BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori Karsinoma Mammae

1. Pengertian

Kanker payudara (karsinoma mamae) adalah keganasan pada sel-sel yang terdapat pada jaringan payudara bisa berasal dari komponen kelenjarnya (epitel saluran maupun lobusnya) maupun komponen selain kelenjar seperti: jaringan lemak,pembuluh darah, dan persyarafan jaringan payudara (Safitri dkk, 2015).

Kanker payudara (karsinoma mammae) adalah tumor ganas yang berasal dari kelenjar payudara. Termasuk saluran kelenjar air susu dan jaringan penunjangnya yang tumbuh infiltrative, destruktif, serta bermetastase. Kanker payudara merupakan tumor ganas yang berasal dari sel- sel payudara. Kanker payudara dapat berasal dari sel kelenjar penghasil susu (lobular), saluran kelenjar dari lobular ke puting payudara (duktus), dan jaringan penunjang payudarayang mengelilingi lobular,duktus, pembuluh darah dan pembuluh limfe, tetapi tidak termasuk kulit payudara (Kehel, 2000).

2. Etiologi

Wijaya &Putri (2013),tidak ada satupun penyebab spesifik dari karsinoma mamae: sebaliknya serangkaian faktor genetik, hormonal, dankemungkinan faktor risiko lingkungan dan gaya hidup dapat

menunjang terjadinya kanker ini. Bukti yang terus bermunculan menunjukan bahwa perubahan genetik berkaitan dengan karsinoma mammae, namun apa yang menyebabkan perubahan genetik masih belum diketahui. Perubahan genetik ini termasuk perubahan atau mutasi dalam gen normal dan pengaruh protein baik yang menekan atau meningkatkan perkembagan karsinoma mammae. Hormom steroid yang dihasilkan oleh ovarium mempunyai peran penting dalam karsinoma mamma.Dua hormon ovarium utama-estradiol dan progesterone-mengalami perubahan dalam lingkungan seluler, yang dapat mempengaruhi faktor pertumbuhan bagi karsinoma mamae.Beberapa faktor risiko terjadinya karsinoma mamae yaitu:

a. Anak perempuan atau saudara perempuan (hubungan darah). Resikonya meningkat 2 kali jika ibunya meningkat 4 sampai 6 kali jika kanker payudara terjadi pada dua orang secara langsung.
b. Nulipara dan usia maternal lanjut saat kelahiran anak pertama. Wanita yang mempunyai anak pertama setelah usia 30 tahun mempunyai resiko dua kali lipat untuk mengalami kanker payudara
c. Menopause pada usia lanjut. Menopous setelah usia 50 tahun meningkatkan resiko dua kali lipat untuk mengalami karsinoma mamae. dalam perbandingan, wanita yang telah menjalani ooferektomi bilateral sebelum usia 35 tahun mempunyai resiko sepertiganya.
d. Riwayat penyakit payudara jinak. Wanita yang mempunyai riwayat tumor payudara yang jinak disertai perubahan epitel prolferatif

mempunyai resiko dua kali lipat untuk mengalami kanker payudarah: wanita dengan hyperplasia tipikal mempunyai risiko empat kali lipat untuk mengalami penyakit ini.

