ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN NYERI DENGAN PENERAPAN KOMBINASI *SLOW DEEP BREATHING RELAXATION* DAN TERAPI AUTOGENIK PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh :

Hanifah Adila Fauziyyah, S.Kep

2021030029

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

HALAMAN JUDUL

ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN NYERI DENGAN PENERAPAN KOMBINASI *SLOW DEEP BREATHING RELAXATION* DAN TERAPI AUTOGENIK PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh :

Hanifah Adila Fauziyyah, S.Kep

2021030029

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya ilmiah akhir ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Nama : Hanifah Adila Fauziyyah

NIM : 2021030029

Tanda Tangan :

Tanggal : 22 September 2022

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN NYERI DENGAN PENERAPAN KOMBINASI *SLOW DEEP BREATHING RELAXATION* DAN TERAPI AUTOGENIK PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan pada tanggal 22 September 2022

Pembimbing

(Dadi Santoso, M.Kep)

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(W[illegible]ami, M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan Oleh

Nama : Hanifah Adila Fauziyyah

NIM : 2021030029

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA-N : Asuhan Keperawatan Manajemen Nyeri Dengan Penerapan Kombinasi *Slow Deep Breathing Relaxation* Dan Terapi Autogenik Pada Pasien Kanker Payudara Di Rsud. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Universitas Muhammadiyah Gombong

Penguji satu

(Nur Indarwati S.Kep.,Ns)

Penguji dua

(Dadi Santoso, M. Kep)

Ditetapkan di : Gombong

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Manajemen Nyeri Dengan Kombinasi *Slow Deep Breathing* Dan Relaksasi Autogenic Pada Pasien Kanker Payudara Di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto".

Naskah KIA-Ners ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Fakultas Sains dan Ilmu Terapan Universitas Muhammadiyah Gombong. Dalam menyusun KIA-Ners ini, tidak sedikit kesulitan yang penulis alami, namun berkat bimbingan, dukungan, dorongan, dan semangat dari pihak lain penulis mampu untuk menyelesaikannya. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua saya (Ibu Ratna Indrayuni dan Bapak Suparno) yang dengan penuh kasih sayang membesarkan, mendidik dan tiada henti mendoakan kebaikan untuk anaknya, memberikan semangat dan motivasi, serta adik saya (Luthfi Nabila Tsabitah) yang selalu ada untuk terus menghibur dan membantu saya
2. Ibu Dr. Herniyatun, M.Kep.Sp.Mat, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong
3. Ibu Wuri Utami M. kep, selaku Ketua Program Studi Pendidikan profesi Ners
4. Bapak Dadi Santoso, M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak memberikan waktu pemikiran, perhatian, pengarahan dalam membimbing penulis untuk penyusunan KIA-Ners ini.
5. Ibu Nur Indarwati S.Kep.,Ns selaku penguji yang telah banyak memberikan waktu pemikiran, perhatian, pengarahan dalam membimbing penulis untuk penyusunan KIA-Ners ini.
6. Seluruh dosen dan staf pengajar Universitas Muhammadiyah Gombong dan berbagai pihak yang dengan keterbatasan tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, semoga mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT. Aamiin

7. Semua teman-teman dekat saya yang sering bercanda bersama, bermain dan belajar bersama serta menyelesaikan skripsi bersama yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Terimakasih banyak atas dukungannya.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Memahami kekurangan dalam penelitian ini, penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun, dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Gombong, 25 September 2022

(Hanifah Adila Fauziyyah)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hanifah Adila Fauziyyah

NIM : 2021030029

Program Studi : Profesi Ners

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Nonekslusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN NYERI DENGAN PENERAPAN KOMBINASI *SLOW DEEP BREATHING RELAXATION* DAN TERAPI AUTOGENIK PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalty noneklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat : Gombong, Kebumen

25 September 2022

(Hanifah Adila Fauziyyah)

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Universitas Muhammadiyah Gombong
Karya Ilmiah Akhir Ners, September 2022
Hanifah Adila Fauziyyah [1)] Dadi Santoso [2)]

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN MANAJEMEN NYERI DENGAN PENERAPAN KOMBINASI *SLOW DEEP BREATHING RELAXATION* DAN TERAPI *AUTOGENIK* PADA PASIEN KANKER PAYUDARA DI RSUD. PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Latar Belakang: Kanker merupakan ketidaknormalan sel/jaringan yang tumbuh secara cepat dan ganas serta dapat menyebar didalam tubuh. Gejala yang paling sering muncul dan dialami oleh penderita kanker yaitu nyeri. Pada umumnya, nyeri diartikan sebagai ketidaknyaman pada suatu keadaan yang dialami akibat adanya rangsangan fisik maupun mental secara alami dan perasaan tersebut bersifat subjektif dan individual. Salah satu terapi relaksasi yang digunakan sebagai manajemen nyeri yaitu *Slow Deep Breathing (SDB).*Selain *slow deep breathing*, salah satu terapi non farmakologi yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu relaksasi autogenik.
Tujuan: Menjelaskan asuhan keperawatan manajemen nyeri dengan penerapan kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenik pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis di RSUD. Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto
Metode: Metode penelitian *adalah* deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subyek studi kasus yang akan dikaji adalah 5 pasien kanker payudara dengan nyeri kronis. Alat dalam penelitian ini adalah format asuhan keperawatan, Nursing Kit, SOP kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenic, dan lembar observasi.
Hasil: Hasil pengkajian menunjukkan kelima pasien memiliki keluhan utama yang sama yaitu nyeri kronis. Diagnosa keperawatan prioritas pada Pasien I-V adalah nyeri kronis, Klien I mengatakan nyeri di payudara kanan skala 5, Klien II mengatakan nyeri di payudara kiri skala 6. Klien III mengatakan nyeri di payudara kanan skala 6. Klien IV mengatakan nyeri di payudara kanan skala 6. Klien V mengatakan nyeri di payudara kiri skala 6. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dan kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenik. Hasil evaluasi keperawatan pada kelima pasien menunjukkan penurunan skala nyeri setelah dilakukan tindakan kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenik. Pasien rata-rata mengalami penurunan nyeri 2-3 skala.
Rekomendasi: Perawat dapat memberikan pengetahuan tentang manfaat dan cara *slow deep breathing* dengan relaksasi autogenik untuk management nyeri pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis skala sedang sehingga pasien dapat menerapkannya sewaktu-waktu secara mandiri.

Kata Kunci: *kombinasi slowdeep breathing dan relaksasi autogenik, pasien kanker payudara (Ca Mamae), nyeri kronis.*

[1] Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong
[2] Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

NURSING PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM
FACULTY OF HEALTH SCIENCE
Muhammadiyah University of Gombong
Scientific Paper, September 2022
Hanifah Adila Fauziyyah[1)] Dadi Santoso [2)]

ABSTRACT

NURSING CARE PAIN MANAGEMENT WITH THE APPLICATION OF COMBINATION OF SLOW DEEP BREATHING RELAXATION AND AUTOGENIC THERAPY IN BREAST CANCER PATIENTS AT *PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO* HOSPITAL

Background: Cancer is a cell/tissue abnormality that grows rapidly and is malignant and can spread in the body. The most common symptom experienced by cancer patients is pain. In general, pain is defined as discomfort in a situation experienced due to physical or emotional stimulation mental nature and feelings are subjective and individual. One of the relaxation therapies used as pain management is *Slow Deep Breathing (SDB).*In addition to *slow deep breathing*, one of the non-pharmacological therapies used to reduce pain intensity is autogenic relaxation.
Objective: describe pain management nursing care with the application of a combination of *slow deep breathing* and autogenic relaxation in breast cancer patients with chronic pain at. *Prof. dr. Margono Soekarjo Purwokerto* hospital.
Method: The research method *is* descriptive with a case study approach. The case study subjects that will be studied are 5 breast cancer patients with chronic pain. The tools in this study were the nursing care format, the Nursing Kit, the standard operation procedures for the combination of *slow deep breathing* and autogenic relaxation, and an observation sheet.
Results: The results of the study showed that all five patients had the same main complaint, namely chronic pain. The priority nursing diagnosis in Patient IV is chronic pain, Client I said pain in the right breast on a scale of 5, Client II said pain in the left breast on a scale of 6. Client III said pain in the right breast on a scale of 6. Client IV said pain in the right breast on a scale of 6. Client V said pain in the left breast on a scale of 6. The nursing intervention carried out was pain management. The nursing implementation is pain management and a combination of *slow deep breathing* and autogenic relaxation. The results of the nursing evaluation on the five patients showed a decrease in the pain scale after a combination of *slow deep breathing* and autogenic relaxation was performed. Patient average experienced a pain reduction of 2-3 scales.
Recommendation: Nurses can provide knowledge about the benefits and ways of *slow deep breathing* with autogenic relaxation for pain management in breast cancer patients with moderate-scale chronic pain so that patients can apply it at any time independently.

Keywords: *combination of slow deep breathing and autogenic relaxation, breast cancer patients (Ca Mamae), chronic pain.*

[1] Student of Muhammadiyah University of Gombong
[2] Lecturer of Muhammadiyah University of Gombong

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ii
HALAMAN PERSETUJUAN iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI vi
ABSTRAK vii
ABSTRACT viii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 5
C. Manfaat 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A. kanker Payudara 7
B. Nyeri Kronis 15
C. Proses Keperawatan 28
D. Kerangka Konsep 37
BAB III METODE STUDI KASUS 38
A. Desain Studi Kasus 38
B. Lokasi dan Waktu Studi Kasus 38
C. Subyek Studi Kasus 38
D. Definisi operasional 39
E. Instrumen Studi Kasus 40
F. Teknik Pengumpulan Data 40
G. Analisis Data dan Penyajian Data 41
H. Etika Penelitian Studi Kasus 41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN 43
A. Profil Lahan Praktek 43

B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan Pasien 44
C. Pembahasan 74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 81
A. Kesimpulan 81
B. Saran 82
DAFTAR PUSTAKA..... 84
LAMPIRAN-LAMPIRAN..... 87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway……..12

Gambar 2.2 Verbal Rating Scale……21

Gambar 2.3 Visual Analogue Scale……...21

Gambar 2.4 Numerical Rating Scale……...22

Gambar 2.4 Face Rating Scale……...23

Gambar 2.5 Kerangka Konsep……...37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Oprasional.....40

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan penduduk di dunia kini semakin meningkat khususnya dalam bidang kesehatan. Namun permasalahan mengenai kesehatan tetap menjadi sebuah ancaman. Kanker merupakan penyakit yang mengalami peningkatan dalam setiap tahunnya meskipun menjadi salah satu penyakit yang tidak menular, namun dapat menyebabkan kematian yang relative tinggi di dunia. Penyakit kanker sendiri adalah ketidaknormalan sel/jaringan yang tumbuh secara cepat dan ganas serta dapat menyebar didalam tubuh (Kemenkes, 2019). Sel/jaringan yang abnormal tersebut dapat tumbuh melebihi batas normal hingga menyerang pada tubuh bagian yang lain maupun yang berdampingan. Hal ini sering disebut juga sebagai tumor ganas (WHO, 2018).

Badan kesehatan dunia (WHO) menyampaikan bahwa pada tahun 2018, penderita yang menyandang kanker didunia mencapai 18,1 juta orang sedangkan 9,6 juta orang meninggal akibat penyakit kanker tersebut. Pada tahun 2020, kanker menjadi kasus tertinggi di ASIA dengan banyaknya populasi mencapai 9.503.710 kasus dan diikuti oleh EROPA dengan banyaknya kasus mencapai 4.398.443 kasus. Di Indonesia sendiri, prevalensi penderita kanker telah mengalami peningkatan yang mencapai 1,79 per 1000 orang di tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan Riskesdas 2018, jumlah penderita yang mengalami kanker disemua usia mencapai 347.792 orang dengan prevalensi tertinggi adalah provinsi D.I.Yogyakarta sebesar 0,41%. Jawa Tengah menduduki posisi kedua dengan jumlah kasus sebanyak 68.638 orang dan posisi ketiga yaitu Jawa Timur dengan banyaknya kasus sampai dengan 61.230 orang. Penyakit kanker mempunyai beberapa dampak terhadap kesehatan fisik maupun mental psikologis diantaranya nyeri dan ansietas. Gejala yang

paling sering muncul dan dialami oleh penderita kanker yaitu nyeri. Pada umumnya, nyeri diartikan sebagai ketidaknyaman pada suatu keadaan yang dialami akibat adanya rangsangan fisik maupun mental secara alami dan perasaan tersebut bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2010). Berdasarkan studi sebelumnya disimpulkan bahwa 64% pasien kanker atau kanker dengan metastase mengeluh nyeri, 59% pasien kanker dengan pengobatan kuratif antikanker juga merasakan nyeri (Scarborough & Smith, 2018). Sedangkan ansietas yang dialami oleh pasien kanker dengan kemoterapi mencapai presentase 55% sampai dengan 77% (Ahmad, Bani Mohammad dan Anshasi, 2020).

Nyeri dan ansietas mempunyai dampak negative pada penderita dengan kanker dalam pengobatan. Hal ini dapat berdampak buruk terhadap kualitas hidup, penyembuhan, serta perawatan yang dilakukan pada pasien (Chow *et al*, 2020). Upaya mengatasi hal tersebut, dapat dilakukan penanganan atau tindakan dalam memanajemen nyeri dan ansietas pada penderita kanker. Penanganan secara farmakologis telah terbukti dalam penanganan nyeri yakni menggunakan obat. Sedangkan terapi non farmakologis juga sudah terbukti dan signifikan dalam menurunkan nyeri dan ansietas yang dialami pasien. Menurut Izgu, Ozdemir, *et al* (2019) pemberian aromaterapi sebagai manajemen nyeri pada penderita kanker yang menjalankan kemoterapi sangat signifikan dan efektif untuk digunakan. Terapi lain yang dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri antara lain kompres dingin, relaksasi autogenic, *Slow Deep Breathing (SDB)*, distraksi releksasi dan aromaterapi (Kowalak, 2011).

