. Tahan posisi selama 30 detik R/ pasien hanya dapat menyimpan tanganya ke belakang namun posisi tangan tidak tengah sehingga tampak tangan kanan yang menggampai tangan kiri posisi tangan berada pada pinggul kiri, yidak dapat melakukan panjatan tangan karena terbatas oleh posisi</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher dengan meletakan kedua tangan di pengkuan atau didepan, angkat tangan</p>	
--	--	---	--

		<p>perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan, pastikan leher tidak menunduk, lakukan buka tutup tangan tahan posisi 30 R/ pasien dapat melakukannya namun gerakan tidak dilakukan dengan sempurna. Pasien hanya dapat mengangkat lengan setinggi 60⁰</p> <p>Beritau pasien bahwa tindakan sudah selesai, mengucapkan hamdalah R/ dilakukan bersama pasien</p> <p>Menkaji respon pasien setelah diberikan tindakan mengkaji kekuatan otot dan rom R/ pasien mengatakan lebih enak mengurangi kekakuan namun tidak merasa nyaman ketika melakukan</p>		
--	--	--	--	--

			<p>aktivitas karena takut jahitannya lepas</p> <p>Lakukan kontrak selanjutnya dilakukan latihan fisik lagi besok pagi dan siang, menanyakan kesediaan pasien R/ pasien bersedia</p>		
Sabtu 10 November	1,2,3 ,4 1 2 1 1	08.2 0 08.2 0 08.2 1 08.2 4 08.2 4	<p>Melakukan kontrak waktu untuk berbincang dan akan melakukan latihan fisik serta menanyakan kesediaan pasien R/ pasien bersedia</p> <p>Menanyakan keluhan pasien R/ pasien mengatakan nyeri masih teraasa. Pasien tampak lemas</p> <p>Melakukan pemeriksaan TTV R/ TD: 110/80mmHg, N: 95x/menit</p>	<p>Nyeri Akut S: Pasien mengatakan nyeri pada area operasi, nyeri dirasakanya seperti disayat-saayt, nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>O: pasien tampak lemas, skala nyeri 3, pemeriksaan ttv, TD: 110/80mmHg, N: 95x/menit RR: 20x/menit S:36,7</p> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien rencana pulang - Monitor keluhan nyeri 	Lusiana 

	3	08.2 5	RR: 20x/menit S:36,7 Memonitor karakteristik luka Drain 5cc	- Monitor skala nyeri - Monitor TTV pasien - Lanjutkan kolaborasi pemberian ketorolac 1x1amp (drip)	
	3	08.2 6	berwarna merah, luka terbalut kassa		
	3	08.2 6	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/ Pasien mengatakan nyeri pada area operasi, nyeri dirasakanya seperti berdenyut, nyeri berkurang ketika tiduran dan nyeri bertambah ketika mencoba duduk sendiri	Gangguan Integritas Jaringan S: - O: pasien tampak meringgris kesakitan ketika dilakukan perawatan luka. Luka tidak dijahit, drain 5cc sejak POD 1 A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka - Pasien rencana pulang potong pendek drainase	
	3	08.2 7	nyeri		
		08.2 8	berkurang ketika tiduran dan nyeri bertambah ketika mencoba duduk sendiri		
		08.3 0	Mengidentifikasi skala nyeri R/ Skala nyeri 3		
		08.3 0	Mengidentifikasi nyeri pada kualitas hidup R/ pasien mengatakan masih tidak bebas beraktifitas saja	Gangguan Mobilitas Fisik S: pasien mengatakan sudah bisa sedikit sedikit duduk sendiri, sudah bisa makan sendiri tetapi	
		08.3 1	beraktifitas saja		

			Menanyakan kondisi fisik pasien apakah dapat melakukan aktivitas	pergerakan tangan kiri belum bebas	
		08.3 2	R/ pasien mengatakan masih lemas untuk beraktifitas	O: kekuatan otot 4, rentang gerak fleksi 60 ⁰ abduksi 60 ⁰	
		08.3 4	sehingga belum bisa melakukan apa apa	A: masalah belum teratasi	
	3	08.3 6	Menanyakan kesiapan untuk dilakukan latihan fisik sekarang	P: intervensi dilanjutkan	
		08.3 8	R/ pasien bersedia	Pasien rencana pulang, ingatkan pasien untuk tetap melakukan latihan fisik yang telah diajarkan	
		08.3 8	Mengidentifikasi kekuatan otot dan rom pasien		
		08.3 8	R/ kekuatan otot 4, abduksi 60 ⁰ fleksi 60 ⁰		
		08.4 0	Mengatur posisi pasien		
		08.4 0	R/ pasien duduk tegak dengan sanggahan kasur posisi 90 ⁰		
		08.4 0	Memastikan posisi sudah nyaman		
		08.4 0	R/ pasien mengatakan sudah nyaman		

	3		<p>Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan</p> <p>Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang</p> <p>ketika melakukan napas dalam</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar memutar bahu sebanyak 5 x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping,</p>		
		08.4 2			
		08.4 4			
		08.4 5			
	3	08.5 0			
		13.0 0			
		13.0 0			

