

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN
CA MAMMAE DI RUANG BAITUL IZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

Febrina Dwi Saraswati

NIM : 40901900021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN
CA MAMMAE DI RUANG BAITUL IZZAH 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Febrina Dwi Saraswati

NIM : 40901900021

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 2 September 2022



(Febrina Dwi Saraswati)

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Ca Mammae Di Ruang Baitul
Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

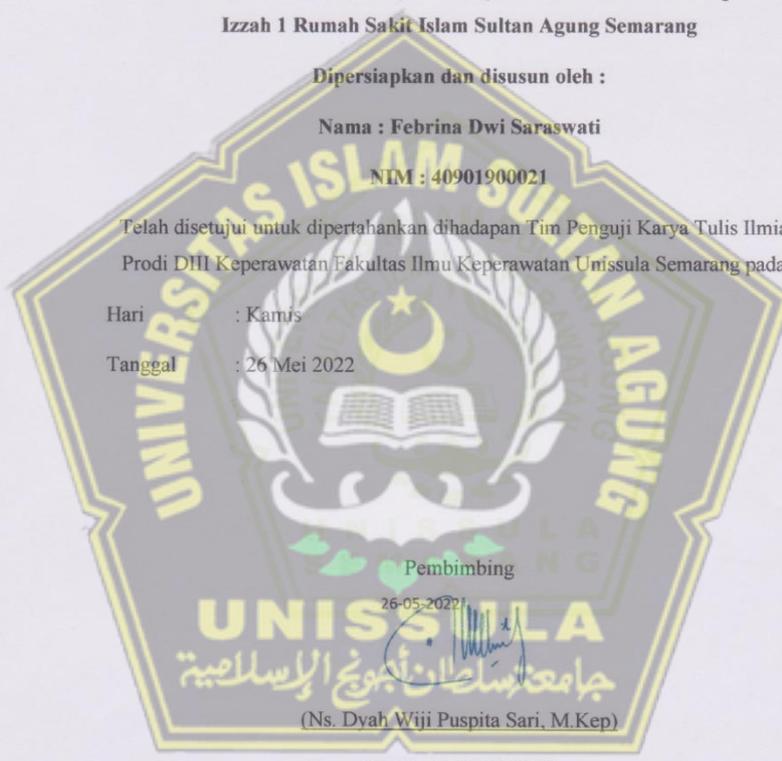
Nama : Febrina Dwi Saraswati

NIM : 40901900021

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Mei 2022



Pembimbing

26-05-2022

(Ns. Dviah Wiji Puspita Sari, M.Kep)

NIDN : 06-2207-8602

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari jumat tanggal 6 juni dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

(Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep)

NIDN : 06-2005-7604

Penguji II

(Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep)

NIDN : 06-1509-8802

Penguji III

(Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep)

NIDN : 06-2207-8602

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Ryan Ardian, SKM, M.Kep.

NIDN. 0622087403

HALAMAN MOTTO

“Mencoba untuk selalu mensyukuri segala nikmat dan karunia yang telah Allah SWT berikan kepadamu setiap harinya”

“Semua impian kita dapat menjadi kenyataan jika kita memiliki keberanian untuk mengejarnya” – Walt Disney



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Ca Mammae di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, akan tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka masalah tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Dyah Wiji Puspitasari, M.Kep, Dr. Ns. Erna Melastuti, M.Kep, dan Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku Dosen Pembimbing dan Penguji dalam Karya Tulis Ilmiah ini yang telah dengan sabar membimbing dan memberikan pengarahan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen serta Staff dan Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang telah memberikan ilmu kepada kami dan membantu kami dalam segala hal.
6. Orang tua tercinta yaitu yang selalu memberikan doa yang tidak ada hentinya, dukungan, kasih sayang, pengorbanan yang sangat besar baik moral maupun material, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Keluarga besar penulis yang selalu mendukung dan mendoakan, sehingga penulis selalu semangat dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada sahabat-sahabat penulis yaitu, Putri Wulandari, Nur Isnaeniyah, dan Anasya Winanda Putri yang telah menemani penulis dalam suka maupun duka

dari awal semester dan selalu membantu dan mensupport dalam proses menyelesaikan proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Kepada Ferrina Yasmine Nurkamila teman 1 kelompok bimbingan penulis yang selalu menyemangati dan mensupport dalam proses menyelesaikan proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada sahabat-sahabat penulis sewaktu SMP dan SMA yang selalu mensupport dan mendoakan penulis agar dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman seperjuangan angkatan 2019 prodi DIII Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA terimakasih atas semangat dan kebersamaan kita selama ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dan mungkin terdapat banyak kesalahan, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.



DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konser Dasar Penyakit.....	4
B. Konsep Dasar Keperawatan	8
C. Pathways	15
BAB III RESUME KASUS	17
A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN	17
B. ANALISA DATA.....	26
C. DIAGNOSA KEPERAWATAN	28
D. INTERVENSI KEPERAWATAN	28
E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	30
F. EVALUASI KEPERAWATAN.....	36
BAB IV PEMBAHASAN	40
A. Pengkajian	40
B. Diagnosa Keperawatan	40
C. Intervensi Keperawatan.....	42
D. Implementasi Keperawatan	43
E. Evaluasi Keperawatan.....	44

BAB V PENUTUP	45
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathways Kanker Payudara	15
---	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 Surat Kesiediaan Membimbing

Lampiran 3 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker payudara adalah sebuah penyebaran sel kanker abnormal yang menyerang anggota tubuh pada bagian payudara (Supradewi & Sukmawati, 2020). Kanker payudara adalah penyakit berbahaya karena sel-sel kelenjar dan jaringan di dada, menghalangi kulit dada dan mengalami perkembangan yang tidak biasa dan kemudian membentuk benjolan. (Depkes, 2009).

Menurut data WHO, secara umum sebanyak 2,1 juta kanker payudara terjadi wanita pada tahun 2018, di antaranya 630.000 meninggal karena penyakit tersebut (WHO, 2019). Pada tahun 2012, kanker payudara merupakan penyakit tertinggi sebanyak 43,3%, dengan kejadian 40 per 100.000 wanita dan angka kematian akibat kanker payudara sebesar 12,9% (IARC, 2012). Di Indonesia, kematian akibat kanker payudara 21,4% dan terhitung 48.998 kasus serta menjadi urutan paling pertama di antara jenis kanker lainnya (IARC, 2012).

Data diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013, prevalensi kanker payudara di Indonesia mencapai 1.000 atau sekitar 347.000 dan merupakan penyebab kematian ketujuh (5,7%) dari semua penyebab (Ninick Corea Fernandez et al., 2019). Di Jawa Tengah, jumlah kasus kanker payudara (2,1%) (Kemenkes, 2015b). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2015, jumlah kasus kanker payudara mencapai 2.205 kasus sehingga menempati urutan pertama dengan jumlah kasus terbanyak (Dinkes, 2015).

Pada pemeriksaan penunjang terhadap kanker payudara salah satunya adalah biopsi. Biopsi adalah mengambil jaringan tubuh untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium yang tujuannya akan mendiagnosis adanya suatu penyakit (Ritonga, 2019). Pembedahan adalah salah satu

prosedur medis yang menimbulkan stressor pada integritas seseorang. Reaksi psikologis paling menonjol yaitu kecemasan. Kecemasan sebelum operasi adalah keadaan yang biasanya terjadi (Mahala et al., 2021).