Slow Deep Breathing (SDB) merupakan salah satu tehnik yang dapat berfungsi sebagai terapi rileksasi. Dikatakan sebagai tehnik rileksasi dikarenakan pernafasan yang dilakukan secara lambat dan mendalam sehingga membuat seseorang merasa lebih rileks dan tenang (NIPA, 2017). *Slow Deep Breathing* ini dapat dilakukan secara sadar atau disadari oleh individunya karena korteks serebri melakukan pengendalian pada

pernafasan secara sadar, sedangkan medulla oblongata mengatur dengan cara spontan dan otomatis (Martini, 2016).

Manajemen nyeri menggunakan *slow deep breathing* relative efektif dan aman dikarenakan tidak menyebabkan atau menimbulkan reaksi yang berbahaya sehingga dapat dijadikan alternatif untuk mengatasi nyeri akut. Tehnik relaksasi yang benar dilakukan secara tepat akan memberikan hasil berupa ketenangan serta mampu menurunkan intensitas nyeri (Ernawati dkk., 2010). Menurut penelitian Astria, Utami & Utomo (2015) menyatakan bahwa terapi menggunakan tehnik *slow deep breathing* mampu memberikan penurunan terhadap nyeri disminore. Penerapan terapi ini dilakukan dengan mengatur nafas secara dalam dan lambat selama kurang lebih 3 kali dengan kapasitas waktu 5-10 menit ketika nyeri terasa (Hesti dkk.,2015). Terapi *slow deep breathing*, sebelumnya telah dilakukan oleh Ristiyanto, dkk (2016) dalam penelitiannya tentang efektivitas terapi *Slow Deep Breathing* terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien kanker di RS Tugurejo Semarang. Hasil penelitian menunjukan bahwa teraapi *slow deep breathing* memiliki nilai efektivitas yang signifikan dalam menurunkan tingkat nyeri pada pasien kanker.

Terapi non farmakologi yaitu terapi yang digunakan sebagai manajemen nyeri yaitu terapi relaksasi autogenic (Nurhayati, 2019). Tehnik terapi autogenik adalah relaksasi yang dilakukan atau berasal dari individu itu sendiri dengan memakai kalimat pendek maupun pemikiran yang menjadikan nyaman dan tentram (Farada, 2017). Pada dasarnya, terapi ini berfungsi sebagai pengendali tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, serta mampu mendistraksi perasaan nyeri yang dialami (Apriansyah, 2015). Berdasarkan penelitian Syamsiah (2015) menyatakan bahwa terapi autogenic secara signifikan mempengaruhi nyeri akut yang dirasakan oleh pasien dengan abdominal pain. Pemberian terapi autogenic ini terbukti signifikan apabila dilakukan dengan durasi waktu 10-20 menit sebanyak 3 kali dalam sehari serta dilakukan selama 3 hari terus menerus pada pasien yang mengalami nyeri post operasi (Andriati, 2019).

Relaksasi autogenic ini merupakan terapi yang mampu meredakan nyeri, dikarenakan terapi ini dapat mengembalikan keseimbangan fisik juga emosional yang perlu dibutuhkan oleh tubuh kita dikala stress. Hal ini terjadi akibat terapi tersebut telah menghentikan respon stress dan menjadikannya sebagai respon yang relaksasi secara alami(Priyo, 2018). Berdasarkan hasil penelitian menyimpulkan bahwa terapi autogenic memiliki signifikansi atau pengaruh terhadap tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi laparatomi di RSUP Dr. M. Djamil (Reflina, 2021). Terapi autogenic, sebelumnya juga telah digunakan pada penelitian yang dilakukan oleh Rosaline, dkk (2018) menyatakan bahwa terapi relaksasi autogenic mampu digunakan untuk mengurangi dampak dari kemoterapi, misalnya dari segi fisik ada mual muntah dan nyeri serta dari aspek psikologisnya dapat mengurangi kecemasannya ketika kemoterapi.

Hasil observasi yang telah dilakukan, penyakit kanker payudara atau *ca mamae* merupakan kasus penyakit yang termasuk dalam kategori 10 besar selama 6 bulan terakhir di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 pasien dengan kanker payudara atau *Ca Mammae* di ruang Wijaya Kusuma RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo didapatkan bahwa dari kelima pasien memiliki keluhan yang sama yakni nyeri meskipun telah diberikan terapi farmakologi berupa obat analgetik. Selain terapi farmakologi, perawat dapat memberikan terapi berupa non farmakologi untuk dapat diberikan kepada pasien sebagai manajemen nyeri. Namun selama observasi berlangsung, perawat hanya mengandalkan terapi nafas dalam untuk digunakan. Dari kelima pasien yang diberikan terapi nafas dalam, 2 diantaranya masih mengatakan bahwa nyerinya belum berkurang. Dalam hal ini, penatalaksanaan manajemen nyeri menggunakan kombinasi *Terapi Autogenic* belum pernah diterapkan, sehingga penulis berkeinginan untuk melakukan penerapan dengan pemberian kombinasi *Slow Deep Breathing* dan *Terapi Autogenic* untuk meminimalkan tingkat nyeri yang dirasakan

pada pasien kanker Payudara di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yaitu untuk memberikan uraian mengenai hasil dari asuhan keperawatan manajemen nyeri dengan kombinasi *slow deep breathing* dan relaksasi autogenic pada pasien kanker payudara di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

2. Tujuan Khusus

a. Menganalisis hasil pengkajian pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis
b. Menganalisis diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang ada pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis
c. Menganalisis intervensi keperawatan pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis
d. Menganalisis implementasi keperawatan pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis
e. Menganalisis evaluasi keperawatan pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis
f. Menganalisis hasil tindakan keperawatan manajemen nyeri dengan kombinasi *slow deep breathing* dan relaksasi autogenic pada pasien kanker payudara dengan nyeri kronis

C. Manfaat

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sumber informasi dan media pembelajaran bagi mahasiswa kedepannya untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri di Rumah Sakit.

2. Bagi Praktek Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi data tambahan dan menjadikan inovasi baru dalam pemberian pelayanan dalam tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri di Rumah Sakit

3. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan mampu membantu dan memudahkan pasien dikemudian hari untuk melakukan manajemen nyeri secara mandiri dengan menggunakan kombinasi *slow deep breathing* dan relaksasi autogenic.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, M., Bani Mohammad, E., Anshasi, H.(2020).Virtual Reality Technology for Pain and Anxiety Management among Patients with Cancer: A Systematic Review.Pain Management Nursing

Andriati, R. (2019). Perbedaan Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesaria Di Rumah Sakit Buah Hati Ciputat

Apriansyah, A., Siti, R., & Desy, A. (2015). Hubungan antara Tingkat Kecemasan Pre-Operasi dengan Derajat Nyeri pada Pasien Post Sectio Cesarea di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, *2,*1-9. ISSN: 2355-5459

Astria, I., Utami, S., & Utomo, W. (2015). Efektifitas Kombinasi Teknik Slow Deep Breathing dan Teknik Effleurage terhadap Intensitas Nyeri Dismenorea. *JOM, 2(2), 1169-1177.*

Berman, A. (2013). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb, Alih. Bahasa Meiliya dkk.* Jakarta: EGC

Chow, Howard et al. (2020). Effect of Virtual Reality Therapy in Reducing Pain and Anxiety for Cancer-Related Medical Procedures: A Systematic Narrative Review.Journal of Pain and Symptom Management

Ernawati, H.T., & Hadi, I. (2010). Terapi Relaksasi Terhadap Nyeri Dismenore pada Mahasiswi Universitas Muhammadiyah Semarang. *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS 2010, (18), 106–113.*

Farada, R. Amalia. (2017) Pengaruh Teknik Relaksasi Autogenik Terhdap Tingkat Kecemasan Pada Ibu Primigravida Trimester III Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Kulon Kabupaten Bondowoso

Izgu, N., Ozdemir, L., & Basal, F. B. (2019). Effect of Aromatherapy Massage on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathic Pain and Fatigue in Patients Receiving Oxaliplatin: An Open Label Quasi-Randomized Controlled Pilot Study. *Cancer Nursing*

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018

Kemenkes RI. (2019). Infodatin Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI 2019.

Kemenkes RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar; *RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang. Kemenkes RI

Kowalak, J. P. (2011). *Buku ajar patofisiologi.* Jakarta: EGC.

Martini, F. (2016). *Anatomy and Physiology 1st Edition.* Jurong: Pearson Education South Asia Pte. Ltd.

Nipa, N. (2017). Pengaruh Latihan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Perubahan Skor Kecemasan Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. *86 Kepustakaan (2000-2017)*

Nurarif, A.H. dan Kusuma, H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC.* Jogjakarta: MediAction

Nurhayati., Isny., et al. (2016). Efektivitas Hipnoterapi Dan Relaksasi Autogenik Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Komplikasi Di Rsud Dr. H. Soewondo Kendal. ejournal.stikestelogorejo.ac.id

Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing* edisi 7. Jakarta : Salemba medika

Scarborough, B., & Smith, C. B. (2019). Optimal Pain Management for Patients with Cancer in the Modern Era. 68(3), 182–196.

Priyo. (2017). *Terapi Relaksasi Autogenik Untuk Menurunkan Tekanan Darah dan Sakit Kepala pada Lansia Hipertensi di Daerah Rawan Bencana Merapi*. 83–92

Reflina, Sari (2021) *Pengaruh Relaksasi Autogenik Terhadap Tingkatnyeri Pada Pasien Post Operasi Bedah Laparotomi Di Instalasibedah Rsup Dr. M. Djamil Padang.* Diploma Thesis, Universitas Andalas.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.

Savitri, Astrid., et al. (2015). *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim & Rahim.* Yogyakarta : Pustaka Baru Press

SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (II). Jakarta: DPP PPNI

SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (I). Jakarta: DPP PPNI

Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D* Cetakan Ke., Bandung: Penerbit Alfabeta.

Supriyanto, W. (2014). *Kanker Deteksi Dini, Pengobatan dan Penyembuhannya*, Yogyakarta: Parama Ilmu

Syamsiah, N., & Muslihat, E. (2015). *Pengaruh Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Tingkat Nyeri Akut Pada Pasien Abdominal Pain Di Igd Rsud Karawang 2014*. Jurnal Ilmu Keperawatan. *3*(1) : 11–17

Yayasan Kanker Indonesia. (2015). *Petunjuk Pemeriksaan Sadari. http://yayaysan kankerindonesia.org/article/deteksi-dini-kanker-payudara*

LAMPIRAN

SOP Pemberian Terapi Teknik Relaksasi *Slow Deep Breathing*

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">TERAPI SLOW DEEP BREATHING UNTUK NYERI</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>No. Dokumen</td><td>No. Revisi</td><td>Halaman 1</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Slow deep brathing adalah gabungan dari metode nafas dalam (deep breathing) dan napas lambat sehingga dalam pelaksanaan latihan pasien melakukan nafas dalam dengan frekuensi kurang dari atau sama dengan 10 kali permenit.</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Terapi relaksasi nafas dalam dan lambat (slow deep breathing) untuk mengurangi intensitas nyeri</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">Waktu yang dibutuhkan untuk memberikan terapi relaksasi slow deep breathing yaitu 30 menit Pelaksanaan pemberian terapi relaksasi slow deep breathing

1. Persiapan
a. Siapkan lingkungan yang nyaman dan tenang
b. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
2. Pelaksanaan
a. Persiapan sebelum terapi
1) Atur posisi klien duduk atau tidur
2) Mencuci tangan
3) Kedua tangan diletakan diatas perut
b. Pelaksanaan
1) Anjurkan klien melakukan napas secara berlahan dan dalam melalui hidung dan tarik napas secara perlahan selama 3 detik, rasakan abdomen mengembang saat tarik napas.
2) Tahan napas selama 3 detik
3) Kerutkan bibir keluarkan melalui mulut dan hembuskan napas secara perlahan selama 6 detik. Rasakan abdomen bergerak kebawah
4) Ulangi langkah 1 sampai 6 selama 15 menit.
5) Latihan slow deep breathing dilakukan dengan frekuensi 3 kali sehari.</td></tr>
</table>

SOP TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK

Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Autogenik

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK
Pengertian	Relaksasi autogenic merupakan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat pendek yang bisa membuat pikiran menjadi tenang
Tujuan	1. Meredakan nyeri akut,memberikan perasaan nyaman 2. Mengurangi stress, khususnya stress ringan/sedang 3. Memberikan ketenangan 4. Mengurangi ketegangan
Kebijakan	Terapi ini merupakan salah satu cara untuk membantu klien/pasien dalam mengatasi nyeri akut, ketegangan atau stress fisik dan psikologis yang bersifat ringan / sedang, dengan menekankan pada latihan mengatur pikiran, posisi yang rileks dan mengatur pola pernafasan.
Prosedur	PERSIAPAN A. Pasien/Klien 1. Beritahu klien/pasien 2. Atur posisi duduk atau berbaring bahu dan kepala disangga dengan bantal yang lembut B. Alat Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan. C. Lingkungan Atur lingkungan senyaman dan setenang mungkin agar klien/pasien mudah berkonsentrasi/focus PELAKSANAAN 1. Tubuh berbaring, kepala disanggah dengan bantal, dan mata terpejam. 2. Atur napas hingga napas menjadi lebih pelan dan teratur 3. Tarik napas sekuat-kuatnya lalu buang secara perlahan-lahan sambil katakan dalam hati ‘saya damai dan tenang’. 4. Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa
Indikator Pencapaian	A. Respon verbal 1. Klien/pasien mengatakan rileks, ketegangan berkurang, nyeri menurun. 2. Klien/pasien mengatakan sudah merasa nyaman B. Respon non verbal 1. Klien/pasien tampak tenang 2. Ekspresi wajah klien/pasien tidak tampak tegang, tidak meringis kesakitan, nyeri terkontrol 3. Tanda-tanda vital ; tekanan darah dan nadi dalam batas normal

