

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E DENGAN KARSINOMA
MAMAE DI RUANG BOUGENVILE
RSUD KOTA YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh :

NAMA : SUGENG LAKSONO

NIM : P07120117069

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E DENGAN KARSINOMA
MAMAE DI RUANG BOUGENVILE
RSUD KOTA YOGYAKARTA**



Disusun oleh :

NAMA : SUGENG LAKSONO
NIM : P07120117069

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan karya tulis ilmiah

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E DENGAN
KARSINOMA MAMAE DI RUANG BOUGENVILE
RSUD KOTA YOGYAKARTA”**

Disusun Oleh :

NAMA : SUGENG LAKSONO

NIM : P07120117069

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Juli 2018

Pembimbing I,

Menyetujui,

pembimbing II,


Abdul Majid S.Kep.Ns, M.Kep
NIP.196705151989031005


Sarka Ade Susana, SIP, S.Kep, MA
NIP.196806011993031006

Yogyakarta,
Ketua Jurusan perawatan


Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp.Kom
NIP.1972071611994031005

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan karya tulis ilmiah

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY E DENGAN
KARSINOMA MAMAE DI RUANG BOUGENVILE
RSUD KOTA YOGYAKARTA”**

Disusun Oleh :
NAMA : SUGENG LAKSONO
NIM : P07120117069

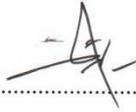
Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

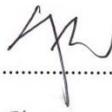
Ketua,

Ns. Sutejo, M.Kep,Sp.Kep.J
NIP.198112092010121003


.....

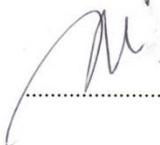
Anggota,

Sarka Ade Susana,SIP,S.Kep,MA
NIP.196806011993031006

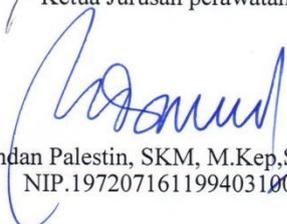

.....

Anggota,

Abdul Majid S.Kep.Ns, M.Kep
NIP.196705151989031005


.....

Yogyakarta,
Ketua Jurusan perawatn


Bondan Palestin, SKM, M.Kep,Sp.Kom
NIP.1972071611994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua nara sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

NAMA : SUGENG LAKSONO

NIM : P07120117069

Tanda Tangan :

Tanggal : Juli 2018

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **”AsuhanKeperawatan pada Ny E dengan Karsinoma Mamae sinistra di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta ”**. Karya Tulis ini dapat tersusun dan terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Bapak Abdul Majid S.Kep.Ns, M.Kep. selaku pembimbing utama dan Bapak Sarka Ade Susana S.Kep.MA. selaku pembimbing pendamping.serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak Joko Susilo , SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekes Kemenkes Yogyakarta
2. Bapak Bondan Palestin, SKM, M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
3. Bapak Abdul Majid S.Kep.Ns, M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
4. Sarka Ade Susana,SIP,S.Kep,MA pembimbing pendidikan Prodi DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
5. Ibu Purwanindyah S.ST. selaku pembimbing di lahan Praktek Ruang Bougenvile RSUD Kota yogyakarta.
6. Keluarga, istri dan kedua anak saya yang telah memberikan dukungan, semangat dan doa.
7. Sahabat dan teman-teman seperjuangan Mahasiswa Politeknik Kemenkes Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Yogyakarta, Juli 2018

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	x
BABI PENDAHULUAN.....	11
A. Latar Belakang.....	11
B. Rumusan Masalah.....	13
C. Tujuan Penelitian	13
D. Manfaat Penelitian.....	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Konsep karsinoma mammae.....	15
1. Pengertian	15
2. Faktor resiko.....	16
3. Tanda dan gejala.....	16
4. Patofisiologi.....	17
5. Stadium Ca	20
6. Prognosis	21
7. Komplikasi	21
8. Pengobatan	22
B. Konsep Asuhan Keperawatan karsinoma mammae.....	27
1. Pengkajian	27
2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul.....	31
3. Rencana keperawatan	31
BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil kasus.....	38
B. Pembahasan kasus	71
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran	79
DAFTAR PUSTAKA.....	81
LAMPIRAN	82

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional.....	41
Tabel 3.2 Pengkajian Resiko Jatuh.....	43
Tabel 3.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus	44
Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium	48
Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi	48
Tabel 3.6 Pemberian Terapi Pasien Ny.E	48
Tabel 3.7 Analisa Data	49

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 1 Clinical pathways.....	28
GAMBAR 2 Genogram.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

Format informed consent tindakan kedokteran.....	82
Format pemeriksaan jaringan.....	83

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada tahun 2017 ini diprediksikan hampir 9 juta orang meninggal di seluruh dunia akibat kanker dan akan terus meningkat hingga 13 juta orang per tahun di 2030. Di Indonesia, prevalensi penyakit kanker juga cukup tinggi. Menurut data (Riskesdas, 2013), prevalensi kanker di Indonesia adalah 1,4 per 100 penduduk atau sekitar 347.000 orang. Sedangkan jika melihat data BPJS Kesehatan, terdapat peningkatan jumlah kasus kanker yang ditangani dan pembiayaannya pada periode 2014 - 2015. Melihat situasi tersebut, Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Dirjen P2P) Kementerian Kesehatan, dr. M. Subuh, MPPM, dalam acara *Press Briefing* Hari Kanker Sedunia Tahun 2017 hari ini (1/2) di Kantor Kementerian Kesehatan, Jakarta, menekankan pentingnya langkah deteksi dini penyakit kanker, baik oleh individu maupun masyarakat. Program deteksi dini utamanya dilakukan pada kanker leher rahim dan payudara yang merupakan jenis kanker tertinggi di Indonesia. Upaya tersebut berupa *skrining* kanker leher rahim dengan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dan kanker payudara dengan edukasi periksa payudara sendiri (SADARI) dan Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS). Kemenkes menyatakan bahwa sejak dicanangkan menjadi program nasional pada tahun 2008, cakupan metode dan pemeriksaan yang menyoar wanita usia 30-50 tahun tersebut terus mengalami peningkatan. (Riskesdas, 2013)

Karsinoma/ kanker payudara adalah kanker yang paling sering terjadi pada wanita di seluruh dunia. Kanker payudara adalah penyakit yang ditandai adanya pertumbuhan abnormal dari payudara yang tumbuh cepat, dimulai dari sistem saluran kelenjar susu, kemudian tumbuh menyusup ke bagian lain melalui pembuluh darah dan pembuluh getah bening. Jika tidak cepat di atasi akibatnya dapat menyerang seluruh bagian tubuh (metastasis). Oleh sebab itu penting sekali bagi wanita untuk melakukan deteksi dini kanker payudara, dengan tujuan mendeteksi kanker sedini mungkin agar lebih mudah ditangani. Salah satu cara yang paling sederhana dan paling murah untuk deteksi kanker payudara adalah dengan mengenali payudara sendiri melalui *Self Breast Examination* atau pemeriksaan payudara sendiri di singkat dengan SADARI. (Irianto,2015)

SADARI dapat membantu mengecek kondisi payudara apakah terdapat benjolan ataupun perubahan lain yang dapat menjadi tanda terjadinya tumor atau kanker payudara yang membutuhkan terapi medis. SADARI dapat dilakukan satu minggu setelah periode menstruasi dimulai. Apabila menstruasi tidak teratur, atau telah menopause atau pengangkatan rahim, SADARI dapat dilakukan pada tanggal yang sama tiap bulannya. Bagi ibu yang menyusui, dapat dilakukan setelah memompa ASI atau setelah menyusui. Sangatlah penting pemberian edukasi, informasi dan motivasi dari petugas kesehatan kepada masyarakat tentang pencegahan , deteksi dini terhadap penyakit kanker payudara. Diharapkan dengan informasi dan edukasi tersebut masyarakat akan berpartisipasi dan melakukan pencegahan dini serta melakukan pemeriksaan sendiri (SADARI), dengan demikian pengobatan terhadap penderita tersangka kanker dapat segera dilakukan.

Perawat sebagai tenaga profesional mempunyai beberapa peran dan fungsi. Salah satu fungsi utama perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta memelihara kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab perawat (Asmadi, 2008).

Berdasarkan data Rekam Medis RSUD Kota Yogyakarta selama tahun 2017 terdapat 161 penderita carcinoma mammae atau kanker payudara, dengan 95 penderita yang dilakukan tindakan operasi. Sedangkan di ruang bougenvile terdapat 97 penderita kanker payudara yang dirawat selama 2017 Dan 76 orang yang dilakukan tindakan operasi

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut , maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ini yang berjudul Asuhan Keperawatan Ny E dengan Karsinoma Mammae Sinistra di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta. melakukan Penelitian pada **“Asuhan Keperawatan pada ny E karsinoma mammae di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta.”**

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny E dengan carcinoma mammae sinistra di ruang bougenvile RSUD Kota Yogyakarta ?

C. Tujuan

1. Tujuan umum:

Memperoleh pengalaman nyata melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny E dengan karsinoma Mammae sinistra di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta .

2. Tujuan khusus:

- a. Dapat menerapkan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan ,tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan pada ny E dengan karsinoma mammae di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta
- b. Mendokumentasikan askep sesuai judul KTI.

D. Manfaat

1. Penulis

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman menerapkan asuhan keperawatan pada pasien karsinoma mammae .

2. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada pada pasien dengan karsinoma mammae

3. Masyarakat (keluarga/pasien)

Di harapkan dapat menjadi masukan dan menambah wawasan masyarakat pentingnya pemeriksaan dini /SADARI , dan mendorong masyarakat untuk berpartisipasi melakukan pemeriksaan ,pencegahan dan perawatan pada keluarga atau penderita kanker payudara.

4. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menjadi referensi , evaluasi dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit Yogyakarta

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep karsinoma Mamae

1. Pengertian karsinoma mamae

karsinoma mamae adalah kanker pada jaringan payudara (Irianto, 2015).

Kanker payudara adalah tumor yang tumbuh didalam jaringan payudara. Kanker ini bisa tumbuh didalam kelenjar susu, jaringan lemak dan jaringan ikat payudara (Pudiastuti, 2011).

Karsinoma mamae merupakan gangguan dalam pertumbuhan sel normal mamae dimana sel abnormal timbul dari sel-sel normal, berkembang biak dan menginfiltrasi jaringan limfe dan pembuluh darah. (Nurarif & Kusuma, 2013).

Jenis-jenis kanker payudara

- a. Karsinoma duktal ; 90 % penderita kanker payudara merupakan karsinoma duktal, 25% -35 % penderita karsinoma duktal akan menderita kanker invasive.
- b. Karsinoma insitu ; kanker dini yang belum menyebar ,kanker ini masih berada ditempatnya.
- c. Karsinoma meduler ; kanker ini berasal dari kelenjar susu
- d. Karsinoma tubuler ; kanker ini juga berasal dari kelenjar susu
- e. Kanker invasif ; kanker ini menyebar dan merusak jaringan lainya. 80% kanker payudara invasive adalah kanker duktal, 10 % kanker lobuler.
- f. Karsinoma lobuler : terjadi setelah menopause , 25-35 % penderita karsinoma lobuler menderita kanker invasive.