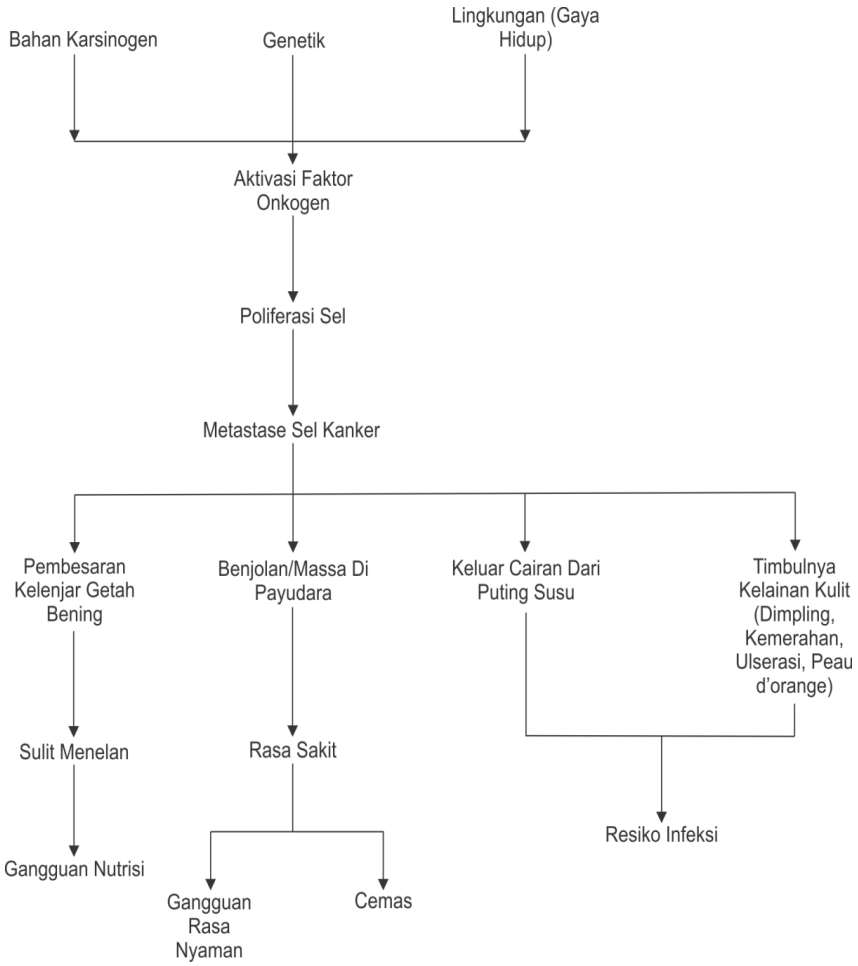
Wijaya dan Putri (2013), menyebutkan bahwa penyebab kanker payudara masih belum dimengerti dengan jelas. Tetapi, beberapa faktor yang berkaitan erat dengan terjadinya kanker payudara yaitu virus, faktor lingkungan, faktor hormonal dan keluarga anatara lain yaitu: Wanita memiliki resiko tinggi terkena kanker payudara dari pada pria (99:1),Usia resiko tinggi pada usia di atas > 30 tahun, Riwayat kesehatan keluarga, anak perempuan atau saudara perempuan (hubungan keluarga langsung) dari wanita dengan kanker payudara langsung, riwayat mensturasi: Early menarche (sebelum 12 tahun),Late menopause (setelah 50 tahun), Riwayat kesehatan pernah mengalami atau sedang menderita otipikal hiperplasia atau benigna proliveratif yang lain pada biopsi payudara, Riwayat reproduksi: yaitu melahirkan anak pertama diatas 30 tahun dan pengguaan, obat kontrasepsi oral yang lama. Terapi radiasi: terpapar lingkungan yang yang terpapar karsinogenGaya hidup: diet tinggi lemak,mengkonsumsi alkohol (minum 2x sehari), obesitas, trauma payudara, status sosial ekonomi yang tinggi, merokok.Kanker payudarah dapat terjadi karena: faktor genetik, hormonal, daya tahan tubuh dan lingkungan.

3. Patofisiologi

Penyebab spesifik dari karsinoma mamae: faktor genetik, hormonal, dan kejadian lingkungan seperti gaya hidup dapat menunjang terjadinya karsinoma mammae. Dapat mengakibatkan terjadinya aktivasi faktor onkogen, menghasilkan poliferasi sel, dan mengakibatkan terjadinya metastases sel kanker dapat menimbulkan: pembesaran kelenjar getah bening, benjolan, keluarnya cairan dari putting susu, timbulnya kelainan kulit, akibatnya yang dirasakan pasien yaitu: sulit menelan, rasa sakit, dan akan mengalami gangguan nutrisi, rasa aman nyaman, ansietas, dan resiko infeksi.