Kecemasan adalah keadaan perasaan tidak nyaman dan tidak berdaya, mengalami ketakutan, atau antisipasi dan keputusasaan tentang potensi ancaman yang tidak dapat diidentifikasi sendiri (Kusumawati & Hartono, 2010). Kegagalan untuk mengatasi segera kecemasan pasien sebelum operasi dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah serta meningkatnya denyut jantung (Potter & Perry, 2005). Sebab itu, intervensi keperawatan sangat diperlukan untuk mengatasi masalah kecemasan pada pasien. Pada penelitian yang dikerjakan oleh Rokawie (dalam Berticarahmi & Pujiarto, 2019) bahwa terapi dapat mengurangi ansietas atau kecemasan, dengan menggunakan terapi tarik nafas dalam, distraksi lima jari atau hipnosis lima jari, terapi genggam jari, dan terapi menggunakan aromaterapi.

Peran perawat dalam upaya pemberian asuhan keperawatan untuk mencegah timbulnya kecemasan pada pasien adalah dengan mengajarkan tarik nafas dalam, memotivasi dan memberikan dukungan untuk mengurangi kecemasan. Kemudian perawat berperan untuk mengajak keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien agar mencegah kecemasan. Berdasarkan keadaan di atas penulis terdorong untuk mengkaji asuhan keperawatan pasien dengan masalah *ca mammae* atau kanker payudara.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memahami asuhan keperawatan pada Ny. M dengan *Ca Mammae* di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

a. Mampu menjelaskan pengkajian pada Ny. M dengan *Ca Mammae*.

- b. Mampu menjelaskan diagnosa keperawatan pada Ny. M dengan *Ca Mammae*.
- c. Mampu menjelaskan intervensi pada Ny. M dengan *Ca Mammae*.
- d. Mampu menjelaskan implementasi pada Ny. M dengan *Ca Mammae*.
- e. Mampu menjelaskan evaluasi pada Ny. M dengan *Ca Mammae*.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk menambah ilmu dan memberikan kontribusi dalam peningkatan pelayanan di bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae*.

2. Bagi Lahan Praktik

Untuk mendapatkan pembelajaran dalam pembuatan asuhan keperawatan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang berkualitas pada pasien *ca mammae*.

3. Bagi Masyarakat

Untuk menambah informasi bagi masyarakat khususnya wanita tentang *ca mammae*.

4. Bagi Penulis

Untuk memperoleh pengalaman daan menambah pengetahuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae*.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konser Dasar Penyakit

1. Pengertian

Kanker payudara atau *Carsinoma mammae* yaitu keadaan yang menyebabkan pertumbuhan sel menjadi abnormal, cepat dan tidak terkontrol serta dikarenakan adanya mekanisme yang tidak normal dan tidak terkontrol pada sel (Mulyani & Nuryani, 2013).

Kanker payudara yaitu keganasan pada jaringan payudara yang dapat timbul pada epitel duktus atau lobulusnya (Kemenkes, 2015a).

2. Etiologi

Adapun beberapa faktor yang menimbulkan kanker payudara (Kemenkes, 2019) :

- a. Menarche sebelum usia 12 tahun.
- b. Wanita yang belum menikah.
- c. Wanita tersebut sudah menikah tetapi tidak memiliki anak.
- d. Melahirkan anak pertamanya pada usia 30 tahun.
- e. Wanita yang tidak menyusui.
- f. Penggunaan jangka panjang kontrasepsi hormonal dan/atau mendapat terapi hormonal.
- g. Menopause setelah usia 55 tahun.
- h. Pernah menjalani operasi untuk tumor payudara jinak.
- i. Riwayat kanker dalam keluarga.
- j. Wanita dengan stress berat
- k. Asupan lemak dan alkohol yang berlebihan.
- l. Perokok aktif dan pasif.

3. Patofisiologi

Menurut Price dan Wilson (dalam Ambarwati, 2017) Kanker payudara dimulai di jaringan epitel, paling sering di kerangka duktus, dengan hiperplasia sel pada awalnya dengan kemajuan sel abnormal. Sel-sel ini terus menjadi karsinoma in situ dan menyerang stroma. Penyakit membutuhkan tujuh tahun untuk berkembang dari sel soliter menjadi simpul yang dapat dihubungi (ukuran sekitar 1 cm). sekitar seperempat dari pertumbuhan payudara ganas ukuran ini bermetastasis. Sel penyakit terus berkembang dan sulit dikendalikan. Tumor ganas payudara metastasis menyebar langsung ke jaringan sekitarnya dan selanjutnya melalui sistem limfatik dan peredaran darah.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Mangan (dalam Suwarni, 2020), tanda dan gejala kanker payudara antara lain terdapat benjolan keras pada payudara, adanya benjolan-benjolan kecil, perubahan bentuk pada puting (puting masuk kedalam, atau terasa nyeri), keluar cairan atau darah, adanya kulit payudara berubah menjadi keriput seperti kulit jeruk, penyembuhan luka di payudara yang lambat, payudara merah dan bengkak, terasa panas dan nyeri (bukan hanya nyeri karena kanker, namun harus tetap diperhatikan), daerah sekitar puting gatal-gatal, benjolan keras tidak bisa digerakkan, dan umumnya pada awal-awal tidak merasakan nyeri, tetapi jika benjolan tersebut sudah terdeteksi kanker maka umumnya hanya payudara satu yang terkena.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang perlu dilakukan menurut (Kemenkes, 2015a) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Tes darah rutin dan tes kimia darah
- 2) *Tumor marker*

b. Mammografi Payudara

Mammografi adalah gambar x-ray terkompresi dari jaringan payudara. Bertujuan untuk mengontrol pencegahan kanker

payudara, diagnosa kanker payudara dan kontrol dalam pengobatan.

c. USG Payudara

Keuntungan USG ialah deteksi massa kistik.

d. MRI (Magnetic Resonance Imaging) dan CT-Scan

MRI dapat dilakukan pada klien yang memiliki risiko penyakit payudara yang tinggi, misalnya wanita muda yang memiliki payudara tebal dan memiliki payudara implan.

e. Pemeriksaan Patologi

Pemeriksaan patologi kanker meliputi pemeriksaan sitologi, pemeriksaan morfologi (histopatologi), pemeriksaan immunohistokimia, pemeriksaan hibridisasi in situ, dan pemeriksaan susunan gen.

f. Biopsi

1) Biopsi Jarum halus, Biopsi Apus dan Analisa Cairan

Evaluasi sitologi dilakukan dengan biopsi jarum halus, biopsi apus dan analisa cairan.

2) Tru-cut Biopsi atau *Core Biopsy*

Tru-cut biopsi dan *core biopsy* dilakukan untuk evaluasi histopatologi dengan menggunakan jarum khusus no G12-16.

3) Biopsi Terbuka dan Spesimen Operasi

Biopsi terbuka dan spesimen operasi mengarah pada evaluasi histopatologi. Biopsi terbuka adalah pengangkatan sebagian atau seluruh tumor menggunakan pisau bedah dengan anestesi lokal atau umum.

g. Pemeriksaan Immunohistokimia

Tes yang digunakan untuk memeriksa antigen dengan menggunakan antibodi pada jaringan atau sel lainnya.