		13.0 1	lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak lakukan sebanyak 5x		
		13.0 1	R/ pasien dapat melakukannya namun pada saat mengangkat siku ke samping hanya dapat		
	3	13.0 3	dapat mengangkat sekita 60 ⁰		
		13.0 4	Meminta pasien untuk melakukan gerakan lengan ke belakang dan ke depan lakukan masing masing sebanyak 5x		
		13.0 5	R/ pasien dapat melakukannya		
		13.0 6	sebanyak 5x untuk masing - masing gerakan		
		13.0 8	Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala.		
	3	13.1 0	Angkat senyaman mungkin. Lalu		

		13.1 2	jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x		
		13.1 4	Memninta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara meletakkan tangan di belakanng punggung, pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya.		
		13.1 6	Geser tangan perlahan ketengah punggung. Tahan posisi selama 30 detik R/ pasien dapat melakukannya dengan perlahan dan gerakan posisi tangan tidak berada di tengah		
		13.1 8	Meminta pasien untuk melakukan gerakan selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher		

		13.2 0	dengan meletakkan kedua tangan di pengkuan atau didepan, angkat tangan perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan,		
		13.2 1	pastikan leher tidak menunduk,		
		13.2 3	lakukan buka tutup tangan tahan posisi 30 R/ pasien dapat melakukanya namungerakan pasien belum sempurna. Pasien hanya dapat mengangkat lengan setinggi 60 ⁰		
			Beritau pasien bahwa tindakan sudah selesai, mengucapkan hamdalah R/ dilakukan bersama pasien		
			Menkaji respon pasien setelah diberikan tindakan menkaji kekuatan otot dan rom R/ pasien mengatakan lebih enak mengurangi		

			<p>kekakuan namun tidak merasa nyaman ketika melakukan aktivitas karena takut jahitnya lepas, kekuatan otot 4, fleksi 60, abduksi 60</p> <p>Mengakhiri pertemuan dan kembali pada pukul 13.00 untuk latihan fisik ke 2</p> <p>Melakukan kontrak waktu untuk dilakukan terapi latihan fisik kembali R/ pasien bersedia</p> <p>Menanyakan kondisi fisik pasien apakah dapat melakukan aktivitas R/ pasien mengatakan sudah bisa sedikit sedikit duduk sendiri , sudah bisa makan sendiri tetapi pergerakan tangan kiri belum bebas</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>Menanyakan kesiapan untuk dilakukan latihan fisik sekarang R/ pasien bersedia</p> <p>Mengidentifikasi kekuatan otot dan rom pasien R/ kekuatan otot 3, abduksi 60^o fleksi 60^o</p> <p>Mengatur posisi pasien R/ posisi 90 derajat dibantu dengan sanggahan kasur posisi 90 derajat</p> <p>Memastikan posisi sudah nyaman R/ pasien mengatakan sudah nyaman</p> <p>Mengucapkan basmalah sebelum memulai kegiatan</p> <p>Meminta pasien untuk tetap rileks R/ pasien tampak tenang</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan</p>		
--	--	--	--	--

		<p>napas dalam sebanyak 3x R/ pasien tampak tenang ketika melakukan napas dalam</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan bahu dengan cara memutar memutar bahu sebanyak 5 x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien melakukan gerakan sayap bahu, dengan meminta meletakkan tangan di dada, angkat siku kesamping, lakukan gerakan sesuai dengan batasan rentang gerak lakukan sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukanya namun pada saat mengangkat siku ke samping hanya dapat mengangkat sekita 60⁰</p>		
--	--	--	--	--

			<p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan lengan ke belakang dan ke depan lakukan masing masing sebanyak 5x R/ pasien dapat melakukannya sebanyak 5x untuk masing - masing gerakan</p> <p>Meminta pasien membentuk tangan W dengan kedua lengan disamping telapak tangan dan telapak tangan sejajar dengan kepala. Angkat senyaman mungkin. Lalu jepit tulang belikat selama 5 detik ulangi gerakan sebanyak 5x R/ pasien mampu melakukannya sebanyak 5x</p> <p>Meminta pasien melakukan panjatan belakang dengan cara</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>meletakkan tangan di belakang punggung, pegang tangan di sisi yang sakit dengan tangan lainnya. Geser tangan perlahan ketengah punggung. Tahan posisi selama 30 detik R/ pasien hanya dapat menyimpan tanganya ke belakang namun posisi tangan tidak tengah sehingga tampak tangan kanan yang menggampai tangan kiri posisi tangan berada pada pinggul kiri, yidak dapat melakukan panjatan tangan karena terbatas oleh posisi</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan gerakan selanjutnya yaitu dengan tangan di belakang leher dengan meletakkan</p>		
--	--	---	--	--

		<p>kedua tangan di pengkuan atau didepan, angkat tangan perlahan ke arah kepala, jaga siku tetap rapat di depan, pastikan leher tidak menunduk, lakukan buka tutup tangan tahan posisi 30 R/ pasien dapat melakukannya namun gerakan tidak dilakukan dengan sempurna.</p> <p>Pasien hanya dapat mengangkat lengan setinggi 60°</p> <p>Beritau pasien bahwa tindakan sudah selesai, mengucapkan hamdalah R/ dilakukan bersama pasien</p> <p>Menkaji respon pasien setelah diberikan tindakan mengkaji kekuatan otot dan rom R/ pasien mengatakan sudah merasa lebih enak, kekuatan otot</p>		
--	--	--	--	--

			4, abduksi 60, fleksi 60 Menganjurkan pasien untuk terus melakukan latihan fisik sebanyak 2-3x sehari untuk mencegah kekakuan dan meningkatkan kekuatan otot		
--	--	--	--	--	--