

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DENGAN EFUSI PLEURA DENGAN INTERVENSI INOVASI
MERUBAH POSISI DAN MASSASE PUNGGUNG UNTUK MENCEGAH
PERLUASAN LUKA DEKUBITUS DI RUANG HCU RSUD. A WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN
2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**Disusun Oleh:
DYAN KURNIA, S.Kep.
NIM. 1511308250178**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara dengan Efusi
Pleura dengan Intervensi Inovasi Merubah Posisi dan Massase Punggung untuk
Mencegah Perluasan Luka Dekubitus di Ruang HCU RSUD. A Wahab Sjahanie
Samarinda Tahun 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



**Disusun Oleh:
Dyan Kurnia S. Kep.
NIM. 15.113082.5.0178**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DENGAN EFUSI PLEURA DENGAN INTERVENSI INOVASI
MERUBAH POSISI DAN MASSASE PUNGGUNG UNTUK MENCEGAH
PERLUASAN LUKA DEKUBITUS DI RUANG HCU RSUD. A WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Dyan Kurnia, S.Kep.

15.113082.5.0178

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 9 Agustus 2016

Pembimbing

Ns. Tri Wahyuni., M.Kep., Sp, Kep. Mat.

NIDN. 1105077501

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep

NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER
PAYUDARA DENGAN EFUSI PLEURA DENGAN INTERVENSI INOVASI
MERUBAH POSISI DAN MASSASE PUNGGUNG UNTUK MENCEGAH
PERLUASAN LUKA DEKUBITUS DI RUANG HCU RSUD. A WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Dyan Kurnia, S.Kep.

15.113082.5.0178

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 9 Agustus 2016

Penguji I

Penguji II

Penguji III

Ns. Rini Wati, S.Kep.
NIP. 197702112007012012

Ns. Faried Rahman H, M.Kes
NIDN. 1112068002

Ns. Tri Wahyuni, Skep., M.kep., Sp. Mat.
NIDN. 1105077501

Mengetahui,
Program Studi S1 Keperawatan

Ns. Siti Khoiroh Muflihatin., M.Kep
NIDN. 1115017703

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara dengan Efusi Pleura dengan Intervensi Inovasi Merubah Posisi dan Massase Punggung untuk Mencegah Perluasan Luka Dekubitus di Ruang HCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2016

Dyan Kurnia¹, Tri Wahyuni²

INTISARI

Kanker payudara adalah sekelompok sel tak normal pada payudara yg terus tumbuh berupa ganda. Pada akhirnya sel-sel ini menjadi wujud benjolan di payudara. Jika benjolan kanker tak terkontrol, sel-sel kanker bias bermestastase pada bagian-bagian tubuh lain. Metastase bias terjadi pada kelenjar getah bening ketiak ataupun diatas tulang belikat. Selain itu sel-sel kanker biasa bersarang paru-paru hati sehingga menyebabkan terjadinya efusi pleura. Kelainan pasien dengan komplikasi efusi pleura meliputi penurunan suara napas yang ditandai dengan perkusi redup, penurunan fremitus raba, pleural friction rub, pergeseran batas mediastinum ke arah kontralateral efusi dan nyeri dada saat bergerak jadi di butuhkan untuk tirah baring. Dengan pasien tirah baring di butuhkan dengan intervensi inovasi merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk Menganalisis intervensi inovasi merubah posisi dan massase punggung yang diterapkan secara kontinyu pada pasien kelolaan dengan diagnosa medis kanker payudara dengan efusi pleura. Hasil analisa pada pasien dengan menggunakan merubah posisi dan massase punggung ini menunjukkan bahwa tidak terjadi perluasan luka dekubitus.

Kata kunci : kanker payudara, dekubitus, merubah posisi dan massase punggung

-
1. Mahasiswa Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda
 2. Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

Analysis of Clinical Practice Nursing in Patients with Breast Cancer and Pleural Effusion with Intervention Innovation Change in Position to Prevent Expansion Massase Back in Pressure Sore at HCU Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016

Dyan Kurnia¹, Tri Wahyuni².

ABSTRACT

Breast cancer is a group of abnormal cells in the breast that continues to grow in the form of a double. Eventually these cells into a form lumps in the breast. If the cancerous lump is not controlled, cancer cells bermestastase bias on the parts of the body. Metastases can occur in the underarm lymph nodes or above the shoulder blade. Besides regular cancer cells lodged liver lungs thus causing pleural effusion. Abnormalities of patients with pleural effusion complications include reduced breath sounds marked with faint percussion, decreased fremitus touch, pleural friction rub, shifting boundary toward the contralateral mediastinal effusion and chest pain while moving so in need for bedrest. With the patient in need bedrest intervention Massase innovation and changing the position of the back for the prevention of decubitus sores. Scientific Work End Ners (KIAN) aims to analyze the intervention of innovation to change the position and Massase backs are applied continuously in patients managed with medical diagnosis of breast cancer with pleural effusion. An analysis of patients using Massase backs changing the position and shows that there is no expansion of decubitus sores.

Keywords: breast cancer, pressure sores, change the position and back massage

1. Student of Ners Professional of STIKES Muhammadiyah Samarinda
2. Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kanker merupakan suatu penyakit yang disebabkan pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh tidak normal (tumbuh sangat cepat dan tidak terkendali), menginfiltrasi/merembes, dan menekan jaringan tubuh sehingga mempengaruhi organ tubuh. Salah satu jenis kanker yaitu karsinoma, Karsinoma merupakan jenis kanker berasal dari sel yang melapisi permukaan tubuh atau permukaan saluran tubuh, misalnya kanker payudara (Akmal, 2010).

Kanker payudara adalah sekelompok sel tak normal pada payudara yg terus tumbuh berupa ganda. Pada akhirnya sel-sel ini menjadi wujud benjolan di payudara. Jika benjolan kanker tak terkontrol, sel-sel kanker bias bermestastase pada bagian-bagian tubuh lain. Metastase bias terjadi pada kelenjar getah bening ketiak ataupun diatas tulang belikat. Selain itu sel-sel kanker biasa bersarang paru-paru hati sehingga menyebabkan terjadinya efusi pleura (Erik, 2005).