6. Komplikasi

Komplikasi pada kanker payudara adalah metastasis ke jaringan yang meliputi melalui limfatik dan vena ke organ yang berbeda, misalnya paru-paru, metastasis tulang menyebabkan patah tulang, nyeri dan hiperkalsemia, metastasis paru-paru menyebabkan gangguan persepsi dan sensori dan kematian (Despitasi, 2017).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis yang perlu dilakukan menurut (Kemenkes, 2015a) :

a. Pembedahan

1) Mastektomi Radikal Modifikasi

MRM merupakan prosedur pembedahan dengan cara menyeleksi dari level 1 sampai 2 secara en bloc di kelenjar getah bening aksilaris untuk mengangkat tumor payudara serta area payudara termasuk kompleks puting sampai dengan aerola.

2) Mastektomi Radikal Klasik (*Classic Radical Mastectomy*)

Tindakan pembedahan dengan seleksi level 1, 2, 3 secara en bloc yang mengangkat payudara kompleks puting sampai aerola, serta otot pektoralis besar dan kecil.

3) Mastektomi Sempel

Prosedur pembedahan tanpa adanya seleksi kelenjar getah bening aksila dengan mengangkat payudara dengan kompleks puting sampai aerola.

4) Mastektomi Subkutan (*Nipple Skin Sparing Mastectomy*)

Tindakan pembedahan tanpa melakukan seleksi kelenjar getah bening aksila dengan mengangkat semua jaringan payudara tetapi kulit serta kompleks puting sampai aerola tetap dipertahankan.

5) Metastasektomi

Metastasektomi adalah pembedahan yang mengangkat tumor yang bermetastase pada kanker payudara.

b. Kemoterapi

Kemoterapi dapat berupa kombinasi satu obat atau kombinasi beberapa obat kemoterapi yang diberikan. Kemoterapi biasanya diberikan secara bertahap 6 hingga 8 siklus untuk mencapai efek yang diinginkan.

c. Radioterapi

Radioterapi adalah salah satu terapi terpenting dalam pengobatan kanker payudara.

d. Terapi hormonal

Terapi hormonal digunakan untuk kanker payudara stadium I sampai IV.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama dalam asuhan keperawatan. Tahapan ini merupakan tahapan yang sangat penting karena kemampuan seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi dari sejauh mana seorang perawat dapat mengkaji masalah pasien sehingga dapat menentukan langkah langkah selanjutnya untuk membantu mengatasi atau menyelesaikan masalah pasien (Purwanto, 2016).

a. Identitas Klien dan Identitas Penanggungjawab

Nama, usia, jenis kelamin, alamat, no. telepon, status pernikahan, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, lama bekerja, tanggal masuk RS dan tanggal pengkajian.

b. Status Kesehatan Saat Ini

Keluhan utama, lama keluhan, kualitas keluhan, faktor pencetus, faktor pemberat, upaya yang telah dilakukan, diagnosa medis dan riwayat kesehatan saat ini.

c. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Penyakit yang pernah dialami, alergi, imunisasi, kebiasaan (merokok, kopi, alkohol), obat-obatan yang digunakan.

d. Riwayat Keluarga

Adanya genogram.

e. Riwayat Lingkungan

Kebersihan, bahaya kecelakaan, polusi, ventilasi, pencahayaan.

f. Pola Aktivitas-Latihan

Makan/minum, mandi, berpakaian/berdandan, toleting, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga.

g. Pola Eliminasi

BAB (frekuensi/pola, konsistensi, warna & bau, kesulitan, upaya mengatasi) dan BAK (frekuensi/pola, konsistensi, warna & bau, kesulitan, upaya mengatasi).

h. Pola Tidur-Istirahat

Tidur siang (lamanya jam), tidur malam (lamanya jam), kenyamanan setelah tidur, kebiasaan sebelum tidur, kesulitan, upaya yang dilakukan.

i. Pola Kebersihan Diri

Mandi, gosok gigi, kesulitan, upaya yang dilakukan.

j. Pola Toleransi-Koping Stres

Pengambilan keputusan, masalah utama terkait dengan perawatan di RS atau penyakit, yang biasa dilakukan apabila stress/mengalami masalah, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasa setelah sakit.

k. Pola Peran-Hubungan

Peran dalam keluarga, sistem pendukung, kesulitan dalam keluarga, masalah tentang peran / hubungan dengan keluarga selama perawatan di RS, upaya yang dilakukan untuk mengatasi.

l. Pola Komunikasi

Bicara (normal, tidak jelas, bahasa daerah), tempat tinggal, kehidupan keluarga (pandangan adat dan agama yang dianut).

m. Pola Seksualitas

Masalah dalam hubungan seksual selama sakit, upaya yang dilakukan pasangan (perhatian).

n. Pola Nilai dan Kepercayaan

Kegiatan agama/kepercayaan yang dapat dilakukan di rumah, kegiatan agama/kepercayaan yang tidak dapat dilakukan di RS, harapan klien terhadap perawatan untuk melaksanakan ibadahnya.

o. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum, kepala dan leher, dada (jantung dan paru), payudara dan ketiak, abdomen, genitalia, ekstremitas, kulit dan kuku, punggung.

p. Hasil Pemeriksaan Penunjang

q. Pengobatan

2. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi

Diagnosis keperawatan ini adalah kesimpulan atas pengkajian yang dilakukan terhadap pasien, diagnosis keperawatan ini adalah masalah keperawatan pasien sebagai akibat atau respon pasien terhadap penyakit yang ia alami. Diagnosis Keperawatan ini dapat Anda tegakkan dalam 3 (tiga) kategori/jenis, yaitu : Aktual, Potensial/Resiko, Resiko Tinggi (Purwanto, 2016).

Berikut diagnosa Ca Mammae yang muncul menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya penekanan masa tumor

- b. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, deformitas dinding dada
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient ke jaringan
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan pada struktur/bentuk tubuh
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- h. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Fokus Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018).

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah

membaik, proses berfikir membaik, fungsi berkemih membaik, dan perilaku membaik.

Intervensi : Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, dan monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, dan pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil, kesulitan sulit tidur menurun, kesulitan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan kemampuan beraktivitas meningkat.

Intervensi : Dukungan tidur (I.05174)

Observasi

Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, dan identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.

Terapeutik

Modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dan sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.

Edukasi

Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

c. Ansietas b.d krisis situasional

Tujuan Intervensi : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil, verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, perasaan keberdayaan

membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik, dan orientasi membaik.

Intervensi : Reduksi ansietas (I.09314)

Observasi

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, identifikasi kemampuan mengambil keputusan dan monitor tanda-tanda ansietas.