SOP KOMBINASI TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR KOMBINASI TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK
Pengertian	Kombinasi terapi *Slow deep breathing* dan terapi relaksasi autogenic merupakan gabungan dari metode nafas dalam (*deep breathing)* dan nafas lambat dengan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri dengan menggunakan kata atau kalimat pendek yang dapat membuat pikiran menjadi tenang.
Tujuan	1. Meredakan intensitas nyeri, memberikan perasaan nyaman 2. Mengurangi stress, khususnya stress ringan/sedang 3. Memberikan ketenangan 4. Mengurangi ketegangan
Kebijakan	Terapi ini merupakan salah satu cara untuk membantu klien/pasien dalam mengatasi nyeri, ketegangan atau stress fisik dan psikologis yang bersifat ringan / sedang, dengan menekankan pada latihan mengatur pikiran, posisi yang rileks dan mengatur pola pernafasan.
Prosedur	PERSIAPAN 1. Pasien/Klien a Beritahu klien/pasien b Atur posisi duduk atau berbaring bahu dan kepala disangga dengan bantal yang lembut 2. Alat Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan. 3. Lingkungan Atur lingkungan senyaman dan setenang mungkin agar klien/pasien mudah berkonsentrasi/focus PELAKSANAAN 1. Tubuh berbaring, kepala disanggah dengan bantal, dan mata terpejam. 2. Anjurkan klien melakukan napas secara berlahan dan dalam melalui hidung dan tarik napas secara perlahan selama 3 detik, rasakan perut mengembang saat tarik napas. 3. Tahan selama 3 detik 4. Kerutkan bibir keluarkan melalui mulut dan hembuskan napas secara perlahan selama 6 detik. Rasakan perut bergerak kebawah 5. Ulangi langkah 1 sampai 4 sambil katakan dalam hati ‘saya damai dan tenang’ selama 15 menit.

	6. Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur, ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan ‘saya merasa damai dan tenang sepenuhnya’. 7. Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher, dan kaki. 8. Fokus pada aliran darah di tubuh bayangkan darah mengalir ke seluruh tubuh dan rasakan hawa hangatnya aliran darah, seperti merasakan minuman yang hangat, sambil mengatakan dalam diri ‘saya merasa senang dan hangat’. ‘saya merasa damai,dan tenang’ 9. (ulangi enam kali) 10. Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut. 11. Fokus pada denyut jantung,bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang. Sambil katakan ‘jantung saya berdenyut dengan teratur dan tenang,saya merasa damai dan tenang (Ulangi enam kali) 12. Fokus pada pernafasan,katakan dalam diri ‘nafasku longgar dan tenang,saya merasa damai dan tenang’.(Ulangi enam kali) 13. Fokus pada perut,rasakan pembuluh darah dalam perut mengalir dengan teratur dan terasa hangat.Katakan dalam diri “darah yang mengalir dalam perutku terasa hangat, saya merasa damai dan tenang’.(Ulangi enam kali) 14. Kedua tangan kembali pada posisi awal. 15. Fokus pada kepala,katakan dalam hati “Kepala saya terasa benar-benar dingin, saya merasa damai dan tenang”.(Ulangi enam kali). 16. Mengakhiri latihan relaksasi autogenik dengan melekatkan (mengepalkan) lengan bersamaan dengan napas dalam, lalu buang napas pelan-pelan sambil membuka mata dan kepalan tangan. 17. Lakukan relaksasi ini dengan frekuensi 3 kali sehari
Indikator Pencapaian	1. Respon verbal a) Klien/pasien mengatakan rileks, ketegangan berkurang, nyeri menurun. b) Klien/pasien mengatakan sudah merasa nyaman 2. Respon non verbal a) Klien/pasien tampak tenang b) Ekspresi wajah klien/pasien tidak tampak tegang, tidak meringis kesakitan, nyeri terkontrol c) Tanda-tanda vital ; tekanan darah dan nadi dalam batas normal

Lembar Observasi

Pasien	Hari I		Hari 2		Hari 3	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1.	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 3**
2.	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 6**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**
3.	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 6**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 3**
4.	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 6**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 3**
5	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 6**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 5**	Pasien mengatakan nyeri payudara **skala 4**

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

Kami adalah mahasiswa berasal dari Universitas Muhammadiyah Gombong dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Manajemen Nyeri Dengan Kombinasi *Slow Deep Breathing* Dan Relaksasi Autogenic Pada Pasien Kanker Payudara Di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto".

1. Tujuan dari studi kasus ini adalah melakukan asuhan keperawatan asuhan keperawatan penerapan kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenic pada pasien kanker payudara di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
2. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15- 20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
3. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan dan tindakan yang diberikan.
4. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

Mahasiswa

Hanifah Adila Fauziyyah

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Hanifah Adila Fauziyyah dengan judul "Asuhan keperawatan asuhan keperawatan penerapan kombinasi *slowdeep breathing* dan relaksasi autogenic pada pasien kanker payudara di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Purwokerto, ……2022

Saksi, Yang Membuat Pernyataan

(.....) (_____)

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Hanifah Adila Fauziyyah
NIM : 2021030029
Prodi : Profesi Ners
Pembimbing : Dadi Santoso, M. Kep
Judul : Asuhan keperawatan manajemen nyeri dengan kombinasi *slow deep breathing* dan relaksasi autogenic pada pasien kanker payudara di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
29 Desember 2021	Pengajuan Judul	
27 Desember 2021	Perbaikan Judul	
28 Desember 2021	Acc Judul, Lanjut Bab 1-3	
28 Februari 2022	Konsul BAB 1, 2, dan 3	
01 Maret 2022	Revisi BAB 1,2, dan 3	
03 Maret 2022	Revisi BAB 2 dan 3	
04 Maret 2022	Acc Ujian	

Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Wuri Utami, M.Kep)

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Hanifah Adila Fauziyyah
NIM : 2021030029
Prodi : Profesi Ners
Pembimbing : Dadi Santoso, M. Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Manajemen Nyeri Dengan Kombinasi *Slow Deep Breathing* Dan Relaksasi Autogenic Pada Pasien Kanker Payudara Di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
22 Agustus 2022	Konsul BAB IV-V	
25 Agustus 2022	Konsul Perbaikan BAB IV-V	
1 september 2022	Acc BAB IV-V	
2 September 2022	Lolos Uji Turnitin	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

(Lutami, M.Kep)

ASUHAN KEPERAWATAN
PASIEN 1 – 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PASIEN CA MAMAE SINISTRA DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

(I)

Disusun Oleh:

Hanifah Adila Fauziyyah

2021030029

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

UNIVESITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

A) Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. T
Umur : 54 Tahun
Alamat : Banyumas
Pendidikan : SD
Suku : Jawa
No RM : 021xxxx
Dx Medis : Ca Mamae Dextra

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. W
Alamat : Banyumas
Umur : 56 Tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Hub. Keluarga : Suami

B) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri dibagian payudara kanan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari Poli RSUD Prof. DR. Margono Soekarjo pada tanggal 29 juni 2022 Pro Kemoterapi dengan Ca Mamae dextra, pasien mengeluh Nyeri pada payudaara kanan dan sudah menjalani kemoterapi 9 kali. Pasien mengatakan benjolan pada payudara dari tahun 2021 lalu. Saat dilakukan pengkajian pada tangga 30 Juni 2022 di ruang Wijaya Kusuma Lantai 3 pada jam 11:30 Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan P: Nyeri dirasakan ketika bergerak. Q: Nyeri terasa senat-senut. R: nyeri dirasakan di payudara kiri. S: skala nyeri 5.T: Nyeri hilang timbul. Pasien tampak Gelisah, tampak meringis. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 88 x/mnt, RR 20 x/mnt, S: 36.7 C, SPO2 97%. BB: 50 Kg, TB: 156 Cm

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

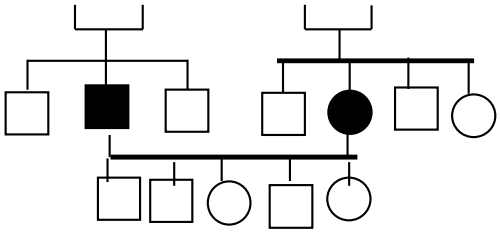
Pasien mengatakan sebelumnya sering kontrol terkait payudara sebelah kiri di RSUD Prof. DR. Margono Soekarjo dan sebelumnya pernah dirawat. Pasien mengatakan sudah menjalani kemoterapi 8 kali

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya ada yang memiliki riwayat penyakit menurun seperti DM, Hipertensi dan tidak ada yang memiiliki penyakit yang sama dengan dirinya dan tidak memiliki penyakit menular lainnya.

C) Genogram

□ ○ □ ○ □ : Laki-laki



○ : Perempuan
● : Ny. T
■ : Tn. A

D) Pengkajian Fungsional

1. Pola Pernafasan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas

Saat dikaji **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas, entah dirumah atau selama dirawat

2. Pola Nutrisi

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah, klien makan 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk pauk (telur, ikan, daging ayam, tahu tempe) dan minum sebanyak 6-8 gelas sehari. BB sebelum sakit 55 kg dan BB saat sakit 50 Kg.

Saat dikaji **:** Klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk pauk dengan porsi makan RS dan menghabiskan makanan dan minum sebanyak 5-6 gelas sehari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum di RS **:** Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali sehari dan BAK 5-7 kali sehari

Saat dikaji **:** Klien mengatakan sejak masuk RS BAB 1 kali dan BAK 4-6 kali sehari berarna kuning jernih

4. Pola Aktifitas Dan Latihan

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan aktivitas sehari-hari di rumah saja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji **:** Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga

5. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum di RS **:** Kliien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Psien tidur 7-8 Jam/ 24 Jam

Saat dikaji **:** : Klien mengatakan sulit untuk istirahat dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Pasien tidur 4-6 jam/ 24 jam, tidur tidak pulas

6. **Pola Berpakaian**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah menggunakan pakaian secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan ketika di rumah sakit, baju disiapkan oleh keluarga begitupun ketika akan memakainya pasien juga dibantu keluarga

7. **Pola Menjaga Suhu Tubuh**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering menggunakan selimut saat tidur ketika dingin

Saat dikaji **:** pasien mengatakan selalu memakai selimut dari RS agar tidak kedinginan terkena AC

8. **Pola Rasa Aman Dan Nyaman**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah merasakan nyaman bisa berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji **:** pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena hanya bisa berbaring dan tidak berkumpul bersama keluarga. Pasien juga mengatakan nyeri di payudara seperti tertusuk-tusuk ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian *numerical ratin scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang).

9. **Pola Personal Hygine**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan mandi 2x sehari, sikat gigi 1x sehari, dan keramas 3 hari sekali dilakukan secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mandi 1x sehari dan sikat gigi 1x sehari, di RS tidak keramas

10. **Pola Komunikasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan saat bicara, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa jawa

Saat dikaji **:** pasien bisa berbicara dengan baik dan lancar tanpa ada gangguan, pasien kadang menggunakan bahasa indonesia, dan kadang menggunakan bahasa jawa

11. **Pola Beribadah**

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan selalu beribadah solat 5 waktu dan selalu meminta petunjuk kepada allah ketika menghadapi maslah. Pasien mengatakan tidak percaya mitos

Saat dikaji **:** Klien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kesembuhan dan yakin pasti sembuh. Pasien mengatakan tidak percaya mitos

12. **Pola Rekreasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah pergi liburan, dan banyak menghabiskan waktunya dirumah saja

Saat dikaji **:** pasien mengatakan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur

13. Pola Bekerja

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak bekerja hanya menjadi IRT

Saat dikaji **:** pasien tidak bekerja

14. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering mendapatkan informasi dari keluarga dan juga kadang-kadang nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mendapatkan informasi dari perawat dan dokter yang ada di RS

E) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis, GCS 15 (E4M6V5)

BB / TB : 50 kg / 156 cm

Tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Suhu : 36.7°C

Pernafasan : 20 x/menit

SPO2 : 97 %

Kepala dan leher

Kepala : Mesochepal, kulit bersih, rambut bersih tidak ada ketombe, rambut tidak rontok, rambut lurus, warna rabut hitam

Mata : Kedua mata simetris, sklera tidak ikterik, konjuntiva tidak anemis, fungsi penglihatan masih baik.

Hidung : Tidak ada polip, bersih, tidak memakai alat bantu napas

Mulut : Tidak ada stomatitis, bersih, bibir lembab

Telinga : Tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pendengaran.

Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

Dada

Jantung

Inspeksi : Dada simetris, Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di IC 5 mid clavicula sinistra

Perkusi : suara Pekak

Auskultasi : Suara S1 dan S2 Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru

Inspeksi : Simestris, tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada kiri, vocal fremitus teraba seimbang

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada jejas, tampak datar

Auskultasi : Bising usus 14x/mnt

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tympani

Genital : Tidak mengguaan selang kateter fungsi perkemihan tidak ada Masalah

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	14.3	10.9-14.9	g/dL
Leukosit	13.200	4790-11340	/uL
Hematokrit	42	34-45	%
Eritrosit	3.36 (L)	4.11-5.55	10^6/uL
Trombosit	242000	216000-451000	/uL
MCV	89.9	71.8-92	fL
MCH	30.1	22.6-31.0	pg/cell
MCHC	33.4	30.8-35.2	%
RDW	15.6	11.3-14.6	%
MPV	9.5	9.4 – 12.3	fL
Hitung Jenis			
Basofil	1.0	0-1	%
Eosinofil	10.8 (H)	0.7-5.4	%
Batang	1.0 (L)	3-5	%
Segmen	38.0 (L)	50-70	%

Monosit	17.7 (H)	3.4-9.9	%
Neutrofil	39.0	42.5-71.0	%
Limpfosit	31.5	20.4 – 44.6	%
Glukosa Sewaktu	179 (H)	<140	Mg/dl
Neutrofil Limfosit Ratio	1.23		
KIMIA LENGKAP			
Kreatinin Darah	1.13 (H)	0.50-1.00	Mg/dL
PT	10.7	9.9 – 11.8	Detik
SGOT	15	<31	U/L
SGPT	10	<31	u/l
Natrium	147 (H)	134-146	MEq/L
Kalium	3.6	3.4-4.5	MEq/L

Terapi

Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Indikasi
RL	500 Ml 20 tpm	IV	Pengganti Cairan
NaCl	500 Ml 20 tpm	IV	Pengganti Cairan
Keterolac	30mg	IV	Untuk mengatasi nyeri sedang sampai nyeri yang berat

F) Analisa Data

Tgl/Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi
30/06/2022 09.00 WIB	-DS : Pasien mengatakan nyeri P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: dipayudara kanan, S: skala 5, T: hilang timbul DO : - Pasien tampak menahan nyeri - Pasien tampak meringis dan gelisah - TD: 130/80 mmHg, Nadi: 89 x/mnt, RR 20 x/mnt, S: 36 C, SPO2 97%.	Nyeri Kronis	Penekanan syaraf
30/06/2022 09.00 WIB	Ds: - Pasien mengatakan terdapat luka terbuka di payudara Do : - Terdapat luka ca pada payudara kanan dan tampak terdapat balutan luka. Keadaan luka	Gangguan integritas kulit	Perubahan hormonal

	tampak basah, terdapat sedikit push, luka berukuran 6x7 cm, dan sebagian tampak kering.		

G) Diagnose Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d penekanan syaraf
2. Gangguan integritas kulit b.d perubahan hormonal

H. Intervensi Keperawatan

Tgl/ Jam	**No. DP**	**Tujuan dan** dapat **Hasil yang diharapkan/ Kriteria Hasil**	**Intervensi**	**TTD& Nama**
30/06/2022 Jam 10.00 Wib	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: **Tingkat nyeri (L.08066)** 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. TTV membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Teraupetik 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	**Adila**

			10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
30/06/2022 Jam 10.00 Wib	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keperawatan kerusakan integritas jaringan dapat terarasi dengan kriteria hasil : **Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** 1. Kerusakan lapisan kulit membaik 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun	**Perawatan Luka (I.14564)** **Observasi** 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda tanda infeksi **Terapeutik** 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** 6. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** 7. Kolaborasi pemberian antibiotic (Jika perlu)	**Adila**

I. Implementasi Keperawatan

Tgl/Jam	No. DP	Tindakan / Implementasi	Respon	TTD& Nama
30/06/2022 Jam 10.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kanan, S: skala 5, T: hilang timbul Do: Pasien tampak menahan nyeri, tampak meringis	Adila
10.20 wib	1	• Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	Ds: Pasien mengatakan sedikit tegang Do: TD: 130/ 85 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36,5°C	Adila
10.30 wib	2	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ds : Pasien mengatakan hanya bisa berbaring ditempat tidur dan beraktivitas dibantu klg karena luka dipayudara Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur	Adila
10.40 Wib	1	• Menanyakan terkait pengaruh nyeri pada kualitas hidup pasien	Ds: Pasien mengatakan ketika nyeri dirasakan semua kegiatan sehari-hari dengan bantuan Do: -	Adila

11.00 Wib	1	• Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (slow deep breathing dan autogenik)	Ds: Pasien mengatakan bersedia untuk diajari Do: Pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Adila
12.00 Wib	1	• Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg	Ds:- Do:-	Adila
12.15 wib	2	• Melakukan gerak pasif maupun aktif	Ds: Pasien mengatakan mau untuk melakukan latihan gerak Do: Pasien belum bisa menggerakkan anggota tubuhnya	Adila
	1	• Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar Do: Pasien tampak dapat beristirahat	
01/07/2022 Jam 07.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kanan, S: skala 4, T: hilang timbul Do: Pasien tampak menahan nyeri, tetapi sudah sedikit berkurang	Adila

08.20 wib	1	• Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	Ds: Pasien mengatakan masih lemah Do: TD: 125/ 78 mmHg, N: 85x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36,5°C	**Adila**
08.30	2	• Melakukan perawatan luka	Ds: pasien mengatakan lebih nyaman setelah luka dibersihkan Do: pasien tampak senang	**Adila**
09.30 wib	2	• Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ds : Pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur	**Adila**
11.00 Wib		• Mengevaluasi kembali teknik nonfarmakologis yang telah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri (slow deep breathing dan autogenik)	Ds: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan slow deep breathing dan autogenik Do: Pasien tampak paham dan terus mempraktikkan	**Adila**
12.00 Wib	1	• Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg	Ds:pasien setuju dimasukan obat Do: injeksi masuk intra vena	**Adila**
13.15 wib	1	• Melakukan gerak pasif maupun aktif	Ds: pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan miring kiri kanan Do: pasien tampak masih berbaring ditempat tidur	**Adila**
13.15 wib	2	• Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar	**Adila**

			Do: Pasien tampak dapat beristirahat	
02/07/2022 Jam 07.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kanan, S: skala 3, T: hilang timbul Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri menggunakan terapi yang diajarkan Do: Pasien sesekali tampak menahan nyeri,	Adila
08.20 wib	2	• Melakukan perawatan Luka terbuka pada ca mamae	Ds: Pasien mengatakan belum diganti balutan Do: luka nampak sudah rembes, terdapat pus, dan kemerahan, luas luka 20 cm	**Adila**
	2			**Adila**

09.30 wib 11.00 Wib 12.00 Wib 13.15 wib 13.15 wib	1 1 1 2	• Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas • mengevaluasi teknik nonfarmakologis yang telah diberikan • Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg • Melakukan gerak pasif maupun aktif • Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Pasien tampak senang setelah dibersihkan lukanya Ds : Pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur Ds: Pasien mengatakan sudah mempraktikkannya selama nyeri datang Do: Pasien tampak kooperatif Ds: pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tubuhnya setengah duduk Do: pasien tampak masih berbaring ditempat tidur Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar Do: Pasien tampak dapat beristirahat	**Adila** **Adila** **Adila** **Adila**

J. Evaluasi Keperawatan

Tgl/Jam	No. DP	Perkembangan (SOAP)	TTD& Nama
02/07/2022 Jam 14.00 Wib	1	**S:** - Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan, P: Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q:ditusuk-tusuk, R: payudara kanan, S: 3, T: Hilang timbul **O:** - Pasien tampak lebih nyaman - Pasien dapat melakukan teknik untuk mengontrol nyeri yang dialaminya **A:** Masalah keperawatan nyeri kronis belum teratasi **P:** Lanjutkan Intervensi keperawatan - Monitor nyeri secara berkala	**Adila**
02/07/2022 Jam 14.00 Wib	2	**S:** - Pasien mengatakan dapat menggerakkan tubuhnya sedikit demi sedikit - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan **O:** - Pasien sudah bisa menggerakkan tubuhnya tetapi masih berbaring ditempat tidur - Luka pasien tampak rembes **A:** Masalah keperawatan gangguan intregitas kulit belum teratasi **P:** Lanjutkan Intervensi keperawatan; lakukan perawatan luka	**Adila**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PASIEN CA MAMAE SINISTRA DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

(II)

Disusun Oleh:

Hanifah Adila Fauziyyah

2021030029

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

UNIVESITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

A. Identitas

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. S
Umur	: 40 Tahun
Alamat	: Sokaraja
Pendidikan	: SMA
Suku	: Jawa
No RM	: 0028xxx
Dx Medis	: Ca Mamae

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Alamat	: Sokaraja
Umur	: 46 Tahun
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hub. Keluarga	: Suami

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di payudara sebelah kiri

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 26 Juni 2022 pukul 13.15 WIB pasien datang dari poli bedah ginekologi onkologi RSMS Purwokerto untuk kemoterapi. Kondisi sekarang pasien terdapat luka terbuka di payudara sebelah kiri, terdapat banyak puss dan berbau. Hasil pemeriksaan didapatkan data TD: 124/88 mmHg, N: 89 x/menit, S: 37^{o}C, RR: 20x/menit. Pengkajian nyeri, P: Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang keika beristirahat, Q: Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat, R: Nyeri di bagian payudara kiri, S: Skala nyeri 6, T: Nyeri dirasakan terus menerus. Pasien juga mengatakan hanya bias berbaring ditempat tidur dan belum bias menggerakkan tubuh seperti biasanya dan hamper semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

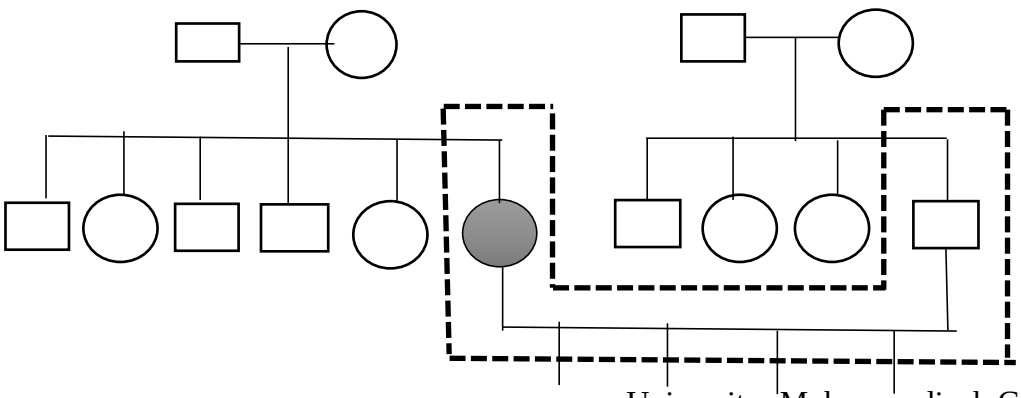
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan dulu pernah dilakukan operasi pengangkatan payudara sebelah kanan.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

pasien mengatakan kakak perempuannya pernah menderita Ca Payudara 20 tahun yang lalu namun tidak separah yang dialaminya.

C. Genogram



Universitas Muhammadiyah Gombong

Keterangan:

	: Laki-laki	———	: Garis pernikahan
	: Perempuan		: Garis keturunan
	: Pasien		: Garis satu rumah

D. Pengkajian Fungsional

1. Pola Pernafasan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas

Saat dikaji **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas, entah dirumah atau selama dirawat

2. Pola Nutrisi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah nafsu makannya baik, sehari makan 3 kali dengan nasi dan sayur, minum 5-6 gelas/hari

Saat dikaji **:** pasien mengatakan sehari makan 3 kali namun tidak habis, dan minum 2-3 gelas air putih

3. Pola Eliminasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sebelum sakit BABnya lancer 1-2 kali sehari dipagi hari, konsistensi kadang lembek kadang padat, warna kekuningan, BAK lancar 3-4 kali sehari

Saat dikaji **:** pasien mengatakan sudah 2 hari belum BAB, perut terasa sedikit penuh, BAK (pasien terpasang kateter) produksi urin 1500 cc/hari berwarna kuning

4. Pola Aktifitas Dan Latihan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan selama dirumah aktivitasnya sebagai IRT, melakukan aktivitas sehari-hari dengan dibantu

Saat dikaji **:** pasien mengatakan tangan sebelah kanan terbatas aktivitasnya dikarenakan sulit untuk digerakkan

2. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, pasien biasa tidur jam 22.00 WIB dan bangun pagi jam 04.00. pasien mengatakan terkadang juga tidur siang 30 menit sampai 1 jam

Saat dikaji **:** pasien mengatakan ketika tidur di RS sering terbangun karena merasakan nyeri di payudaranya ketika tidak sadar badan bergerak

3. **Pola Berpakaian**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah menggunakan pakaian dengan dibantu keluarga

Saat dikaji **:** pasien mengatakan ketika di rumah sakit, baju disiapkan oleh keluarga begitupun ketika akan memakainya pasien juga dibantu keluarga

4. **Pola Menjaga Suhu Tubuh**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering menggunakan selimut saat tidur ketika dingin

Saat dikaji **:** pasien mengatakan selalu memakai selimut dari RS agar tidak kedinginan terkena AC.

5. **Pola Rasa Aman Dan Nyaman**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah merasakan nyaman bisa berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji **:** pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena hanya bisa berbaring dan tidak berkumpul bersama keluarga. Pasien juga mengatakan nyeri di payudara seperti tertusuk-tusuk ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian *numerical ratin scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang).

6. **Pola Personal Hygine**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah mandi 1 kali sehari dengan diseka, menggosok gigi 1 kali sehari dan keramas 3 hari sekali dengan bantuan keluarga

Saat dikaji **:** pasien mengatakan saat di RS juga diseka saja oleh keluarga dan gosok gigi 1 kali sehari.

7. **Pola Komunikasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan saat bicara, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa jawa

Saat dikaji **:** pasien bisa berbicara dengan baik dan lancar tanpa ada gangguan, pasien kadang menggunakan bahasa indonesia, dan kadang menggunakan bahasa jawa

8. Pola Beribadah

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah bisa melaksanakan ibadah sholat sesuai anjuran agama dengan berbaring karena tidak mampu untuk berdiri.