Efusi pleura adalah adanya cairan yang berlebih dalam rongga pleura baik transudat maupun eksudat. Jadi kesimpulan dari efusi pleura adalah akumulasi cairan abnormal atau penimbunan cairan yang berlebih dalam rongga pleura baik transudat maupun eksudat (Davey, 2005). Efusi pleura ganas merupakan salah satu komplikasi yang biasa ditemukan pada penderita keganasan dan terutama disebabkan oleh kanker paru dan kanker payudara. Efusi pleura merupakan manifestasi klinik yang dapat dijumpai pada sekitar 50-60% penderita keganasan pleura primer atau metastatik. Sementara 5% kasus mesotelioma (keganasan pleura primer) dapat disertai efusi pleura dan sekitar 50% penderita kanker payudara akhirnya akan mengalami efusi pleura (Halim. 2007). Kelainan pasien dengan komplikasi efusi pleura meliputi penurunan suara napas yang

ditandai dengan perkusi redup, penurunan fremitus raba, pleural friction rub, pergeseran batas mediastinum ke arah kontralateral efusi dan nyeri dada saat bergerak jadi di butuhkan untuk tirah baring (Smeltzer & Bare, 2002).

Tirah baring lama merupakan penyebab munculnya dekubitus, juga mempengaruhi beberapa organ tubuh. Luka dekubitus merupakan suatu ancaman yang sangat besar bagi populasi pasien yang dirawat di rumah sakit ataupun rumah perawatan lainnya. Hal ini dapat terjadi pada setiap tahap umur dan merupakan masalah, khususnya pada mereka dengan immobilitas yaitu pada pasien stroke, injuri tulang belakang atau penyakit degenerative. Pasien-pasien tersebut memiliki resiko untuk mengalami terjadinya luka dekubitus selama perawatan (Marison, 2004).

Beberapa penelitian tentang intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya luka dekubitus terdiri dari pengaturan posisi baring (mobilisasi), massase kulit, yang dapat mereduksi penekanan jaringan dan dapat menjadi tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya luka dekubitus. intervensi melakukan massase punggung pada bagian tubuh tertentu sebagai tambahan dari jadwal merubah posisi yang rutin serta intervensi merubah posisi secara berkala setiap 2 jam (Noviestari, 2005).

Kanker payudara yang termasuk penyakit tidak menular, saat ini menjadi masalah kesehatan utama baik di dunia maupun di Indonesia. Menurut WHO (2012) kejadian kanker payudara sebanyak 1.677.000 kasus. Data di Rumah Sakit di Indonesia menunjukkan kasus kanker payudara tertinggi 12.014 orang (28,7%), menyusul kanker serviks 4342 orang (10,4%). Di Kalimantan Timur, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie (RSUD AWS) Samarinda, tahun 2014 tercatat 10 macam penyakit kanker pada 750 pasien rawat inap, tertinggi kanker payudara sebanyak 216 orang, dan data bulan Agustus hingga Desember 2014 saja, tercatat 55 orang pasien baru dengan kanker payudara yang di rawat di ruang kemoterapi. Terbanyak kelompok

usia 41 – 49 tahun (20 orang), usia 50 – 59 tahun 15 orang, usia 30 - 40 tahun 12 orang, dan usia 60 - 69 tahun 7 orang, 1 orang berusia 81 tahun (Rekam Medik RSUD AWS, 2015).

Dari hasil observasi selama dinas di ruang HCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dari tanggal 18 Juli 2016 – 5 Agustus 2016 ditemukan 2 kasus kanker payudara dengan berbagai komplikasi.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan hasil riset tentang merubah posisi dan masasse di daerah punggung tersebut dalam pengelolaan kasus yang dituangkan dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada pasien kanker payudara dengan efusi pleura dengan Intervensi Inovasi merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus di Ruang HCU RSUD A.W. Sjahranie Samarinda Tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien tersebut, maka penulis menarik rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini sebagai berikut :

”Bagaimanakah gambaran analisis praktik klinik keperawatan pada pasien kanker payudara dengan efusi pleura dengan intervensi inovasi pemberian merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan dekubitus di Ruang HCU RSUD A.W. Sjahranie Samarinda ?”

C. Tujuan Penulisan

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien dengan kanker payudara dengan efusi pleura dengan intervensi inovasi pengaruh merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus di Ruang HCU RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis kanker payudara dengan efusi pleura.
- b. Menganalisis intervensi merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus yang diterapkan secara kontinyu pada pasien kelolaan dengan tirah baring lama.

D. Manfaat Penelitian

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek, yaitu :

1. Manfaat Aplikatif

- a. Menambah pengetahuan pasien dan keluarga mengenai cara merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan dekubitus dan mampu mempraktekkan cara merubah posisi dan massase.

- b. Bagi Perawat

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam pelaksanaan pemberian merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus.

- c. Bagi Tenaga Kesehatan Lain

Menambah kualitas asuhan keperawatan tentang intervensi inovasi merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah perluasan luka dekubitus.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Memperkuat dukungan dalam menerapkan model konseptual keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan hambatan mobilisasi.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan kualitas asuhan keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat profesional.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan tirah baring lama yang disertai dengan pelaksanaan intervensi mandiri keperawatan berdasarkan hasil riset-riset terkini.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai bahan informasi dan referensi untuk mengembangkan penulisan lebih lanjut mengenai intervensi inovasi merubah posisi dan massase punggung untuk mencegah dekubitus.

