BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis memaparkan asuhan keperawatan yang yang diberikan kepada satu orang pasien kanker payudara dengan masalah nyeri akut yang dilaksanakan pada tanggal 9 -12 April 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 9 April 2026 pukul 16.30 WITA di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik dan rekam medis pasien.

1. Identitas pasien

a. Nama : Ny. R
b. Tanggal lahir : 29 April 2026
c. Umur : 64 Tahun
d. Jenis kelamin : Perempuan
e. Suku : Bali
f. Agama : Hindu
g. Pendidikan : Sarjana
h. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
i. Alamat : Jln. Sutomo Gg. 10 No. 2
j. Tanggal pengkajian : 09 April 2026
k. No RM : 20.75.xx

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien datang ke RSUD Bali Mandara pada tanggal 8 April 2026 untuk menjalani prosedur operasi mastektomi yang akan dilakukan pada 9 April 2026. Pasien datang dengan keluhan nyeri pada payudara kanan akibat benjolan yang sudah pecah.

b. Keluhan saat dikaji

Pasien mengeluhkan nyeri pada payudara bagian kanan setelah melakukan operasi pengangkatan payudara. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul disertai rasa tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (1/10) dan sensasi berdenyut serta terasa kesemutan pada tangan bagian kanan.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan terdiagnosa menderita penyakit kanker payudara sejak tahun 2024 dengan keluhan ada benjolan sejak tahun 2022 pada payudara sebelah kanan dan membesar serta menimbulkan rasa nyeri. Pada tanggal 08 Februari 2026 benjolan pada payudara pasien pecah dan pasien melakukan biopsi di RSUD Wangaya, setelah hasil biopsi keluar pasien dirujuk ke RSUD Bali Mandara untuk dilakukan imunohistokimia. Setelah melakukan pemeriksaan pasien disarankan untuk melakukan prosedur operasi pengangkatan payudara. Pasien diantar oleh suaminya ke RSUD Bali Mandara pada tanggal 8 April 2026 pukul 09.00 WITA untuk menjalani persiapan prosedur operasi mastektomi yang akan dilakukan pada 9 April 2026.

d. Riwayat kesehatan terdahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan penyakit jantung, serta riwayat stroke ringan dua tahun yang lalu.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang memiliki riwayat hipertensi, penyakit jantung serta kanker payudara.

f. Riwayat pengobatan

Pasien mengkonsumsi obat bisoprolol 0,5 mg 1x1 serta amlodipin 5 mg 2x1.

3. Riwayat obtetri dan ginekologi

a. Riwayat menstruasi

Pasien mengalami menstruasi pertama (*menarche*) pada umur 13 tahun dengan siklus teratur 28-35 hari dengan mengganti pembalutnya 3 x sehari. Dalam satu siklus menstruasi yaitu 4-6 hari dengan tingkat nyeri normal.

b. Riwayat pernikahan

Pasien mengatakan ini adalah pernikahan pertama dengan lama pernikahan 36 tahun.

c. Riwayat kelahiran, persalinan, nifas

Pasien mengatakan memiliki riwayat melahikan melalui *sectio caesaria* sebanyak dua kali di RS Surya Husada.

d. Riwayat keluarga berencana

Pasien mengatakan menggunakan KB spiral sejak tahun 1995 hingga sekarang.

4. Pola fungsional kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan dan persepsi kesehatan

Pasien mengatakan bahwa kondisinya kurang baik dan menderita kanker payudara sejak dua tahun lalu. Pasien rutin berolahraga dan melakukan aktivitas ringan dirumahnya. Pasien menjaga pola makan dan tidak memiliki kebiasaan berisiko.

b. Pola metabolik-nutrisi

Pasien mengatakan sebelum operasi ia makan teratur 2-3 kali sehari dan 7-8 gelas air. Setelah operasi pasien makan 3 kali sehari sesuai porsi yang telah disediakan rumah sakit tanpa adanya masalah atau gangguan.

c. Pola eliminasi

Pasien mengatakan sebelum operasi frekuensi BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kekuningan. Sementara, frekuensi BAK sebanyak 4-5 kali sehari dengan warna kuning jernih. Setelah dioperasi pasien belum BAB dan frekuensi BAK masih sama sekitar 4-5 kali sehari.

d. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum operasi sebagai ibu rumah tangga dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri namun setelah operasi aktivitas dan latihan terbatas dan hanya bisa dilakukan disekitar tempat tidur.

e. Pola istirahat-tidur

Pasien mengatakan sebelum operasi durasi tidur saat malam hari 5-6 jam serta tidak nyaman akibat nyeri pada payudara. Setelah operasi pasien mengatakan

tidak nyaman tidur di rumah sakit dan nyeri pada luka setelah dilakukan operasi serta terasa kebas pada tangan bagian kanan.

f. Pola persepsi kognitif

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa sudah mengetahui banyak hal mengenai kanker payudara dan mastektomi yang akan dilakukan. Saat ini pasien merasa nyeri setelah dilakukan mastektomi dengan jabaran PQRST, P : luka post operasi, Q : nyeri tertusuk-tusuk dan berdenyut, R : payudara kanan, S : nyeri skala 7 (1/10), T : nyeri hilang timbul.