Saat dikaji **:** pasien mengatakan melakukan ibadah sholat, dengan cara tiduran dan bersuci dengan tayamum

9. Pola Rekreasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah pergi liburan, dan banyak menghabiskan waktunya dirumah saja

Saat dikaji **:** pasien mengatakan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur

10. Pola Bekerja

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sudah tidak bekerja

Saat dikaji **:** pasien tidak bekerja

11. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering mendapatkan informasi dari keluarga dan juga kadang-kadang nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mendapatkan informasi dari perawat dan dokter yang ada di RS

E. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Cukup

Kesadaran : Composmentis GCS : E4M6V5

TTV :

TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

N : 90x/menit S : 36.5^{o}C

Pemeriksaan :

1. Kepala : Mesochepal, rambut hitam kecoklatan, rambut bersih
2. Mata : sklera anikterik, konjungtiva anemis, kelopak mata tidak oedema
3. Hidung : Bersih, tidak ada polip
4. Mulut : Tidak ada stomatitis, bibir kering, terdapat caries gigi
5. Telinga : Tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran
6. Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
7. Dada

   Paru-paru :

   Inpeksi : Pengembangan paru simetris, tidak menggunakan otot bantu nafas tambahan

   Palpasi : Vocal fremitus dikedua dinding dada

   Perkusi : Sonor

   Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara tambahan

   Jantung :

   Inspeksi : Tidak terlihat ictus cordis, tidak ada jejas

   Palpasi : Tidak teraba ictus cordis, tidak ada nyeri tekan

   Perkusi : Pekak

   Auskultasi : Reguler tidak ada suara tambahan
8. Abdomen

   I: abdomen bentuk supel, tidak nampak luka jahitan.

   A: bising usus 10 x/menit

   P: terdengar bunyi timpani

   P: tidak ada nyeri tekan pada abdomen kiri dan tidak teraba massa
9. Ekstermitas

   Atas : terpasang IVFD RL 0,9% 20 tpm pada ekstremitas kanan atas, tidak ada lesi pada ekstremitas, pemeriksaan CRT <2 detik

   Bawah: tidak ada lesi pada ekstremitas bawah
10. Genetalia : pasien terpasang DC

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 27 Juli 2021, Waktu : 16.12 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi **Darah Lengkap**			
Hemoglobin	12,9	11.7-15.5	gr/dl
Hematokrit	31	35-47	%
Leukosit	15450	3800-11.000	/uL
Eritrosit	4,09	3.80-5.20	10^6/uL
Trombosit	341.000	150.000-440.000	/uL

Program Terapi

No.	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1	NACL	20 TPM	Penambah cairan dan elektrolit
2	Ketorolac	30 mg	Untuk mengurangi nyeri
4	Cefriaxone	1 gr	Untuk mengatasi infeksi bakteri dalam tubuh
5	Tramadol	50 gr	Untuk mengurangi nyeri
6	Doxorubicin	75 mg	Untuk kemoterapi kanker
7	5-fluorouracil	500 mg	Untuk kemoterapi kanker

F. Analisa Data

Tgl/Jam	Data	Problem	Etiologi
28/06/2022 Jam 10.00 Wib	Ds: -Pasien mengatakan nyeri P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: dipayudara kanan, S: skala 6, T: terus menerus Do : - Pasien tampak meringis menahan nyeri - N: 99x/menit	Nyeri Kronis	Penekanan syaraf
28/06/2022 Jam 10.00 Wib	Ds: - Pasien mengatakan hanya bisa berbaring ditempat tidur - Pasien mengatakan terdapat luka terbuka di payudara Do : - Terdapat luka ca pada payudara kiri dan tampak terdapat balutan luka di sebelah kiri dan sebelah kanan	Gangguan integritas kulit	Perubahan hormonal

G. Diagnose Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d penekanan syaraf
2. Gangguan integritas kulit b.d perubahan hormonal

H. Intervensi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. DP	Tujuan dan dapat Hasil yang diharapkan/ Kriteria Hasil	Intervensi	TTD& Nama
28/06/2022 Jam 10.00 Wib	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: **Tingkat nyeri (L.08066)** 4. Keluhan nyeri menurun 5. Meringis menurun 6. TTV membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Teraupetik 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	**Adila**

			12. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
28/06/2022 Jam 10.00 Wib	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keperawatan kerusakan integritas jaringan dapat terarasi dengan kriteria hasil : **Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** 4. Kerusakan lapisan kulit membaik 5. Nyeri menurun 6. Kemerahan menurun	**Perawatan Luka (I.14564)** **Observasi** 1.Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 3. Monitor tanda tanda infeksi **Terapeutik** 4. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** 7. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** 8. Kolaborasi pemberian antibiotic (Jika perlu)	**Adila**

I. Implementasi Keperawatan

Tgl/Jam	No. DP	Tindakan / Implementasi	Respon	TTD& Nama
28/06/2022 Jam 10.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kiri, S: skala 6, T: terus menerus Do: Pasien tampak menahan nyeri, tampak berfokus pada diri sendiri	**Adila**
10.20 wib	1	• Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	Ds: Pasien mengatakan masih lemah Do: TD: 110/ 70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36,5°C	**Adila**
10.30 wib	2	Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ds : Pasien mengatakan hanya bisa berbaring ditempat tidur dan beraktivitas dibantu klg Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur	**Adila**
10.40 Wib	1	• Menanyakan terkait pengaruh nyeri pada kualitas hidup pasien	Ds: Pasien mengatakan ketika nyeri dirasakan sudah 6 bulan lebih, pasien mengatakan selama itu melakukan kegiatan sehari-hari dengan bantuan	**Adila**

			Do: -	
11.00 Wib	1	• Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (slow deep breathing dan autogenik)	Ds: Pasien mengatakan bersedia untuk diajari Do: Pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	**Adila**
12.00 Wib	1	• Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg	Ds:- Do:-	**Adila**
12.15 wib	2	• Melakukan gerak pasif maupun aktif	Ds: Pasien mengatakan mau untuk melakukan latihan gerak Do: Pasien belum bisa menggerakkan anggota tubuhnya	**Adila**
	1	• Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar Do: Pasien tampak dapat beristirahat	**Adila**
29/06/2022 Jam 07.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kiri, S: skala 4, T: hilang timbul	**Adila**

08.20 wib	1	• Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	Do: Pasien tampak menahan nyeri, tetapi sudah sedikit berkurang Ds: Pasien mengatakan masih lemah Do: TD: 112/ 70 mmHg, N: 85x/menit, RR: 20x/menit dan S: 36,5°C	**Adila**
09.30 wib	2	• Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ds : Pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur	**Adila**
11.00 Wib		• Mengevaluasi kembali teknik nonfarmakologis yang telah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri (slow deep breathing dan autogenik)	Ds: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan slow deep breathing dan autogenik Do: Pasien tampak paham dan terus mempraktikkan	**Adila**
12.00 Wib	1			
13.15 wib		• Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg	Ds:pasien setuju dimasukan obat Do: injeksi masuk intra vena	**Adila**
13.15 wib	1 2	• Melakukan gerak pasif maupun aktif • Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Ds: pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan miring kiri kanan Do: pasien tampak masih berbaring ditempat tidur Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar	**Adila**

			Do: Pasien tampak dapat beristirahat	
30/06/2022 Jam 07.15 Wib	1	• Mengidentifikasi ulang nyeri yang dialami terkait kondisi apa yang memperberat dan memperingan nyeri, kualitas nyeri yang dirasakan, lokasi nyeri, skala nyeri, dan waktu nyeri dirasakan.	Ds: Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan. P: nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: dipayudara kiri, S: skala 3, T: hilang timbul Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri menggunakan terapi yang diajarkan Do: Pasien sesekali tampak menahan nyeri,	**Adila**
08.20 wib	2	• Melakukan perawatan Luka terbuka pada ca mamae	Ds: Pasien mengatakan belum diganti balutan Do: luka nampak kotor, terdapat pus, dan kemerahan, luas luka 20 cm	**Adila**
09.30 wib	2	• Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Ds : Pasien hanya bisa berbaring ditempat tidur Do : Pasien tampak berbaring ditempat tidur	**Adila**
11.00 Wib	1	• mengevaluasi teknik nonfarmakologis yang telah diberikan	Ds: Pasien mengatakan sudah mempraktikkannya selama nyeri datang Do: Pasien tampak kooperatif	**Adila**

12.00 Wib	1	• Memberikan obat injeksi ketorolac 30 mg	Ds:- Do:-	**Adila**
13.15 wib	1	• Melakukan gerak pasif maupun aktif	Ds: pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tubuhnya setengah duduk Do: pasien tampak masih berbaring ditempat tidur	**Adila**
13.15 wib	2	• Menganjurkan untuk istirahat dan tidur	Ds: Pasien mengatakan dapat istirahat sebentar Do: Pasien tampak dapat beristirahat	**Adila**

J. Evaluasi Keperawatan

Tgl/Jam	No. DP	Perkembangan (SOAP)	TTD& Nama
30/06/2022 Jam 14.00 Wib	1	**S:** - Pasien mengatakan nyeri masih dirasakan, P: Nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat, Q:ditusuk-tusuk, R: payudara kiri, S: 3, T: Hilang timbul **O:** - Pasien tampak lebih nyaman - Pasien dapat melakukan teknik untuk mengontrol nyeri yang dialaminya **A:** Masalah keperawatan nyeri kronis belum teratasi **P:** Lanjutkan Intervensi keperawatan - Monitor nyeri secara berkala	**Adila**

30/06/2022 Jam 14.00 Wib	2	**S:** - Pasien mengatakan dapat menggerakkan tubuhnya sedikit demi sedikit - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah lukanya dibersihkan **O:** - Pasien sudah bisa menggerakkan tubuhnya tetapi masih berbaring ditempat tidur - Luka pasien tampak bersih **A:** Masalah keperawatan gangguan intregitas kulit belum teratasi **P:** Lanjutkan Intervensi keperawatan; lakukan perawatan luka	**Adila**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PASIEN CA MAMAE DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

(III)

Disusun Oleh:

Hanifah Adila Fauziyyah

2021030029

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

UNIVESITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

1. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. Y
Umur : 54 Tahun
Alamat : Cipari
Pendidikan : SD
Suku : Jawa
No RM : 021xxxx
Dx Medis : Ca Mamae Dextra

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. M
Alamat : Cilacap
Umur : 38 Tahun
Pekerjaan : Petani
Hub. Keluarga : Adik

3) Riwayat Kesehatan

Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di payudara kanan

Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang dari poli bedah RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dibawa oleh keluarganya pada hari Senin, 13 Juni 2022 jam 10.37 WIB dengan keluhan terdapat luka basah di payudara kanan dan terasa sakit bila di gerakan. Pada hari Selasa, 14 Juni 2022 pukul ± 10.15 WIB pasien dilakukan kemoterapi.

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, tanggal 15 Juni 2022 jam 07.50 WIB, saat dikaji pasien mengatakan nyeri di luka payudara kanan, kadang disertai gatal. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul, nyeri di rasa saat bergerak, saat miring kanan kiri dan berkativitas, berkurang ketika istirahat. Pasien mengatakan kurang paham cara mencegah infeksi pada luka yang dimilikinya. Hasil pengkajian menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). TTV saat dikaji: TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/m, RR: 20 x/m, S: 36,9^{0}C.

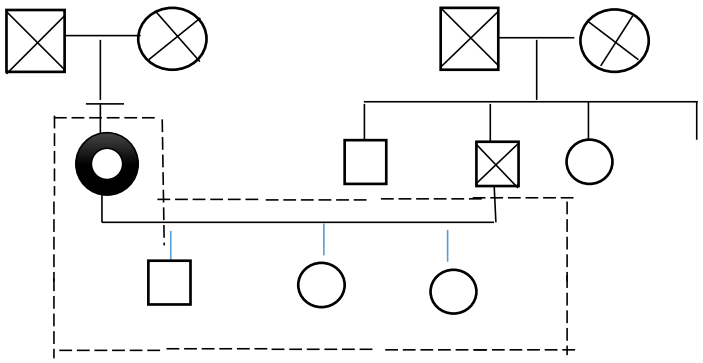
Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny. Y mengatakan awalnya payudara seperti bengkak ± 1 tahun. Awalnya kecil dan tidak terasa sakit namun semakin lama semakin membesar dan ada luka. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat inap di RS dan tidak pernah menjalani operasi. Jika sakit pasien hanya berobat ke mantri desa termasuk saat benjolan muncul di payudaranya. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi maupun diabetes mellitus.

Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien, maupaun penyakit menurun seperti dan darah tinggi dan diabetes mellitus.

4) Genogram



Keterangan:

: Pasien Ny. T

: Laki-laki

: Perempuan

: Laki-laki sudah meninggal

: Perempuan sudah meninggal

: Garis pernikahan

: Garis keturunan

: Tinggal satu rumah

5) Pengkajian Fungsional

a. Pola Pernafasan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas

Saat dikaji **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas, entah dirumah atau selama dirawat

b. Pola Nutrisi

Sebelum di RS : pasien mengatakan saat dirumah nafsu makannya baik, sehari makan 3 kali dengan nasi dan sayur, minum 5-6 gelas/hari.

Saat dikaji **:** Klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk pauk dengan porsi makan RS dan menghabiskan makanan dan minum sebanyak 5-6 gelas sehari.

c. Pola Eliminasi

Sebelum di RS : pasien mengatakan sebelum sakit BAB nya lancar 1-2 hari sekali BAB saat pagi hari, konsistensi kadang lembek kadang padat, warna kekuningan. BAK pasien lancar sehari 2-4 kali

Saat dikaji : pasien mengatakan selama 2 hari ini belum BAB perut tidak terasa begah, pasien flatus (+), BAK 2-3kali sehari

d. Pola Aktifitas Dan Latihan

Sebelum di RS : Klien mengatakan aktivitas sehari-hari di rumah saja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji : Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga

e. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum di RS : pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur, pasien biasa tidur jam 22.00 WIB dan bangun pagi saat adzan subuh. Pasien mengatakan jarang tidur siang

Saat dikaji : : Klien mengatakan sulit untuk istirahat dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Pasien tidur 4-6 jam/ 24 jam, tidur tidak pulas

9. Pola Berpakaian

Sebelum di RS : pasien mengatakan saat dirumah menggunakan pakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan ketika di rumah sakit, baju disiapkan oleh keluarga begitupun ketika akan memakainya pasien juga dibantu keluarga

10. Pola Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum di RS : pasien mengatakan sering menggunakan selimut saat tidur ketika dingin dan memakai baju panjang

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu memakai selimut dari RS

11. Pola Rasa Aman Dan Nyaman

Sebelum di RS : pasien mengatakan saat dirumah merasakan nyaman bisa berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena hanya bisa berbaring dan tidak berkumpul bersama keluarga. Pasien juga mengatakan nyeri di payudara seperti tertusuk-tusuk ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian *numerical ratin scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang).