2. Faktor resiko

Faktor resiko karsinoma mammae menurut Pudiastuti (2011) adalah sebagai berikut :

- a. pernah menderita kanker payudara/non kanker payudara
- b. usia diatas 60 tahun
- c. riwayat keluarga yang menderita kanker
- d. faktor genetik dan hormonal
- e. menarche pertama sebelum usia 12 tahun , menopause setelah usia 55 tahun, kehamilan pertama setelah usia 30 tahun .
- f. pemakaian pil kb atau terapi sulih estrogen. (Pudiastuti,2011).

3. Tanda dan Gejala

Gejala penyakit kanker menurut Pudiastuti,(2011) adalah

- a. Ada benjolan pada ketiak
- b. Perubahan bentuk payudara
- c. Kemerahan dan bengkak pada payudara
- d. Puting susu gatal dan bersisik
- e. Adanya cairan abnormal pada payudara (Pudiastuti,2011).

Sedangkan menurut Irianto (2015) ada tanda dan gejala yang khas menunjukkan adanya suatu keganasan, antara lain :

- a. Adanya retraksi / inversi nipple (dimana puting susu tertarik ke dalam atau masuk dalam payudara)berwarna merah atau kecoklatan sampai menjadi edema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk (peau d “orange), mengkerut atau timbul borok (ulkus) pada payudara . Ulkus makin lama makin besar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara , sering berbau busuk dan mudah berdarah.

b. Keluarnya cairan dari puting susu. Yang khas adalah cairan keluar dari muara duktus satu payudara dan mungkin berdarah, timbul perbesaran kelenjar getah bening diketiak, bengkak (edema) pada lengan dan penyebaran kanker ke seluruh tubuh. Kanker payudara yang sudah lanjut sangat mudah dikenali dengan mengetahui kriteria operabilitas Heagensen sebagai berikut :

1. Benjolan payudara umumnya berupa benjolan yang tidak nyeri pada payudara. Benjolan itu mula-mula tidak nyeri makin lama makin besar, lalu melekat pada kulit atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada puting susu.
2. Adanya nodul satelit pada kulit payudara, kanker jenis mastitis karsinimatososa; terdapat nodul pada sternal; nodul pada supraklavikula; adanya edema lengan; adanya metastase jauh
3. kulit terfiksasi pada dinding thorak, kelenjar getah bening aksila berdiameter 2,5 cm dan kelenjar getah bening aksila melekat satu sama lain.

4. Patofisiologi

Payudara mengalami tiga macam perubahan yang dipengaruhi hormon. Perubahan pertama adalah mulai dari masa hidup anak melalui pubertas, masa fertilitas, dsampai klimakterium dan menopause. Sejak pubertas pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan hipofisis, telah menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus.

Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke 8 haid, payudara jadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum haid berikutnya terjadi perbesaran maksimal. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara

menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi tidak mungkin dilakukan.

Perubahan ketiga terjadi masa hamil dan menyusui. Pada kehamilan payudara menjadi besar karena epitel duktus lobus dan duktus alveolus berproliferasi dan tumbuh duktus baru. Sekresi hormon prolaktin dan hipofise anterior memicu. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus kemudian dikeluarkan melalui duktus ke puting susu.

Kanker payudara berasal dari jaringan epitelia dan paling sering terjadi hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-sel atipik. Sel-sel ini berlanjut menjadi karsinoma insitu dan menginvasi stroma. Kanker membutuhkan waktu 7 tahun untuk bertumbuh dari sebuah sel tunggal sampai menjadi massa yang cukup besar untuk dapat teraba (diameter 1 cm). Pada ukuran tersebut ,kira kira seperempat dari kanker payudara telah bermetastasis.

Karsinoma payudara 95% merupakan karsinoma , berasal dari epitel saluran dan kelenjar payudara. Karsinoma muncul sebagai akibat sel sel yang abnormal terbentuk pada payudara dengan kecepatan tidak terkontrol dan tidak beraturan. .Sel tersebut merupakan hasil mutasi gen dengan perubahan perubahan bentuk, ukuran maupun fungsinya. Mutasi gen ini dipicu oleh keberadaan suatu benda asing yang masuk dalam tubuh kita, diantara pengawet makanan, vetsin, radioaktif, oksidan atau karsinogenik yang dihasilkan oleh tubuh sendiri secara alamiah. Pertumbuhan dimulai didalam duktus atau kelenjar lobulus yang disebut karsinoma non invasif. Kemudian tumor menerobos keluar dinding duktus atau kelenjar di daerah lobulus dan invasi ke dalam stroma , yang dikenal dengan nama karsinoma invasif. Pada pertumbuhan selanjutnya tumor meluas menuju fascia otot pektoralis atau daerah kulit yang menimbulkan

perlengketan-perlengketan. Pada kondisi demikian tumor dikategorikan stadium lanjut inoperabel.

Penyebaran tumor terjadi melalui pembuluh getah bening, deposit dan tumbuh di kelenjar getah bening sehingga kelenjar getah bening aksiler ataupun supraklavikuler membesar. Kemudian melalui pembuluh darah, tumor menyebar ke organ jauh antara lain paru, hati, tulang dan otak. Akan tetapi dari penelitian para pakar, mikrometastase pada organ jauh dapat juga terjadi tanpa didahului penyebaran limfogen. Sel kanker dan racun-racun yang dihasilkannya dapat menyebar keseluruh tubuh kita seperti tulang, paru-paru dan liver tanpa disadari oleh penderita. Oleh karena itu penderita kanker payudara ditemukan benjolan di ketiak atau di kelenjar getah bening lainnya. Bahkan muncul pula kanker pada liver dan paru-paru sebagai kanker metastasisnya.

Diduga penyebab terjadinya kanker payudara tidak terlepas dari menurunnya atau mutasi dari aktifitas gen T Supresor atau sering disebut dengan p53. Penelitian yang paling sering tentang gen p53 pada kanker payudara adalah immunohistokimia dimana p53 ditemukan pada insisi jaringan dengan menggunakan parafin yang tertanam di jaringan. Terbukti bahwa gen supresor p53 pada penderita kanker payudara telah mengalami mutasi sehingga tidak bekerja sebagaimana fungsinya. Mutasi dari p53 menyebabkan terjadinya penurunan mekanisme apoptosis sel. Hal inilah yang menyebabkan munculnya neoplasma pada tubuh dan pertumbuhan sel yang menjadi tidak terkendali. (Irianto, 2015).

5. Stadium kanker

Stadium kanker penting untuk panduan pengobatab, follow up dan menentukan prognosis.

- a. Stadium 0 : kanker insitu dimana sel kanker berada pada tempatnya didalam jaringan payudara normal
- b. Stadium I : tumor dengan garis tengah kurang 2 cm dan belum menyebar ke luar payudara
- c. Stadium IIA : tumor dengan garis tengah 2-5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah kurang 2 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- d. Stadium IIB : tumor dengan garis tengah lebih besr dari 5 cm dan belum menyebar ke kelenjar getah bening ketiak atau tumor dengan garis tengah 2-5 cm tetapi sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- e. Stadium III A: tumor dengan garis tengah kurang dari 5 cm dan sudah menyebar kekelenjar getahbening ketiak disertai perlengketan satu sama lain atau perlengketan ke struktur lainnya atau tumor dengan garis tengah lebih dari dari 5 cm dan sudah menyebar ke kelenjar getah bening ketiak.
- f. Stadium IIIB : Tumor telah menyusup keluar payudara yaitu kedalam kulit payudara atau ke dinding dada atau telah menyebar ke kelenjar getah bening didalam dinding dada dan tulang dada.
- g. Stadium IV : tumor telah menyebar keluar daerah payudara dan dinding dada misalnya ke hati, tulang atau paru-paru. (Pudiastuti,2011).

6. Prognosis

Prognosis pasien ditentukan oleh tingkat penyebaran dan potensi metastasis. Bila tidak diobati ketahanan hidup lima tahun adalah 16-22%. Sedang ketahanan hidup sepuluh tahun adalah 1-5%. Ketahanan hidup tergantung pada tingkat penyakit saat mulai pengobatan, gambaran histopatologik, dan uji reseptor estrogen yang bila positif lebih baik. Stadium klinis dari kanker merupakan indikator terbaik untuk menentukan prognosis penyakit ini. Angka kelangsungan hidup % tahun pada penderita kanker payudara yang telah menjalani pengobatan yang sesuai mendekati : a). 95% untuk stadium 0 b). 88% untuk stadium I, c). 66% untuk stadium II, d). 36% untuk stadium III, e). 7% untuk stadium IV.

Harapan hidup dengan adanya metastase mencapai 2 sampai 3,5 tahun walaupun beberapa pasien (25%-35%) dapat hidup selama 5 tahun, dan lainnya (10%) dapat hidup lebih dari 10 tahun. Pasien yang mengalami metastasis lama setelah didiagnosis awal atau yang mengalami metastasis ke tulang atau ke jaringan lunak memiliki prognosis yang lebih baik. (Irianto,2015).

7. Komplikasi

Karsinoma payudara bisa menyebar ke berbagai bagian tubuh. Karsinoma payudara bermetastase dengan penyebarab langsung ke jaringan sekitarnya, dan juga melalui saluran limfe dan aliran darah. Tempat yang paling sering untuk metastase yang jauh atau sistemik adalah paru paru, pleura, tulang (terutama tengkorak, vertebra dan panggul), adrenal dan hati. Tempat yang lebih jarang adalah otak, tiroid, leptomeningen, mata, perikardium dan ovarium.(Irianto , 2015).

8. Pengobatan

Penatalaksanaan kanker payudara dilakukan dengan serangkaian pengobatan meliputi pembedahan, kemoterapi, terapi hormon, terapi radiasi, dan yang terbaru adalah terapi imunologi (antibodi). Pengobatan ini ditujukan untuk memusnahkan kanker atau membatasi perkembangan penyakit serta menghilangkan gejala-gejalanya.

Pengobatan lokal dan regional

a. Operasi, pembedahan pada pasien kanker payudara tergantung pada tahapan penyakit, jenis tumor, umur dan kondisi kesehatan secara umum.

Banyak penelitian membuktikan bahwa sebagian besar kanker payudara tahap dini, lumpektomi (mengangkat tumornya saja) diteruskan dengan radioterapi merupakan pengobatan pilihan. Sekitar 50% pasien kanker payudara di Amerika sekarang ini mendapat pengobatan dengan cara tersebut. Ada 3 jenis Mastektomi (Hirshaut & Persman, 1992):

1). Untuk meningkatkan harapan hidup, pembedahan biasanya diikuti dengan terapi tambahan seperti radiasi, hormon atau modified radical mastectomy, yaitu pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara ditulang dada, tulang selangka dan tulang iga serta benjolan disekitar ketiak.

2). Total (simple) mastektomi yaitu pengangkatan seluruh payudara saja tetapi bukan kelenjar ketiak.