BAB II

KONSEP TEORI

A. Kanker Payudara

1. Definisi

Kanker payudara adalah pertumbuhan yang tidak normal dari sel-sel jaringan tubuh yang berubah menjadi ganas (Harianto, 2005). Kanker payudara adalah gangguan dalam pertumbuhan sel normal mammae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah (Carpenito, 2000). Kanker payudara adalah sekelompok sel tak normal pada payudara yg terus tumbuh berupa ganda. Pada akhirnya sel-sel ini menjadi wujud benjolan di payudara. Jika benjolan kanker tak terkontrol, sel-sel kanker bias bermestastase pada bagian-bagian tubuh lain. Metastase bias terjadi pada kelenjar getah bening ketiak ataupun diatas tulang belikat. Selain itu sel-sel kanker biasa bersarang paru-paru hati sehingga menyebabkan terjadinya efusi pleura (Erik, 2005).

2. Etiologi

kanker payudara tidak diketahui dengan pasti. Namun beberapa faktor resiko pada pasien diduga berhubungan dengan kejadian kanker payudara (Erik, 2005) yaitu :

a. Tinggi melebihi 170 cm

Wanita yang tingginya 170 cm mempunyai resiko terkena kanker payudara karena pertumbuhan lebih cepat saat usia anak dan remaja membuat adanya perubahan struktur genetik (DNA) pada sel tubuh yang diantaranya berubah ke arah sel ganas.

b. Usia

Usia dibawah 20 tahun jarang dijumpai kanker payudara, angka kejadiannya meningkat sejalan dengan bertambahnya usia.

c. Wanita yang belum mempunyai anak

Wanita yang belum mempunyai anak lebih lama terpapar dengan hormon estrogen relatif lebih lama dibandingkan wanita yang sudah punya anak.

d. Ibu yang menyusui

Ibu yang menyusui dapat mengurangi bahaya terkena kanker payudara karena semakin lama ibu menyusui anaknya semakin kecil terkena kanker payudara, saat menyusui terdapat perubahan hormonal salah satunya yaitu penurunan estrogen

e. Kelamin

Kelamin laki-laki hanya 1 % angka kejadian kanker payudara.

f. Faktor genetik

Faktor genetik kemungkinan untuk menderita kanker payudara 2 – 3 x lebih besar pada wanita yang ibunya atau saudara kandungnya menderita kanker payudara Dan secara umum juga riwayat keluarga sangat berperan dalam terjadinya kanker payudara.

3. Patofisiologi

Proses terjadinya kanker payudara dan masing-masing etiologi antara lain obesitas, radiasi, hiperplasia, optik, riwayat keluarga dengan mengkonsumsi zat-zat karsinogen sehingga merangsang pertumbuhan epitel payudara dan dapat menyebabkan kanker payudara. Kanker payudara berasal dari jaringan epithelial, dan paling sering terjadi pada sistem duktal. Mula-mula terjadi hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-sel atipik. Sel-sel ini akan berlanjut menjadi karsinoma in situ dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk bertumbuh dari sebuah sel tunggal sampai menjadi massa yang cukup besar untuk dapat diraba (kira-kira berdiameter 1 cm). Pada ukuran itu, kira-kira seperempat dari kanker payudara telah bemetastase. Kebanyakan dari kanker ditemukan jika sudah teraba, biasanya oleh wanita itu sendiri. Gejala kedua yang paling sering terjadi adalah cairan yang

keluar dari muara duktus satu payudara, dan mungkin berdarah. Jika penyakit telah berkembang lanjut, dapat pecahnya benjolan-benjolan pada kulit ulserasi (Price, 2006).

4. Manifestasi Klinis

Pada stadium awal tidak ada keluhan sama sekali hanya seperti fibroadenoma atau penyakit fibrokistik yang kecil saja, bentuk tidak teratur, batas tidak tegas permukaan tidak rata, konsistensi pada keras. Kanker payudara dapat terjadi di bagian mana saja dalam payudara, tetapi mayoritas terjadi pada kuadran atas terluar dimana sebagian besar jaringan payudara terdapat kanker payudara umum terjadi pada payudara sebelah kiri. Umumnya lesi tidak terasa nyeri, terfiksasi dan keras dengan batas yang tidak teratur, keluhan nyeri yang menyebar pada payudara dan nyeri tekan yang terjadi pada saat menstruasi biasanya berhubungan dengan penyakit payudara jinak. Namun nyeri yang jelas pada bagian yang ditunjuk dapat berhubungan dengan kanker payudara pada kasus yang lebih lanjut. Meningkatnya penggunaan mammografi lebih banyak wanitayang mencari bantuan medis pada penyakit tahap awal. Wanita-wanita ini bisa saja tidak mempunyai gejala dengan tidak mempunyai benjolan yang dapat diraba, tetapi lesi abnormal dapat terdeteksi pada pemeriksaan mammografi. Banyak wanita dengan penyakit lanjut mencari bantuan medis setelah mengabaikan gejala yang dirasakan, sebagai contoh mereka baru mencari bantuan medis setelah tampak dimpling pada kulit payudara yaitu kondisi yang disebabkan oleh obstruksi sirkulasi limfotik pada dinding dada dapat juga merupakan bukti. Metastasis di kulit dapat dimanifestasikan oleh lesi yang mengalami ulserasi dan berjamur. Tanda-tanda dan gejala klasik ini jelas mencirikan adanya kanker payudara pada tahap lanjut. Namun indeks kecurigaan yang tinggi harus dipertahankan pada setiap abnormalitas payudara dan evaluasi segera harus dilakukan, adapun menurut

(Smeltzer & Bare, 2002) stadium dan klasifikasi kanker payudara adalah sebagai berikut :

a. Stadium kanker payudara

1) Stadium I (stadium dini)

Besarnya tumor tidak lebih dari 2-2,25 cm, dan tidak terdapat penyebaran (metastase) pada kelenjar getah bening ketiak. Pada stadium I ini, kemungkinan penyembuhan secara sempurna adalah 70 %. Untuk memeriksa ada atau tidak metastase ke bagian tubuh yang lain, harus diperiksa di laboratorium.

2) Stadium II

Tumor sudah lebih besar dari 2,25 cm dan sudah terjadi metastase pada kelenjar getah bening di ketiak. Pada stadium ini, kemungkinan untuk sembuh hanya 30-40 % tergantung dari luasnya penyebaran sel kanker. Pada stadium I dan II biasanya dilakukan operasi untuk mengangkat sel-sel kanker yang ada pada seluruh bagian penyebaran, dan setelah operasi dilakukan penyinaran untuk memastikan tidak ada lagi sel-sel kanker yang tertinggal.