Terapeutik

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, dan diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

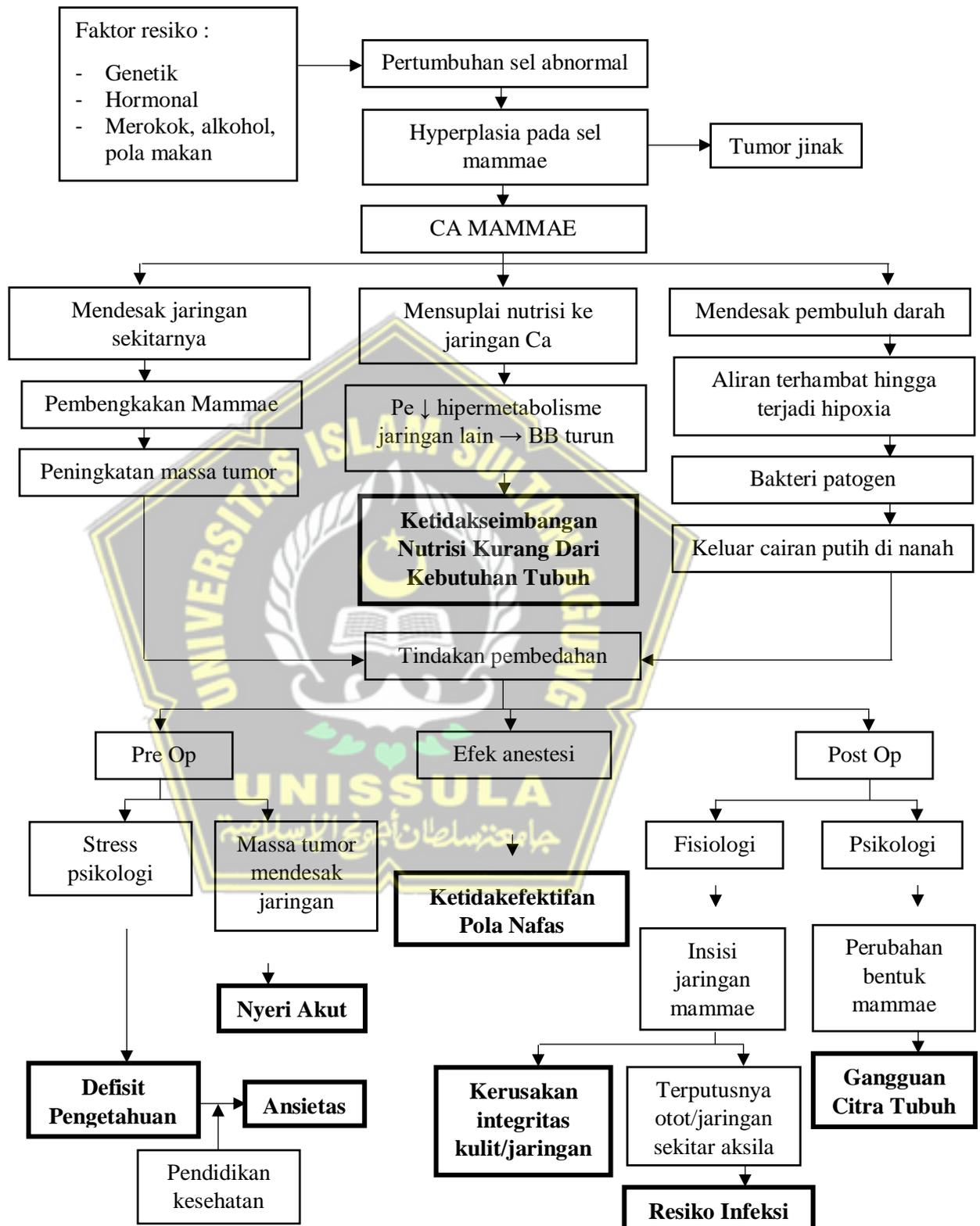
Edukasi

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat dan latih teknik relaksasi.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu.

C. Pathways



Bagan 2. 1 Pathways Kanker Payudara (Nurarif & Kusuma, 2015)

BAB III

RESUME KASUS

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. DATA UMUM

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. M
Umur : 49 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Karang Sari, Grobogan
Diagnosa Medis : Ca Mammae
Tanggal dan jam masuk : 23 Maret 2022, Jam 19.30 WIB

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
Umur : 21 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Belum bekerja
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Karang Sari, Grobogan
Hubungan dengan klien : Anak

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dan terdapat benjolan yang keras serta luka. P : nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri, Q : nyeri terasa cunut – cunut, R : nyeri pada bagian payudara kiri, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul.

c. Status Kesehatan Saat Ini

Pasien mengatakan merasakan benjolan yang keras pada payudara kirinya semakin membesar dan nyeri. Pasien mengatakan merasakan benjolan pada payudara kirinya kurang lebih 6 bulan, karena benjolan masih kecil dan tidak merasakan nyeri, pasien tidak memeriksakan. Kemudian pasien mulai merasakan nyeri sekitar 2 bulan dan terdapat luka yang susah untuk sembuh.

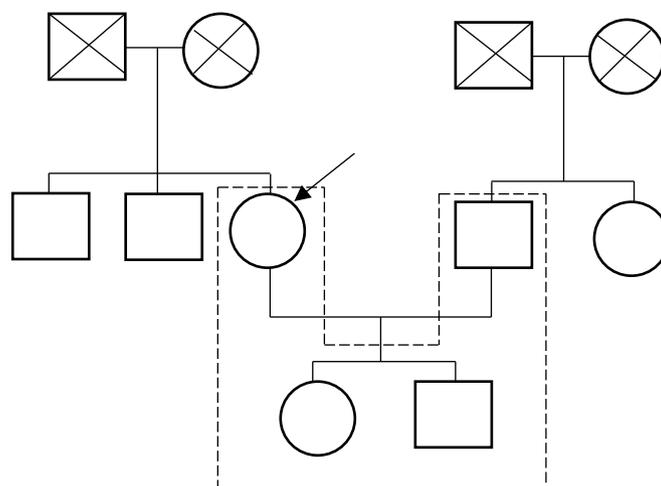
d. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak mempunyai penyakit keturunan, tidak pernah dirawat sebelumnya, tidak memiliki alergi makanan maupun alergi obat dan melakukan imunisasi dengan lengkap.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak mempunyai penyakit keturunan.

1) Genogram



Keterangan :

□ : Laki - laki

✕ : Meninggal

○ : Perempuan

┆ : Garis keturunan

↙ : Pasien

---- : Tinggal serumah

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan lingkungan rumah bersih dan setiap pagi petugas kebersihan datang untuk mengangkut sampah. Pasien juga mengatakan lingkungan rumahnya aman dan tidak ada bahaya disekitar lingkungan rumahnya.

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya tidak terlalu memperhatikan kesehatannya. Jika pasien tidak enak badan, pasien akan memeriksakan ke puskesmas. Pasien juga mengatakan benjolan yang ada pada payudaranya akan sembuh dengan sendirinya.

Selama dirawat : Pasien mengatakan selama dirawat kesehatannya akan mulai diperhatikan dan memakan makanan yang sehat, juga tidak akan menganggap kecil tentang benjolan pada payudaranya yang semakin membesar dan terasa nyeri.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Pola makan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, lauk dan sayur, Pasien menyukai semua makanan dan tidak memiliki pantangan / alergi, tidak mengalami kesulitan mengunyah / menelan, tidak mengalami penurunan BB, nafsu makan baik dan tidak ada keluhan mual / muntah.

Selama dirawat : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, lauk dan sayur dengan tetap menghabiskan 1 porsi, nafsu

makan masih baik, tidak ada keluhan mual / muntah dan tidak ada kesulitan mengunyah atau menelan.