3). Radikal mastektomi yaitu pengangkatan sebagian dari payudara. Biasanya disebut lumpektomi, yaitu pengangkatan hanya pada jaringan yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara. Operasi ini

selalu diikuti dengan pemberian radioterapi. Lumpektomi direkomendasi pada pasien yang besar tumornya kurang kurang dari 2 cm dan letaknya dipinggir payudara.

- b. pengangkatankelenjar getah bening
- c. Radioterapi, penggunaan sinar berenergi tinggi setelah operasi mengurangi kekambuhan 50-75%.

Pengobatan Sistemik

- a. hormonal
- b. Tamoksifen, obat ini bekerja langsung terhadap reseptor estrogen yang terdapat pada sel kanker sehingga dapat mengecilkan kanker 30%
- c. Goserelin, Sekitar 40% wanita premenopause dengan estrogen reseptor positif atau yang dengan meta statik berespon terhadap goserelin.
- d. Kemoterapi, penggunaan obat anti kanker , melalui injeksi/ infus ataupun oral.

Pencegahan Kanker secara alami

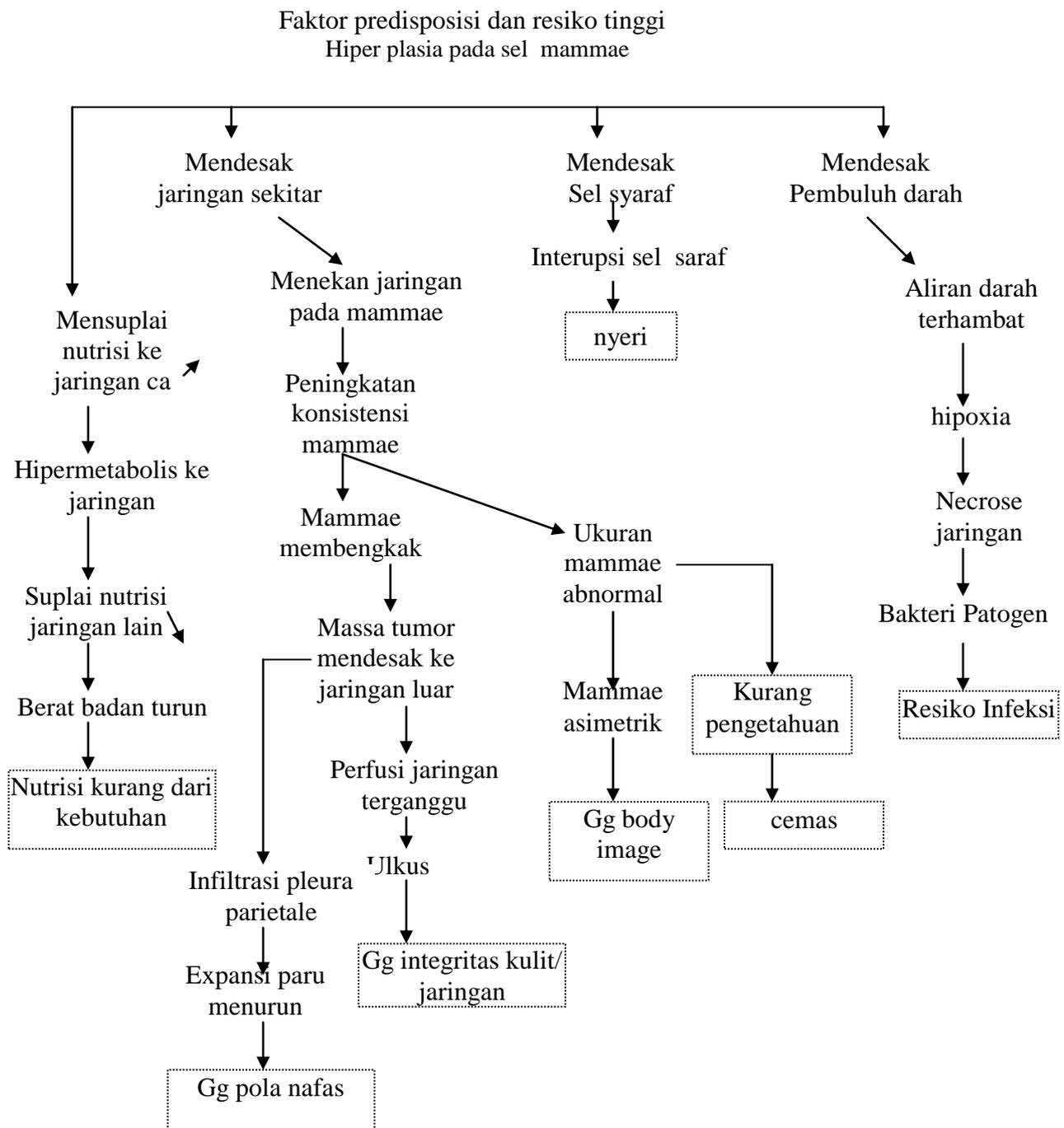
- a. **Olahraga teratur**, dapat menurunkan estrogen yang diproduksi tubuh sehingga mengurangi resiko knker payudara
- b. **Kurangi Lemak**, yaitu lemak jenuh dalam daging, mentega makanan yang mengandung susu full cream dan asam lemak dalam margarin yang dapat meningkatkan kadar estrogen dalam darah.
- c. **Jangan terlalu matang memasak daging**: daging yang dimasak /dipanggang lama menghasilkan lama menghasilkan senyawa karsinogenik (amino heterosiklik).
- d. **Konsumsi suplemen antioksidan** ,

- e. **Konsumsi makanan berserat** , sayur dan buah selain makanan berserat juga antioksidan yang akan mengikat estrogen dalam saluran pencernaan sehingga kadarnya dalam darah berkurang.
- f. **Konsumsi makanan yang mengandung kedelai/protein**, makanan berasal dari kedelai banyak mengandung estrogen tumbuhan (fito-estrogen) .makanan berkedelai menghalangi estrogen tubuh mencapai sel reseptor , juga mempercepat pengeluaran estrogen dari tubuh.
- g. **Hindari alkohol**, minuman beralkohol meningkatkan kadar estrogen dalam darah
- h. **Berat Kontrol Badan**, kenaikan setiap pon setelah usia 18 tahun meningkatkan resiko kanker payudara. Ini disebabkan karena sejalan dengan bertambahnya lemak tubuh , maka kadar estrogen sebagai hormon pemicu kanker payudara dalam darah pun akan meningkat.
- i. **Hindari Xeno-estrogen** , adlah dengan mengurangi konsumsi daging, unggas, dan produk susu (whole milk dairy product).
- j. **Berjemur dibawah sinar matahari**, Saat tubuh mengenaik kulit, tubuh akan membuat vitamin D , yang akan membantu jaringan payudara menyerap calcium sehingga mengurangi resiko kanker payudara.
- k. **Hindari merokok**
- l. **Berikan ASI** rutin pada anak, menyusui berhubungan dengan berkurangnya resiko kanker payudara sebelum menopause,
- m. **Pertimbangkan sebelum melakukan HRT** (Hormon Replacement Therapy), karena akan menambah resiko kanker payudara. (Irianto,2015).

Pemeriksaan SADARI

1. Mulailah dengan melihat payudara payudara dicerminkan dengan bahu lurus dan tangan diletakkan dipinggul. Amatilah ukuran , bentuk dan warna payudara , apakah ada perubahan yang mudah terlihat , benjolan .
2. Angkat lengan dan lihat perubahan yang mungkin terjadi. Sambil melihat cermin, perlahan-lahan tekan puting susu antara ibu jari dan jari telunjuk serta lakukan cek terhadap pengeluaran puting susu.(dapat berupa air susu, atau cairan kekuningan atau darah).
3. Lakukan perabaan terhadap payudara anda sambil berbaring . Gunakan tangan kanan untuk meraba payudara kiri dan tangan kiri untuk meraba payudara kanan. Gunakan sentuhan yang lembut dengan menggunakan tiga jari tangan (telunjuk, jari tengah dan jari manis) dengan posisi berdekatan satu sama lain .Sentuh payudara dari atas ke bawah , sisi ke sisi dari tulang selangka ke bagian atas perut dan dari ketiak ke belahan dada.
4. Terakhir, lakukan perabaan terhadap payudara dengan gerakan yang sama sambil berdiri atau duduk. Kebanyakan wanita merasa lebih mudah merasakan payudaranya dalam kondisi basah sehingga sering dilakukan saat mandi. (Irianto K, 2015)

PATHWAYS



Gambar 1 : Clinical pathways

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. .PENGKAJIAN

Anamnesis. Kebanyakan dari kanker ditemukan jika telah teraba , oleh wanita itu sendiri. Pasien datang dengan keluhan rasa sakit , tidak enak atau tegang didaerah sekitar payudara .

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke rumah sakit karena merasakan adanya benjolan yang menekan payudara, adanya ulkus, kulit berwarna merah dan mengeras, bengkak dan nyeri.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat karsinoma mammae sebelumnya atau ada kelainan pada mammae, kebiasaan makan tinggi lemak, pernah mengalami sakit pada bagian dada sehingga pernah mendapatkan penyinaran pada bagian dada, ataupun mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks. Pemakaian obat-obatan, hormon, termasuk pil kb jangka waktu yang lama. Riwayat menarche, jumlah kehamilan, abortus, riwayat menyusui.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya keluarga yang mengalami karsinoma mammae berpengaruh pada kemungkinan klien mengalami karsinoma mammae atau pun keluarga klien pernah mengidap penyakit kanker lainnya, seperti kanker ovarium atau kanker serviks.

d. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi, palpasi

- .Kepala : normal, mesocephal , tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital dibagian posterior.
- Rambut : tersebar merata, warna, kelembaban
- Mata : tidak ada gangguan bentuk dan fungsi mata. Konjungtiva agak anemis, tidak ikterik, tidak ada nyeri tekan.
- Telinga : bentuk normal , posisi imetris , tidak ada sekret tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada gangguan fungsi pendengaran.
- .Hidung : bentuk dan fungsi normal, tidak ada infeksi dan nyeri tekan.
- Mulut : mukosa bibir kering, tidak ada gangguan perasa.
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada kelainan
- Dada : adanya kelainan kulit berupa peau d'orange,ulserasi atau tanda-tanda radang.
- Hepar : tidak ada pembesaran hepar.
- Ekstremitas : tidak ada gangguan pada ektremitas.

e. Pengkajian 11 Pola Fungsional Gordon

1. Persepsi dan Manajemen

Biasanya klien tidak langsung memeriksakan benjolan yang terasa pada payudaranya ke rumah sakit karena menganggap itu hanya benjolan biasa.

2. Nutrisi – Metabolik

Kebiasaan diet buruk, biasanya klien akan mengalami anoreksia, muntah dan terjadi penurunan berat badan, klien juga ada riwayat mengkonsumsi makanan mengandung MSG.

3. Eliminasi

Biasanya terjadi perubahan pola eliminasi, klien akan mengalami melena, nyeri saat defekasi, distensi abdomen dan konstipasi.