12. Pola Personal Hygine

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan mandi 2x sehari, sikat gigi 1x sehari, dan keramas 3 hari sekali dilakukan secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mandi 1x sehari dan sikat gigi 1x sehari, di RS tidak keramas

13. Pola Komunikasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan saat bicara, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa jawa

Saat dikaji **:** pasien bisa berbicara dengan baik dan lancar tanpa ada gangguan, pasien kadang menggunakan bahasa indonesia, dan kadang menggunakan bahasa jawa.

14. Pola Beribadah

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan selalu beribadah solat 5 waktu

Saat dikaji **:** Klien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kesembuhan dan yakin pasti sembuh.

15. Pola Rekreasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah pergi liburan, dan banyak menghabiskan waktunya dirumah saja nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur

16. Pola Bekerja

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak bekerja hanya menjadi IRT dan bertani

Saat dikaji **:** pasien tidak bekerja

17. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering mendapatkan informasi dari keluarga dan juga kadang-kadang nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mendapatkan informasi dari perawat dan dokter yang ada di RS

6) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis, GCS 15 (E4M6V5)

Tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36.9°C

Pernafasan : 20 x/menit

SPO2 : 97 %

Kepala dan leher

Kepala : bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema, rambut beruban, kondisi cukup bersih

Mata : konjungtiva ananemis, bentuk simetris, sklera an-ikterik, pandangan mata tidak terganggu

Hidung : Tidak ada polip, bersih, tidak memakai alat bantu napas

Mulut : mukosa bibir cukup lembab, kebersihan gigi cukup, lidah cukup bersih, tidak ada stomatitis, fungsi pengucapan normal

Telinga : bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak terpasang alat bantu pendengaran, terdapat sedikit serumen, fungsi pendengaran normal

Leher : leher tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Dada

Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di IC 5 mid clavicula sinistra

Perkusi : suara Pekak

Auskultasi : Suara S1 dan S2 Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru

Tampak luka tertutup dibagian payudara sebelah kanan.

Inspeksi : bentuk simetris, RR 20 x/menit, pasien tidak terpasang alat bantu napas dan tidak tampak retraksi dinding dada

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada kanan, vocal fremitus teraba seimbang

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler $_{+/+}$

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada jejas, tampak sedikit buncit

Auskultasi : Bising usus 10x/mnt

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tympani

Genital : Tidak mengguaan selang kateter fungsi perkemihan tidak ada Masalah

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Hematologi

Tanggal : 14-06-2022 / Jam: 16.55 WIB
Bangsal/Poli : Wiku

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	14.3	g/dL	11.7 – 15.5
Leukosit	**12.960**	**U/L**	**3600-11.000**
Hematokrit	42	%	35 - 47
Eritrosit	4.3	10^6/ul	3.8 – 5.2
Trombosit	251000	/uL	150.000 – 440.000
MCV	89.7	Fl	80 - 100
MCH	30.1	pg/cell	26 - 34
MCHC	33.6	%	32 - 36
RDW	13.3	%	11.5-14.5
MPV	11.3	fL	9.4-12.4
Hitung Jenis			
Basofil	0.2	%	0 - 1
Eosinofil	**L 0.5**	**%**	**2 - 4**
Batang	**L 0.5**	**%**	**3 - 5**
Segmen	**H 85.3**	**%**	**50 - 70**
Limfosit	**L 9.3**	**%**	**25 - 40**
Monosit	4.2	%	2 - 8

Terapi

NAMA OBAT	CARA	DOSIS	INDIKASI
IVFD RL 0.9 %	IV	20 tpm	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi
Ketorolac 30 mg	IV	3 x 30 mg	Untuk mengatasi nyeri akut yang berat jangka pendek (<5 hari)
Ranitidin 50 mg	IV	2 x 50 mg	Menurunkan produksi asam lambung, mengatasi maagh, mengatasi radang saluran pencernaan bagian atas, dan luka lambung
Ceftriaxone	IV	2 x 1 gr	Jenis antibiotic untuk membunuh bakteri penyebab infeksi

Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	**DS:** Pasien mengatakan nyeri payudara kanan. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri di rasa saat bergerak, saat miring kanan kiri dan berkativitas, berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian nyeri menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). **DO:** Pasien tampak tidak nyaman dan meringis kesakitan. Pemeriksaan fisik inspeksi dada: Tampak luka di payudara dextra tertutup elastic perban, klien tampak berkeringt, tidak tampak perembesan pada perban. TTV saat dikaji: TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/m, RR: 20 x/m, S: 36,9^{0}C.	Penekanan syaraf	Nyeri kronis
2	**DS:** Pasien mengatakan ada luka dipayudara kanan **DO:** Tampak luka kemerahan kurang lebih 7x5 cm, tidak ada perdarahan, ada sedikit push	Perubahan hormonal	Gangguan interitas kulit

7) Diagnose Keperawatan

a. Nyeri kronis b.d penekanan syaraf
b. Gangguan integritas kulit b.d perubahan hormonal

8) Intervensi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. DP	**Tujuan dan** dapat **Hasil yang diharapkan/ Kriteria Hasil**	Intervensi	TTD& Nama
15/06 /2022	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	**Adila**

Jam 10.00 Wib		diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: **Tingkat nyeri (L.08066)** 1.Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. TTV membaik	frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri 5. Identifikasi respons nyeri non verbal 6. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Teraupetik 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 10. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 11. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 14. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
15/06 /2022	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	**Perawatan Luka (I.14564)** **Observasi**	**Adila**

Jam 10.00 Wib		selama 2x24 jam diharapkan keperawatan kerusakan integritas jaringan dapat terarasi dengan kriteria hasil : **Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** a. Kerusakan lapisan kulit membaik b. Nyeri menurun c. Kemerahan menurun	- Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda tanda infeksi **Terapeutik** - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian antibiotic (Jika perlu)	

9) Implementasi Keperawatan

TGL/JAM	TINDAKAN	RESPONS	TTD
15-06-2022 10.30 WIB	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	S : – P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara Kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 – T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan terus menerus O : – Pasien tampak sesekali menahan sakit Meringis..	**Adila**
11.00	Mengajarkan teknik nonfarmakologis	S : Pasien mengatakan mengerti cara melakukan teknik relaksasi. O :	**Adila**

	untuk mengurangi rasa nyeri.	–Memberikan contoh teknik relaksasi. –Pasien mampu mempraktikan cara relaksasi.	
	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	S : Pasien mengatakan mengerti cara memonitor nyeri. O : Passien memahami anjuran yang diberikan perawat.	**Adila**
	Memfasilitasi istirahat dan tidur.	S : Pasien mengatakan selama di Rs masih susah untuk tidur O : Jumlah jam tidur pasien 5-6jam.	**Adila**
13.00	Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang bernutrisi tinggi	S: pasien mengatakan makan masih tidak enak O: pasien tampak tidak menghabiskan makanan dr rumah sakit karena tidak nafsu makan	**Adila**
14.00	monitor ttv	s: - o: TD: 120/80 mmHg S: 36.8 ^{o}C N: 87x/menit RR: 20x/menit	**Adila**
16-06-2022 **08.00**	Memonitor ttv	S: - O: TD: 125/78 mmHg N: 90x/menit RR: 20x/menit S: 36.0 ^{o}C	**Adila**
08.30	Mengevaluasi nyeri pada pasien dan mempraktikkan kembali terapi nafas dalam	S: - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 5 – T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten).	**Adila**

		O: pasien tampak dapat mempraktikkan sendiri relaksasi nafas dalam dan relaksasi autogenic yang diajarkan	
09.00	Memberikan terapi obat ranitidine , ceftriaxone dan ondancetron	S: pasien mengatakan tidak ada reaksi apapun setelah diberi obat O: pasien tampak biasa saja ketika diberi obat	**Adila**
09.30	Melakukan perawatan luka pada pasien	S: pasien mengatakan lukannya sedikit perih, namun merasa lebih nyaman karena sudah di ganti penutupnya O: pasien tampak lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya	**Adila**
12.00	Menganjurkan pasien untuk diit secara adekuat	S:pasien megatakan sudah menghabiskan makan dr rs O: pasien tampak menghabiskan makanan dr RS	**Adila**
14.00	Menganjurkan pasien untuk beristirahat	S: pasien mengatakan sudah lebih menyesuaikan tidur di RS O: pasien tampak bisa beristirahat	**Adila**
17/06/2022 **08.00**	Monitor ttv	S: pasien mengatakan lebih baik dari hari sebelunya O: TD: 115/97 mmHg N: 98 x/menit S: 36.0 ºC RR: 20x/menit	**Adila**
08.15	Mengevaluasi nyeri yang dirasakan pasien	S: -P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 4	**Adila**

		-T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul O: pasien tampak bisa mengontrol nyeri yang timbul	
09.00	Memberikan terapi obat ranitidine dan ondansetron	S: - O: pasien tampak biasa saja	**Adila**
09.00	Mengganti flabot infus NS 20 tpm	S: - O: pasien tampak memperhtikan infusnya	**Adila**
09.15	Melakukan perawatan luka	S: pasien mengatakan lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya O: : pasien tampak nyaman dan rileks	**Adila**

1) Evaluasi Keperawatan

Dx	TGL/JAM	EVALUASI	TTD
1	17/06/2022	S : –P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak –Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan tajam dan seperti tertusuk perih –R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan –S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 4 –T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten). O : - Pasien tampak sesekali menahan sakit atau nyeri. –Pemberian telah diberikan edukasi teknik relaksasi –Pasien mampu mempraktikan cara mengontrol nyeri A : Masalah keperawatan nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi keperawatan : – evaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. – Fasilitasi istirahat dan tidur. – Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	**Adila**

		– Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri. – Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	
2	17/06/2022 14.00	S: Pasien mengatakan lukannya sudah tidak perih , kecuali bila ditekan keras, lebih nyaman karena sudah diganti O:- luka pasien tampak bersih -pasien tampak lebih nyaman A: masalah keperawatan gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan belum teratasi P: lanjutkan intervensi: -monitor tanda-tanda infeksi -lakukan GB 2hari sekali atau setiap pagi:	**Adila**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PASIEN CA MAMAE DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

(IV)

Disusun Oleh:

Hanifah Adila Fauziyyah

2021030029

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

UNIVESITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

A) Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Ny. P

Umur : 07 September 1969 (52 Tahun)

Alamat : Banyumas

Pendidikan : SMP

Suku : Jawa

No RM : 0208xxx

Dx Medis : Ca Mamae Dextra

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. R

Alamat : Banyumas

Umur : 34 Tahun

Pekerjaan : Wiraswasta

Hub. Keluarga : Anak

B) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien datang dengan keluhan terdapat benjolan di payudara sebelah kanan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang dari poli bedah RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dibawa oleh keluarganya pada hari Selasa, 28 Juni 2022 jam 09.15 WIB dengan keluhan terdapat luka terbuka di payudara kanan dan terasa sakit bila di gerakan. Pada hari rabu, 29 Juni 2022 pukul ± 10.15 WIB pasien rencana dilakukan kemoterapi.

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, tanggal 29 Juni 2022 jam 07.50 WIB, saat dikaji pasien mengatakan nyeri di luka payudara kanan. Nyeri seperti tersayat perih dan panas, hilang timbul, nyeri di rasa saat bergerak dan berkurang ketika istirahat. Pasien mengatakan kurang paham cara mencegah infeksi pada luka yang dimilikinya. Hasil pengkajian menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). TTV saat dikaji: TD: 124/88 mmHg, N: 80 x/m, RR: 20 x/m, S: 37^0C.

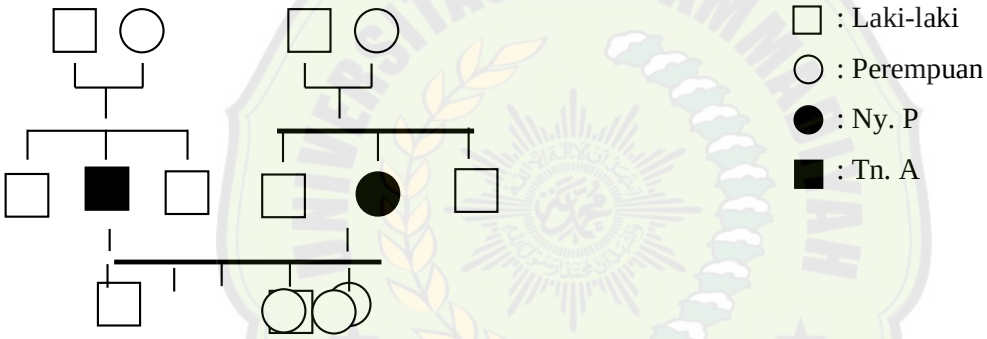
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ny. P mengatakan sebelumnya pernah dilakukan sinar terapi selama 4 kali. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat inap di RS dengan penyakit apapun dan tidak pernah menjalani operasi. Namun baru ke RS ketika dinyatakan kanker sudah stadium lanjut. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi maupun diabetes mellitus.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien juga mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, kanker, hipertensi, jantung, dan penyakit menurun lainnya.

