

BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama : Ny. Y
Umur : 56 tahun
Jenis Kelamin : perempuan
Alamat : Br. Kerta Langu Kesiman, Tohpati Denpasar
Status perkawinan : Menikah
Agama : Hindu
Sumber Informasi : Autoanamnesis dan Dokumen
Pendidikan : Diploma 3 Pariwisata
MRS : 5 Mei 2021
Nomor RM : 20043xxx
Tanggal pengkajian : 8 Mei 2021
Diagnosa Medis : *Ca. Mamae Dekstra Stadium III B, Post MRM Dekstra hari*

I

2. Keluhan utama

Nyeri pada luka operasi di dada kanan

3. Riwayat keluhan saat ini

Klien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi payudara kanan sejak kemarin sore nyeri seperti tersayat, terasa terus menerus dengan intensitas skala nyeri 5 dari skala interval 0 sampai 10, jenis nyeri bersifat akut, klien mengatakan tadi malam sulit tidur, lemas, nyeri dirasakan bertambah pada saat klien batuk dan

bergerak, klien tampak meringis, sering menarik napas panjang. Luka operasi terpasang 2 buah drain yang masing-masing tertampung cairan warna coklat kemerahan sebanyak 15 ml, dan 25 ml. Klien mengatakan takut menggerakkan tangan kanannya karena takut nyeri.

Awalnya klien mengeluh ada benjolan pada payudara kanan sebesar biji kacang bulan Oktober 2019 yang makin lama tambah besar, timbul peradangan tanpa luka, bulan November 2020 klien dilakukan biopsi di RS Bayangkara dan hasilnya dinyatakan tumor ganas. Klien dirujuk ke RSUP Sanglah untuk menjalani kemoterapi. Setelah klien mendapatkan 4 kali kemoterapi dan massa tumor mengecil, dilakukan MRM.

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan, pernah operasi struma pada tahun 2005, operasi lipoma pada ketiak kanan tahun 2015 dan tahun 2019 operasi lipoma di kaki kiri. Klien tidak mempunyai sakit asma, diabetes ataupun hipertensi. Tekanan darah klien cenderung rendah.

5. Riwayat alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan

6. Riwayat keluarga

Klien mengatakan, kakak kandungnya juga mengalami kanker payudara dan sudah dioperasi, sekarang dalam keadaan sehat.

7. Prosedur invasive yang terpasang

Klien terpasang infus RL 20 tts/mnt dan PCA fentanyl 20 mcg/jam. Drain sebanyak 2 buah pada luka post op.

8. Kontrol risiko infeksi

Klien sudah dilakukan swab covid-19, sebelum operasi, dan hasilnya negative.

9. Keadaan umum

Kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital : suhu 36,5°C, nadi 92 x/mnt, respirasi 24 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg.

10. Penilaian nyeri

Skala nyeri menggunakan VAS/NRS didapatkan 5 dari 10 angka, lokasi nyeri pada luka operasi di dada kanan sampai daerah ketiak, frekuensi nyeri terus menerus, sifatnya menetap seperti disayat. Faktor yang memperberat nyeri adalah bila klien bergerak dan batuk. Faktor yang mengurangi nyeri bila klien diam/ tidak bergerak dan tidak batuk.

11. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala: normal, tidak ada rambut akibat kemoterapi
- b. Mata: konjungtiva warna merah muda, sclera normal
- c. Penglihatan normal, pupil isokor,
- d. Leher: terdapat bekas luka operasi tiroid
- e. Hidung: normal
- f. Telinga: pendengaran normal
- g. Mulut dan gigi: bibir lembab, mulut dan tenggorokan normal, gigi penuh.
- h. Dada : tidak simetris, terdapat luka operasi yang tertutup kasa pada dada kanan dan terbalut elastis bandage, terpasang drain 2 buah, irama napas regular, suara napas normal, batuk tidak ada, retraksi tidak ada.
- i. Abdomen: tidak ada kelainan, bising usus normal

- j. Ekstremitas: akral hangat, pergerakan aktif, kekuatan otot kuat, CTR < 2 detik, parese tidak ada, edema tidak ada, kelainan tidak ada, untuk tangan kanan agak sulit digerakkan karena bila digerakkan, luka operasi bertambah nyeri, kekuatan otot 3.
- k. Kulit: normal, mukosa lembab, hematoma tidak ada.
- l. Anus dan genitalia tidak ada kelainan.