4. Aktivitas dan Latihan

Anoreksia dan muntah dapat membuat pola aktivitas dan latihan klien terganggu karena terjadi kelemahan dan nyeri.

5. Kognitif dan Persepsi

Biasanya klien akan mengalami pusing pasca bedah sehingga kemungkinan ada komplikasi pada kognitif, sensorik maupun motorik

6. Istirahat dan Tidur

Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur karena nyeri.

7. Persepsi dan Konsep Diri

Payudara merupakan alat vital bagi wanita. Kelainan atau kehilangan akibat operasi akan membuat klien tidak percaya diri, malu, dan kehilangan haknya sebagai wanita normal.

8. Peran dan Hubungan

Biasanya pada sebagian besar klien akan mengalami gangguan dalam melakukan perannya dalam berinteraksi social.

9. Reproduksi dan Seksual

Biasanya akan ada gangguan seksualitas klien dan perubahan pada tingkat kepuasan.

10. Koping dan Toleransi Stress

Biasanya klien akan mengalami stress yang berlebihan, denial dan keputusasaan.

11. Nilai dan Keyakinan

Diperlukan pendekatan agama supaya klien menerima kondisinya dengan lapang dada.

f. Pemeriksaan Diagnostik

1. Scan (mis, MRI, CT, gallium) dan ultrasound. Dilakukan untuk diagnostik, identifikasi metastatik dan evaluasi. USG payudara digunakan untuk mengevaluasi abnormalitas yang ditemukan pada pemeriksaan skrining atau diagnostik mamografi. Tanda tumor ganas secara USG :

- lesi dengan batas tidak tegas dan tidak teratur
- Struktur echo internal lemah dan heterogen
- Batasecho anterior lesi kuat , posterior lesi lemah sampai tidak ada
- Adanya perbedaan besar tumor secara klinis danUSG

2. biopsi : untuk mendiagnosis adanya BRCA1 dan BRCA2

Dengan melakukan aspirasi jarum halus sifat massa dapat dibedakan antara kistik atau padat . biopsi untuk pemeriksaan histopatologi dapat berupa eksisional (seluruh masa di angkat) atau insisional (sebagian dari

masa dibuang). Analisis makroskopis dari spesimen menyatakan ada tidaknya keganasan.

4. Mammografi,

6. sinar X dada (radiologi)

2. KEMUNGKINAN DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis (penekanan masa tumor)
- b. Kerusakan integritas jaringan
- c. Gangguan body image (citra tubuh)
- d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan pengobatan penyakitnya
- e. Cemas berhubungan dengan perubahan gambaran tubuh , krisis situasional
- f. Resiko Infeksi berhubungan dengan luka operasi
- g. Ketidak efektifan pola nafas
- h. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3. PERENCANAAN KEPERAWATAN

a. Diagnosa Keperawatan : Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kriteria Hasil :

- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- Tidak ada tanda tanda malnutrisi
- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

Intervensi :

- Kaji adanya alergi makanan
- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake
- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin
- Berikan substansi gula
- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

b. Diagnosa Keperawatan : nyeri akut

Kriteria Hasil :

- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- Tanda vital dalam rentang normal

Intervensi :

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- Kurangi faktor presipitasi nyeri
- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- Ajarkan tentang teknik non farmakologi
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- Tingkatkan istirahat
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

c. Diagnosa Keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

Kriteria Hasil :

- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
- Tidak ada luka/lesi pada kulit
- Perfusi jaringan baik
- Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang
- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

Intervensi :

- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
- Hindari kerutan pada tempat tidur
- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
- Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
- Monitor kulit akan adanya kemerahan
- Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan
- Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien
- Monitor status nutrisi pasien

d. . Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan

Kriteria Hasil :

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar
- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

Intervensi :

- Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit
- Jelaskan tentang patofisiologi penyakit, tanda dan gejala serta penyebabnya
- Sediakan informasi tentang kondisi klien
- Berikan informasi tentang perkembangan klien
- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau kontrol proses penyakit
- Jelaskan alasan dilaksanakannya tindakan atau terapi
- Gambarkan komplikasi yang mungkin terjadi
- Anjurkan klien untuk mencegah efek samping dari penyakit
- Gali sumber-sumber atau dukungan yang ada
- Anjurkan klien untuk melaporkan tanda dan gejala yang muncul pada petugas kesehatan

e. .Diagnosa Keperawatan : Gangguan body image

Kriteria Hasil :

- Klien tidak malu dengan keadaan dirinya.
- Klien dapat menerima efek pembedahan.

Intervensi :

- Diskusikan dengan klien atau orang terdekat respon klien terhadap penyakitnya.

Rasional : membantu dalam memastikan masalah untuk memulai proses pemecahan masalah

- Tinjau ulang efek pembedahan

Rasional : bimbingan antisipasi dapat membantu pasien memulai proses adaptasi.

- Berikan dukungan emosi klien.

Rasional : klien bisa menerima keadaan dirinya.

- Anjurkan keluarga klien untuk selalu mendampingi klien.

Rasional : klien dapat merasa masih ada orang yang memperhatikannya.

f. Diagnosa keperawatan : cemas

Kriteria hasil :

- Pasien mengungkapkan dan menunjukkan teknik mengontrol cemas
- Ekspresi wajah rileks, menunjukkan cemas berkurang
- Vital sign dalam batas normal

Intervensi;

- Gunakan pendekatan yang menenangkan
- Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
- Dorong keluarga untuk menemani pasien untuk memberikan rasa aman

- Dengarkan keluhan dengan penuh perhatian
- Identifikasi tingkat kecemasan
- Bantu mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan
- Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, kecemasan
- Ajarkan untuk menggunakan teknik relaksasi

g. Diagnosa : Resiko infeksi

Kriteria Hasil :

- Pasien bebas dari tanda infeksi
- Menunjukkan perilaku hidup sehat
- Jumlah angka leukosit dalam batas normal

Intervensi :

- Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
- Pertahankan teknik aseptik selama pemasangan alat
- Tingkatkan intake nutrisi tinggi protein
- Monitor tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencegah infeksi
- Berikan terapi antibiotik

BAB III
KASUS DAN PEMBAHASAN

A. KASUS

FORMAT PENGKAJIAN

Hari/Tanggal : Senin, 2 Juli 2018
Jam : 07.30
Tempat : Ruang Bougenville RSUD Kota Yogyakarta
Oleh : Sugeng Laksono
Sumber data : Pasien dan status Rekam Medis
Metode : Wawancara dan Pemeriksaan Fisik

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : Ny.E
- 2) Tempat Tgl Lahir : 20-08-1963
- 3) Jenis Kelamin : Perempuan
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : SPG
- 6) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 7) Status Perkawinan : Menikah
- 8) Suku / Bangsa : Jawa
- 9) Alamat : Suryodiningratan MJ II/897
- 10) No. RM : 409xxx
- 11) Tanggal Masuk RS : 28-06-2018

b. Penanggung Jawab / Keluarga

- 1) Nama : Bp. M
- 2) Umur : 56 tahun
- 3) Pendidikan : SMP
- 4) Pekerjaan : Penjual angkringan
- 5) Alamat : Suryodiningratan MJ II/897
- 6) Hubungan dengan pasien : Suami
- 7) Status perkawinan : Menikah

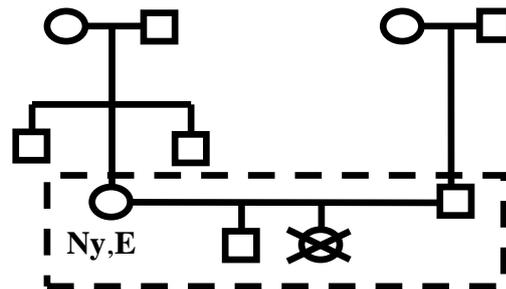
2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Pasien

- 1) Keluhan Utama saat Pengkajian
Pasien merasa nyeri karena ada benjolan di payudara kirinya.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - a) Alasan masuk RS :
Di payudara kiri ada benjolan dan luka. Pasien sudah menjalani pengobatan alternatif selama 3 tahun tanpa membuahkan hasil.
 - b) Riwayat Kesehatan Pasien :
Ada benjolan di payudara kiri berdiameter kira-kira 10cm dan sudah ada luka.
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu
Dulu di payudara kanan pernah ada benjolan diobati di pengobatan alternatif dan akhirnya benjolan di payudara kanan hilang. Kemudian muncul di payudara kiri, setelah 3 tahun menjalani pengobatan alternatif benjolan di payudara kiri tidak sembuh dan malah ada luka.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Keterangan Gambar :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- | - : Satu rumah
- ⊗ : Meninggal

gambar 2 : genogram

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu kandung mengalami hipertensi dan anak pertama Ny.E mengalami kanker otak di usia 25 tahun.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik – Biologis

1) Nutrisi

- a) Sebelum Sakit
Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, nasi, lauk dan sayur.
- b) Selama Sakit
Pasien mengatakan makan siang dan sore sebelum operasi.

- 2) Pola Eliminasi
- a) Sebelum Sakit
Pasien mengatakan BAK 5 kali sehari, tidak ada anyang-anyangan dan nyeri saat BAK. BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning.
 - b) Selama Sakit
Pagi hari sebelum operasi pasien sudah BAK sekali dan sudah BAB juga.
- 3) Pola Aktivitas
- a) Sebelum Sakit
 - (1) Keadaan aktivitas sehari – hari
Pasien mengatakan ibu rumah tangga yang membantu suaminya berjualan angkringan.
 - (2) Keadaan pernafasan
Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing
 - (3) Keadaan Kardiovaskuler
Pasien mengatakan tidak sesak nafas
 - b) Selama Sakit
 - (1) Keadaan aktivitas sehari – hari
Pasien hanya tiduran saja.
 - (2) Keadaan pernafasan
Suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing, dan tidak ada kesulitan bernafas.
 - (3) Keadaan kardiovaskuler
Pasien mengatakan tidak sesak nafas.
 - (4) Skala ketergantungan

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)

Pasien Ny.E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02- 08 -2018 Jam 7.30

No	Fungsi	Skor	Uraian	NilaiSkor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Takterkendali / tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang-kadang tak terkendali			
		2	Mandiri	2		
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Takterkendali/ pakai kateter			
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)			
		2	Mandiri	2		
3.	Membersihkandi ri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			
		1	Mandiri	1		
4.	Penggunaan jamban, masuk	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa			

	dan keluar (melepaskan , memakai celana, membersihkan, menyiram)	2	kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain Mandiri	2		
5.	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan			
		2	Mandiri	2		
6.	Berubah sikap dari berbaring keduduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang)			
		2	Bantuan (2 orang)			
		3	Mandiri	3		
7.	Berpindah / berjalan	0	Tidak mampu			
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang			
		3	Mandiri	3		
8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu			
		1	Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju)			
		2	Mandiri	2		
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			
		1	Butuh pertolongan			
		2	Mandiri	2		
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain			
		1	Mandiri	1		
Total Skor				20		
Tingkat Ketergantungan				Mandiri		
Paraf & Nama Perawat						