5) Genogram



6) Pengkajian Fungsional

a. Pola Pernafasan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas

Saat dikaji **:** Pasien mengatakan dapat bernafas dengan normal, RR: 20x/menit, SpO_2 99%

b. Pola Nutrisi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah nafsu makannya baik, sehari makan 3 kali dengan nasi dan sayur, minum 5-6 gelas/hari.

Saat dikaji **:** Pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang disiapkan dari rumah sakit, kadang tidak habis karena nyeri

c. Pola Eliminasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sebelum sakit BAB nya lancar 1-2 hari sekali BAB saat pagi hari, konsistensi kadang lembek

kadang padat, warna kekuningan. BAK pasien lancar sehari 2-4 kali

Saat dikaji : Pasien mengatakan tidak ada gangguan eliminasi, BAK normal berwarna kuning bening dan BAB 2 hari sekali dengan karakteristik normal tidak keras

d. Pola Aktifitas Dan Latihan

Sebelum di RS : Klien mengatakan aktivitas sehari-hari di rumah saja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji : Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga

e. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum di RS : pasien mengatakan tidur sering terbangun jika nyeri

Saat dikaji : : Klien mengatakan sulit untuk istirahat dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Pasien tidur 4-6 jam/ 24 jam, tidur tidak pulas

f. Pola Berpakaian

Sebelum di RS : pasien mengatakan saat dirumah menggunakan pakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan ketika di rumah sakit, baju disiapkan oleh keluarga begitupun ketika akan memakainya pasien juga dibantu keluarga

g. Pola Menjaga Suhu Tubuh

Sebelum di RS : pasien mengatakan sering menggunakan selimut saat tidur ketika dingin dan memakai baju panjang

Saat dikaji : pasien mengatakan selalu memakai selimut dari RS

h. Pola Rasa Aman Dan Nyaman

Sebelum di RS : pasien mengatakan saat dirumah merasakan nyaman bisa berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena hanya bisa berbaring dan tidak berkumpul bersama keluarga. Pasien juga mengatakan nyeri di payudara seperti tertusuk-tusuk ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian *numerical ratin scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang).

i. Pola Personal Hygine

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan mandi 2x sehari, sikat gigi 1x sehari, dan keramas 3 hari sekali dilakukan secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mandi 1x sehari dan sikat gigi 1x sehari, di RS tidak keramas

j. Pola Komunikasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan saat bicara, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa jawa

Saat dikaji **:** pasien bisa berbicara dengan baik dan lancar tanpa ada gangguan, pasien kadang menggunakan bahasa indonesia, dan kadang menggunakan bahasa jawa.

k. Pola Beribadah

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan selalu beribadah solat 5 waktu

Saat dikaji **:** Klien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kesembuhan dan yakin pasti sembuh.

l. Pola Rekreasi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah pergi liburan, dan banyak menghabiskan waktunya dirumah saja nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur

m. Pola Bekerja

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak bekerja hanya menjadi IRT dan bertani

Saat dikaji **:** pasien tidak bekerja

n. Pola Kebutuhan Belajar

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering mendapatkan informasi dari keluarga dan juga kadang-kadang nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mendapatkan informasi dari perawat dan dokter yang ada di RS

7) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis, GCS 15 (E4M6V5)

Tanda vital

Tekanan darah : 128/86 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Suhu : 36.9°C

Pernafasan : 20 x/menit

SPO2 : 97 %

Kepala dan leher

Kepala : bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema, rambut beruban, kondisi cukup bersih

Mata : konjungtiva ananemis, bentuk simetris, sklera an-ikterik, pandangan mata tidak terganggu

Hidung : Tidak ada polip, bersih, tidak memakai alat bantu napas

Mulut : mukosa bibir cukup lembab, kebersihan gigi cukup, lidah cukup bersih, tidak ada stomatitis, fungsi pengucapan normal

Telinga : bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak terpasang alat bantu pendengaran, terdapat sedikit serumen, fungsi pendengaran normal

Leher : leher tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Dada

Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di IC 5 mid clavicula sinistra

Perkusi : suara Pekak

Auskultasi : Suara S1 dan S2 Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru

Tampak luka tertutup dibagian payudara sebelah kanan.

Inspeksi : bentuk simetris, RR 20 x/menit, pasien tidak terpasang alat bantu napas dan tidak tampak retraksi dinding dada

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada kanan, vocal fremitus teraba seimbang

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler $_{+/+}$

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada jejas, tampak sedikit buncit

Auskultasi : Bising usus 12x/mnt

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tympani

Genital : Tidak mengguaan selang kateter fungsi perkemihan tidak ada Masalah

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Hematologi

Tanggal : 28-06-2022 / Jam: 13.25 WIB

Bangsal/Poli : Wiku

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Darah Lengkap			
Hemoglobin	12,1	g/dL	11,7-15,5
Leukosit	15300	/uL	3600-11000
Hematokrit	36.3	%	35-47
Eritrosit	3,32	10^{6}/uL	3,80-5,20
MCHC	31,2	%	32-36
RDW	15,6	%	11,6-14,5
MPV	9,1	fL	9,4-12,3
Hitung Jenis			
Eosinofil	0,0	%	2-4
Segmen	86,3	%	50-70
Limfosit	4,4	%	25-40
Neutrofil	89,5	%	50,0-70,0
APTT	24,4	detik	25,0-31,3
Glukosa Sewaktu	169	mg/dL	< 140

Terapi

No	Jenis Obat	Dosis	Indikasi
1	Inf. NaCl 0,9 %	20 tpm	Memberi elektrolit lengkap untuk memenuhi cairan tubuh

2.	Inj. Ceftriaxone	1 x 1 gr	Mengatasi berbagai macam infeksi bakteri
3.	Inj. Ketorolac	3 x 30 mg	Mengurangi rasa nyeri
4.	Inj. Amlodipine	1 x 10 mg	Menurunkan tekanan darah tinggi, membantu mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah ginjal
5.	Candesartan	1 x 8 mg	Obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi
6.	Ceprofloxacime	2 x 500 mg	Antbiotik untuk mengatasi berbagai jenis bakteri
7.	PCT	3 x 500 mg	Meredakan demam dan nyeri

C. **Analisa Data**

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	**DS:** Pasien mengatakan nyeri payudara kanan. Nyeri seperti tersayat perih, nyeri di rasa saat bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian nyeri menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). **DO:** Pasien tampak tidak nyaman dan meringis kesakitan. Pemeriksaan fisik inspeksi dada: Tampak luka di payudara dextra, luka sedikit basah, tampak kecoklatan. klien tampak berkeringt.	Penekanan syaraf	Nyeri kronis

	TTV saat dikaji: TD: 128/86 mmHg, N: 88 x/m, RR: 20 x/m, S: 36,9^{0}C.		
2	**DS:** Pasien mengatakan ada luka dipayudara kanan **DO:** Tampak luka kecoklatan dan melebar , tidak ada perdarahan, luka sedikit basah	Perubahan hormonal	Gangguan interitas kulit

D) Diagnose Keperawatan

1) Nyeri kronis b.d penekanan syaraf
2) Gangguan integritas kulit b.d perubahan hormonal

E) Intervensi Keperawatan

No. DP	**Tujuan dan** dapat **Hasil yang diharapkan/ Kriteria Hasil**	**Intervensi**	**TTD& Nama**
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: **Tingkat nyeri (L.08066)** a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. TTV membaik	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Teraupetik	**Adila**

		- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keperawatan kerusakan integritas jaringan dapat terarasi dengan kriteria hasil : **Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** a) Kerusakan lapisan kulit membaik b) Nyeri menurun c) Kemerahan menurun	**Perawatan Luka (I.14564)** **Observasi** - Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda tanda infeksi **Terapeutik** - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Pasang balutan sesuai jenis luka	**Adila**

		- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian antibiotic (Jika perlu)	

F) Implementasi Keperawatan

TGL/JAM	TINDAKAN	RESPONS	TTD
29/06/2022 10.30 WIB	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	S : – P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 – T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan terus menerus O : – Pasien tampak sesekali menahan sakit Meringis..	**Adila**
11.00	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi	S : Pasien mengatakan mengerti cara melakukan teknik relaksasi. O : –Memberikan contoh teknik relaksasi.	**Adila**

	rasa nyeri dengan Slow deep breathing dan relaksasi autogenic	–Pasien mampu mempraktikan cara relaksasi.	
	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	S : Pasien mengatakan mengerti cara memonitor nyeri. O : Passien memahami anjuran yang diberikan perawat.	**Adila**
	Memfasilitasi istirahat dan tidur.	S : Pasien mengatakan selama di Rs masih susah untuk tidur O : Jumlah jam tidur pasien 5-6jam.	**Adila**
14.00	monitor ttv	s: - o: TD: 120/80 mmHg S: 36.8 ºC N: 80x/menit RR: 20x/menit	**Adila**
30/06/2022 08.00	Memonitor ttv	S: - O: TD: 120/78 mmHg N: 80x/menit RR: 20x/menit S: 36.0 ºC	**Adila**
08.30	Mengevaluasi nyeri pada pasien dan mempraktikkan kembali terapi slow deep breathing dan relaksasi autogenic	S: - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 5	**Adila**

		– T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten). O: pasien tampak dapat mempraktikkan sendiri relaksasi yang diajarkan	
09.00	Memberikan terapi obat ranitidine , ceftriaxone	S: pasien mengatakan tidak ada reaksi apapun setelah diberi obat O: pasien tampak biasa saja ketika diberi obat	**Adila**
09.30	Melakukan perawatan luka pada pasien	S: pasien mengatakan lukannya sedikit perih, namun merasa lebih nyaman karena sudah di ganti penutupnya O: pasien tampak lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya	**Adila**
14.00	Menganjurkan pasien untuk beristirahat	S: pasien mengatakan sudah lebih menyesuaikan tidur di RS O: pasien tampak bisa beristirahat	**Adila**
01/07/2022	Monitor ttv	S: pasien mengatakan lebih baik dari hari sebelunya O: TD: 127/97 mmHg N: 98 x/menit S: 36.0 ^{o}C RR: 20x/menit	**Adila**
08.00	Mengevaluasi nyeri yang dirasakan pasien	S: -P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan	**Adila**

		– S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 3 -T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul O: pasien tampak bisa mengontrol nyeri yang timbul	
08.30	Memberikan terapi obat ranitidine dan ceftiaxone	S: - O: pasien tampak biasa saja	**Adila**
08.30	Mengganti flabot infus NS 20 tpm	S: - O: pasien tampak memperhtikan infusnya	**Adila**
09.00	Melakukan perawatan luka pada pasien	S: pasien mengatakan lukannya sedikit perih, namun merasa lebih nyaman karena sudah di ganti penutupnya O: pasien tampak lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya	**Adila**
14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	S: pasien mengatakan lelah dan mengantuk O: : pasien tampak bersiap untuk beristirahat	**Adila**

G) Evaluasi Keperawatan

Dx	TGL/JAM	EVALUASI	TTD
1	01/07/2022 14.00	S : –P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak –Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk perih –R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan –S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 3	**Adila**

		–T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten). O : - Pasien tampak sesekali menahan sakit atau nyeri. –Pemberian telah diberikan edukasi teknik relaksasi –Pasien mampu mempraktikan cara mengontrol nyeri A : Masalah keperawatan nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi keperawatan : – evaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. – Fasilitasi istirahat dan tidur. – Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri. – Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	
2.	01-02-2022 14.00 WIB	S: Pasien mengatakan lukannya tidak terlalu perih lebih nyaman karena sudah diganti O:- luka pasien tampak bersih -pasien tampak lebih nyaman A: masalah keperawatan gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan belum teratasi P: lanjutkan intervensi: -monitor tanda-tanda infeksi -lakukan GB 2hari sekali atau setiap pagi:	**Adila**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI KRONIS PADA PASIEN CA MAMAE DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

(V)

Disusun Oleh:

Hanifah Adila Fauziyyah

2021030029

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

UNIVESITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2022

A) Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. T
Umur	: 58 Tahun
Alamat	: Purbalingga
Pendidikan	: SD
Suku	: Jawa
No RM	: 020xxx
Dx Medis	: Ca Mamae Sinistra

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Alamat	: Purbalingga
Umur	: 36 Tahun
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hub. Keluarga	: Anak

B) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien datang dengan keluhan nyeri di payudara sebelah kiri

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang dari poli bedah RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dibawa oleh keluarganya pada hari Selasa, 28 Juni 2022 jam 10.25 WIB dengan keluhan nyeri pada bagian payudara kiri menjalar ke ekstermitas kiri. Pada hari rabu, 29 Juni 2022 pukul ± 10.30 WIB pasien rencana dilakukan kemoterapi.

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, tanggal 29 Juni 2022 jam 07.50 WIB, saat dikaji pasien mengatakan nyeri bagian axila kiri sampai ke tangan dan jari-jari, nyeri seperti tertusuk dan tertekan. Hasil pengkajian menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). TTV saat dikaji: TD: 130/85 mmHg, N: 87 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.7^0C.