3) Stadium III

Tumor sudah cukup besar, sel kanker telah menyebar ke seluruh tubuh, dan kemungkinan untuk sembuh tinggal sedikit. Pengobatan payudara sudah tidak ada artinya lagi. Biasanya pengobatan hanya dilakukan penyinaran dan kemoterapi (pemberian obat yang dapat membunuh sel kanker). Kadang-kadang juga dilakukan operasi untuk mengangkat bagian payudara yang sudah parah. Usaha ini hanya untuk menghambat proses perkembangan sel kanker dalam tubuh serta untuk meringankan penderitaan penderita semaksimal mungkin.

b. klasifikasi penyebaran TNM menurut Price, 2006 adalah :

T : tumor primer

TX : tumor primer tidak dapat di tentukan

T0 : tidak ada bukti adanya tumor primer

T1 : tumor < 2 cm

T2 : tumor 2-5 cm

T3 : tumor > 5 cm

T4 : tumor dengan penyebaran langsung ke dinding toraks atau ke kulit dengan tanda odem,

N : kelenjar getah bening regional

NX : kelenjar regional tidak dapat di tentukan

N0 : tidak teraba kelenjar aksila

N1 : teraba kelenjar aksila

N2 : teraba kelenjar aksila homolateral yang melekat satu sama lain atau melekat pada jaringan sekitarnya

N3 : terdapat kelenjar mamaria interna homolateral

M : metastase jauh

MX : tidak dapat di tentukan metastasis jauh

M0 : tidak ada metastasis jauh

M1 : terdapat metastasis jauh

5. Penatalaksanaan

Menurut (Smeltzer dan Bare, 2002) penatalaksanaan kanker payudara adalah :

Pengobatan lokal kanker payudara Tujuan utama terapi lokal adalah menyingkirkan adanya kanker lokal:

- a. Mastektomi radiasi yang modifikasi
- b. Bedah dengan menyelamatkan payudara, adalah: mastektomi, limfektomi (pengangkatan jaringan kanker dan sejumlah kecil jaringan sekitarnya dengan kulit lapisan atas tetap di tempatnya)

1) Mastektomi

Mastektomi merupakan pengangkatan ke seluruh tubuh payudara dan beberapa nodus limfe Tujuannya : untuk menghilangkan tumor payudara dengan membuang payudara dan jaringan yang mendasari.

2) Terapi radiasi

Terapi radiasi Biasanya di lakukan sel infuse massa tumor untuk mengurangi kecenderungan kambuh dan menyingkirkan kanker residual.

3) Rekontruksi / pembedahan

Rekontruksi/ pembedahan ini dilakukan tindakan pembedahan tergantung pada stadium 1 dan 11 lakukan mastektomi radikal, bila ada metastasis dilanjutkan dengan radiasi regional dan kemoterapi ajuvan. Dapat juga dilakukan mastektomi simplek yang harus di ikuti radisi tumor bed.Untuk setiap tumor yang terletak pada kuadran sentral.

4) Terapi Hormonal

Tujuan dari terapi hormonal adalah untuk menekan sekresi hormon esterogen.

5) Tranplantasi sumsum tulang

Tranplantasi sumpsung tulang pada tahap ini prosedur yang di lakukan adalah pengangkatan sumsum tulang dan memberikan kemoterapi dosis tinggi, sumsum tulang pasien yang di pisahkan dari efek samping kemoterapi, kemudian infuskan ke IV.

6. Komplikasi

Menurut Sjamsuhidayat (2004), komplikasi kanker payudara adalah :

- a. Gangguan Neurovaskuler
- b. Metastasis : otak, paru, hati, tulang tengkorak, vertebra, iga, tulang panjang.
- c. Fraktur patologi
- d. Fibrosis payudara
- e. Kematian

B. Efusi Pleura

1. Definisi

Efusi pleura adalah istilah yang digunakan bagi penimbunan cairan dalam rongga pleura. (Price, 2005). Efusi pleura adalah adanya cairan yang berlebih dalam rongga pleura baik transudat maupun eksudat. (Davey, 2005). Jadi kesimpulan dari efusi pleura adalah akumulasi cairan abnormal atau penimbunan cairan yang berlebih dalam rongga pleura baik transudat maupun eksudat. Efusi pleura adalah pengumpulan cairan dalam rongga pleura yang terletak diantara permukaan visceral dan parietal. Efusi Pleura merupakan proses penyakit primer yang jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal, ruang pleura mengandung sejumlah kecil cairan (5-15 ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleural bergerak tanpa adanya friksi (Smeltezer dan Bare, 2002).

2. Etiologi

Beberapa penyebab umum terjadinya effusi pleura adalah sebagaimana disebutkan di bawah ini:

- a. Hambatan drainase limfatik dari rongga pleura.

- b. Gagal jantung yang menyebabkan tekanan perifer dan tekanan kapiler paru menjadi sangat tinggi, sehingga menimbulkan transudasi cairan yang berlebihan kedalam rongga paru.
- c. Tekanan osmotik koloid plasma yang sangat menurun sehingga mengakibatkan transudasi cairan yang berlebihan.
- d. Infeksi atau setiap penyebab peradangan lainnya pada permukaan rongga pleura, yang merusak membran kapiler dan memungkinkan kebocoran protein plasma dan cairan ke dalam rongga secara cepat seperti Tuberkulosis, pneumonitis, dan abses paru.