12. Data biologis

- a. Pernapasan tidak ada kelainan.
- b. Makan dan minum: nafsu makan baik, porsi yang dihabiskan tadi pagi 1 porsi.
Jenis makanan nasi, makanan pantang tidak ada, makanan yang disukai ikan bakar, yang tidak disukai tidak ada.
BB: 65 kg, TB: 159 cm
- c. Eliminasi: bab 1 x/hr, biasanya pagi hari, konsistensi faeces lembek.
Bak 5-7 x/hr, warna kuning jernih, bau khas urine.
- d. Istirahat tidur: semalam sering terbangun karena nyeri. Biasanya tidur sehari 8 jam, tidur siang biasa.
- e. Mobilisasi agak terganggu karena pemakaian infus, drain, serta rasa nyeri bila bergerak.

13. Data psikologis

Klien mengatakan masalah dalam perkawinan tidak ada, klien tinggal dengan suami dan 2 orang anaknya, trauma dalam kehidupan tidak ada. Saat ini yang dipikirkan adalah nyeri bisa berkurang, cepat sembuh dan bisa beraktifitas seperti biasanya.

14. Data sosial, ekonomi dan spiritual

Suami sebagai kepala keluarga berperan dalam mengambil keputusan yang sebelumnya dimusyawarahkan dengan anggota keluarga. Klien bekerja di hotel, karena pandemic, klien dirumahkan. Sumber penghasilan keluarga dari suami dan anak pertama klien. Klien setiap hari rutin sembahyang, saat sakit klien hanya berdoa di tempat tidur.

15. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium: Darah lengkap tanggal 7 Mei 2021 (post Operasi):

Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Darah Lengkap (DL)	WBC	9.74	$10^3/\mu\text{L}$	4.1 - 11.0	
	NE%	92.30	%	47 - 80	Tinggi
	LY%	5.70	%	13 - 40	Rendah
	MO%	1.80	%	2.0 - 11.0	Rendah
	EO#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.50	
	BA#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.0 - 0.1	
	RBC	3.78	$10^6/\mu\text{L}$	4.0 - 5.2	Rendah
	HGB	11.10	g/dL	12.0 - 16.0	Rendah
	HCT	34.80	%	36.0 - 46.0	Rendah
	PLT	202.00	$10^3/\mu\text{L}$	140 - 440	
	MPV	10.50	fL	6.80 - 10.0	Tinggi
	NLR	16.19		≤ 3.13	Tinggi
	EO%	0.10	%	0.0 - 5.0	
	BA%	0.10	%	0.0 - 2.0	
	NE#	8.98	$10^3/\mu\text{L}$	2.50 - 7.50	Tinggi
	LY#	0.56	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 - 4.00	Rendah
	MO#	0.18	$10^3/\mu\text{L}$	0.10 - 1.20	
	MCV	92.10	fL	80.0 - 100.0	
	MCH	29.40			

16. Pengobatan

- Infus RL 20 tts/mnt
- PCA Fentanyl 300 mcg dalam 30 ml NaCl 0,9%, 20 mcg/kali max. 8 x/jam, ketorolac 20 mg tiap 8 jam iv
- Vitatin B Complek 2x1 tab
- Vitamin C 2x1 tab

e. Rawat luka tiap 2 hari, observasi produksi drain.

B. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan pada Ny, Y dijelaskan seperti table 2

Tabel 2
Analisa data Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. Y. dengan Ca Mamae Post Operasi Modified Radical Mastectomy di Ruang Angsoka II RSUP Sanglah Denpasar Tanggal 8-10 Mei 2021

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS. Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi di dada kanan, nyeri terus menerus, seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri bertambah bila klien bergerak atau batuk, semalam susah tidur, takut menggerakkan tangan kanan.</p> <p>DO. Klien Nampak meringis, menarik napas dalam, terdapat luka operasi di dada kanan, nadi 92 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg, respirasi 24 x/mnt, berkeringat.</p>	<p>Sayatan luka operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Substansi intraseluler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ekstraseluler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mengiritasi nosiseptor</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Neuro transmitter</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Prostaglandin dan epineprin membawa pesan nyeri ke otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dipersepsikan sebagai nyeri</p>	Nyeri akut

C. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, seperti disayat, tambah berat bila klien bergerak dan batuk, skala nyeri 5, sulit tidur, takut menggerakkan tangan kanan, tampak meringis, nadi 92 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg, sering menarik napas dalam, respirasi 24 x/mnt, berkeringat.

D. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan nyeri akut pada Ny. Y dijelaskan seperti tabel 3

Tabel 3
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. Y. dengan Ca Mamae Post Operasi Modified Radical Mastectomy di Ruang Angsoka II RSUP Sanglah Denpasar Tanggal 8-10 Mei 2021

NO	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, seperti disayat, tambah berat bila klien bergerak dan batuk, skala nyeri 5, susah tidur, tampak meringis, takut menggerakkan tangan kanan, nadi 92 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg, sering menarik napas dalam, respirasi 24	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri Meningkat dengan kriteria hasil: 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Tidak Meringis 3) Tidak bersikap Protektif 4) Tidak mengalami kesulitan tidur 5) Frekuensi nadi membaik 6) Tekanan darah	Intervensi Utama: Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

1	2	3	4
x/mnt berkeringat.	membalik 7) Melaporkan nyeri terkontrol 8) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi meningkat	3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik	
		Pemberian analgesik <i>Observasi</i> 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. onset, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2) Identifikasi riwayat alergi obat 3) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 4) Monitor efektifitas analgesik <i>Terapeutik</i> Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan. Edukasi Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi	

Intervensi Pendukung

Terapi relaksasi

Observasi:

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energy, kemampuan berkonsentrasi
- 2) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum dan sesudah latihan
- 3) Monitor respon setelah terapi relaksasi

Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman.
- 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur relaksasi
- 3) Gunakan pakaian longgar
- 4) Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain

Edukasi

- 1) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi Benson
 - 2) Anjurkan mengambil posisi nyaman
 - 4) Anjurkan relaks dan merasakan sensasi relaksasi
 - 5) Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik relaksasi Benson
 - 6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi Benson
-

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan dari tanggal 8 sampai 10 Mei 2021 di ruang Angsoka 2. Implementasi keperawatan yang dilakukan seperti pada table 4.

Tabel 4
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. Y. Dengan Ca Mamae Post Operasi Modified Radical Mastectomy di Ruang Angsoka II RSUP Sanglah Denpasar Tanggal 8-10 Mei 2021

Tgl/ Jam	Implementasi Keperawatan	Respon	Tanda Tangan
1	2	3	4
8/5 2021 09.00 Wita	Melakukan pengkajian secara komprehensif, khususnya tentang nyeri	DS: klien mengeluh nyeri pada luka operasi nyeri terus menerus, seperti disayat-sayat, skala nyeri 5, nyeri bertambah bila klien bergerak atau batuk. Semalam kurang tidur DO: Klien Nampak meringis, menarik napas dalam, terdapat luka operasi di dada kanan, klien berkeringat, tidak mau menggerakkan tangan kanan.	Swasri
09.30	Mengukur tanda-tanda vital	DS: klien menyetujui untuk diukur DO: klien tampak kooperatif, suhu 36,5°C, nadi 92 x/mnt, respirasi 24 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg.	Swasri
10.00	Meminta persetujuan klien untuk dilatih teknik relaksasi Benson	DS: klien menyetujui dan minta segera diajarkan DO: klien nampak bersemangat, klien mengatakan menggunakan “Om Namah Shivaya” yang arti singkatnya saya mohon perlindungan, tuntunan dan keselamatan dari Dewa Shiva	Swasri

1	2	3	4
11.00	Mengajarkan teknik relaksasi Benson	DS: klien mengatakan mengerti dan ingin mempraktekkannya DO: klien antusias mendengarkan, sambil sesekali mempraktekkan dengan posisi berbaring.	Swasri
11.30	Menyiapkan kondisi lingkungan supaya tenang. Meminta klien untuk mempraktekkan teknik relaksasi Benson sambil dituntun Meminta klien untuk mengulangi minimal 2 kali sehari	DS: klien mengatakan bersedia Klien mengatakan merasa lebih tenang setelah mempraktekkan teknik relaksasi Benson, nyeri dirasakan sedikit berkurang. Skala nyeri 4. DO: Ruangan tenang, privasi terjaga. Klien nampak mempraktekkan teknik relaksasi Benson. Wajah klien Nampak lebih tenang	Swasri
12.00	Memonitor reaksi pemberian analgetik (PCA)	DS: klien mengatakan sudah memencet tombol PCA tapi masih merasakan nyeri, klien mengatakan tidak merasa gatal/sesak/mual. DO: PCA terpasang dan berfungsi baik, tanda alergi tidak ada.	Swasri
15.00	Menganjurkan klien untuk istirahat siang	DS: klien mengatakan akan beristirahat DO: klien Nampak istirahat tidur	Swasri
16.00	Delegatif pemberian obat ketorolac 30 mg/iv	DS: klien mengeluh perih pada jarum infus DO: Analgetik sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Swasri
16.30	Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengobservasi nyeri	DS: klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan merasa lebih nyaman	Swasri