2) Pola minum

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sehari minum sebanyak 6 – 7 gelas, pasien sering minum air putih.

Selama dirawat : Pasien mengatakan sehari minum sebanyak 7 – 8 gelas.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sehari 1 kali pada pagi hari untuk BAB, tidak memiliki kesulitan saat BAB, BAB dengan warnaa kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak menggunakan obat pencahar.

Selama dirawat : Pasien mengatakan BAB lancar sehari 1 kali pada pagi hari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak menggunakan obat pencahar.

2) Pola BAK

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sehari BAK sebanyak 5 – 6 kali dengan warna kuning dan bau khas urine.

Selama dirawat : Pasien mengatakan BAK tetap lancar sehari sebanyak 5 – 6 kali dengan warna kuning dan bau khas urine, tidak terpasang kateter.

d. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan pekerjaannya adalah petani sehari-harinya. Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam melakukan aktivitasnya dan tidak mudah mengalami kelelahan.

Selama dirawat : Pasien mengatakan selama sakit sudah tidak bertani, dikarenakan saat menggunakan tangan bagian kiri secara berlebihan terasan nyeri sehingga untuk aktivitas sehari-harinya menjadi terganggu dan menjadi mudah kelelahan.

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya tidur malam 7 – 9 jam dan tidur siang selama 1 jam, pasien juga tidak memiliki kesulitan tidur.

Selama dirawat : Pasien mengatakan selama sakit menjadi susah tidur malam dan menjadi terbangun karena nyeri pada payudara kiri dan tidur selama 5 – 6 jam, kemudian juga tidak tidur siang.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Sebelum sakit : Pasien mengatakan penglihatan dan pendengaran tidak ada gangguan atau keluhan, kemampuan bicara lancar.

Selama dirawat : Pasien mengatakan penglihatan dan pendengaran tidak ada gangguan atau keluhan, kemampuan bicara lancar. Pasien mengeluh nyeri pada payudara kiri dan terdapat benjolan serta luka.

P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri

Q : Nyeri terasa cenut - cenut

R : Nyeri pada bagian payudara kiri

S : Skala nyeri 3

T : Nyeri hilang timbul

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

1) Persepsi diri : Pasien mengatakan harapan setelah sakit pasien bisa segera sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasa. Pasien mengatakan perasaannya cemas karena akan di operasi.

2) Konsep diri

a) Citra diri : Pasien mengatakan percaya diri dengan kondisi tubuhnya dan menyerahkan semua kepada Allah SWT atas semua pemberiannya.

b) Identitas : Pasien mengatakan bangga sebagai seorang perempuan dan sebagai seorang istri dan ibu bagi anak-anaknya.

- c) Peran : Pasien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu bagi anak-anaknya. Pasien bekerja sebagai petani.
- d) Ideal diri : Pasien mengatakan berharap dirinya cepat sembuh.
- e) Harga diri : Pasien mengatakan bahwasannya sakit adalah ujian dan pemberian dari Allah SWT.
- h. Pola mekanisme koping
- Sebelum sakit : Pasien mengatakan ketika mengambil keputusan , dalam menghadapi masalah selalu berbicara pada suami dan anak-anaknya dan mencari solusi bersama.
- Selama dirawat : Pasien mengatakan dalam mengambil keputusan, pasien selalu dibantu anaknya yang menunggu dan perawat yang menangani.
- i. Pola seksual-reproduksi
- Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada fungsi seksual dan reproduksi. Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah menstruasi. Pasien mengatakan sudah pernah hamil dan melahirkan 1 anak perempuan dan 1 anak laki-laki. Pasien tidak pernah melakukan pap smear.
- j. Pola peran-berhubungan dengan orang lain
- Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam komunikasi dengan orang lain. Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah suami dan anak-anaknya.
- Selama dirawat : Pasien mengatakan selama sakit keluarga memperhatikan pasien.
- k. Pola nilai dan kepercayaan
- Sebelum sakit : Pasien mengatakan beragama islam, pasien selalu berserah kepada Allah SWT dan pasien selalu melaksanakan sholat 5 waktu.
- Selama dirawat : Pasien mengatakan selama dirawat melaksanakan sholat sambil duduk.

3. PEMERIKSAAN FISIK

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. Penampilan : Tegang, tetapi terkadang meringis karena nyeri
- c. Vital sign :
 - 1) Suhu tubuh : 36,6°C
 - 2) Tekanan darah : 130 / 80 mmHg
 - 3) Respirasi : 21 x/menit
 - 4) Nadi : 80 x/menit
- d. Kepala :

Bentuk mesocephal, rambut berwarna hitam panjang, terdapat uban, rambut rontok, kulit kepala terdapat ketombe
- e. Mata :

Bentuk kanan dan kiri simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, penglihatan normal
- f. Hidung :

Hidung bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak menggunakan oksigen
- g. Telinga :

Bentuk kanan dan kiri simetris, tidak terdapat serumen, mampu mendengar dengan jelas, tidak menggunakan alat bantu dengar
- h. Mulut dan tenggorokan

Bibir berwarna gelap, gigi lengkap, terdapat gigi berlubang, tidak ada gangguan bicara, tidak ada kesulitan mengunyah / menelan, tidak ada benjolan di leher
- i. Payudara dan ketiak

Bentuk kanan dan kiri tidak simetris, pada payudara kiri terdapat benjolan dengan tekstur keras dan terdapat cairan, ketiak tidak ada pembengkakan

j. Dada / Thorax

1) Jantung

- a) Inspeksi : Bentuk dada tidak simetris, terdapat benjolan pada payudara kiri
- b) Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kiri
- c) Perkusi : Terdengar suara sonor
- d) Auskultasi : Terdengar suara reguler, suara jantung lupdup

2) Paru – paru

- a) Inspeksi : Perkembangan dada saat bernafas simetris
- b) Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kiri
- c) Perkusi : Terdengar bunyi sonor
- d) Auskultasi : Terdengar bunyi vesikuler

k. Abdomen

Simetris, tidak terdapat bekas luka, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

l. Genetalia

Genetalia bersih, tidak ada luka, tidak ada infeksi, tidak terpasang kateter

m. Ekstermitas atas dan bawah

Kekuatan otot menurun pada tangan kiri bisa digerakkan tetapi tidak berlebihan, kekuatan otot pada tangan kanan, kaki kanan dan kaki kiri normal, terpasang infus pada tangan sebelah kanan dan tidak terdapat edema

n. Kulit

Kulit berwarna sawo matang, turgor kulit normal, capillary refill time < 2 detik

4. DATA PENUNJANG

a. Hasil pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium (Tanggal 23-03-22)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	10.3	11.7 - 15.5
Hematokrit	32.1	33.0 - 45.0
Leukosit	10.01	3.60 - 11.00
Trombosit	418	150 - 440
Golongan darah/RH	B/ Positif	
PT	10.2	9.3 - 11.4
PT (kontrol)	10.9	9.1 - 12.3
APTT	32.5	21.8 - 28.4
APTT (kontrol)	25.5	21.2 - 28.6
Glukosa Darah Sewaktu	211	< 200
Ureum	10	10 - 50
Creatinin	0.75	0.60 - 1.10
Natrium (Na)	133.0	135 - 147
Kalium (K)	4.40	3.5 - 5.0
Klorida (Cl)	102.0	95 - 105
HbsAg (kuantitatif)	0.00	Non reaktif < 0.05 Reaktif > 0.05