Sedangkan berdasarkan penyebab di atas, effusi pleura dapat dibagi menjadi beberapa jenis, diantaranya adalah:

1) Menurut Penyebabnya:

- a) Bila effusi pleura berasal atau disebabkan karena implantasi sel-sel limfoma pada permukaan pleura, cairannya adalah eksudat yang berisi sel limfosit yang banyak dan sering hemoragik (mengandung darah).
- b) Bila effusi terjadi akibat obstruksi aliran getah bening, cairan dapat berupa transudat atau eksudat dan bercampur dengan limfosit.
- c) Bila effusi pleura terjadi akibat obstruksi duktus torasikus, cairannya akan berbentuk cairan kelenjar limfa (chylothorak).
- d) Bila efusi pleura terjadi karena infeksi, biasanya terjadi pada pasien dengan limfoma maligna karena menurunnya resistensi terhadap infeksi, effusi ini dapat berupa empiema akut atau kronik.

2) Menurut Cairan Yang Terbentuk:

a) Transudat

Transudat merupakan filtrat plasma yang mengalir menembus dinding kapiler yang utuh, terjadi jika faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan dan reabsorpsi cairan pleura terganggu yaitu karena ketidakseimbangan tekanan hidrostatik atau onkotik. Transudasi menandakan kondisi seperti asites, perikarditis, penyakit gagal jantung kongestik atau gagal ginjal sehingga terjadi penumpukan cairan.

Effusi pleura transudatif biasanya disebabkan karena :

- a. Gagal jantung kongestif
- b. Sirosis (hepatik hidrothorax)
- c. Atelektasis
- d. Hipoalbuminemia
- e. Sindroma nefrotik
- f. Peritoneal dialisis
- g. Mixedema
- h. Perikarditis restriktif

b) Eksudat

Eksudat merupakan ekstrasvasasi cairan ke dalam jaringan atau kavitas. Sebagai akibat inflamasi oleh produk bakteri atau humor yang mengenai pleura contohnya TBC, trauma dada, infeksi virus. Efusi pleura mungkin merupakan komplikasi gagal jantung kongestif, TBC, pneumonia, infeksi paru, sindroma nefrotik, karsinoma bronkogenik, serosis hepatitis, embolisme paru, dan infeksi parasitik.

Effusi pleura eksudatif biasanya disebabkan karena :

- a. Malignansi (karsinoma, limfoma)

- b. Emboli pulmoner
- c. Kondisi kolagen – vaskuler (arthritis reumatoid, lupus)
- d. Tuberkulosis
- e. Pankreatitis
- f. Trauma
- g. Postcardiac injury syndrome
- h. Perforasi esofagus
- i. Pleuritis akibat radiasi
- j. Penggunaan obat (*nitrofurantoin, dantrolene, methysergide, bromocriptine, procarbazine, amiodarone*)
- k. *Chylothorax*
- l. *Meig's syndrome*
- m. *Sarcoidosis*
- n. *Yellow nail syndrome* (Smeltezer dan Bare, 2002)

3. Patofisiologi

Peradangan pada saluran nafas bawah akan membuat tubuh untuk melakukan pertahanan diri dengan merangsang sel goblet dan akan menghasilkan sekret yang berlebihan sehingga mengakibatkan gejala yang khas yaitu batuk produktif. Peningkatan produksi sekret akan menyumbat lumen bronkiolus yang menghalangi jalan nafas, apabila sulit dikeluarkan mengakibatkan respirasi memanjang sehingga mengganggu pertukaran gas, terjadi penurunan oksigen dan peningkatan karbon dioksida yang merangsang pusat pernafasan di Medulla Oblongata, selain itu terjadi pula penurunan perfusi dan hemoglobin akan tereduksi sehingga nampak sianosis. Peradangan pada efusi, eksudat menyebabkan permeabilitas kapiler pembuluh darah pleura meningkat sehingga sel mesotelial berubah menjadi bulat dan terjadi

pengeluaran cairan ke dalam rongga pleura. Peradangan ini disebabkan adanya penurunan fungsi pada silia. Silia terpapar oleh pemaparan kronis yang mengiritasi saluran pernafasan seperti asap rokok, debu dan lainnya. Diketahui bahwa cairan masuk ke dalam rongga pleura melalui pleura parietal dan selanjutnya keluar dalam jumlah yang sama melalui membrane pleura viseralis via sistem limfatik dan vascular. Pergerakan cairan dari pleura parietal ke pleura viseralis dapat terjadi karena adanya perbedaan tekanan hidrostatik dan tekanan osmotik koloid. Cairan kebanyakan di absorpsi oleh sistem kapiler pulmonal. Hal yang memudahkan penyerapan cairan pada pleura viseralis adalah terdapatnya mikropilli di sekitar selsel mesotelial (Suryono, 2011).

Cairan di rongga pleura jumlahnya tetap karena adanya keseimbangan antara produksi oleh pleura parietalis dan absorpsi oleh pleura viseralis. Keadaan ini dapat dipertahankan karena adanya keseimbangan antara tekanan hidrostatik pleura parietalis. Didalam rongga pleura terdapat + 5ml cairan yang cukup untuk membasahi seluruh permukaan pleura parietalis dan pleura viseralis. Cairan ini dihasilkan oleh kapiler pleura parietalis karena adanya tekanan hidrostatik, tekanan koloid dan daya tarik elastis. Sebagian cairan ini diserap kembali oleh kapiler paru dan pleura viseralis, sebagian kecil lainnya (10-20%) mengalir ke dalam pembuluh limfe sehingga pasase cairan disini mencapai 1 liter seharusnya. Berkumpulnya cairan di rongga pleura disebut efusi pleura, hal ini terjadi bila keseimbangan antara produksi dan absorpsi terganggu misalnya pada hiperemia akibat inflamasi, perubahan tekanan osmotik (hipoalbuminemia), peningkatan tekanan vena (gagal jantung). Akumulasi cairan pleura dapat terjadi apabila:

- a. Tekanan osmotik koloid menurun dalam darah pada penderita hipoalbuminemia dan bertambahnya permeabilitas kapiler akibat ada proses peradangan atau neoplasma.
- b. Terjadi peningkatan: Permeabilitas kapiler (keradangan, neoplasma), Tekanan hidrostatik di pembuluh darah ke jantung/ vena pulmonalis (kegagalan jantung kiri) dan Tekanan negatif intra pleura (atelektasis) (Alsagaf, 2010).