g. Pola konsep diri-persepsi diri

Pasien mengatakan saat ini merupakan pertama kali pasien melakukan mastektomi. Pasien merasa kurang percaya diri terhadap perubahan fisik akibat kondisi kesehatannya.

h. Pola hubungan peran

Pasien berperan sebagai istri dan ibu. Pasien mengatakan keluarga tetap memberikan dukungan dengan kondisinya saat ini.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan dalam organ reproduksi dan kondisi seksualitasnya. Pasien telah menikah dan mempunyai 2 anak serta pasien telah menopause sejak umur 55 tahun.

j. Pola toleransi terhadap stres-koping

Pasien mengatakan saat ini merupakan operasi mastektomi pertama sehingga membuat pasien cukup khawatir dan cemas terhadap kondisinya. Namun, pasien selalu mendapatkan dukungan dari suami, anak dan keluarganya.

k. Pola keyakinan-nilai

Pasien mengatakan selalu berdoa sesuai kepercayaannya dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dalam menghadapi penyakit yang dihidapnya.

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Pasien dalam keadaan umum baik, kesadaran compos mentis dengan GCS 15, ekspresi wajah tampak meringis. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital dengan rincian sebagai berikut:

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Nadi : 108x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,3°C

Berat badan pasien 59 kg dengan tinggi badan 155 cm.

b. Pemeriksaan kepala

Kepala pasien berbentuk simetris dan normochepali, warna rambut hitam berisi uban, tidak ada lesi dan luka ataupun kelainan di kepala, wajah tampak pucat, tidak terdapat klaosma, sklera normal, konjungtiva merah muda, penghidu normal tidak ada polip, bibir nirmal, mukosa bibir kering

c. Dada

Bentuk dada atau payudara tidak simetris, areola berwarna kecoklatan, puting susu menonjol, bagian kanan tampak adanya bekas luka post operasi dan tidak ada perdarahan. Tidak tampak retraksi dinding dada, suara napas vesikuler dan bunyi jantung normal.

d. Abdomen

Bentuk perut tampak datar dan simetris, terdapat bekas luka SC. Bising usus terdengar dalam batas normal 18x/menit. Tidak ditemukan adanya massa dan tidak adanya tanda asites.

e. Genetalia

Genetalia tampak bersih, tidak ada lesi maupun luka.

f. Anus

Anus tampak bersih, tidak ada lesi maupun luka dan tidak ada hemoroid.

g. Ekstremitas

1) Atas : Tidak ada edema dan varises dengan CRT < 2 detik.

2) Bawah : Tidak ada edema dan varises dengan

3) CRT < 2 detik

6. Data penunjang

a. Pemeriksaan biopsi di RSUD Wangaya tanggal 8 Februari 2026

Sediaan merupakan potongan jaringan biopsi massa tumor mammae yang dilapisi kulit yang sebagian tampak mengalami ulserasi (diskontinuitas epitel permukaan) dengan jaringan granulasi dibawahnya dan mengandung massa tumor. Massa tumor terdiri dari proliferasi sel-sel epitelial neoplastik yang infiltratif diantara stroma jaringan ikat desmoplastik. Sel-sel neoplastik tersebut membentuk struktur solid, trabecular, cribriform, single file linier, cord dan tubular (kurang dari 10%). Sel-sel neoplastik menunjukkan morfologi inti N/C ratio meningkat, pleomorfik berat, hiperkromatik, sebagian vesikuler dengan anak inti prominent dan membran inti ireguler. Mitosis ditemukan 8/10 HPF. TIL sedang. Lymphovascular space invasion (LVSI) kesan positif (+). Dengan

kesimpulan mammae dextra, eksisi biopsi : gambaran morfologi menunjukkan suatu invasive carcinoma of no special type with lobular feature, grade 2.

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 4
Hasil Pemeriksaan Laboratorium tanggal 8 April 2026

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
WBC	10.48	4.10-11.00	10^3/uL
RBC	4.59	4.00-5.20	10^6/uL
HGB	13.3	12.0-16.0	g/dL
HCT	40.9	35.0-47.0	%
MCV	89.1	80.0-100.0	fL
MCH	29.0	26.0-34.0	pg
MCHC	32.5	32.0-36.0	g/dL
PLT	250	150-440	10^3/uL
RDW-SD	45.8	37.0-54.0	fL
RDW-CV	14.1	11.6-14.8	%
PDW	11.5	9.0-17.0	fL
MPV	H 10.6	6.8-10.0	fL
P-LCR	29.0	13.0-43.0	%
PCT	0.26	0.15-0.50	%
NEUT#	H 7.50	1.50-7.00	10^3/uL
LYMPH#	2.35	1.00-3.70	10^3/uL
MONO#	0.44	0.00-0.70	10^3/uL
EOS#	0.14	0.00-0.40	10^3/uL
BASO#	0.05	0.00-0.10	10^3/uL
NEUT%	H 71.6	50.0-70.0	%
LYMPH%	L 22.4	25.0-40.0	%
MONO%	4.2	2.0-8.0	%
EOS%	L 1.3	2.0-4.0	%
BASO%	0.5	0.0-1.0	%
NRBC#	0.00		10^3/uL
NRBC%	0.0		%
IG#	0.03	0-0.7	10^3/uL
IG%	0.3	0.0-0.72	%
NLR	H 3.2	< 3.13	
KOAGULASI			
Waktu Perdarahan (BT)	1’30	1’00-3’00	menit
Waktu Pembekuan (CT)	12’00	5’00-15’00	menit
GLUKOSA DARAH			
Glukosa Darah Sewaktu	95	70-140	mg/dL