2) Pemeriksaan radiologi (Tanggal 23-03-22)

a) *Thorax* besar (non kontras)

Ts YTH

X FOTO *THORAX*

(inspirasi kurang)

Cor : Apeks bergeser ke *laterocaudal**Pulmo* : Corakan *bronchovaskuler* normal

Tak tampak bercak maupun *nodul* pada kedua lapangan paru

Hemidiafragma kanan setinggi *costa 8 posterior*

Sinus costophrenicus kanan kiri baik

Tak tampak *lesi litik, sklerotik*, maupun destruksi pada *os costae, os scapule*, dan *os clavicularae* yang tervisualisasi

Opasitas pada *soft tissue hemithoraks* kiri

KESAN :

Suspek *cardiomegaly*

Tak tampak gambaran infiltrat, *metastasis* maupun kelainan lain pada *pulmo* dan tulang yang tervisualisasi

Opasitas pada *soft tissue hemithoraks* kiri, cenderung *massa mammae*

b. Diit yang diperoleh

Disesuaikan dari ahli gizi, yaitu : nasi, sayur, lauk dan buah 3 x hari dan juga snack.

c. Terapi

Terapi nonfarmakologis : Teknik relaksasi (tarik nafas dalam)

Terapi farmakologis : Infus flutrolit 500 mg, 20 tpm

B. ANALISA DATA

Tanggal / Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
23-03-22 20.00 WIB	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri</p> <p>DO : Pasien terkadang tampak meringis Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis	

	<p>dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cunut – cunut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>			
23-03-22 20.05 WIB	<p>DS : Pasien mengatakan menjadi susah tidur karena nyeri pada payudara kiri</p> <p>DO : Pasien tampak letih Pasien mengatakan durasi tidur selama 5 – 6 jam</p> <p>TD : 130 / 80 mmHg</p>	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	
23-03-22 20.10 WIB	<p>DS : Pasien mengatakan cemas karena ingin dilakukan operasi</p> <p>DO : Pasien tampak tegang</p> <p>TD : 130 / 80 mmHg</p> <p>S : 36,6° C</p> <p>RR : 21 x/menit</p> <p>N : 80 x/menit</p>	Ansietas	Krisis situasional	

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	TTD
23-03-22 20.30 WIB	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	

			5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
23-03-22 20.35 WIB	Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam, maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan tidur (I.05174) 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
23-03-22 20.40 WIB	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Perilaku tegang menurun - Tekanan darah menurun	Reduksi ansietas (I.09314) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	

			4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	
--	--	--	--	--

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari ke - 1

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	TTD
23-03-22 20.50 WIB	Nyeri akut	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri</p> <p>DO : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cenut - cenut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p>	

		<p>DO : Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>DS : Pasien mengatakan menyutujuinya</p> <p>DO : Pasien tampak lebih nyaman</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan bersedia dan mampu melakukannya</p> <p>DO : Pasien tampak melakukan teknik tarik nafas dalam</p>	
23-03-22 20.55 WIB	Gangguan pola tidur	<p>Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>DS : Pasien mengatakan menjadi susah tidur karena nyeri pada payudara kiri</p> <p>DO : Pasien tampak letih</p> <p>Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>DS : Pasien mengatakan bersedia</p> <p>DO : Menganjurkan posisi pasien tidur menghadap ke kanan atau terlentang</p> <p>Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>DS : Pasien mengatakan bersedia</p> <p>DO : Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>	

<p>23-03-22 21.00 WIB</p>	<p>Ansietas</p>	<p>Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena ingin dilakukan operasi</p> <p>DO : Pasien tampak tegang</p> <p>TD : 130 / 80 mmHg</p> <p>S : 36,6° C</p> <p>RR : 21 x/menit</p> <p>N : 80 x/menit</p> <hr/> <p>Menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan</p> <p>DS : -</p> <p>DO : Pasien tampak mulai nyaman</p> <hr/> <p>Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>DS : -</p> <p>DO : Keluarga pasien tampak selalu mendampingi pasien</p> <hr/> <p>Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>DS : Pasien mengatakan bersedia</p> <p>DO : Menganjurkan untuk berdzikir kepada Allah SWT untuk mengurangi ketegangan</p>
-----------------------------------	-----------------	---

Hari ke - 2

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	TTD
24-03-22 09.00 WIB	Nyeri akut	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada payudara kiri</p> <p>DO : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cunut - cunut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman menggunakan teknik tarik nafas dalam</p> <p>DO : Pasien tampak melakukan teknik tarik nafas dalam jika merasakan nyeri</p>	
24-03-22	Gangguan pola tidur	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	

09.05 WIB		DS : Pasien mengatakan sudah mulai nyaman tidurnya walaupun terkadang masih terbangun karena nyeri DO : Pasien tampak lebih nyaman	
		Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan DS : Pasien mengatakan mulai lebih nyaman dengan posisi menghadap ke kanan DO : Pasien tampak lebih nyaman	
24-03-22 09.10 WIB	Ansietas	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien DS : - DO : Keluarga pasien tampak selalu mendampingi pasien	
		Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan DS : Pasien mengatakan selalu berdzikir dan menjadi lebih tenang DO : Pasien tampak berdzikir	

Hari ke - 3

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	TTD
25-03-22 10.05 WIB	Nyeri akut	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada payudara kiri	

		<p>DO : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cenut - cenut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>	
		<p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>DS : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan menggunakan teknik tarik nafas dalam jika nyeri muncul</p> <p>DO : Pasien tampak melakukan teknik tarik nafas dalam</p>	
25-03-22 10.10 WIB	Gangguan pola tidur	<p>Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>DS : Pasien mengatakan sudah mulai nyaman tidurnya</p> <p>DO : Pasien tampak lebih nyaman</p>	
25-03-22 10.15 WIB	Ansietas	<p>Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>DS : Pasien mengatakan merasa lebih tenang</p> <p>DO : Pasien tampak lebih tenang</p>	
		<p>Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>DS : -</p>	

		DO : Keluarga pasien tampak mendampingi pasien sampai ruang operasi	
		Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan DS : Pasien mengatakan selalu berdzikir DO : Pasien tampak berdzikir sampai ruang operasi	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari ke - 1

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
23-03-22 21.30 WIB	Nyeri akut	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri</p> <p>O : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cenut – cenut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

23-03-22 21.35 WIB	Gangguan pola tidur	S : Pasien mengatakan menjadi susah tidur karena nyeri pada payudara kiri O : Pasien tampak letih A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
23-03-22 21.40 WIB	Ansietas	S : Pasien mengatakan cemas karena ingin dilakukan operasi O : Pasien tampak tegang TD : 130 / 80 mmHg S : 36,6° C RR : 21 x/menit N : 80 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	

Hari ke - 2

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
24-03-22 11.30 WIB	Nyeri akut	S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada payudara kiri O : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri Q : Nyeri terasa cenut – cenut R : Nyeri pada bagian payudara kiri	