Nyeri pleuritis mengacu pada inflamasi kedua lapisan pleura: pleura parietalis dan pleura viseralis. Ketika kedua membran yang mengalami inflamasi ini bergesekan selama respirasi terutama pada saat inspirasi, akibatnya adalah nyeri hebat, terasa tajam seperti ditusuk pisau. Nyeri dapat menjadi minimal atau tidak terasa ketika nafas di tahan (Smeltezer dan Bare, 2002).

Selain menimbulkan nyeri, efusi pleura juga menyebabkan obstruksi bronkus yang ditimbulkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah oleh jaringan parut paru akibat dari hiperkavitas dari proses tuberculosis paru. Obstruksi tersebut dapat menghambat udara masuk ke zona alveolus dan menyebabkan atelektasis. Udara yang berada dalam alveolus menjadi sulit untuk keluar dari alveolus dan akan terabsorpsi sedikit demi sedikit ke dalam aliran darah yang menyebabkan alveolus kolaps (Smeltezer dan Bare, 2002).

4. Tanda dan Gejala

Berikut ini menurut (Price, 2008) adalah tanda dan gejala dari effusi pleura secara umum, diantaranya adalah:

- a. Nyeri pleuritik dada yang membuat penderita membatasi pergerakan rongga dada dengan bernafas dangkal atau tidur miring ke sisi yang sakit.
- b. Sesak nafas/ dispnea dapat ringan atau berat, tergantung pada proses pembentukan efusi, jumlah cairan efusi pleura, dan kelainan yang mendasari timbulnya efusi.

- c. Akral teraba dingin
- d. Batuk
- e. Trakhea bergeser menjauhi sisi yang mengalami efusi
- f. Interkosta menonjol pada efusi yang berat
- g. Pergerakan dada berkurang pada bagian yang terkena efusi pleura
- h. Perkusi meredup di atas efusi pleura
- i. Suara nafas berkurang di atas efusi pleura
- j. Vokal fremitus meredup

5. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis Effusi Pleura

1) Therapy oksigen

Dapat diberikan jika terjadi pernafasan yang tidak adekuat

2) Pemberian obat-obatan

Obat-obatan yang biasa diberikan pada effusi pleura diantaranya adalah antibiotik, analgetik, antiemetik, dan vitamin. Tujuan pemberian obat-obat tersebut adalah untuk menghambat terjadinya infeksi, mencegah penumpukan cairan kembali, menghilangkan ketidak nyamanan serta dispneu. Pengobatan spesifik ditujukan pada penyebab dasar dari timbulnya effusi pleura (misalnya gagal jantung kongestif, pneumonia, sirosis, TBC, trauma, dll)

3) Pemasangan WSD (water selaed drainage)

WSD (Water Selade Drainage) / CTT (Chest Thorax Tube) adalah suatu unit yang bekerja sebagai drain untuk mengeluarkan udara atau cairan (darah atau pus) dari rongga toraks dan mediastinum dengan menggunakan pipa penghubung selang/drain yang dimasukkan ke dalam rongga pleura (DepKes RI, 2008).

4) Pleurodesis

Pada prosedur ini zat kimia dimasukkan pada kavum pleura untuk melekatkan dua lapis pleura. Hal ini dapat mencegah terkumpulnya cairan pleura kembali. Zat-zat yang dipakai adalah tetrasiklin (terbanyak dipakai), bleomisin, korinebakterium parvum, Tio-tepa, 5-Fluorourasil.

5) Thoracosintesis

Aspirasi cairan pleura (thoracosintesis) berguna sebagai sarana diagnostik maupun terapeutik. Pelaksanaannya sebaiknya dilakukan pada pasien dengan posisi duduk. Aspirasi dilakukan pada bagian bawah paru sela iga garis aksilaris posterior dengan memakai jarum kateter nomor 14-16.

6) Pengobatan lainnya

Bertujuan untuk penanganan pada effusi pleura malignan termasuk radiasi dinding dada, bedah plerektomi, dan terapi deuretik (Kowalk dkk, 2011).

7) Latihan Meniup Balon

Untuk mengembangkan alveolus yang kolaps, diperlukan tekanan udara yang lebih besar dengan cara meniup balon lebih keras pada waktu mulai mengembangkan balon. Hal ini dimaksudkan untuk melatih pernafasan dan pengembangan alveolus yang sempat terendam cairan pleura agar fungsinya dapat kembali seperti semula (Smeltezer dan Bare, 2002).

8) Komplikasi

Pada keadaan lebih lanjut, bila tidak ditangani dengan cepat dan tepat, maka effusi pleura dapat berdampak atas beberapa komplikasi berikut ini:

- a. Pneumonia
- b. Penumothorax
- c. Hipertensi paru

- d. Hemothorax (karena trauma pada pembuluh darah interkostalis)
- e. Emoli udara (karena adanya laserasi yang cukup dalam menyebabkan udara dari alveoli masuk ke vena pulmonalis)

- f. Laserasi pleura viserali

Sedangkan secara khusus, effusi pleura bila dibiarkan akan memiliki dampak terhadap sistem tubuh, diantaranya adalah sebagai berikut:

- g. Sistem pernafasan

Terakumulasinya cairan di rongga pleura menyebabkan penekanan paru-paru yang mengakibatkan daya pengembangan paru terganggu sehingga mengakibatkan sesak nafas.

- h. Sistem kardiovaskuler

Adanya peningkatan denyut nadi dan manifestasi dari sesak nafas karena terjadi kompensasi tubuh terhadap kekurangan oksigen.

- i. Sistem gastrointestinal

Kegagalan nafas mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang, diteruskan ke hipotalamus, merangsang nervus vagus dan mengakibatkan peningkatan asam lambung, maka terjadi mual dan tidak ada nafsu makan.

- j. Sistem/pola aktivitas dan istirahat

Sesak nafas pada saat istirahat dapat mengganggu atau merubah respon terhadap aktivitas atau latihan.

