

BAB II

GAMBARAN KASUS

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus pasien kelolaan dari mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Penulis menggunakan tabel yang berisi penjabaran data.

2.1 Asuhan Keperawatan

2.1.1 Pengkajian

1) Identitas Klien

Pasien dengan inisial Ny. U, berusia 62 tahun, beliau adalah seorang ibu rumah tangga yang beralamat Pasuruan, dengan riwayat pendidikan terakhir SMA. Klien datang ke RSUD Bangil dengan keluarganya pada tanggal 11 Maret 2024 pukul 08.30. Pengkajian dilakukan ketika klien telah menjalani operasi pada tanggal 13 Maret 2024 pukul 16.00 . dengan diangosa medis *Post-Op Ca mameae*.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengeluh **nyeri, sulit tidur**

b) Riwayat penyakit sekarang

Klien datang untuk menjalani operasi pada payudara kiri sesuai arahan dokter. Operasi berjalan dengan selama 130 menit diruang operasi, setelah kondisi pasien telah stabil dari ruang RR, pasien dipindahkan keruangan Melati 2, pengkajian dilakukan pada H+1 setelah operasi, **klien masih tampak meringis dan gelisah**

c) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit lainnya

d) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit lainnya , namun nenek dari pasien (yang sudah meninggal) pernah mempunyai benjolan di payudaranya.

3) Pengkajian B1- B6

a) B1 (*Breathing*)

I : Pernapasan spontan, tidak ada secret maupun sumbatan jalan nafas, bentuk dada simetris, frekuensi nafas 24x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang (normal)

P : Bunyi normal pekak ke sonor pada batas paru –hepar

A : tidak ada bunyi nafas tambahan / vesikuler

b) B2 (*Blood*)

I : Dada simetris, tidak ada bendungan vena pada dinding dada, tidak ada pembesaran, adanya pulsasi *ictus cordis* (normal), adanya bekas *post-op* payudara kiri, CRT kurang dari 2 detik, Konjungtiva pucat, sklera berwarna putih

P : Ictus cordis normal (terletak di garis midklavicula sinistra ICS V), Nadi : 120x/menit

P : Tidak ada pembengkakan jantung

A : S1S2 Tunggal, TD: 140/80 mmHg

c) B3 (*Brain*)

I : Tingkat kesadaran yakni *composmentis*, GSC : 4-5-6, reflek pupil terhadap cahaya (+/+), pupil isokor saat dilakukan inspeksi.

Fungsi serebral : tidak ada penurunan status kognitif, persepsi, maupun penurunan memori

d) B4 (*Bladder*)

Diuresis : $\text{jumlah urine/kg BB/jam} = 200 \text{ cc}/52\text{kg}/7\text{jam} = \mathbf{0,54\text{cc/kg/jam}}$. Balance cairan normal (0,5- 1cc/kgBB/jam)

e) B5 (*Bowel*)

Sebelum sakit BB: 52 kg dan TB : 150 cm

A: Bising usus : 10x/menit

I : mukosa bibir kering

Makan : 3x sehari ¼ porsi , sudah bisa buang angin (flatus)

Minum : ½ botol aqua/7 jam, diselingi teh hangat 1 gelas

f) B6 (*Bone*)

I: tidak ada oedema pada kaki kanan dan kiri, , tonus otot : 5/5/5/5

Tidak ada keluhan nyeri tulang maupun sendi

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

mata cowong karena sulit tidur, dan pola tidurnya yang berubah

b) Tanda-Tanda Vital Lainnya

Suhu: 37°C, SPO2: 98%

c) Pengkajian Nyeri

P : Nyeri pada bagian luka operasi

Q : Nyeri seperti tertusuk agak panas

R : Nyeri terasa diarea dada kiri

S : Skala nyeri 8/10

T : Nyeri hilang timbul

5) Pemeriksaan Penunjang

A. Berikut hasil pemeriksaan laboratorium (sebelum tindakan operasi)

a) Darah Lengkap

Hemoglobin : 6,35 g/dl **LL** (nilai rujukan : 12-16)

Hematokrit : 22,5 **L** (nilai rujukan : 33.0 – 51.0)

Eritrosit : 3,285 **L** (nilai rujukan : 4.40 – 5.2)

PCT : -(nilai rujukan : 1.09-1.82)

Leukosit : 7,86 (nilai rujukan : 4,5 – 11)

Neutrofil : 4,5 (nilai rujukan : 1,5 - 8,5)

Limfosit : 2,18 (nilai rujukan : 1,1 - 5,0)

Monosit : 0,90 **H** (nilai rujukan : 0,14-0,66)

PLT : 459 **H** (nilai rujukan : 150 – 450)

b) Kimia Klinik

GDS : 93 md/dl (nilai rujukan : <200)