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

- 20 : Mandiri
9-11 : Ketergantungan Sedang
12-19 : Ketergantungan ringan
5-8 : Ketergantungan berat
0-4 : Ketergantungan total

(5) Tabel Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 3.2 Pengkajian Resiko Jatuh

Pasien Ny. E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02 -07-2018 jam 7.30

No	Risiko	Skala	Skoring	Skoring	Skoring
			1 Tgl 02/07	2 Tgl 03/07	3 Tgl 04/07
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0	0	0	0
		Ya 25			
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0	0	0	0
		Ya 15			
3.	Alat bantu jalan: Bed rest/diabantu perawat	0	0	0	0
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			
4.	Menggunakan infus	Tidak 0	0	0	0
		Ya 25			
5.	Cara berjalan/berpindah: Normal/bed rest/imobilisasi	0	0	0	0
	Lemah	15			
	Terganggu	30			
6.	Status mental: Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			0		0
Tingkat Resiko Jatuh		Tidak berisiko			
Paraf & Nama Perawat					

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tingkat Risiko : **Tidak berisiko** bila skor 0-24 → lakukan perawatan yang baik
: **Risiko rendah** bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar** (lanjutkan formulir pencegahan)
: **Risiko Tinggi** bila skor \geq 51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi** (lanjutkan dengan pencegahan jatuh pasien dewasa)

(6) Tabel Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel 3.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Pasien Ny. E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02-07-2018 jam 07.30

Tanggal	PENILAIAN	4	3	2	1	Skor
02/07/ 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk	4
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor	4
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur	4
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak	4
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi	4
Total Skor						20
Paraf & Nama Perawat						Skor
03/07/ 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk	4
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor	4
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur	4
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak	4
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang intkontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi	4
Total Skor						20
Paraf & Nama Perawat						Skor
04/07/ 2018	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk	4
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor	4
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur	4
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak	4
	Inkontinensia	Kontinen	Kadang – kadang int/ kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi	4
Total Skor						20
Paraf & Nama Perawat						

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

KETERANGAN:

- 16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus
- 12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus
- <12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

4) Kebutuhan istirahat – tidur

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari-hari bisa tidur, tidak ada keluhan untuk kebiasaan tidurnya. Biasanya tidur antara jam 23.00 – 05.00.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan kadang-kadang terbangun karena nyeri payudara kiri.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya karena selama ini lebih memilih pengobatan alternatif.

2) Pola hubungan

Selama mondok di RS pasien selalu ditemani oleh suaminya dan hubungan pasien dengan petugas kesehatan baik. Hubungan dengan dokter, perawat, ahli gizi dan praktikan baik.

3) Koping atau toleransi stres

Pasien merasa cemas dengan penyakitnya, sudah berobat 3 tahun tapi tidak membuahkan hasil.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya.

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan setelah operasi payudara kirinya tidak ada dan merasa tubuhnya menjadi berubah bentuk.

b) Harga Diri

Sejak sakit ini pasien merasa tetap dihargai dan dihormati oleh suami dan anak-anaknya.

c) Peran Diri

Pasien adalah ibu rumah tangga yang membantu suaminya berjualan angkringan. Selama di RS pasien kooperatif dengan program terapi.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya.

e) Identitas Diri

Pasien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu.

6) Seksual dan menstruasi

Pasien mengatakan seorang istri dan sudah mempunyai anak dan sudah menopause sejak usia 54 tahun

7) Nilai

Pasien mengatakan beragama Islam dan berusaha selalu berdoa.

c. Aspek Lingkungan Fisik

Lingkungan rumah pasien baik. Lingkungan di kamar perawatan pasien bersih, tidak ada cecceran makanan, seprei rapi dan bersih, dan tidak ada semut.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Compos Mentis, agak gelisah

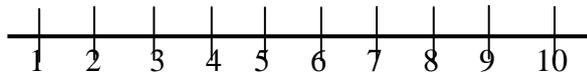
2) Status Gizi :TB = 152 cm

BB = 66 Kg

IMT= 20,5 (normal)

3) Tanda Vital : TD = 130/80 mmHg Nadi = 84 x/mnt
Suhu = 37 °C RR = 20 x/mnt

4) SkalaNyeri



P: pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 di payudara kiri, Q: terasa seperti tertusuk-tusuk, R: payudara kiri, T: setiap kali gerak.

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo – Caudal*)

1) Kulit

Kulit bersih warna sawo matang, turgor kulit, tidak ada sianosis.

2) Kepala

Bentuk mesocephal, bentuk simetris, rambut dan kulit kepala bersih. Mata ishorok, simetris, visus normal. Telinga simetris dan bersih.

3) Leher

Tidak ada benjolan dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

4) Tengkuluk

Tidak ada benjolan dan tidak ada kaku kuduk.

5) Dada

a) Inspeksi

Bentuk dada tidak simetris karena ada pembengkakan payudara kiri.

b) Auskultasi

Vesikuler

c) Perkusi

Sonor

d) Palpasi

Terdapat benjolan di payudara kiri, bengkak dan terasa nyeri, tidak simetris, ada nyeri tekan. Payudara

e) Inspeksi

Di payudara kiri terdapat benjolan dan ulkus, tampak kemerahan, dan kulit payudara mengkerut seperti kulit jeruk.

f) Palpasi

Teraba benjolan yang mengeras dan terasa nyeri serta terdapat pembengkakan di payudara kiri.

6) Punggung

Tidak ada nyeri punggung, tidak ada skoliosis dan lordosis.

7) Abdomen

a) Inspeksi

Warna kulit sawo matang, simetris, tidak ada kemerahan dan kekuningan, tidak ada bekas luka.

b) Auskultasi

Bising usus 20x/menit.

c) Perkusi

Terdengar redup, tidak ada hepatomegali

d) Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

8) Panggul

Tidak ada nyeri panggul

9) Anus dan Rectum

Pasien mengatakan tidak pernah BAB darah dan tidak ada benjolan di anus.

10) Genetalia

Pasien mengatakan genetalia bersih, tidak keluar sekret yang berlebihan.

11) Ekstremitas

a) Atas

Mampu menggerakkan tangan secara mandiri, hanya lengan kiri terasa agak nyeri, tidak teraba benjolan dan terpasang infus RL di lengan kanan. Tidak ada kelainan bentuk dan fungsi.

b) Bawah

Mampu menggerakkan kaki secara mandiri dan tidak teraba benjolan.

Pemeriksaan Penunjang

c. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium

Ny.E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02 Juli 201

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
29 – 06- 2018	Leukosit	10,1	4,4-11,3
	Eritrosit	4,24	4,1-5,1
	Haemoglobin	5,1	12,3-15,3
	Trombosit	356	350-470
	Masa perdarahan	2'9"	<6 menit
	Masa Penjendalan	7'48"	<12 menit
	GDS	174	70-140
	SGOT	28	<31
	SGPT	21	<32
	Ureum	37	10-50
	Creatinin	1,1	<1,2
	HbsAg	Negatif	
	02-07-2018	Haemoglobin	11,2

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pasien Ny.E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 28-06-2018

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan / Interpretasi
28-06-2018	Rontgen thorax	Cor n pulmo dbn

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

5. Terapi

Tabel 3.6 Pemberian Terapi Pasien Ny.E di Ruang Bougenville Rumah Sakit Jogja Tanggal 02/07/2018

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
01-07	Injeksi Cefim	1 gram	IV jam 07.00
02-07	Injeksi Cefim 1gr/12 jam	1 gram	IV
	Injeksi Ketorolac 1A/12 jam	30 mg	IV
	Injeksi Asam Tranexamat 1A/8 jam	500 mg	IV

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

Pasien Ny.E di Ruang BougenvilleRumah Sakit Jogja Tanggal 02-07-2018 jam 09.00

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	DS: Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya. Pasien mengatakan selama ini hanya periksa ke pengobatan alternatif. DO: Pasien tidak mampu menjawab pertanyaan tentang penyakitnya.	Kurang terpapar informasi	Kurang pengetahuan tentang penyakitnya
2.	DS: Pasien mengatakan cemas mau melakukan operasi DO: nampak gelisah	Krisis situasi (prosedur tindakan operasi)	Cemas
3.	DS: Pasien mengatakan nyeri payudara sebelah kiri. DO: P: pasien mengatakan nyeri di payudara kiri, Q: terasa seperti tertusuk-tusuk, R: payudara kiri, S: VAS: 4, T: setiap kali gerak.	Agen injuri biologis (luka payudara)	Nyeri akut

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pre operasi

1. Cemas berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi).
2. Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (luka payudara)

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.E Ruang : Bougenville

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN	INTERVENSI	
Senin, 02/07	Cemas berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam tingkat kecemasan pasien menurun, dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan cemasnya berkurang • Pasien menunjukkan cemas berkurang, wajah tampak lebih rileks 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang. 2. Jelaskan prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Berikan informasi yang aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Ajarkan teknik Relaksasi nafas dalam. 5. motivasi keluarga untuk mendampingi pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk membina hubungan saling percaya 2. memberikan gambaran tentang prosedur tindakan dan proses selama tindakan 3. dengan memberikan informasi tsb. Akan membuat pasien lebih jelas dan tenang 4. relaksasi untuk mengurangi kecemasan

<p>Senin, 02/07</p>	<p>Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x20 menit pasien akan mengetahui tindakan yang akan dilakukan, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah memahami tentang tindakan operasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan operasi 3. Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. 4. Jelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui tingkat pengetahuan 2. memberikan gambaran tentang prosedur operasi 3. agar keluarga mendapatkan gambaran tentang prosedur operasi, resiko dan komplikasi sehingga keluarga siap dan mampu memberikan motivasi pada pasien
<p>Senin, 02/07</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (luka payudara).</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri pasien berkurang, dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri berkurang (skala 0-3) • Pasien tidak tampak kesakitan / menahan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri 2. Observasi respon nonverbal dari nyeri. 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Kolaborasi pemberian terapi anti nyeri. 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Tingkatkan istirahat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui skala intensitas,durasi,nyeri 2. Menilai tingkat nyeri 3. Mengurangi rasa nyeri tanpa obat 4. obat analgetik untuk mengurangi nyeri 5. Mengkaji tanda tanda nyeri 6. Mengurangi nyeri

E. PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny.ERuang : Bougenville

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLENTASI	EVALUASI
Senin, 02/07 jam 08.30	Cemas berhubungan dengan krisis situasi (prosedur tindakan operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pendekatan yang tenang. 2. Menjelaskan prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Memberikan informasi tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Menyarankan pasien untuk relaksasi nafas dalam. 5. Mendorong keluarga untuk mendampingi pasien. 	<p>S: Pasien merasa lebih tenang</p> <p>O: wajah tampak lebih tenang, pasien tidak terlihat gelisah, suami mendampingi pasien sampai kamar operasi</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

<p>Senin, 02/07 jam 08.30</p>	<p>Kurang pengetahuan tentang proses penyakitnya berhubungan dengan kurang paparan informasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien proses penyakitnya. 2. Menjelaskan tentang proses penyakitnya pada pasien 3. Melibatkan keluarga saat pemberian pendidikan kesehatan. 4. Menjelaskan kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku hidup sehat 	<p>S:Pasien mengatakan mengerti tentang proses penyakitnya dan mau operasi. O:pasien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan A: masalah teratasi P:Hentikan intervensi</p>
<p>Senin, 02/07 jam 08.30</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (luka payudara).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memonitor tanda-tanda vital pasien. 	<p>S: Pasien mengatakan nyeri payudara kiri. O:P: pasien mengatakan nyeri di payudara kiri, Q: terasa seperti tertusuk-tusuk, R: payudara kiri, S: skala 4, T: setiap kali gerak. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Rencana dilakukan tindakan di kamar operasi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien: Ny.E Ruang : Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Cemas

HR/TGL/ Jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pendekatan yang tenang. 2. Menjelaskan prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama tindakan. 3. Memberikan informasi tentang diagnosa, tindakan dan prognosis. 4. Menyarankan pasien untuk relaksasi nafas dalam. 5. Mendorong keluarga untuk mendampingi pasien. 	<p>S: Pasien merasa lebih tenang</p> <p>O: wajah lebih tenang, pasien tidak terlihat gelisah, suami mendampingi pasien sampai di kamar operasi</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

Nama Pasien: E Ruang : Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan tentang prosedur tindakan operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi.