		<p>S : Skala nyeri 3</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
24-03-22 11.35 WIB	Gangguan pola tidur	<p>S : Pasien mengatakan sudah mulai nyaman tidurnya walaupun terkadang masih terbangun karena nyeri</p> <p>O : Pasien tampak lebih nyaman</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
24-03-22 11.40 WIB	Ansietas	<p>S : Pasien mengatakan rasa cemasnya mulai berkurang</p> <p>O : Pasien tampak lebih tenang</p> <p>TD : 125 / 82 mmHg</p> <p>S : 36,5° C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>N : 78 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

Hari ke - 3

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
25-03-22 11.00 WIB	Nyeri akut	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri masih belum berkurang</p> <p>DO : Pasien terkadang tampak meringis, Pasien terlihat berhati-hati dalam memiringkan badannya</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat tidur menghadap ke kiri dan</p>	

		<p>beraktivitas berlebihan menggunakan tangan kiri</p> <p>Q : Nyeri terasa cunut – cunut</p> <p>R : Nyeri pada bagian payudara kiri</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
25-03-22 11.05 WIB	Gangguan pola tidur	<p>S : Pasien mengatakan sudah mulai nyaman tidurnya</p> <p>O : Pasien tampak lebih nyaman</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	
25-03-22 11.10 WIB	Ansietas	<p>S : Pasien mengatakan merasa lebih tenang</p> <p>O : Pasien tampak lebih tenang saat akan pergi ke ruang operasi</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Bagian ini merupakan pembahasan asuhan keperawatan pada pasien *Ca Mammae* di Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. Oleh karena itu, penulis akan membahas sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pembahasan masing-masing bagian adalah sebagai berikut :

A. Pengkajian

Pada pengkajian pasien Ny. M didapatkan keluhan utama pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dan terdapat benjolan yang keras serta luka yang sulit untuk sembuh. Pasien juga mengatakan pada awal mula adanya benjolan belum merasakan rasa sakit. Hasil pengkajian yang muncul sesuai dengan manifestasi klinis teori Mangan (dalam Suwarni, 2020) yaitu, terdapat benjolan yang keras pada payudara, penyembuhan luka di payudara yang lambat, terasa nyeri, dan biasanya tidak nyeri pada awalnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), diagnosa keperawatan yang muncul pada *ca mammae* yaitu, nyeri akut, ketidakefektifan pola nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan integritas kulit/jaringan, gangguan citra tubuh, resiko infeksi, ansietas, dan kurang pengetahuan. Pada pengkajian pasien Ny. M ditemukan diagnosa nyeri akut dan ansietas yang sesuai dengan teori, kemudian pada diagnosa gangguan pola tidur yang diluar dari teori. Diagnosa yang penulis lakukan ditegaskan menggunakan SDKI yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Menurut PPNI (2016), Nyeri akut adalah peristiwa nyata atau mendalam yang muncul dari kerusakan jaringan yang nyata atau berguna, secara bertahap dengan tingkat ringan hingga serius, dan berlangsung selama kurang dari 3 bulan. Alasan penulis menegakkan diagnosa nyeri akut yaitu, Pada data pengkajian pola kognitif-perseptual sensori pasien Ny. M mengeluh nyeri pada payudara kiri dan terdapat benjolan serta luka juga pasien tampak meringis. Dan tanda atau gejala mayor sudah sesuai dengan teori, sehingga diagnosa dapat ditegakkan.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Menurut PPNI (2016), Gangguan pola tidur merupakan keadaan seseorang mengalami kelainan pada tidurnya dan dapat mempengaruhi kualitas serta kuantitas pola tidurnya. Alasan penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur yaitu, pada data pengkajian pola istirahat dan tidur pasien Ny. M mengungkapkan menjadi susah tidur akibat nyeri pada payudara kiri. Dan tanda atau gejala mayor sudah sesuai dengan teori, sehingga diagnosa dapat ditegakkan.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Pada diagnosa ansietas menurut (PPNI, 2016), Ansietas adalah keadaan emosional dan persepsi subyektif seseorang dari suatu objek yang menimbulkan respon seseorang terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui secara jelas. Alasan penulis menegakkan diagnosa ansietas yaitu, pada data pengkajian pola persepsi diri dan konsep diri pasien Ny. M mengungkapkan perasaannya cemas karena akan di operasi. Dan tanda atau gejala mayor minor sudah sesuai dengan teori, sehingga diagnosa dapat ditegakkan.

4. Diagnosa Tambahan

Penulis seharusnya menambahkan diagnosa gangguan integritas kulit karena pada pasien Ny. M terdapat luka pada payudaranya. Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit atau jaringan yang ditandai dengan nyeri serta kemerahan. Tindakan yang diberikan yaitu ganti balut.

C. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Pada kriteria hasil nyeri akut menurut (PPNI, 2018b) yaitu, sesudah dilakukan tindakan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, keluhan nyeri menurun dan meringis menurun. Pada kriteria hasil penulis tidak mencantumkan kesulitan tidur menurun seharusnya penulis menambahkan karena pasien Ny. M kesulitan tidur akibat nyeri pada payudara kiri. Menurut PPNI (2018a), rencana keperawatan pada nyeri akut adalah manajemen nyeri yaitu, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Pada kriteria hasil gangguan pola tidur menurut (PPNI, 2018b) yaitu, sesudah dilakukan tindakan asuhan keperawatan maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil, kesulitan sulit tidur menurun dan keluhan tidak puas tidur menurun. Pada kriteria hasil penulis tidak mencantumkan kesulitan sering terjaga menurun seharusnya penulis menambahkan karena pasien Ny. M menjadi terbangun karena nyeri pada payudara kiri. Menurut PPNI (2018a), rencana keperawatan pada gangguan pola tidur adalah dukungan tidur yaitu, identifikasi faktor

pengganggu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, dan jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Pada kriteria hasil ansietas menurut (PPNI, 2018b) yaitu, sesudah dilakukan tindakan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku tegang menurun dan tekanan darah menurun. Menurut PPNI (2018a), rencana keperawatan pada ansietas adalah reduksi ansietas yaitu, identifikasi saat tingkat ansietas berubah, ciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, dan latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.

D. Implementasi Keperawatan

Berikut implementasi yang sudah dilakukan pada pasien Ny. M sesuai dengan rencana tindakan.

Pada implementasi diagnosa nyeri akut sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (PPNI, 2018a) selama 3 x 8 jam yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, dan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan dilakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam.

Pada implementasi gangguan pola tidur sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (PPNI, 2018a) selama 3 x 8 jam yaitu, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, dan menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Pada implementasi ansietas sesudah dilakukan tindakan keperawatan menurut (PPNI, 2018a) selama 3 x 8 jam yaitu, mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, menciptakan suasana

terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, dan melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dengan berdzikir.

Dalam melakukan implementasi penulis tidak ada hambatan yang berarti karena pasien kooperatif dan patuh dalam melakukan tindakan yang sudah diberikan. Menurut Ian & Marcus (dalam Saputra et al., 2021), kepatuhan adalah ciri seseorang ketika ia mampu menerima, melaksanakan, dan menerapkan berdasarkan nasehat atau anjuran tenaga kesehatan atau informasi yang diperoleh dari berbagai sumber informasi lain.