B. Hasil pemeriksaan radiologi foto thorax AP (sebelum tindakan operasi)

pada pasien *Post-Op Ca Mamae*

Jantung : ukuran dan bentuk normal, tak tampak kalsifikasi aortic knob

Mediastrium tak tampak melebar, trachea baik, hilus baik, corakan

bronchovaskuler kedua paru baik, tak tampak infiltrate di kedua lapang

paru, sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam, kedua hemidiafragma baik

tulang intak. Jantung dan paru tak tampak kelainan

6) Terapi Farmakologi

Infus Futrolit : Asering (1:1/24 jam), injeksi santagesik 3 x 1 amp, injeksi lansoprazole 2 x 30 mg, bebat tekan dengan elastic bandage

2.1.2 Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa data pada klien pada pasien dengan nyeri *Post-Op Ca Mamae*

Analisa Data	Etiologi	Problem
DS: pasien mengeluh nyeri P : Nyeri pada bagian luka operasi Q : Nyeri seperti tertusuk agak panas R : Nyeri terasa diarea dada kiri S : Skala nyeri 8/10 T : Nyeri hilang timbul DO: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Nadi meningkat: 120x/menit 4. Tekanan darah meningkat : 140/80 mmHg 5. Pola nafas berubah : RR 24x/menit 6. Nafsu makan menurun : ¼ porsi tiap 8 jam 7. Sulit tidur	Proses pembedahan (Trauma jaringan, interupsi saraf, dan diseksi otot) ↓ Mengaktifkan respon peradangan (pelepasan mediator kimia oleh sel : Bradikinin, \ histamin, dan Prostaglandin) ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Nyeri	Nyeri akut (D.0077)

2.1.3Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri (nyeri pada bagian luka operasi, seperti tertusuk agak panas, terasa diarea dada kiri, skala nyeri 8/10, nyeri hilang timbul) tampak meringis, gelisah, nadi meningkat: 120x/menit, tekanan darah meningkat : 140/80 mmHg, pola nafas berubah : rr 24x/menit, nafsu makan menurun : ¼ porsi tiap 8 jam, sulit tidur

2.1.4 Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan memiliki tujuan antara lain: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. Dengan menggunakan intervensi sebagai berikut

1. Intervensi (SIKI)

Terapi Relaksasi (I. 09326) & Pemberian Analgetik (I. 08243)

Observasi

- a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
Rasional : Identifikasi gejala yang mengganggu kemampuan kognitif guna melancarkan proses penerimaan informasi berdasarkan kondisi klien
- b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan (menyarankan teknik relaksasi benson jika belum pernah mencoba menggunakan teknik tsb)
Rasional : Teknik relaksasi yang pernah digunakan klien dapat menjadi acuan pemberian relaksasi yang akan digunakan, evaluasi penggunaan relaksasi yang baik, bisa digunakan kembali
- c. Identifikasi kesediaan pasien
Rasional : Harus dipastikan klien dalam keadaan siap dan bersedia dalam menerima pemberian relaksasi
- d. Periksa ttv sebelum dan sesudah tindakan
Rasional : Tanda-tanda vital menjadi pokok utama dalam analisa asuhan keperawatan, dengan melihat adanya perubahan ttv, perawat dapat mudah mengidentifikasi proses penyembuhan atau resiko lain yang dapat terjadi

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan nyaman dan tenang
Rasional : Lingkungan nyaman dan tenang dapat menunjang kelancaran proses pelaksanaan relaksasi
- b. Beri informasi tentang teknik relaksasi benson
Rasional : Informasi yang jelas dapat mengurangi terjadinya mis komunikasi dan memperjelas pemahaman klien sebelum pelaksanaan relaksasi Benson
- c. Gunakan nada suara lembut

Rasional : Suara lembut dan jelas menjadikan klien lebih mudah menerima penjelasan sehingga klien merasa lebih diperhatikan/care terhadapnya

- d. Gunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik jika sesuai

Rasional : Efek terapi analgetik dapat menurun atau hilang setelah beberapa jam

Edukasi

- a. Anjurkan mengambil posisi nyaman

Rasional : Posisi yang nyamandapat memberikan perasaan tenang dan nyaman agar informasi yang disampaikan dapat terserap baik oleh klien

- b. Anjurkan mengulangi dan melatih teknik relaksasi Benson

Rasional : Mengulangi dan melatih relaksasi agar dapat di aplikasikan secara mandiri, tanpa bantuan perawat maupun dapat menularkan ilmu kepada orang lainnya yang sedang membutuhkan informasi terkait relaksasi Benson

- c. Demonstrasikan

Rasional : Demonstrasi dilakukan untuk memperjelas dan mempermudah ingatan klien dalam pengaplikasia

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik sesuai indikasi

Rasional : Jenis dan dosis alagetik harus sesuai dengan setiap klien dengan keluhan dan kondisi tubuh yang berbeda-beda, kolaborasi untuk meminimalisir terjadinya ketidaktepatan pemilihan terapi farmakologi dalam mengurangi nyeri

2. Penerapan Intervensi

Intervensi yang dilakukan menggunakan SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) Terapi relaksasi (I.09326) dengan penerapan menggunakan modifikasi teknik Benson. Penilaian skala nyeri menggunakan VRS (Verbal Rating Scale). Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri. Skala verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik.