C. Tirah Baring

1. Definisi

Tirah baring atau immobilization adalah keterbatasan fisik atau keterbatasan tubuh atau anggota gerakanya. Tirah baring lama diakibatkan oleh keadaan berikut :

- a) Penyakit atau kerusakan neuromuskuloskeletal seperti kelumpuhan

- b) Sakit kritis yang membutuhkan istirahat penuh
- c) Pengabaian pengobatan
- d) Diam lama pada posisi gravitasi yang kurang seperti duduk

Istirahat lama dan tidak beraktifitas mengurangi katifitas metabolisme secara umum dan mengakibatkan kapasitas fungsi banyak sistem berkurang dengan manifestasi berupa sindrom tirah baring lama. Manifestasi ini terlihat pada orang sehat ataupun pasien dengan gangguan neuromuskuloskeletal. Pasien dengan gangguan saraf dan muskuloskeletal, efek dari tirah baring akan menurunkan fungsi lebih jauh. Hal ini mengakibatkan kecacatan parah dan membutuhkan waktu lama untuk kembali ke fungsi maksimalnya.

2. Efek merusak dari tirah baring lama :

a. Sistem muskuloskeletal

1) Kekuatan

Tirah baring akan mengurangi kekuatan otot secara bertahap sebanyak 0,7-1,5% per hari atau bisa berkurang sebanyak 25-40% secara keseluruhan. Pengurangan muncul paling besar pada minggu pertama. Selanjutnya berkurang secara bervariasi. Atrofi fiber otot akan mulai muncul pada 24 jam selanjutnya. Atrofi otot bergantung pada derajat dan penyebab ketidakaktifan tubuh. Pada gangguan fungsi lower motor neuron dengan paralisis flacid kronis yang irreversible , sejumlah otot berkurang 90-95%. Pada upper motor neuron dengan spasme akan berkurang 30-35% karena kontraksi otot mencegah atrofi.

2) Daya tahan

Berkurangnya kekuatan dan efek lanjutan dari tirah baring pada sistem kardiovaskuler akan mengakibatkan berkurangnya daya tahan.

3) Sendi

Tirah baring berefek pada sendi. Hyalin kartilage pada sendi menerima nutrisi melalui influks dan efluks cairan sinovial yang disebabkan gerakan sendi. Selama tirah baring, proses ini akan berhenti. Oleh karena itu nutrisi untuk hyalin kartilage jadi tidak terpenuhi dan seiring berjalannya waktu, artikular kartilage akan berubah.

Kontraktur adalah kehilangan lingkup gerak pada sendi. Hal ini karena beberapa sebab, seperti kekakuan jaringan ikat, otot, dan kapsul sendi, seperti pada penyakit sendi. Pada pasien tirah baring, faktor mekanik sangat penting. Jika otot tidak bergerak dalam waktu lama, maka fiber otot dan jaringan ikat akan memendek, menyebabkan kontraktur pada sendi yang relaks. Pemendekan ini terjadi posisi menetap selama 5-7 hari karena kontraksi serat kolagen dan penurunan sarkomer pada serat otot. Jika hal ini berlangsung selama 3 minggu, maka jaringan ikat lunak akan digantikan dengan jaringan ikat padat, menyebabkan kontraktur.

b. Sistem Saraf

Walaupun tirah baring tidak berpengaruh secara langsung pada sistem saraf, penyakit koordinasi dan keseimbangan akan terpengaruh. Pada pasien dengan lesi sistem saraf pusat karena inkoordinasi, efek tirah baring akan lebih parah. Focal compression neuropathy merupakan komplikasi umum dan komplikasi keduanya adalah foot drop karena kompresi saraf peroneal.

c. Sistem Kardiovaskuler

Efek tirah baring akan meningkatkan tonus simpatetis, meningkatkan detak jantung, menurunkan efisiensi jantung, postural hipotensi, dan phlebothrombosis. Detak jantung meningkat satu kali permenit setiap harinya pada orang sehat. Volume darah berkurang sebanyak 7%. Penggunaan oksigen menurun sebanyak

27% setiap 20 hari. Kondisi ini menurunkan efisiensi jantung dan mengakibatkan postural hipotensi. Gejalanya berupa pusing atau pingsan.

d. Sistem Pernafasan

Pada posisi terlentang, pasien tirah baring biasanya tidak mengkontraksikan otot interkostal, diafragma, atau abdomen untuk inspirasi dan ekspirasi maksimal. Atrofi otot secara umum akan berpengaruh terhadap fungsi dan efisiensi pernafasan. Selain itu tirah baring juga berpengaruh terhadap mekanisme batuk karena efisiensi silia berkurang dan batuk menjadi tidak maksimal.

e. Sistem Ginjal dan Urinari

Hiperkalsiuria akibat perubahan tulang yang diinduksi tirah baring akan menjadi faktor predisposisi pasien mengalami infeksi dan batu ginjal. Karena urin akan menentang di ginjal dan tidak terbawa aliran melalui drainase atau saluran.

f. Kulit dan Jaringan Dibawahnya

Tirah baring mengakibatkan perubahan komposisi pada kulit dan biasanya berhubungan dengan tekanan. Ketika jaringan terkena tekanan lebih besar dari tekanan intrakapiler untuk periode lama, aliran darah akan terhambat. Jaringan akan iskemik dan menjadi kerusakan jaringan ikat dan kulit. Lesinya berupa sakit tekan, dekubitus, atau ulkus tekan.

D. Konsep Merubah Posisi

1. Definisi

Merubah posisi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2006).

2. Jenis Jenis Merubah Posisi

Menurut Hidayat (2006) ada beberapa jenis merubah posisi yang terdiri atas :

- 1) Merubah Posisi Penuh merupakan kemampuan seorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Merubah posisi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris volunter dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- 2) Merubah Posisi Sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas, sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoris dan sensoris pada area tubuhnya.