HR/TG L/JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin, 02/07 2018 jam 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang tindakan operasi. 2. Menjelaskan tentang proses penyakitnya 3. Melibatkan keluarga saat pemberian pendidikan kesehatan. 4. Menjelaskan kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang akan terjadi, dan nyeri. 5. Mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku hidup sehat 	<p>S: Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya dan mau operasi.</p> <p>O: pasien mampu menjawab pertanyaan setelah diberikan pendidikan kesehatan</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

Nama Pasien : Ny.E Ruang Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (luka payudara).

Hari/tgl/j am	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 2018 jam 08.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memonitor tanda-tanda vital pasien. 	<p>S: Pasien mengatakan nyeri payudara kiri.</p> <p>O: P: pasien mengatakan nyeri di payudara kiri, Q: terasa seperti tertusuk-tusuk, R: payudara kiri, S: VAS 4, T: setiap kali gerak.</p> <p>TD; 130/90 N; 78 S; 36,9</p>

		A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Rencana dilakukan tindakan operasi di Kamar operasi
--	--	---

Data fokus pasien post operasi hari ke-0 Radikal Mastektomi payudara kiri

Pasien kembali dari kamar operasi tanggal 02-07-2018 jam 11.30, dengan ;

DS: Pasien mengatakan masih terasa lemas dan tempat operasi terasa nyeri tersayat-sayat.

DO:

1. Pasien Ny.E usia 56 tahun dilakukan tindakan operasi radikal mastektomi pada payudara kiri dengan lama operasi selama 60 menit. Terpasang drain di dada sebelah kiri dengan produk darah kurang lebih 75cc berwarna merah, perban kassa bersih dan kering. Dilakukan general anestesi di Kamar Operasi dengan premedikasi Fentanyl 100mg dan SA 1 ampul, propofol 100mg, dan Ondansetron injeksi 1 ampul. Terpasang infus asering di tangan kiri 20 tpm.
2. KU: cukup, terlihat lemah, kesadaran: compos mentis. Tanda vital: tensi: 130/80mmhg, N: 84/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C.
3. Pengkajian nyeri:
 - a. P: nyeri luka operasi
 - b. Q: terasa tersayat-sayat
 - c. R: dada sebelah kiri
 - d. S: skala 5
 - e. T: terasa terus menerus setelah operasi

A. Analisa Data

Pasien: Ny E, Ruang Bougenville, RSUD Kota Yogyakarta, tanggal 02/07/2018 jam 11.30

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: Pasien mengatakan nyeri luka operasi DO: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: pada dada kiri, S: skala: 5, T: terus menerus setelah operasi.	Agen injuri fisik (tindakan operasi)	Nyeri akut
2.	DS: - DO: tindakan radikal mastektomi, terpasang drain di dada kiri, terpasang infus di tangan kanan,	Prosedur invasif (tindakan operasi)	Risiko infeksi
3.	DS: Pasien mengatakan merasa malu setelah operasi payudara kirinya tidak ada dan merasa tubuhnya menjadi berubah bentuk. DO: Pasien tampak menutupi payudara kirinya dengan selimut.	Prosedur bedah	Gangguan citra tubuh

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).
2. Risiko infeksi.
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah.

C. Perencanaan Keperawatan

Nama pasien: Ny.E , Ruang Bougenville

Hari/tgl /jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Intervensi
Senin, 02/07 jam 13.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisilogis (tindakan operasi).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam nyeri pasien menurun, dengan Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak melaporkan nyeri (VAS :0-2) • Tidak menunjukkan ekspresi nyeri • Tidak menangis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Observasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Kolaborasi pemberian terapi anti nyeri. 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Tingkatkan istirahat.
Senin, 02/07 jam 13.30	Risiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, pasien tidak mengalami infeksi, dengan Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada rembesan luka operasi. • Tidak ada tanda tanda infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Terapkan universal precaution. 4. Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Berikan antibiotik bila perlu. 7. Batasi pengunjung. 8. Dressing infus setiap 2 hari sekali.
Senin, 02/07 jam 13.40	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x20 menit gangguan citra tubuh pasiendapat teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak malu terhadap perubahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji secara verbal dan non verbal respon pasien terhadap tubuhnya 2. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis 3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya. 4. Bantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-

		tampilan fisik • Pasien mengatakan menerima keadaan fisiknya setelah tindakan operasi	tindakan yang akan meningkatkan penampilan. 5. Dorong keluarga untuk memberikan dukungan dan selalu mendampingi pasien.
--	--	--	--

D. Pelaksanaan Keperawatan

Nama Pasien: Ny.E Ruang Bougenville

Hari/tgl/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Menganjurkan pasien untuk istirahat.	S: Pasien mengatakan luka operasi masih terasa tersayat-sayat. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS; 5, T: terus menerus setelah operasi. T: 130/80, N: 88, RR: 20, S: 37°C. Pasien terlihat meringis menahan sakit. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien
Selasa, 03/07 jam 07.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan operasi).	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac	S: Klien mengatakan luka operasi masih terasa nyeri. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S:VAS 4, T: setiap saat. T: 130/80, N: 84, S: 36,7°C, RR: 20.

		<p>30mg IV</p> <p>5. Monitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>6. Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p>	<p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien
Selasa, 03/07 jam 14.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan operasi).	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi).</p> <p>4. Monitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang</p> <p>O: P: nyeri luka operasi,</p> <p>Q: terasa tersayat-sayat,</p> <p>R: dada kiri, S: VAS 4,</p> <p>T: saat miring ke kanan dan ke kiri. Pasien terlihat meringis menahan sakit. TD: 120/80, N: 82, RR: 20, S: 36,4°C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri
Selasa, 03/07 jam 21.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan operasi).	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi).</p> <p>4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang dan sudah bisa miring ke kanan dan kiri</p> <p>O: P: nyeri luka operasi,</p> <p>Q: terasa tersayat-sayat,</p> <p>R: dada kiri, S: VAS: 3,</p> <p>T: saat mencoba duduk. Pasien sudah bisa</p>

		<p>5. Monitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>6. Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p>	<p>tersenyum. TD: 120/80, N: 80, RR: 18, S: 36, 7°C.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri
Rabu, 04/07 jam 07.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan operasi).	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.</p> <p>2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.</p> <p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi).</p> <p>4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV</p> <p>5. Monitor tanda-tanda vital pasien.</p> <p>6. Menganjurkan pasien untuk istirahat.</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam, sudah tidak terasa ngganjel tapi msh ada drain dan sudah bisa duduk.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 3, T: saat mencoba duduk. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi Tensi: 120/80, N: 80, RR: 18, S: 36,1°C.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri
Rabu, 04/07 jam 14.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang,</p>

	injury fisik (tindakan operasi).	<p>nyeri, onset nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). 4. Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV 5. Monitor tanda-tanda vital pasien. 6. Menganjurkan pasien untuk istirahat. 	<p>sudah bisa tidur dengan drain masih terpasang di dada kiri.</p> <p>O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 2, T: mencoba berdiri.</p> <p>Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi, TDi 120/80, N: 80, RR: 18, S: 36,3°C.</p> <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>
--	----------------------------------	--	--

Nama: Ny.ERuang Bougenville

Hari/tgl/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Risiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. 5. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memeriksa antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. 8. Memonitor tanda infeksi 	<p>S: -</p> <p>O: Masih terpasang drain, Balutan luka tidak rembes, tidak ada tanda infeksi pada iv line</p> <p>TD: 120/70, N: 76, RR: 18, S: 36,3°C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapkan universal precaution. • Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka. • Batasi pengunjung

<p>Selasa, 03/07 jam 07.30</p>	<p>Risiko infeksi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution.. 4. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 5. Membatasi pengunjung. 6. Memonitor tanda infeksi 	<p>S: Pasien sudah mulai makan sedikit-sedikit O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Terdapat drain di dada kiri, prduk 75cc. Pasien sudah menghabiskan setengah porsi makanan. TD; 120/80 N: 78 S: 36,5 A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
<p>Selasa, 03/07 jam 14.00</p>	<p>Risiko infeksi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Melakukan dresing infus. 5. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memeriksa antibiotik bila perlu. 7. Membatasi pengunjung. 8. Memonitor tanda tanda infeksi 	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Drain 50cc. Pasien sudah menghabiskan setengah makanan. Tidak ada tanda plebitis di area</p>

			<p>insersi infus. Pasien masih salah melakukan 6 langkah cuci tangan. TD: 120/80 N:78 S: 36,7 A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
Selasa, 03/07 jam 21.00	Risiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 5. Membatasi pengunjung. 6. Memonitor tanda tanda infeksi 	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan $\frac{3}{4}$ makanan. T: 120/80 N: 78 S: 36,7 A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Berikan antibiotic • Dorong pasien

			untuk meningkatkan nutrisi.
Rabu, 04/07 jam 07.30	Risiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 5. Memerikan antibiotik bila perlu. 6. Membatasi pengunjung. 7. Memonitor tanda tanda infeksi 	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah.</p> <p>Drain: 25cc.</p> <p>Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan.</p> <p>TD;120/80 N: 78 S:36,5</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
Rabu, 04/07 jam 14.00	Risiko infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. 2. Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. 3. Menerapkan universal precaution. 4. Melakukan perawatan luka.dengan prinsip steril 5. Mendorong pasien untuk meningkatkan nutrisi. 6. Memonitor tanda tanda infeksi. 	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka dada kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan</p>

			<p>darah atau pus. Pasién sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis. TD : 120/80 N : 78 s: 36,8 A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>
--	--	--	--

Nama Pasien : Ny.E

Hari/tg l/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 21.00	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji secara verbal dan non verbal respon pasien terhadap perubahan tubuhnya 2. Memberikan informasi tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis 3. Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya 4. Membantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan. 5. Mendorong keluarga untuk memberikan dukungan dan selalu mendampingi pasien. 	<p>S: Pasien mengatakan payudara kiri sudah tidak ada dan terasa berat sebelah dan tidak seimbang. O: Pasien berusaha menutupi dada kiri, tidak mau melihat bagian dadanya. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial. • Bantu pasien mengidentifikasi cara untuk menurunkan dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian dan kosmetik
Selasa,	Gangguan citra	1. Mengkaji respon verbal dan	S: Pasien mengatakan

03/07 jam 14.00	tubuh berhubungan dengan prosedur bedah	<p>nonverbal terhadap perubahan tubuhnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri dan realitas. 3. Menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial. 4. Membantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan. 	<p>setelah operasi keluarga tetap sayang / perhatian dan selalu menunggui pasien.</p> <p>O: Klen mulai bisa melihat kenyataan dan mulai mau menyentuh bagian dada kiri.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu pasien mengidentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian dan kosmetik
Rabu, 04/07 jam 14.00	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri dan realitas. 2. Menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial. 3. Mendentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian atau kosmetik. 	<p>S: Pasien mengatakan sudah menerima payudaranya yang hanya 1 buah saja dan tidak merasa malu lagi denga bentuk tubuhnya</p> <p>O: Pasien menggunakan kaos longgar dan jilbab agar area dada tertutup. Suami Ny.E selalu mendampingi pasien.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p>

E. Catatan Perkembangan

Nama Pasien : Ny.E Ruang Bougenville

Diagnosa keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (tindakan).