Bagan 2.1

Patofisiologi Karsinoma Mammae



Sumber : Nuratif & Kusuma, 2015:118

4. Tanda dan gejala

Gejala awal berupa sebuah benjolan yang biasannya dirasakan berbeda dari jaringan payudara disekitarnya, tidak menimbulkan nyeri dan biasanya tidak teratur, (Wijaya dan Putri, 2013).Pada Fase awal, karsinoma mamae tidak menimbulkan gejala saat didorong oleh jari tangan, benjolan bisa digerakan dengan mudah tanda umum: benjolan atau penebalan pada payudara.terkadang penderita juga mengalami rasa

gatal yang tidak biasa, selanjutnya, keluar cairan dari putting saat ditekan, perubahan yang terjadi bisa memicu rasa sakit saat ditekan, dan ketidaknyamanan pada payudara.

Pada fase lanjutkarsinoma mamae kulit akan menjadi cekung, terjadi retraksi/ deviasi putting susu, adanya nyeri tekan/raba, kulit tebal dan pori-pori menonjol seperti (kulit jeruk), ada ulserasi pada payudara, terjadi metastase dengan tanda: nyeri pada bahu, pinggang, punggung bawah, batuk menetap, anoreksia, BB turun, gangguan pencernaan, dan sakit kepala.

Dalam dekade terakhir, grading secara histologi telah diterima secara luas sebagai indikator kuat dalam prognosis karsinoma mamae.Grading diartikan sebagai penilaian terhadap morfologi sel yang dicurigai sebagai bagian dari jaringan tumor. Penilaian carcinoma mammae dilakukan oleh ahli patologi anatomi didasarkan pada: jumlah sel yang mengalami mitosis, kemiripan bentuk sel ganas dengan sel asal, susunan hemogenitas dari sel. Point utama dari penilaian ini adalah jumlah mitosis dan kemiripanya dengan sel asal, sel akan dianggap ganas jika perubahan bentuk yang terjadi semakin tidak terkendali dan tidak mirip dengan sel asalnya, sehingga besar kemungkinan terjadinya rekurensi karsinoma mammae.

Menurut WHO ada tiga skala penilaian masing-masing skor dari 1-3. Klasifikasi tersebut yaitu: grade I dengan skor 3-5 untuk grade rendah dengan karsinoma berdiferensiasi baik, grade II dengan skor 6-7 untuk karsinoma dengan moderat yang memiliki gambaran antara grade

1 dan 3.Grade III dengan skor 8-9 untuk karsinoma dengan differensiasi jelek dimana sel kelenjar tumbuh dengan cepat dan lebih mungkin untuk menyebar.

5. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dapat dilakukan dengan cara anamnesa dengan menggali faktor resiko, pemeriksaan fisik payudara, laboratorium, seperti mammografi untuk mendiagnosis keberadaan kanker payudara dan pemeriksaan penunjangradiologi: CT-scan,foto rontgen, USGdan histopatologi: mix maligna, adenokarsinoma, solid karsinoma, papillary karsinoma.

6. Terapi medik

Menurut Slamet Suyono (2001), terapi medik pada pasien postoperasi karsinoma mamae meliputi terapi biopsi massa payudara yang mencurigakan, radiasi, pembedahan (masektomi) dan kemoterapi.

7. Tahapan penyembuhan luka

Pada karsinoma mammae perawatan luka postoperasi dapat dilakukan tindakan perawatan lukauntuk mencegah terjadinya infeksi, Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Sifat penyembuhan pada semua luka adalah sama dengan variasi bergantung pada lokasi, keparahan dan luas cidera.

Menurut Setyarini (2013), terdiri dari 3 fase, yaitu;

Fase inflamasi (reaksi),Fase inflamasi merupakan reaksi tubuh terhadap luka yang dimulai setelah beberapa menit dan berlangsung sekitar 3 hari setelah cidera, Poliferasi / regenerasi Fase poliferasi

ditandai dengan munculnya pembuluh darah baru sebagai hasil rekontruksi, fase poliferasi terjadi dalam waktu 3-25 hari. Maturasi/ remodeling, Fase maturasi merupakan tahap akhir proses penyembuhan luka. Dapat memerlukan waktu lebih dari 1 tahun, bergantung pada kedalamannya dan keluasan luka.