E. Evaluasi Keperawatan

Adapun hasil evaluasi setelah dilakukannya tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada diagnosa nyeri akut pasien Ny. M menurut (PPNI, 2018b) kriteria hasil yang diharapkan yaitu, keluhan nyeri menurun dan meringis menurun. Pada hal ini evaluasi masih belum sesuai dengan teori karena pada hari ketiga nyeri masih belum teratasi dengan skala nyeri 3. Karena masalah masih belum teratasi seharusnya penulis mengulangi intervensi ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu, teknik relaksasi karena tindakan itu sangat penting. Teknik relaksasi adalah keleluasaan psikis dan jasmani dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi adalah tindakan pencegahan yang membantu tubuh menyegarkan lagi dan beregenerasi setiap hari dan memberikan kontrol diri individu ketika rasa nyeri menjadi tidak nyaman (Hastomo & Suryadi, 2019). Tetapi penulis memiliki keterbatasan waktu sehingga tindakan lanjut yang dilakukan yaitu, delegasi kepada perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi.

Adapun hasil evaluasi setelah dilakukannya tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada diagnosa gangguan pola tidur pasien Ny. M menurut kriteria hasil (PPNI, 2018b) yang diharapkan yaitu, kesulitan sulit tidur menurun dan keluhan tidak puas tidur menurun. Pada hal ini evaluasi sudah teratasi dan sesuai dengan teori karena pada hari ketiga pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman tidurnya.

Adapun hasil evaluasi setelah dilakukannya tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada diagnosa ansietas pasien Ny. M menurut (PPNI, 2018b) kriteria hasil yang diharapkan yaitu, perilaku tegang menurun dan tekanan darah menurun. Pada hal ini evaluasi sudah teratasi dan sesuai dengan teori karena pada hari ketiga pasien mengatakan merasa lebih tenang saat akan pergi ke ruang operasi.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil yang diperoleh penulis dalam menyelesaikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M dengan *ca mammae*, penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil dari pengkajian pada pasien Ny. M didapatkan keluhan utama pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dan terdapat benjolan yang keras serta luka yang sulit untuk sembuh. Pasien juga mengatakan pada awal mula adanya benjolan belum merasakan rasa sakit.
2. Diagnosa keperawatan yang diperoleh dari hasil pengkajian adalah nyeri akut berhubungan dengan faktor gangguan fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
3. Rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan tujuannya pada diagnosa nyeri akut adalah tingkat nyeri menurun, pada diagnosa gangguan pola tidur adalah tingkat pola tidur membaik, dan pada diagnosa ansietas adalah tingkat ansietas menurun.
4. Implementasi keperawatan dilakukan menurut rencana tindakan yang sudah disusun, setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×8 jam, diagnosa nyeri akut menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan mengidentifikasi faktor-faktor yang memperberat dan meredakan nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, dan ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri melalui penggunaan teknik tarik nafas dalam. Dalam diagnosa gangguan pola tidur, mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, dan menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Dan terakhir

pada diagnosa ansietas mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, mendorong anggota keluarga untuk selalu bersama pasien, dan melatih pengalihan dengan berdzikir untuk mengurangi ketegangan.

5. Hasil evaluasi keperawatan pada pasien Ny. M dengan diagnosa nyeri akut masalah belum teratasi yaitu pasien mengatakan masih terasa nyeri pada payudara kiri, diagnosa gangguan pola tidur sudah teratasi yaitu pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman pada tidurnya, dan diagnosa ansietas sudah teratasi yaitu pasien mengatakan merasa lebih tenang saat akan pergi ke ruang operasi.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah ini bisa menjadi acuan dan juga referensi untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae*.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah yang penulis lakukan bisa menambah wawasan ilmu keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae*.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa bisa meningkatkan lagi mutu dan kualitas untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien *ca mammae*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, G. (2017). *Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD Tugurejo Semarang*. <http://eprints.undip.ac.id/56631/>
- Berticarahmi, B., & Pujiarto, P. (2019). Asuhan Keperawatan pada Pasien Pre Operasi Prostatektomi dengan Masalah Keperawatan Ansietas Menggunakan Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Distraksi Lima Jari. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 7(1), 1. <https://doi.org/10.47218/jkpbl.v7i1.54>
- Depkes, R. (2009). *Buku Saku Pencegahan Kanker Leher Rahim & Kanker Payudara*. Ditjen PP & PL.
- Despitasaki, L. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) dengan Keterlambatan Pemeriksaan Kanker Payudara Pada Penderita Kanker Payudara di Poli Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1). <https://doi.org/10.30651/jkm.v2i1.1110>
- Dinkes, J. (2015). *Profil Kesehatan Jawa Tengah*.
- Hastomo, M. T., & Suryadi, B. (2019). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Pada Saat Pemasangan Infus di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8(02), 436–442. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v8i02.320>
- IARC, G. (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence in Worldwide 2012*. <https://gco.iarc.fr/>
- Kemkes, R. (2015a). *Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara*. <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- Kemkes, R. (2015b). *Situasi Penyakit Kanker*. Pusat Data Dan Informasi.
- Kemkes, R. (2019). *Apa Saja Faktor Resiko Kanker Payudara*. P2PTM Kemenkes RI. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-kanker-dan-kelainan-darah/page/12/apa-saja-faktor-risiko-kanker-payudara>
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Mahala, A. F., Suharto, D. N., Nilasanti, N. M. R., & Manggasa, D. D. (2021). Studi Literatur ; Terapi Emotional Freedom Technique (EFT) Terhadap Penurunan Ansietas Pasien Pre Operasi. *Madago Nursing Journal*, 2(2), 65–71.

- Mulyani, N. S., & Nuryani. (2013). *Kanker Payudara dan PMS Pada Kehamilan*. Nuha Medika.
- Ninick Corea Fernandez, Isfaizah, & Rini Susanti. (2019). Hubungan Pengetahuan Wanita Usia Subur Tentang Ca Mammae Dengan Perilaku Pemeriksaan Payudara Sendiri Di Desa Sumberejo Kecamatan Pabelan Kabupaten Semarang. *Universitas Ngudi Waluyo*, 2(1), 1–10. <http://repository2.unw.ac.id/305/1/ARTIKEL.pdf>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Mediacion Publishing.
- Potter, & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses Keperawatan*. EGC.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI. <https://gco.iarc.fr/>
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ritonga, K. (2019). Sistem Pakar Mendiagnosa Penyakit Kanker Kulit Melanoma Menggunakan Metode Case Based Reasoning. *Jurnal Informasi Dan Teknologi Ilmiah (INTI)*, 7(3), 5.
- Saputra, A. A., Mahmudah, R., & Saputri, R. (2021). Literature Review: Hubungan Kepatuhan Kemoterapi Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara. *Journal of Nursing Invention*, 1(2), 41–47. <https://ocs.unism.ac.id/index.php/PROKEP/article/view/125>
- Supradewi, R., & Sukmawati, A. (2020). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Penerimaan Diri Pada Pasien Wanita Penderita Kanker Payudara Pasca Mastektomi Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Proyeksi*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.30659/jp.14.1.32-42>
- Suwarni, A. (2020). Hubungan Stres Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Ca Mammae di Puskesmas TasikMadu Karanganyar. *Jurnal Keperawatan*, 13(2).