

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 1 Mei 2026 pukul 10.15 WITA di Ruang Jepun RS Bali Mandara. Data diperoleh langsung dari pasien (autoanamnesis). Pasien bernama Ny. P, berusia 61 tahun, berjenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 1 Juli 1965. Pasien beragama Islam, berkewarganegaraan Indonesia (WNI), dengan tingkat pendidikan terakhir SMA dan saat ini tidak bekerja. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 1 Mei 2026.

Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan utama nyeri pada bagian payudara kanan. Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menjalar hingga ke pinggang dengan skala nyeri 7 dari 10, termasuk kategori sedang hingga berat, sehingga mengganggu aktivitas dan kenyamanan pasien.

Keluhan nyeri mulai dirasakan sejak tanggal 29 April 2026, yang awalnya muncul secara perlahan pada area payudara kanan kemudian menjalar ke bagian pinggang. Pasien menggambarkan nyeri seperti tertusuk, terasa dalam, bersifat menetap, dan semakin memberat dari hari ke hari. Nyeri bertambah saat pasien melakukan aktivitas atau ketika area payudara mendapat tekanan, sedangkan saat istirahat, nyeri sedikit berkurang namun tidak hilang sepenuhnya. Pasien sempat mengonsumsi obat pereda nyeri berupa Paracetamol 500 mg secara mandiri, namun tidak memberikan perbaikan yang signifikan.

Pada tanggal 30 April 2026, nyeri semakin meningkat dan tidak dapat dikontrol sehingga pasien merasa semakin tidak nyaman dan memutuskan untuk datang ke rumah sakit pada tanggal 1 Mei 2026 untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Pasien memiliki riwayat kanker payudara sejak tahun 2024 dan saat ini sedang menjalani kemoterapi. Kemoterapi pertama dilakukan pada tanggal 23 Maret 2026 dan kemoterapi kedua pada tanggal 17 April 2026.

Pada saat dilakukan pengkajian di IGD, pasien dalam kondisi sadar (compos mentis), mampu berkomunikasi dengan baik, dan kooperatif selama proses pemeriksaan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan suhu tubuh 36,9°C, frekuensi pernapasan 22 kali per menit, saturasi oksigen 98%, tekanan darah 147/79 mmHg, dan frekuensi nadi 95 kali per menit. Secara umum kondisi pasien dalam keadaan stabil, meskipun terdapat peningkatan ringan pada frekuensi napas dan nadi yang berkaitan dengan respons tubuh terhadap nyeri.

Riwayat kesehatan terdahulu menunjukkan bahwa pasien pernah menjalani rawat inap sebelumnya selama 5 hari dengan diagnosis kanker payudara. Pasien tidak memiliki riwayat operasi, tidak memiliki riwayat penyakit bawaan, serta tidak memiliki riwayat alergi. Riwayat kesehatan keluarga menunjukkan tidak adanya anggota keluarga yang menderita penyakit serupa maupun penyakit kronis lainnya.

Berdasarkan pola kebutuhan dasar, pada sistem respirasi pasien tidak mengalami sesak napas, dengan frekuensi napas 22 kali per menit dan pola napas teratur. Pada sistem sirkulasi, tekanan darah 147/79 mmHg, nadi 95 kali per menit, akral hangat, dan capillary refill time kurang dari 3 detik. Pada kebutuhan nutrisi, pasien mengalami penurunan nafsu makan disertai keluhan mual dan muntah dengan volume sekitar 100–200 ml. Berat badan pasien saat ini 42 kg dari

sebelumnya 50 kg dengan tinggi badan 155 cm, sehingga indeks massa tubuh (IMT) 17,5 yang termasuk kategori *underweight*.

Pada pola eliminasi, pasien tidak mengalami gangguan baik pada buang air kecil maupun buang air besar. Pada pola aktivitas dan istirahat, pasien tampak lemah, aktivitas dilakukan secara mandiri namun terbatas, serta mengalami gangguan tidur dengan durasi tidur 3–5 jam per hari akibat nyeri yang dirasakan.

Pada pemeriksaan nyeri, pasien mengeluh nyeri pada payudara kanan yang menjalar ke pinggang, dengan skala nyeri 7 dari 10, bersifat tajam dan terus-menerus. Nyeri bertambah saat pasien dalam posisi duduk dan berkurang saat pasien berbaring miring ke samping.