1	2	3	4
		DO: Suhu 36,6°C, nadi 88 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, Tekanan Darah 120/80 mmHg, wajah Nampak lebih tenang	
18.00	Menuntun klien untuk melakukan teknik relaksasi Benson	DS: klien mengatakan lebih tenang, nyeri sudah berkurang, skala nyeri 4. DO: klien Nampak mempraktekkan teknik relaksasi Benson	Swasri
22.00	Delegatif pemberian ciprofloksasin 1 gr dan ketorolac 30 mg	DS: klien mengatakan perih ditangan DO: obat injeksi sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Swasri
22.10	Menyarankan klien untuk tidur malam	DS: klien mengatakan akan tidur DO: klien tidur malam	Swasri
9/5 2021 08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengkaji skala nyeri pasien	DS: Klien mengatakan semalam terbangun sekali karena nyeri, setelah menekan tombol PCA, klien tertidur lagi. Pagi ini nyeri sudah berkurang, skala nyeri 3. DO: Wajah klien tampak lebih tenang, suhu 36,2°C, nadi 84 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, Tekanan darah 120/80 mmHg.	Swasri
08.30	Menuntun klien untuk melakukan teknik relaksasi Benson	DS: klien mengatakan senang melakukannya , merasa lebih tenang dan nyeri berkurang DO: Klien Nampak duduk melakukan relaksasi Benson, Wajah Nampak lebih tenang	Swasri

1	2	3	4
10.00	Merawat luka post op, mencabut drain, dan Stop PCA	DS: klien mengatakan nyeri saat selang dicabut. DO: klien Nampak meringis, luka operasi bersih dan kering, drain sudah dicabut, tanda infeksi tidak ada.	Swasri
12.30	Memberi obat paracetamol 500 mg	DS: klien mengatakan akan meminum obatnya DO: obat sudah diminum	Swasri
14.00	Menyarankan klien untuk melatih menggerakkan tangan kanan bertahap	DS: klien menyetujui, dan berjanji akan terus berlatih, klien mengatakan luka seperti tertarik dan nyeri DO: klien tampak menirukan gerakan tangan yang dicontohkan petugas	Swasri
15.00	Menganjurkan klien untuk istirahat siang	DS: klien mengatakan akan istirahat siang DO: klien Nampak tidur	Swasri
16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengkaji skala nyeri klien	DS: klien mengatakan nyeri masih dirasakan, skala nyeri 3, dan sudah bisa mengangkat tangan kanan lurus keatas DO: klien sesekali memegang luka post op, Nampak mengangkat tangan kanan ,wajah meringis, suhu 36,5°C, nadi 80 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, tekanan darah 120/80 mmHg	Swasri
17.15	Menuntun klien untuk melakukan relaksasi Benson	DS: klien mengatakan sudah siap untuk relaksasi	Swasri

1	2	3	4
		DO: klien langsung mempraktekkan relaksasi Benson dengan tenang	
18.00	Memberi obat oral paracetamol 500 mg dan ciprofloksasin 500 mg	DS: klien mengatakan akan minum obatnya DO: obat sudah diminum	Swasri
10/5 2021 07.00	Menanyakan kabar klien, Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengkaji skala nyeri klien	DS: klien mengatakan semalam mengulang teknik relaksasi Benson sebelum tidur, klien mengatakan tidur nyenyak semalam. Nyeri sudah jauh berkurang, skala nyeri 2 DO: klien nampak segar, jalan-jalan disekitar tempat tidur, suhu 36,5°C, nadi 76 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, tensi 120/75 mmHg, klien mampu mengangkat tangan kanan walaupun belum maksimal.	Swasri
08.00	Memberi obat oral paracetamol dan ciprofloksasin	DS: klien mengatakan akan minum obat DO: obat sudah diminum	Swasri
09.00	Menuntun klien untuk melakukan teknik relaksasi Benson	DS: klien mengatakan siap, dan akan terus mempraktekkan walaupun sudah pulang karena merasakan manfaatnya, menjadi lebih tenang dan nyeri berkurang. Skala nyeri 2. DO: klien Nampak melakukan relaksasi Benson dengan tenang	Swasri

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur respon/keberhasilan asuhan keperawatan sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan, serta membuat perencanaan selanjutnya. Evaluasi keperawatan pada Ny. Y. seperti pada table 5

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ny. Y. Dengan Ca Mamae Post Operasi Modified Radical Mastectomy di Ruang Angsoka II RSUP Sanglah Denpasar

Tgl/jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Ttd
10/5 2021 Jam 09.00 wita	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, seperti disayat, tambah berat bila klien bergerak dan batuk, skala nyeri 5, takut menggerakkan tangan kanan, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, nadi 92 x/mnt, tekanan darah 135/85 mmHg, respirasi 24 x/mnt, sering menarik napas dalam, berkeringat.	S: klien mengatakan nyeri berkurang. Skala nyeri 2 O: klien nampak tenang, tidak berkeringat, nadi 76 x/mnt, respirasi 18 x/mnt, tekanan darah 120/75 mmHg analgetik paracetamol 500 mg tiap 8 jam. A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Anjurkan melakukan teknik relaksasi Benson minimal 2 x/hr - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Kolaborasi pemberian analgetik.	Swasri