E. Konsep Massase

1. Definisi

Massase adalah suatu pemijatan/ditepuk-tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan pelekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Smeltzer & Bare, 2002).

a. Tujuan Massase

- 1) Meningkatkan sirkulasi pada daerah yang di masase.
- 2) Meningkatkan relaksasi.
- 3) Menjaga keadaan kondisi kulit

b. Komponen Massase

Ada beberapa komponen dalam menerapkan massase, yaitu:

arah gerakan tangan massase, dosis dan frekuensi dari manipulasi yang diberikan.

- 1) Arah gerakan Massase Tujuannya adalah untuk mempercepat aliran darah atau sirkulasi darah venosa ke jantung.

- 2) Dosis dan frekuensi massase Pada pasien stroke dibutuhkan waktu sekitar 5-15 menit karena dilakukan dibagian tubuh tertentu dengan jangka waktu dua kali sehari yaitu pada waktu pasien dimandikan atau setelah mandi.

c. Efek Massase

- 1) Efek massase terhadap punggung
 - a) Melonggarkan pelekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan dibawah kulit.
 - b) Kulit menjadi lunak dan elastis
 - c) Perasaan kulit menjadi sensitif

2) Efek Terhadap Jaringan

Menbantu memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada dalam jaringan sehingga dengan adanya manipulasi/penekanan dan peremasan pada jaringan maka darah dan sisa-sisa pembakaran yang tidak diperlukan terperas keluar dari jaringan masuk kedalam pembuluh vena (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Potter dan Perry (2005) sebagai hasil ukur yang ditetapkan dalam massase adalah :

- 1) Baik : jika massase dilakukan sesuai standar dan luka dekubitus tidak terjadi.
- 2) Cukup : jika massase dilakukan sesuai standar tapi tidak sesuai jadwal dan luka dekubitus tidak terjadi.
- 3) Kurang: jika massase dilakukan tidak sesuai standar dan luka dekubitus terjadi kurang satu minggu.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan pada Ibu H dengan kanker payudara + *Efusi Pleura* didapatkan hasil sebagai berikut:
 - a. Keluhan utama yang didapatkan adalah sesak nafas. Klien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan karena ada luka kanker payudara, merubah posisi untuk menghilangkan sesak nafasnya.
 - b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ibu H adalah ketidakefektifan pola nafas, intoleransi aktifitas, kerusakan integritas kulit, resiko infeksi dan nyeri akut
 - c. Evaluasi implementasi yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut terjadi perubahan ke arah yang lebih baik pada masalah keperawatan yang ada. Pada evaluasi hari pertama masalah klien masih belum ada perubahan yang signifikan. Namun pada hari kedua dan ketiga masalah kerusakan integritas kulit tidak ada perluasan luka dekubitus.
2. Hasil analisa menggunakan terapi merubah posisi dan massase kulit, tidak ada perluasan luka dekubitus dan mengajarkan kepada keluarga yang menjaga pasien melakukan inetrvensi yang dilakukan oleh perawat

B. Saran

1. Saran bagi klien

Klien dapat melakukan tindakan merubah posisi dan massase kulit dengan bantuan anaknya untuk menambahkan kegiatan sehari-hari klien agar tidak ada kekakuan sendi dan mencegah luka akibat tirah baring lama.

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan keefektifan dalam kesembuhan klien serta memperpendek waktu rawat inap pasien di rumah sakit.

3. Saran bagi penulis

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan sehingga seluruh tenaga pelayanan kesehatan dapat mengaplikasikan teknik merubah posisi dan massase punggung perluasan pada pasien tirah baring untuk mencegah luka dekubitus.

4. Saran bagi dunia keperawatan

Mampu melakukan intervensi inovasi dengan teknik yang menarik dan lebih mudah dan lebih menyesuaikan dengan jurnal.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsagaf, H. 2010. Patofisiologi dan Konsep Penyakit. Jakarta: Salemba Medika
- Akmal, M. Zely, I. (2010). Ensiklopedi kesehatan untuk umum. Jogjakarta: Ar-ruzz Media
- Burns, A., L, R., Maxwell, J., & Shapiro, K. 2005. Pemberdayaan Wanita Dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.
- Carpenito, Lynda Juall. 2000. Buku Diagnosa Keperawatan. Editor Monica Ester. EGC : Jakarta.
- Doengoes, M, E. 2002. Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawat Pasien. Jakarta: EGC
- Davey, Patrick. 2005. Medicine At A Glance. Alih Bahasa: Rahmalia. A, dkk. Jakarta: Erlangga
- Hidayat, A.A. (2006). Pengantar kebutuhan dasar manusia aplikasi konsep dan proses keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta.
- Kementerian kesehatan RI (2014). Pusat Data dan Informasi. Jakarta selatan.
- Kowalak , Jennifer . 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Morison, M. J. (2004). Manajemen Luka. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). Buku Ajar Fundamental : konsep, proses, dan praktik. Jakarta : EGC
- Price, A. S., Wilson M. L., 2006. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Alih Bahasa: dr. Brahm U. Penerbit. Jakarta: EGC
- Price SA, Wilson L. M. (2008). Disfungsi Mekanis Jantung dan Bantuan Sirkulasi. Jakarta: EGC.
- Purnama, Pupung. (2009). Tutorial Tipografi Bagian 2 : Anatomi Tubuh. Diakses pada 5 Agustus 2016 dari [www.http//master.web.id.mwmag/issue/07/content/tutorial/tipografi/tutorial-tipografi.html](http://master.web.id.mwmag/issue/07/content/tutorial/tipografi/tutorial-tipografi.html)
- Rekam medik rsud aws. 2015. Di akses pada 7 Agustus 2016 dari <http://ejurnal-citrakeperawatan.com/index.php/JCK/article/view/7/39>
- Saryono. 2011. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika.

Sjamsuhidayat. 2004. Ilmu Penyakit Dalam Untuk Perawat. FKUI: Jakarta.

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo (dkk), Jakarta : EGC

Sudoyo, A.W. dkk. (2006) Ilmu penyakit dalam. Jakarta : Departemen ilmu penyakit dalam fakultas kedokteran universitas Indonesia.

Tapan, Erik. 2005. Penyakit Degeneratif. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.