Secara psikologis, pasien memiliki harapan untuk sembuh dan menunjukkan semangat hidup yang baik. Pasien tampak kooperatif selama proses perawatan, mampu berkomunikasi dengan baik, serta memiliki dukungan keluarga yang adekuat. Dalam aspek spiritual, pasien menyatakan bahwa agama memiliki peran penting dalam kehidupannya dan tetap ingin menjalankan ibadah selama menjalani perawatan di rumah sakit. Tabel analisa data sebagai berikut:

Tabel 5
Analisa Data Asuhan Keperawatan Nyeri kronis Dengan Terapi Relaksasi
***Guided imagery* Pada Ny. P Di Ruang Jepun Rumah Sakit**
Bali Mandara Tahun 2026

Data Fokus	Analisis	Masalah
DS: a. Pasien mengatakan nyeri pada bagian payudara yang menjalar hingga ke pinggang b. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dialami DO: a. Kesadara pasien compos mentis b. GCS 4-5-6 c. Pasien tampak meringis kesakitan d. Pasien tampak gelisah e. Pasien tampak lemas f. Pasien terlihat lebih nyaman pada posisi miring ke samping, dan terlihat seperti lebih kesakitan jika pasien duduk g. P: pasien merasakan nyeri pada saat duduk h. Q: nyeri dirasakan pasien seperti tertusuk-tusuk i. R: nyeri pada bagian payudara menjalar ke pinggang j. S: skala nyeri 7 dari 10 k. T: nyeri secara terus menerus l. Hasil pemeriksaan tanda tanda vital: Tekanan darah; 147/79 mmHg, Nadi: 95x/menit, R: 22x/menit dan SpO2: 98% (tanpa oksigen)	Timbulnya sel kanker pada jaringan epitel ↓ Hyperplasia sel kanker pada jaringan epitel ↓ Ca Mamae ↓ Benjolan mendesak sel saraf ↓ Interupsi sel saraf ↓ Nyeri kronis	Nyeri kronis

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan pada Ny. P tanggal 1 Mei 2026, ditemukan masalah keperawatan berupa nyeri kronis (*D.0078*) sebagai problem utama pasien. Nyeri kronis pada pasien berhubungan dengan *infiltrasi tumor*, yaitu proses penyakit kanker payudara (*Ca mammae*) yang menyebabkan timbulnya sensasi nyeri akibat penekanan jaringan dan stimulasi reseptor nyeri.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan selama proses pengkajian. Pasien mengatakan mengalami nyeri pada bagian payudara kanan yang menjalar hingga ke pinggang dengan skala nyeri 7 dari 10. Pasien juga mengeluhkan nyeri seperti tertusuk, dirasakan terus-menerus, dan menyebabkan pasien mengalami kesulitan tidur. Selain itu, pasien mengatakan nyeri memberat saat duduk dan sedikit berkurang saat posisi miring ke samping.

Data objektif menunjukkan pasien tampak meringis kesakitan, gelisah, dan lemah. Pasien terlihat lebih nyaman pada posisi miring dibandingkan posisi duduk. Pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya massa pada payudara kanan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 147/79 mmHg, frekuensi nadi 95 kali per menit, frekuensi pernapasan 22 kali per menit, suhu 36,9°C, serta saturasi oksigen 98%.

Berdasarkan data tersebut, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri kronis berhubungan dengan *infiltrasi tumor (Ca mammae)* ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada payudara kanan yang menjalar ke pinggang, skala nyeri 7 dari 10, nyeri seperti tertusuk, pasien tampak meringis, gelisah, lemah, dan mengalami gangguan tidur.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan pada karya ilmiah akhir ners ini dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri kronis pada pasien kanker payudara.

Tabel 6
Perencanaan Keperawatan Pada Nyeri kronis Dengan Terapi Relaksasi
***Guided imagery* Pada Ny. P Di Ruang Jepun Rumah Sakit**
Bali Mandara Tahun 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
Nyeri kronis (D.0078) berhubungan dengan infiltrasi tumor (Ca Mammae) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) Menurun Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Pola napas membaik 7. Tekanan darah membaik	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi <i>guided imagery</i>) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Mengevaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Mengevaluasi hasil skala nyeri dengan menggunakan alat ukur <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i> c. Mengetahui respons nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau non verbal d. Mengevaluasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan memperingan ringan nyeri yang dapat dirasakan oleh pasien e. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Mengevaluasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Mengevaluasi keberhasilan terapi komplementer yang

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
		(mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	dilakukan pasien untuk mengurangi nyeri
		c. Fasilitasi istirahat dan tidur	i. Mengevaluasi efek samping yang mungkin dirasakan pasien
		d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	
		Edukasi	Terapeutik
		a. Jelaskan penyebab, periode, periode, dan pemicu	a. Agar pasien mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan (terapi <i>guide imagery</i>)
		b. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	b. Mengurangi faktor yang memperberat rasa nyeri
		c. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat	c. Untuk menenangkan pasien dan membantu pasien beristirahat
		d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	d. Mengetahui jenis dan sumber nyeri dan cara mengatasi nyeri
		Kolaborasi	Edukasi
		a. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	a. Mengetahui penyebab, periode, periode, dan pemicu sehingga pasien dapat mengantisipasi dan mengambil Keputusan terhadap nyeri yang dirasakan
			b. Agar pasien dapat melakukan strategi mengurangi nyeri
			c. Mengetahui cara untuk mengurangi nyeri
			d. Untuk mempercepat proses penyembuhan dengan pemberian analgesic yang tepat
			e. Melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
			Kolaborasi b. Pemberian analgetic berfungsi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. P dilakukan selama 3 x 24 jam, yaitu mulai tanggal 1 Mei 2026 sampai dengan 3 Mei 2026 di Ruang Jepun RS Bali Mandara. Pelaksanaan implementasi dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi masalah nyeri kronis pada pasien kanker payudara. Tindakan keperawatan diberikan secara bertahap dan berkesinambungan sesuai kondisi serta respons pasien selama masa perawatan.