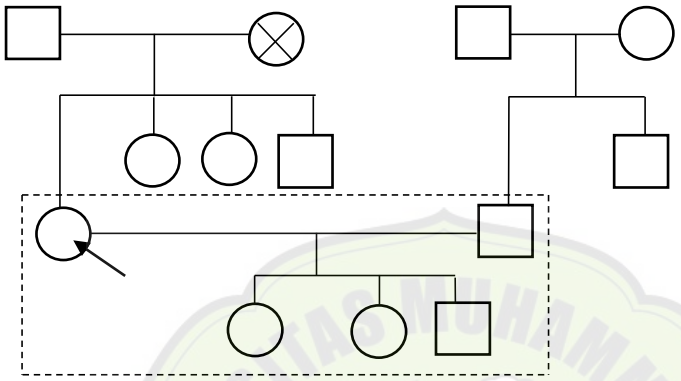
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat sebelumnya pasien pernah mengalami benjolan pada bagian mamae sebelah kiri kemudian dilakukan pemeriksaan Hispatologi pada tanggal 8/6/2020 Menunjukkan hasil Benign fibroushistiocytoma kemudian dilakukan pengakatan benjolan di salah satu RS yang ada di Purbalingga, selang satu tahun benjolan membesar lagi dan di rujuk ke RSMS, kemudian dilakukan tes hispatologi kembali menunjukkan hasil Malignant phyloides tumor fibrosarcoma pada tanggal 25/6/2021 dan dilakukan pengakatan payudara / mastektomi kemudian pasien melakukan kemo sampai 6 kali dan berhenti akibat kecelakaan tidak melanjutkan kemoterapi. Benjolan kembali membesar kembali sampai sekarang.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien juga mengatakan keluarganya ada yang memiliki riwayat penyakit kanker payudara yaitu neneknya.

C) Genogram



Keterangan:

= laki-laki

= perempuan

= garis keturunan

----- = serumah

= meninggal

= garis perkawinan

= klien

D) Pengkajian Fungsional

1) Pola Pernafasan

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah mengalami sesak nafas

Saat dikaji **:** Pasien mengatakan dapat bernafas dengan normal, RR: 20x/menit, SpO_2 99%

2) Pola Nutrisi

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah nafsu makannya baik, sehari makan 3 kali dengan nasi dan sayur, minum 5-6 gelas/hari.

Saat dikaji **:** Pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang disiapkan dari rumah sakit, kadang tidak habis karena nyeri

2) **Pola Eliminasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sebelum sakit BAB nya lancar 1-2 hari sekali BAB saat pagi hari, konsistensi kadang lembek kadang padat, warna kekuningan. BAK pasien lancar sehari 2-4 kali

Saat dikaji **:** Pasien mengatakan tidak ada gangguan eliminasi, BAK normal berwarna kuning bening dan BAB 2 hari sekali dengan karakteristik normal tidak keras

3) **Pola Aktifitas Dan Latihan**

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan aktivitas sehari-hari di rumah saja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji **:** Klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga

4) **Pola Istirahat Dan Tidur**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidur sering terbangun jika nyeri

Saat dikaji **:** : Klien mengatakan sulit untuk istirahat dan sering terbangun saat tidur karena nyeri. Pasien tidur 4-6 jam/ 24 jam, tidur tidak pulas

5) **Pola Berpakaian**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah menggunakan pakaian secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan ketika di rumah sakit, baju disiapkan oleh keluarga begitupun ketika akan memakainya pasien juga dibantu keluarga

6) **Pola Menjaga Suhu Tubuh**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering menggunakan selimut saat tidur ketika dingin dan memakai baju panjang

Saat dikaji **:** pasien mengatakan selalu memakai selimut dari RS

7) **Pola Rasa Aman Dan Nyaman**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan saat dirumah merasakan nyaman bisa berkumpul dengan keluarga

Saat dikaji **:** pasien mengatakan merasakan tidak nyaman karena hanya bisa berbaring dan tidak berkumpul bersama keluarga. Pasien juga mengatakan nyeri di payudara seperti tertusuk-tusuk dan tertekan ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian *numerical ratin scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang).

8) **Pola Personal Hygine**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan mandi 2x sehari, sikat gigi 1x sehari, dan keramas 3 hari sekali dilakukan secara mandiri

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mandi 1x sehari dan sikat gigi 1x sehari, di RS tidak keramas

9) **Pola Komunikasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak ada gangguan saat bicara, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa jawa

Saat dikaji **:** pasien bisa berbicara dengan baik dan lancar tanpa ada gangguan, pasien kadang menggunakan bahasa indonesia, dan kadang menggunakan bahasa jawa.

10) **Pola Beribadah**

Sebelum di RS **:** Klien mengatakan selalu beribadah solat 5 waktu

Saat dikaji **:** Klien mengatakan ibadah teratur sholat 5 waktu dan selalu berdoa supaya diberi kesembuhan dan yakin pasti sembuh.

11) **Pola Rekreasi**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak pernah pergi liburan, dan banyak menghabiskan waktunya dirumah saja nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur

12) **Pola Bekerja**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan tidak bekerja hanya menjadi IRT dan bertani

Saat dikaji **:** pasien tidak bekerja

13) **Pola Kebutuhan Belajar**

Sebelum di RS **:** pasien mengatakan sering mendapatkan informasi dari keluarga dan juga kadang-kadang nonton TV

Saat dikaji **:** pasien mengatakan mendapatkan informasi dari perawat dan dokter yang ada di RS

E) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmetis, GCS 15 (E4M6V5)

Tanda vital

Tekanan darah : 130/85 mmHg

Nadi : 87 x/menit

Suhu : 36.9°C

Pernafasan : 20 x/menit

SPO2 : 97 %

Kepala dan leher

Kepala : bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema, rambut beruban, kondisi cukup bersih

Mata : konjungtiva ananemis, bentuk simetris, sklera an-ikterik, pandangan mata tidak terganggu

Hidung : Tidak ada polip, bersih, tidak memakai alat bantu napas

Mulut : mukosa bibir cukup lembab, kebersihan gigi cukup, lidah cukup bersih, tidak ada stomatitis, fungsi pengucapan normal

Telinga : bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak terpasang alat bantu pendengaran, terdapat sedikit serumen, fungsi pendengaran normal

Leher : leher tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Dada

Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di IC 5 mid clavicula sinistra

Perkusi : suara Pekak

Auskultasi : Suara S1 dan S2 Reguler, tidak ada suara tambahan

Paru

Tampak luka tertutup dibagian payudara sebelah kanan.

Inspeksi : bentuk simetris, RR 20 x/menit, pasien tidak terpasang alat bantu napas dan tidak tampak retraksi dinding dada

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada dada kanan, vocal fremitus teraba seimbang

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara nafas vesikuler $_{+/+}$

Abdomen

Inspeksi : Tidak ada jejas, tampak sedikit buncit

Auskultasi : Bising usus 12x/mnt

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tympani

Genital : Tidak mengguaan selang kateter fungsi perkemihan tidak ada Masalah

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Hematologi

Tanggal : 28-06-2022 / Jam: 13.25 WIB
Bangsal/Poli : Wiku

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.5	g/dL	11,7-15,5
Leukosit	17600	/uL	3600-11000
Hematokrit	41	%	35-47
Eritrosit	3,70	10^{6}/uL	3,80-5,20
MCHC	31,2	%	32-36
RDW	15,6	%	11,6-14,5
MPV	9,1	fL	9,4-12,3
Hitung Jenis			
Eosinofil	0,0	%	2-4
Segmen	86,3	%	50-70
Limfosit	4,4	%	25-40
Neutrofil	89,5	%	50,0-70,0
APTT	24,3	detik	25,0-31,3
Glukosa Sewaktu	150	mg/dL	< 140

Terapi

No	Jenis Obat	Dosis	Indikasi
1	Inf. NaCl 0,9 %	20 tpm	Memberi elektrolit lengkap untuk memenuhi cairan tubuh
2.	Inj. Ceftriaxone	1 x 1 gr	Mengatasi berbagai macam infeksi bakteri
3.	Inj. Ketorolac	3 x 30 mg	Mengurangi rasa nyeri
4.	Ceprofloxacime	2 x 500 mg	Antbiotik untuk mengatasi berbagai jenis bakteri
5.	PCT	3 x 500 mg	Meredakan demam dan nyeri

F) Analisa Data

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	**DS:** Pasien mengatakan nyeri payudara kanan. Nyeri seperti tersayat perih, nyeri di rasa saat bergerak dan berkurang ketika istirahat. Hasil pengkajian nyeri menggunakan *Numerical Rating Scale* (NRS) skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 6 (sedang). **DO:** Pasien tampak tidak nyaman dan meringis kesakitan. Pemeriksaan fisik inspeksi dada: Tampak luka di payudara sinistra, luka sedikit basah, tampak kecoklatan. klien tampak berkeringt. TTV saat dikaji: TD: 130/85 mmHg, N: 88 x/m, RR: 20 x/m, S: 36,9^{0}C.	Penekanan syaraf	Nyeri kronis
2	**DS:** Pasien mengatakan ada luka dipayudara kanan **DO:** Tampak luka kecoklatan dan melebar , tidak ada perdarahan, luka sedikit basah	Perubahan hormonal	Gangguan interitas kulit

G) Diagnose Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d penekanan syaraf
2. Gangguan integritas kulit b.d perubahan hormonal

H) Intervensi Keperawatan

No. DP	**Tujuan dan** dapat **Hasil yang diharapkan/ Kriteria Hasil**	Intervensi	TTD& Nama
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri	**Manajemen Nyeri (I.08238)** Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	**Adila**

	menurun dengan kriteria hasil: **Tingkat nyeri (L.08066)** 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) TTV membaik	frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Teraupetik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keperawatan kerusakan integritas	**Perawatan Luka (I.14564)** **Observasi**	**Adila**

	jaringan dapat terarasi dengan kriteria hasil : **Integritas kulit dan jaringan (L.14125)** 1) Kerusakan lapisan kulit membaik 2) Nyeri menurun 3) Kemerahan menurun	- Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda tanda infeksi **Terapeutik** - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian antibiotic (Jika perlu)	

I) Implementasi Keperawatan

TGL/JAM	TINDAKAN	RESPONS	TTD
28/06/2022 10.30 WIB	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	S : – P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kiri – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 – T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan terus menerus O : – Pasien tampak sesekali menahan sakit Meringis..	**Adila**
11.00	Mengajarkan teknik nonfarmakologi	S : Pasien mengatakan mengerti cara melakukan teknik relaksasi. O :	**Adila**

	s untuk mengurangi rasa nyeri dengan Slow deep breathing dan relaksasi autogenic	–Memberikan contoh teknik relaksasi. –Pasien mampu mempraktikan cara relaksasi.	
	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	S : Pasien mengatakan mengerti cara memonitor nyeri. O : Passien memahami anjuran yang diberikan perawat.	**Adila**
	Memfasilitasi istirahat dan tidur.	S : Pasien mengatakan selama di Rs masih susah untuk tidur O : Jumlah jam tidur pasien 5-6jam.	**Adila**
14.00	monitor ttv	s: - o: TD: 125/85 mmHg S: 36.8 ^{o}C N: 85x/menit RR: 20x/menit	**Adila**
29/06/2022 08.00	Memonitor ttv	S: - O: TD: 128/88 mmHg N: 80x/menit RR: 20x/menit S: 36.0 ^{o}C	**Adila**
08.30	Mengevaluasi nyeri pada pasien dan mempraktikkan kembali terapi slow deep breathing dan relaksasi autogenic	S: - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kiri – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 5 – T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten). O: pasien tampak dapat mempraktikkan sendiri relaksasi yang diajarkan	**Adila**

09.00	Memberikan terapi obat ranitidine , ceftriaxone	S: pasien mengatakan tidak ada reaksi apapun setelah diberi obat O: pasien tampak biasa saja ketika diberi obat	**Adila**
09.30	Melakukan perawatan luka pada pasien	S: pasien mengatakan lukannya sedikit perih, namun merasa lebih nyaman karena sudah di ganti penutupnya O: pasien tampak lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya	**Adila**
14.00	Menganjurkan pasien untuk beristirahat	S: pasien mengatakan sudah lebih menyesuaikan tidur di RS O: pasien tampak bisa beristirahat	**Adila**
30/06/2022	Monitor ttv	S: pasien mengatakan lebih baik dari hari sebelunya O: TD: 127/97 mmHg N: 98 x/menit S: 36.0 ^{o}C RR: 20x/menit	**Adila**
08.00	Mengevaluasi nyeri yang dirasakan pasien	S: -P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat miring kanan/kiri.. – Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk serasa perih. – R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kanan – S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 3 -T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul O: pasien tampak bisa mengontrol nyeri yang timbul	**Adila**
08.30	Memberikan terapi obat	S: - O: pasien tampak biasa saja	**Adila**

	ranitidine dan ceftiaxone		
08.30	Mengganti flabot infus NS 20 tpm	S: - O: pasien tampak memperhtikan infusnya	**Adila**
09.00	Melakukan perawatan luka pada pasien	S: pasien mengatakan lukannya sedikit perih, namun merasa lebih nyaman karena sudah di ganti penutupnya O: pasien tampak lebih nyaman setelah dibersihkan lukanya	**Adila**
14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	S: pasien mengatakan lelah dan mengantuk O: : pasien tampak bersiap untuk beristirahat	**Adila**

J) Evaluasi Keperawatan

Dx	TGL/JAM	EVALUASI	TTD
1	30/06/2022 14.00	S : –P : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak –Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk perih –R : Pasien mengatan nyeri yang dirasakan di bagian payudara kiri –S : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 3 –T : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (intermiten). O : - Pasien tampak sesekali menahan sakit atau nyeri. –Pemberian telah diberikan edukasi teknik relaksasi –Pasien mampu mempraktikan cara mengontrol nyeri A : Masalah keperawatan nyeri kronis belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi keperawatan : – evaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. – Fasilitasi istirahat dan tidur. – Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengontrol rasa nyeri. – Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	**Adila**

2.	30/06/2022 14.00 WIB	S: Pasien mengatakan lukannya tidak terlalu perih lebih nyaman karena sudah diganti O:- luka pasien tampak bersih -pasien tampak lebih nyaman A: masalah keperawatan gangguan kerusakan integritas kulit/jaringan belum teratasi P: lanjutkan intervensi: -monitor tanda-tanda infeksi -lakukan GB 2hari sekali atau setiap pagi:	**Adila**