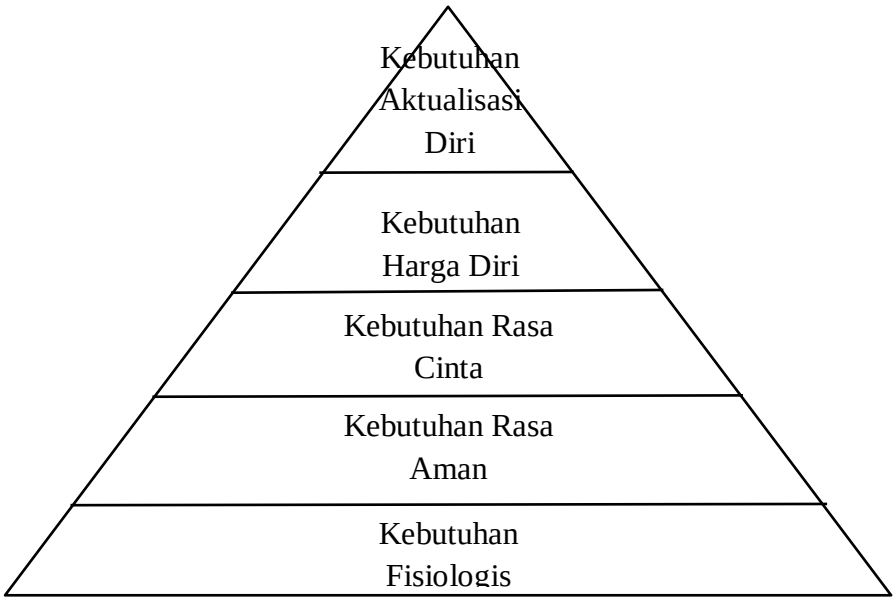
B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Setiap mahluk hidup mempunyai kebutuhan, tidak terkecuali manusia. Manusia mempunya kebutuhan yang beragam namun, pada hakikatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan dasar tersebut bersifat manusiawi dan menjadi syarat untuk keberlangsungan hidup manusia.

Menurut Mashlow ada lima tigkat hirarki kebutuhan dasar manusia *(five hierarchy of aeeds*), yaitu kebutuhan fisioogis: kebutuhan keselamatan dan keamanan: kebutuhan mencintai dan dicintai; kebutuhan harga diri:serta kebutuhan aktualisasi diri, lima tingkat kebutuhan dasar manusia menurut Mashlow dapat digambarkan ke dalam bentuk bagan 2.2 sebagai berikut:

Bagan 2.2

Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber: Asnadi,2008

Pada kasus ini, kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau imajinasi misalnya: penyakit, nyeri, cemas dan lainnya (Asmadi 2008).

Pada pasien dengan postoperasi karsinoma mamae selama proses pertumbuhan jaringan yang tidak terkendali maka akan merasakan nyeri sehingga nyeri yang muncul pada penderita disebabkan oleh adanya pembesaran pada sel (hyperplasia) yang mengakibatkan sel syaraf terdesak, dan terjadilah interupsi pada sel saraf. Pembesaran pada sel akan mendesak jaringan disekitar, terutama pada jaringan payudara, akibat dari penekanan tersebut terjadilah peningkatan konsisten payudara sehingga terjadilah pembengkakan pada payudara. Sehingga akan menimbulkan gangguan

aktifitas. Demikian juga bisa mendapatkan tindakan kemoterapi diberikan untuk menyingkirkan penyebaran penyakit mikromestatik dengan mendorong klien untuk menggunakan medikasi kemoterapi untuk menghancurkan sel-sel neoplastik penurunan atau pencegahan metastasi.

Efek samping fisik kemoterapi yang umum mencakup mual, muntah perubahan rasa kecap, alopesia (rambut rontok) mukositis, dermatitis, keletihan, penambahan berat badan, selain itu wanita premenstrual yang mendapat kemoterapi dapat mengalami amenora temporer atau permanen yang mengarah pada sterilisasi.

C. Proses Keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2004) keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisir yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: mengumpulkan data secara sistematis, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Untuk mengkaji pasien dengan karsinoma mammae diperlukan data-data sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian merupakan pengumpulan data yang dilaksanakan dengan beberapa cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll) untuk mendapatkan

informasi tentang kondisi kesehatan pasien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasarSuarni& Apriyani (2017).Biodata pasien.merupakan data mengenai nama pasien, umur, alamat dan pekerjaan.