Implementasi yang dilakukan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pada tahap observasi, dilakukan pengkajian lokasi, karakteristik, intensitas, frekuensi, durasi, dan faktor yang memengaruhi nyeri menggunakan metode PQRST dan skala nyeri *Numerical Rating Scale (NRS)*. Selain itu dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, identifikasi respons nonverbal terhadap nyeri seperti meringis dan gelisah, serta pemantauan kualitas tidur dan kenyamanan pasien.

Pada tindakan terapeutik, pasien diberikan terapi nonfarmakologis berupa *guided imagery* selama kurang lebih 10–15 menit setiap pertemuan. Terapi dilakukan dengan membantu pasien berada dalam posisi nyaman, mengatur napas secara perlahan, memejamkan mata, kemudian mengarahkan pasien membayangkan suasana atau pengalaman yang menyenangkan dan menenangkan. Selain itu dilakukan pengontrolan lingkungan seperti mengurangi kebisingan,

mengatur pencahayaan ruangan, serta memfasilitasi istirahat dan tidur pasien agar rasa nyaman meningkat dan nyeri dapat berkurang.

Tindakan edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri, faktor yang dapat memperberat nyeri, pentingnya teknik relaksasi, serta anjuran untuk melakukan *guided imagery* secara mandiri ketika nyeri muncul. Perawat juga menganjurkan pasien menggunakan teknik napas dalam dan memonitor tingkat nyeri secara mandiri. Pada tindakan kolaborasi, dilakukan pemberian terapi analgetik sesuai program medis untuk membantu mengontrol nyeri pasien.

Selama 3 hari pelaksanaan implementasi, pasien menunjukkan respons yang cukup baik terhadap tindakan yang diberikan. Pasien tampak lebih rileks setelah dilakukan *guided imagery*, ekspresi meringis dan gelisah mulai berkurang, serta pasien mengatakan nyeri berangsur menurun dibandingkan sebelumnya. Evaluasi dilakukan setiap hari untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien dan efektivitas intervensi yang diberikan.

Adapun rincian lengkap mengenai pelaksanaan implementasi keperawatan selama 3 hari, meliputi waktu pelaksanaan, jenis tindakan keperawatan, respons pasien, serta hasil evaluasi tindakan dicantumkan pada bagian lampiran.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 3 Mei 2026, dan kondisi pasien sudah menunjukkan adanya perubahan kearah yang lebih baik sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Tabel 7
Evaluasi Keperawatan Pada Nyeri kronis Dengan Terapi Relaksasi
***Guided imagery* Pada Ny. P Di Ruang Jepun Rumah Sakit**
Bali Mandara Tahun 2026

Tanggal	Jam	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama & TTD
1	2	3	4	5
3/Mei/2026	14.00	Perawat Wita	S(Subjective): Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan sudah berkurang, skala nyeri 3 dari 10, nyeri hilang timbul, dan pasien merasa lebih rileks. Pasien juga mengatakan sudah dapat melakukan teknik relaksasi (<i>guided imagery</i>) secara mandiri serta tidur lebih nyaman. O (Objective): 1. Keadaan umum pasien tampak lebih baik Kesadaran compos mentis 2. Pasien tampak rileks, tidak meringis 3. Skala nyeri 3/10 4. TTV dalam batas normal: TD 121/78 mmHg, Nadi 82x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C 5. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri 6. Pasien tampak kooperatif dan lebih tenang A(Assessment): Masalah nyeri kronis teratasi P (Planning): 1. Pertahankan intervensi manajemen nyeri (nonfarmakologi dan farmakologi sesuai indikasi) 2. Anjurkan pasien melanjutkan teknik relaksasi (<i>guided imagery</i>) secara mandiri di rumah	

Tanggal	Jam	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama & TTD
1	2	3	4	5
			3. Edukasi pasien untuk mengenali dan mengontrol nyeri secara mandiri 4. Anjurkan istirahat cukup dan menghindari faktor pencetus nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik bila diperlukan 6. Persiapan pasien untuk perawatan lanjutan / pulang	