Cara Pelaksanaan terapi relaksasi Benson yakni, dengan menciptakan lingkungan tenang dan nyaman, menganjurkan klien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah, melemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan, menganjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar lalu tarik nafas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut, sambil mengucap *Laa ilaaha illallah* (sesuai keyakinan), *Astaghfirullah* (sesuai keyakinan), tenangkan pikiran kemudian Nafas dalam hembuskan, *Subhanallah* (sesuai keyakinan). Kemudian mengucap *Alhamdulillah* (sesuai keyakinan). Nafas dalam hembuskan, *Allahu akbar* (sesuai keyakinan) dan teruskan selama 10-15 menit, kata yang diucapkan kalimat Allah, atau nama-namanya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti *Lailaha illallah*, *Astaghfirullah*, *Subhanallah*, *Alhamdulillah*, dan *Allahu Akbar*, klien diperbolehkan membuka mata untuk melihat. Bila sudah selesai tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata dibuka.

2.1.5 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan, baik secara keperawatan mandiri maupun kolaboratif diberikan selama 2x24 jam. Implementasi dimulai pada 13/03/2024 pukul 16.30 hingga 21.00, antara lain: Melakukan identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, dan gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif dengan hasil: pasien sedang dalam keadaan yang dirasa cukup dalam menerima informasi, melakukan identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan (menyarankan teknik relaksasi benson jika belum pernah mencoba menggunakan teknik tsb) dengan hasil: pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah menggunakan teknik untuk mengatasi nyerinya, melakukan identifikasi kesiediaan pasien dengan hasil: pasien siap menerima intervensi yang akan diberikan, melakukan pemeriksaan nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah tindakan dengan hasil: sebelum tindakan (N:120x/menit, TD:140/80 mmHg, suhu: 37°C) sesudah: (dievaluasi), menciptakan lingkungan nyaman dan tenang dengan hasil: informasi diberikan saat keadaan tenang, tidak ada tamu

yang menjenguk klien, memberi informasi tentang teknik relaksasi benson dengan hasil: klien memahami, menggunakan nada suara lembut dengan hasil: klien lebih kooperatif, menggunakan relaksasi sebagai penunjang dengan analgetik jika sesuai, dengan hasil: klien juga menggunakan analgetik (melalui advise dokter), menganjurkan mengambil posisi nyaman dengan hasil: klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, namun klien takut untuk bergerak, menganjurkan mengulangi dan melatih teknik relaksasi benson dengan hasil: klien menerima dan mau berlatih (skala nyeri awal 8/10 menjadi 6/10, mendemonstrasikan dengan tepat dengan hasil: pasien memperhatikan dengan kooperatif, melakukan kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik sesuai indikasi dengan hasil: pasien menerima pemberian obat melalui inj iv (santagesik 1 amp). (skala nyeri awal 6/10 menjadi 3/10).

Pada hari kedua pada 14/06/2024 pada pukul 06.25 hingga 07.00 antara lain, melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil: nadi: 110x/menit, tekanan darah : 130/80 mmHg, RR: 21x/menit, menganjurkan mengulangi dan melatih teknik relaksasi benson setiap merasa nyeri memberikan support dan motivasi untuk berlatih relaksasi Benson dengan hasil: pasien berkata jujur memang mengalami kesulitan fokus melakukan sendiri jika tidak didampingi perawat, karena merasa nyeri dirasa muncul kembali ketika sudah jauh jeda pemberian obat, melakukan kolaborasi pemberian analgetik dengan hasil: pasien menerima pemberian obat melalui inj iv (santagesik 1 amp) (skala nyeri awal 4/10 menjadi 2/10).

2.1.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan dari 2x 24 jam yakni terjadi penurunan yang signifikan pada nyeri klien. Evaluasi dilakukan pada tanggal 14/03/2024 pukul 09.00 dengan data sebagai berikut: S: Klien mengatakan nyeri jauh lebih berkurang (skala nyeri 2/10), O: Tampak meringis (-), gelisah (-), nadi: 90x/menit, tekanan darah: 120/80 mmHg RR 17x/menit, nafsu makan bertambah, yakni ½ porsi tiap makan, sulit tidur (-) . A: Masalah nyeri teratasi. P: Intervensi tetap dilanjutkan (melakukan pemeriksaan ttv, anjurkan mengulangi dan melatih teknik relaksasi benson setiap merasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik)

Tabel 2. 2 Lembar Observasi Pemberian Terapi Relaksasi Benson

No.	Waktu Pelaksanaan	Pre-Tindakan	Post-Tindakan
1.	13/3/2024 16.40-16.50	Skala nyeri 8/10	Skala nyeri 6/10
2.	14/3/2024 06.30-06.40	Skala nyeri 6/10	Skala nyeri 3/10