2. Riwayat kesehatan saat ini

Pada riwayat kesehatan saat ini dilakukan pengkajian sepertimenanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga pasienmeminta pertolongan.Misalnya: sejak kapan keluhan dirasakan,berapa lama, berapa kali keluhan terjadi, bagaimana sifat hebatnyakeluhan, dimana pertma kali keluhan timbul, apa yang sedangdilakukan ketika keluhan ini terjadi, keadaan apa yang memperberatdan memperingan keluhan, adakah usaha untuk mengatasi keluhanini sebelelum meminta pertolongan, berhasil atau tidaknya usahatersebut, dan sebagainya.

3. Riwayat kesehatan terdahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu Perawat menanyakantentangpenyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Misalnya:apakah klien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa,apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya danadakah pengobatan yang lalu dan riwayat alergi.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga, perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada keluargayang

meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan.Apakah banyak penyakit menurun yang terjadi pada keluarga?

5. Psikososial

Perubahan integritas ego yang ditemukan adalah gejalastressorkonstan dalam pekerjaan/ pola dirumah, stress tentang penyakit,prognosis, dan harapan yang akan datang.

6. Aktifitas istirahat

Gejala : kerja, aktifitas yang melibatkan pergerakan tangan, polaistirahat, karena merasa nyeri dibagian payudarah sebelah kanan jadisedikit terganggu.

7. Sirkulasi

Tanda: kongesti unilateral pada lengan yang terkena (limfe).

8. Makanan/ cairan

Selama sakit klien kehilangan nafsu makan, dan adanya penurunan berat badan.

9. Seksualitas

Gejala: adanya benjolan pada payudara, perubahan pada ukuran dan kesimetrisan payudara.perubahan pada warna kulit payudara atau suhu, raba puting, gatal rasa terbakar atau putting meregang. Riwayat menerke dini (lebih muda dari usia 12 tahun) menopause lambat (setelah 50 tahun).Tanda: perubahan pada postur/massa payudara, asimetris, kulit cekung, berkerut, perubahan pada warna tekstur kulit, pembengkakan atau panas pada payudara.

D. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga dan kelompok atau komunitas (Hermand& Kanitsuru, 2015).

Diagnosa pada postoperasi karsinoma mamae antara lain:

a. Nyeri akut berhubungan denganagen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan sikap melindungi area nyeri.

   Definisi nyeri akut menurut PPNI (2016) disajikan dalam tabel 2.1.

b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan klien tampak gelisah.

   Definisi ansietas menurut PPNI (2016) disajikan dalam tabel 2.1

c. Resiko perdarahan Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan.

   Definisi resiko perdarahan menurut menurut PPNI (2016) disajikan dalam tabel 2.1

d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (prosedur operasi)

   Definisi resiko infeksi menurut menurut PPNI (2016) disajikan dalam tabel 2.1

E. Rencana keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnose keperawatan. Dalam perumusan masalah ini menggunakan standar.Perencanaan yang disusun terdiri dari: perencanaan tujuan (outcome) dan perencanaan tindakan (intervensi), standar perencanaan dalam keperawatan diantaranya adalah: standar diagnosa keperawatan (SDKI),standar intervensi keperawatan (SIKI) dan standar Luaran keperawatan(SLKI). Rencana keperawatan pasien postoperasi ditunjukkan pada tabel 2.1.

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan

No	**Diagnosa Keperawatan**	**Tujuan SLKI**	**Intervensi SlKI**
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan bersikap protektif (menghindari nyeri). Definisi nyeri menurut SDKI ialahsebagai berikut: Pengalamansensorik atau emosionalyang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan omset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	**Tingkat nyeri (L.08066)** 1. Keluha nyeri menurun dengan skala 7 (0-10) menjadi 5 (0-10) 2. Mengenali kapan nyeri terjadi 3. Menggunakan tindakan pencegahan 4. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik 5. Tidak bisa beristirahat 6. Kehilangan nafsu makan	**Menajemen nyeri (i.08238)** - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri 7(0-10) - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: tehnik imajinasi terbimbing dan tehnik latihan nafas dalam) - Kontrol lingkungan yang