Hari/tg l/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 16.00 16.15 16.40 17.30 20.00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri. Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Memonitor tanda-tanda vital pasien. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi). Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV	S: Pasien mengatakan luka operasi masih terasa tersayat-sayat. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 5, T: terus menerus setelah operasi. T: 130/80, N: 88, RR: 20, S: 37°C. Pasien terlihat meringis menahan sakit. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien
Senin, 02/07 jam 21.30 22.00 06.300 7.15	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri. Menganjurkan pasien untuk istirahat. Memonitor tanda-tanda vital pasien. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	S: Klien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa nyeri. O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 5, T: setiap saat. T: 130/80, N: 84, S: 36,7°C, RR: 20. Pasien kurang nyenyak tidurnya semalam karena nyeri luka operasi dan ada selang drain. A: Masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Pemberian anti nyeri • Tingkatkan istirahat pasien
Selasa, 03/07 jam 07.30 08.00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 4, T: saat miring ke kanan dan ke kiri. Pasien

10.00	Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV	terlihat meringis menahan sakit.
10.15	Memonitor tanda-tanda vital pasien.	TD: 120/80, N: 82, RR: 20, S: 36,4°C.
12.00	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.	A: Masalah belum teratasi
13.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat. Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi	P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri
Selasa, 03,07 jam		S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang dan sudah bisa miring ke kanan dan kiri
15.00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: palliatif, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 4, T: saat mencoba duduk. Pasien sudah bisa tersenyum. TD: 130/80, N: 84, RR: 20, S: 36, 7°C.
16.00	Memonitor tanda-tanda vital pasien.	A: Masalah teratasi sebagian
16.15	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.	P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien • Berikan injeksi anti nyeri
16.30	Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi	
20.00	Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Menganjurkan pasien untuk istirahat.	
Selasa, 03/07 jam		S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai berkurang, sudah bisa tidur semalam,
21.45		O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 3, T: saat mencoba duduk. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi TD: 120/80, N: 78, RR: 18, S: 36,1°C.
07.00	Mengobservasi reaksi nonverbal dari nyeri.	A: Masalah teratasi sebagian
07.30	Menganjurkan pasien untuk istirahat. Memonitor tanda-tanda vital pasien. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi pengkajian nyeri • Evaluasi kemampuan relaksasi • Tingkatkan istirahat pasien

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan injeksi anti nyeri
Rabu, 04/07 jam 07.30	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi: lokasi, kualitas, intensitas nyeri, onset nyeri.	S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur dengan drain masih terpasang di dada kiri.
08.00	Menganjurkan pasien untuk melakukan relaksasi	O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 2, T: mencoba berdiri. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi, TD: 120/70, N: 76, RR: 18, S: 36,3°C.
10.00	Memberikan injeksi Ketorolac 30mg IV Memonitor tanda-tanda vital pasien.	A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi

Nama Pasien: Ny.ERuang Bougenville

Diagnosa keperawatan: Risiko infeksi

Hari/tg l/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 16.00	Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien	S: Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah banyak berkurang, sudah bisa tidur dengan drain masih terpasang di dada kiri.
16.05	Mengajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga.	O: P: nyeri luka operasi, Q: terasa tersayat-sayat, R: dada kiri, S: VAS: 2, T: mencoba berdiri. Pasien sudah bisa tersenyum. Pasien mampu melakukan relaksasi, Tensi: 120/80, N: 78, RR: 18, S: 36,5°C.
16.30	Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat pasien bergantian dua-dua orang.	A: Masalah belum teratasi
17.30	Mendorong pasien untuk makan	P: Lanjutkan intervensi:
19.00	Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan universal precaution. • lakukan perawatan luka dengan teknik steril • Batasi pengunjung

<p>Senin, 02/07 jam 21.15 07.00 07.15</p>	<p>Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Mengevaluasi apakah pasien sudah mau makan Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV Mendorong pasien untuk makan</p>	<p>S: Pasien sudah mulai makan sedikit-sedikit O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Terdapat drain di dada kiri, produk 75cc. Pasien sudah menghabiskan setengah porsi makanan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Ajarkan teknik cuci tangan kepada pasien dan keluarga. • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
<p>Selasa, 03/07 jam 07.30 08.00 11.15 11.30 12.00</p>	<p>Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Melakukan dressing infus Mengganti cairan infus pasien Futrolit 20 tpm Mengevaluasi kemampuan mencuci tangan pasien Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Drain 50cc. Pasien sudah menghabiskan setengah makanan. Tidak ada tanda plebitis di area insersi infus. Pasien masih salah melakukan 6 langkah cuci tangan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
<p>Selasa, 03/07 jam 16.15 17.30 19.00 20.00</p>	<p>Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien Menganjurkan pembesuk untuk masuk ke tempat pasien bergantian dua-dua orang. Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan. Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Pasien sudah menghabiskan $\frac{3}{4}$ makanan. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Berikan antibiotic

		<ul style="list-style-type: none"> • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
Selasa, 03/07 jam 21.30 07.00 07.15 07.30	<p>Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien</p> <p>Memberikan antibiotik Cefim 1gr IV</p> <p>Mengganti linen pasien</p> <p>Mendorong pasien untuk menghabiskan makanan dan memakan makanan tinggi protein seperti putih telur dan ikan.</p> <p>Menganjurkan pasien untuk minum susu.</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Perban luka operasi bersih, tidak ada rembesan darah. Drain: 25cc. Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien. • Batasi pengunjung • Dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi.
Rabu, 04/07 jam 07.30 10.00 12.00	<p>Mencuci tangan sebelum ke tempat pasien</p> <p>Mengevaluasi kemampuan cuci tangan pasien.</p> <p>Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril</p> <p>Melepas infus pasien dan memonitor tanda infeksi</p> <p>Mengevaluasi makanan yang sudah dimakan pasien</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah makan semua makanan yang disediakan RS</p> <p>O: Ku: cukup, CM. Luka operasi baik, tidak ada tanda-tanda infeksi di luka dada kiri. Luka bersih, tidak ada rembesan darah atau pus. Pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanan. Bekas infus tidak ada tanda-tanda plebitis.</p> <p>TD:120/80 N 78 S: 36,5</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

Nama Pasien : Ny.ERuang Bougenville

Diagnosa Keperawatan: Gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah.

Hari/tg l/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin, 02/07 jam 14.30 14.45 16.00	<p>Mengkaji secara verbal dan non verbal respon pasien terhadap perubahan tubuhnya</p> <p>Memberikan informasi tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis</p> <p>Memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>Membantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan.</p>	<p>S: Pasien mengatakan payudaranya kiri sudah tidak ada dan terasa berat sebelah dan tidak seimbang.</p> <p>O: Pasien berusaha menutupi dada kiri, tidak mau melihat bagian adanya.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Bantu menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial. • Mengidentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian dan kosmetik
<p>Selasa, 03/07 jam 08.15 08.30 08.40</p>	<p>Mengkaji respon verbal dan nonverbal terhadap perubahan tubuhnya</p> <p>Menentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri dan realitas.</p> <p>Menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial.</p> <p>Membantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan.</p>	<p>S: Pasien mengatakan setelah operasi keluarga masih sayang/perhatian dan selalu menunggui pasien.</p> <p>O: Klen mulai bisa melihat dan mau menyentuh bagian dada kiri.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu mengidentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian dan kosmetik
<p>Rabu, 04/07 jam 08.00 09.30</p>	<p>Menentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri dan realitas.</p> <p>Menentukan apakah perubahan citra tubuh berpengaruh pada peningkatan isolasi sosial.</p> <p>Midentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari adanya perubahan bentuk melalui pakaian atau kosmetik.</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah menerima payudaranya yang hanya 1 buah saja dan sudah tidak merasa malu lagi dengan perubahan pada bentuk tubuhnya</p> <p>O: Pasien menggunakan kaos longgar dan jilbab agar area dada tertutup. Suami Ny.E selalu mendampingi pasien.</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p>

B. Pembahasan Kasus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny E dengan karsinoma mammae sinistra di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta selama 3 hari maka pada bab pembahasan ini penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. E usia 56 tahun, sudah menopause ditemukan beberapa keluhan yaitu nyeri pada payudara karena ada benjolan berdiameter 10 cm dan terdapat luka. Riwayat kesehatan dahulu pernah ada benjolan di payudara kanan diobati di pengobatan alternatif. Dari riwayat keluarga memiliki anak yang mengalami kanker otak pada usia 25 tahun. Pada pengkajian terhadap status Psikologis diperoleh data pasien merasa cemas dengan kondisi penyakitnya, pasien tidak mengetahui tentang proses penyakitnya, prosedur tindakan dan pengobatan. Pasien juga merasa malu jika payudara kirinya di operasi sehingga tubuhnya menjadi berubah bentuk. Dari hasil pemeriksaan inspeksi dan palpasi terdapat benjolan dengan ulkus, membengkak dan tampak kemerahan kulit payudara mengkerut seperti kulit jeruk.

Menurut Pudiastuti (2011), bahwa faktor resiko terjadi carsinoma mammae diantaranya adalah pernah menderita kanker/ non kanker payudara sebelumnya, riwayat keluarga menderita kanker, faktor genetik dan hormonal, menopause setelah usia 55 tahun.

Pada pengkajian pada kasus Ny E, (56 th) ,menopause, riwayat kanker otak pada anaknya, pernah mengalami benjolan payudara sebelumnya. Hal ini dapat disimpulkan bahwa faktor resiko karsinoma mammae yang ditemukan pada kasus Ny E adalah sesuai dengan teori.

Sedangkan menurut Irianto (2015), bahwa gejala yang khas menunjukkan adanya keganasan antara lain ; adanya retraksi/*inversi niple* (puting susu tertarik ke dalam) berwarna merah atau kecoklatan sampai menjadi edema hingga kulit kelihatan seperti kulit jeruk, atau timbul ulkus pada payudara.

Pada pengkajian pada Ny E , ditemukan adanya benjolan keras, kemerahan, nyeri, terdapat ulkus, kulit payudara mengkerut seperti kulit jeruk. Hal ini dapat disimpulkan juga bahwa tanda dan gejala adanya keganasan karsinoma mammae yang di temukan pada kasus ny E adalah sesuai dengan teori.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), bahwa kemungkinan masalah dan diagnosa keperawatan yang muncul pada karsinoma mammae diantaranya adalah : **Nyeri akut , ansietas/ Cemas, Resiko Infeksi, Kurang pengetahuan, Kerusakan integritas jaringan/kulit, Gangguan citra tubuh, Ketidakefektifan pola nafas, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.**

Pada kasus Ny E ditemukan beberapa diagnosa keperawatan baik pada saat sebelum operasi maupun setelah operasi, diantaranya adalah ; **Kurang pengetahuan tentang proses penyakitnya, Cemas , Nyeri akut , Resiko infeksi, dan Gangguan citra tubuh.** Hal ini dapat disimpulkan bahwa masalah atau diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny E tersebut adalah sesuai dengan teori yang ada.

Sedangkan diagnosa yang tidak muncul pada kasus Ny E adalah kerusakan integritas jaringan/kulit, ketidakefektifan pola nafas ,ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Hal ini dikarenakan kondisi Ny E saat pengkajian tidak ditemukan adanya tanda malnutrisi, tidak ada penurunan BB dan tanda lainnya yang mendukung diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang. Juga tidak ditemukan adanya perubahan dalam pernafasan , tidak ada sesak nafas, tidak ada retraksi dinding dada dan tanda lainnya yang mendukung pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas.

Menurut NANDA (2015), resiko Infeksi yaitu mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogen. Dengan faktor resiko: pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari faktor resiko, pertahanan primer yang tidak adekuat (kerusakan integritas kulit, trauma jaringan, prosedur invasif),penyakit kronis.

Penulis menegakkan diagnosa resiko infeksi dengan pertimbangan bahwa Ny E mempunyai faktor resiko diantaranya ,mengalami ulkus , pertahanan primer yang tidak adekuat, penurunan haemoglobin, dilakukan prosedur invasif.

Menurut NANDA (2015), ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak

spesifik) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Perasaan ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan bahaya yang akan terjadi dan memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Pada kasus Ny E dengan karsinoma mammae ini pasien dapat merasakan kecemasan karena akan dilakukannya prosedur operasi yang dapat menyebabkan perubahan psikologisnya. Hal tersebut ditandai dengan mengekspresikan kekhawatiran akibat perubahan dalam peristiwa hidup, gelisah, perasaan tidak adekuat, peningkatan kekhawatiran, dan perasaan takut.

Menurut NANDA (2015) nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan, awitan yang tiba-tiba lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. Hal tersebut ditandai dengan adanya bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa, ekspresi wajah nyeri, keluhan tentang nyeri, laporan tentang perilaku nyeri dan perubahan pada parameter fisiologis.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. E didapatkan nyeri pada payudara, bukti nyeri dengan mengobservasi ekspresi wajah terhadap nyeri, keluhan tentang nyeri, laporan tentang perilaku nyeri dan perubahan pada tekanan darah, Sehingga diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan.

Menurut NANDA (2015), defisiensi pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Hal

tersebut ditandai dengan ketidakakuratan melakukan tes, ketidakakuratan melakukan perintah, kurang pengetahuan, perilaku tidak tepat.

Berdasarkan pengkajian pada Ny E didapatkan hasil bahwa pasien belum mendapatkan informasi tentang prosedur tindakan operasi dari petugas kesehatan, mengungkapkan ketidaktahuan tentang prosedur sehingga dari pengkajian tersebut diagnosa defisiensi pengetahuan dapat ditegakkan.

Menurut Nanda(2015), Gangguan citra tubuh adalah konfusi dalam gambaran mental tentang diri- fisik individu. Hal tersebut ditandai dengan mengungkapkan perasaan yang mencerminkan perubahan pandangan tentang tubuhnya, perilaku mengenali tubuh individu, respon non verbal terhadap perubahan persepsi perubahan pada tubuh.

Berdasarkan pengkajian Ny E mengungkapkan merasa malu dengan dilakukannya operasi payudara dan mengungkapkan kekhawatirannya akan bentuk tubuhnya. Sehingga diagnosa ini dapat ditegakkan.

3. Perencanaan/intervensi keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa cemas antara lain: Gunakan pendekatan yang tenang, Jelaskan semua prosedur dan apa yang akan prognosis, ajarkan teknik relaksasi /nafas dalam, dorong keluarga untuk mendampingi pasien.

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa kurang pengetahuan antara lain : kaji tingkat pengetahuan pasien, Jelaskan tentang prosedur tindakan operasi, Libatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan, jelaskan secara tepat kemungkinan resiko, komplikasi dan perdarahan dan nyeri,

Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan.

Dalam perencanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan prioritas masalah. Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis antara lain: Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus, observasi reaksi non verbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan teknik nonfarmakologi seperti teknik relaksasi, kolaborasi pemberian terapi anti nyeri, monitor tanda vital, tingkatkan istirahat

Rencana tindakan keperawatan pada diagnosa gangguan citra tubuh berhubungan dengan prosedur bedah antara lain: Kaji secara verbal dan non verbal respon pasien terhadap perubahan tubuhnya, Jelaskan tentang pengobatan, perawatan dan prognosis, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya, bantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan, dorong keluarga untuk memberi dukungan dan selalu mendampingi pasien.

Rencana tindakan pada diagnosa resiko infeksi meliputi; cuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien, ajarkan teknik cuci tangan pada pasien dan keluarga, terapkan Universal Precaution, Terapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka, dorong pasien untuk meningkatkan nutrisi, berikan antibiotik bila perlu, batasi pengunjung, dressing setiap 2 hari sekali.

4. Pelaksanaan Tindakan

Implementasi yang sudah dilakukan pada kasus Ny E, adalah sesuai dengan rencana tindakan yang sudah direncanakan .

Implementasi pada diagnosa **nyeri** secara komprehensif, meliputi : lokasi, kualitas, intensitas dan onset nyeri, mengobservasi reaksi non verbal dari nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi/relaksasi, memberikan injeksi analgetik(ketorolac 30 mg iv), memonitor tanda vital pasien.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa **ansietas** adalah menggunakan pendekatan yang menenangkan, menjelaskan semua tindakan , dan apa yang akan dirasakan selama tindakan, memberikan informasi aktual tentang diagnosa, tindakan dan prognosis, menyarankan pasien untuk relaksasi dengan cara nafas dalam, mendorong keluarga untuk mendampingi pasien.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa **kurang pengetahuan** adalah: mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit, menjelaskan secara obyektif pendidikan kesehatan tentang prosedur operasi, dan apa yang dirasakan selama operasi, melibatkan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan, menjelaskan secara tepat kemungkinan komplikasi dan perdarahan, resiko yang terjadi dan nyeri, mendorong keluarga untuk membantu pasien dalam merubah perilaku kesehatan.

Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa **resiko infeksi** yaitu; mencuci tangan sebelum dan sesudah dari tempat pasien, mengajarkan teknik cuci tangan pada pasien dan keluarga, menerapkan universal precaution, menerapkan prinsip steril saat melakukan perawatan luka,

memotivasi untuk meningkatkan nutrisi, memberikan antibiotik bila perlu, membatasi pengunjung.

Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa **gangguan citra** tubuh adalah: Mengkaji secara verbal dan nonverbal respon pasien terhadap perubahan tubuhnya, memberikan informasi tentang pengobatan, perawatan dan prognosis, memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya, membantu pasien mengidentifikasi tindakan-tindakan yang akan meningkatkan penampilan, membantu mengidentifikasi cara untuk mengurangi dampak dari perubahan bentuk tubuh melalui pakaian atau kosmetik, membantu menentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri dan realitas, mengidentifikasi apakah perubahan citra tubuh berpengaruh terhadap peningkatan isolasi sosial.

4. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dapat teratasi di hari pertama pada Ny E adalah pada diagnosa kurang pengetahuan tentang prosedur operasi dan diagnosa Cemas.

Hasil evaluasi keperawatan yang dapat teratasi di hari ke 3 pada Ny E adalah diagnosa nyeri akut, gangguan citra tubuh dan Resiko infeksi.

Rencana tindak lanjut dilakukan discharge planing kepada pasien dan keluarga diantaranya kontrol

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pelaksanaan dan penerapan asuhan keperawatan pada Ny.E dengan karsinoma mammae di Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta dapat diambil kesimpulan bahwa secara umum pelaksanaan asuhan keperawatan baik dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan pada karsinoma mammae sudah sesuai dengan teori dan prosedur yang ada.

B. Saran

1. Penulis

Lebih meningkatkan wawasan, pengetahuan dan pengalaman yang lebih banyak lagi sehingga dapat menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan karsinoma mammae dengan ilmu-ilmu terkini.

2. Institusi pendidikan

Sebagai referensi bagi pendidikan keperawatan tentang pengetahuan penyakit karsinoma mammae

b. Masyarakat(keluarga,pasien)

Meningkatnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan dini/
SADARI untuk pencegahan kanker payudara sedini mungkin secara mandiri.

c. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu dan kualitas layanan yang prima melalui perawat yang profesional, trampil dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien

DAFTAR PUSTAKA

Amin H.N & Hardhi K . (2013). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC edisi Revisi Jilid 1, Yogyakarta, Med Action Publishing.

Riskesdas (2013) *Kementrian Kesehatan ajak masyarakat cegah dan kendalikan kanker* .dipublikasikan dari <http://www.depkes.go.id/article/print/17020200002/kementerian-kesehatan-ajak-masyarakat-cegah-dan-kendalikan-kanker.html>.2 Februari 2017

Irianto K.(2015). Kesehatan Reproduksi , Teori & Praktikum. Bandung : Alfabeta CV

Pudiasuti Ratna D. (2011). Buku Ajar Kebidanan Komunitas : Teori dan Aplikasi . Yogyakarta: Nuamedika.

Donsu Jenita D. , Bondan P., Sutejo . Rosa D. & Dewi Sari C. (2018). Panduan Penulisan Tugas Akhir Dalam Bentuk Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: Poltekes Kemenkes Yogyakarta.

Juall,Lynda,Carpenito. (2003).Buku Saku Diagnosis Keperawatan edisi 10.Jakarta:EGC

Asmadi.2008.*Konsep Dasar Keperawatan*.Jakarta:EGC

Herdman, T.Heather . (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014: alih bahasa, Sumarwati M , Subekti N.B ; Jakarta; EGC