	Gejala dan tanda mayor Data Subjektif : - Mengeluh nyeri Data Objektif: - klien tampak meringis - klien bersikap protektif) mis, waspada posisi menghindar nyeri) - klien tampak gelisah - frekuensi nadi meningkat - sulit tidur - nafsu makan berubah - proses berfikir terganggu penyebab: 1. agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. agen pencedera kimiawi(mis, terbakar, bahan kimia iritasi) 3. agen pencidera fisik (mis, abses,		memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan dan pencahayaan) - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi pereda nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)

	amputasi, terbakar, terpotong, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).		
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi. Definisi ansietas menurut SDKI yaitu: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman bahaya. Gejala dan tanda Data subyektif klien merasa bingung klien merasa khawatir akibat dari	**Tingkat ansietas (L.09093)** 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegangmenurun 3. Kesulitan berkonsentrasi membaik 4. Rasa takut yang disampaikan secara lisan membaik	**Terapi relaksasi(I.09326)** **Observasi** - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi kesediaan, emempuan, dan penggunaan, tehnik sebelumnya **Terapeutik** - Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman - Gunakan pakaian longgar

	kondisi yang dihadapi klien sulit berkonsentrasi klien mengeluh pusing klien merasa tidak berdaya anoreksia data objektif klien tampak gelisah klien tampak tegang klien sulit tidur frekuensi nadi meningkat tekanan darah meningkat tremor muka tampak pucat sering berkemih suara bergetar kontak mata buruk penyebab: krisi situasional kebutuhan tidak terpenuhi ancaman terhadap konsep diri		- Gunakan nada suara yang lembut dengan irama lambat dan berirama **Edukasi** - Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia yang tersedia (mis Nafas dalam) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Demonstrasikan dan latih tehnik relaksasi (mis, nafas dalam atau imajinasi terbimbing)

	ancaman terhadap kegagalan mengalami kematian hubungan orang tua dan anak tidak memuaskan		
3	Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan Definisi resiko perdarahan menurut SDKI: beresiko mengalami kehilangan darah baik internal(terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi diluar tubuh). Faktor resiko antara lain: 1.tindakan pembedahan 2. trauma	**Tingkat perdarahan (L.02017)** 1. Perdarahan pasca operasi menurun 2. Hemoglobin membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Suhu tubuh membaik	**Pencegahan perdarahan (I. 02067)** **Observasi** - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor TTV **Terapeutik** - Pertahankan bed rest selama perdarahan

			Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan **Kolaboras**i - Kolaborasi dengan dokter dan ahli laboratorium
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif(prosedur pembedahan) Definisi resiko infeksi menurut SDKI: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko antara lain: penyakit kronis (mis, diabetes melitus) efek prosedur infasif malnutrisi peningkatan paparan organisme	**Tingkat infeksi (L.14137)** 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Cairan luka) yang berbau tidak sedapmenurun 4. Hilang nafsu makan membaik	**Pencegahan infeksi (I.14539)** **Observasi** - Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local - Periksa kulit dan selaput lendir(misalnya, ada kemerahan, kehangatan ekstremitas). - Periksa kondisi setiap sayatan bedah atau luka **Terapeutik** - Berikan perawatan kulit pada

	pathogen lingkungan kerusakan integritas kulit		area edema **Edukasi** - Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi, kapan waktu harus melaporkan kepetugas kesehatan - Anjurkan penimgkatan mobilitas dan latihan denga tepat - Ajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana cara menghindari infeksi.

6. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya Suarni & Apriyani (2017)

7. Evaluasi

Menurut Suarni & Apriyani(2017). Tindakan evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dngan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan, umtuk mempermudah perawat mengidentifikasi atau memmatau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP.

S: Data subjektif, didapat dari keluhan klien langsung

O: Data objektif, didapat dari hasil observasi perawat secara langsung

A: Analisa, merupakan dignosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dituliskan masalah baru akibat perubahan status kesehatan klien

P: Planning, perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan selanjutnya.