c. Thorax PA tanggal 8 April 2026

1) Klinis : Ca Mammae dextra

2) Hasil pemeriksaan foto thorax PA :

   a) Cor : membesar dengan CTR 53%, klasifikasi aortic knob

   b) Pulmo : tampak infiltrat atau nodul, corakan bronkhovaskuler normal, hilus kanan kiri normal.

   c) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

   d) Diafragma kanan kiri normal

   e) Tulang-tulang : tak tampak proses osteolitik atau osteoblastik

   f) Soft tissue yang tervisualisasi tak tampak kelainan

3) Kesan :

   a) Cardiomegaly ringan dengan atherosclerosis aorta

   b) Paru tak tampak kelainan

   c) Tak tampak proses metastase pada paru dan tulang

d. Diagnosa medis

   Ca Mammae Dextra T4bN1M0 St III B

e. Terapi

   a) IVFD RL 16 tpm

   b) Adalat oros 30 mg 1x1

   c) Bisoprolol 2,5 mg 2x1

   d) Ramipril 5 mg 1x1

   e) Cefazolin 2 gr

   f) Cefixime 200 mg 2x1

   g) Paracetamol 500 mg

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dirumuskan setelah mendapatkan data mayor dan minor pada saat melakukan pengkajian keperawatan. Berikut ini merupakan analisa data kasus kelolaan dan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.

1. Analisa data

Tabel 5
Analisa Data Nyeri Akut pada Ny.R dengan Intervensi Teknik *Foot Massage* pada Pasien *Post* Mastektomi di RSUD Bali Mandara

Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data Subjektif : a. Pasien mengatakan nyeri pada payudara kanan b. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul c. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak atau melakukan aktivitas. d. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman akibat nyeri pada area operasi. e. P : Luka post operasi pada payudara kanan f. Q : Nyeri tertusuk-tusuk dan berdenyut g. R : Daerah operasi payudara kanan h. S : Nyeri skala (7/10) i. T : Nyeri muncul hilang timbul **Data Objektif :** a. Pasien tampak meringis b. Pasien tampak gelisah saat timbul nyeri c. KU : Baik d. TD : 140/90 mmHg	Kondisi klinis : Kondisi pembedahan (post op mastektomi) ↓ Agen pencedera fisik (prosedur operasi) ↓ Kerusakan langsung pada struktur kulit. ↓ Tubuh melepaskapn mediator inflamasi ↓ Pembengkakan dan peningkatan aliran darah ↓ Saraf tertekan dan teriritasi ↓ Reseptor nyeri teraktivasi ↓ Impuls nyeri dikirim ke otak ↓ Nyeri Akut	SDKI (D.0077) Nyeri Akut

e. Nadi : 108x/menit
f. Respirasi : 20x/menit
g. Suhu : 36,3°C

2. Rumusan diagnosis keperawatan

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat dirumuskan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 7/10, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan tekanan darah meningkat.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien kelolaan, maka ditetapkan perencanaan keperawatan seperti pada tabel 6 berikut.

Tabel 6
Rencana Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny.R dengan Intervensi Teknik *Foot Massage* pada Pasien *Post* Mastektomi di Rsud Bali Mandara

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
SDKI (D.0077) nyeri akut **berhubungan dengan** agen pencedera fisik (prosedur operasi) **dibuktikan** dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 7/10, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dengan nadi 108x/menit dan tekanan darah meningkat dengan TD : 140/90 mmHg.	**SLKI (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka **Tingkat Nyeri** diharapkan menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Gelisah menurun (5) e. Berfokus pada diri sendiri menurun(5) f. Perasaan takut mengalami cedera menurun (5)	**C. Intervensi Utama** **SIKI (I.08238)** **Manajemen Nyeri** Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap nyeri f. Identifikasi pengaruh

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
	g. Frekuensi nadi membaik (5) h. Tekanan darah membaik (5) i. Nafsu makan membaik (5)	budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgesik **Terapeutik** a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitas istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik dengan tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu **D. Intervensi Pendukung Terapi Pemijatan (*Foot***

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
		***Massage*) Sebagai Intervensi Inovasi** **SIKI (I.08251)** **Terapi Pemijatan (*Foot Massage*)** **Observasi** a. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (gangguan integritas kulit, area lesi, kemerahan atau radang) b. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan c. Monitor respons terhadap pemijatan **Terapeutik** *a.* Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan *foot massage* b. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan (sehari sekali selama 10-20 menit dalam pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam) c. Pilih area tubuh yang akan dipijat d. Cuci tangan dengan air hangat e. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi f. Buka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan g. Tutup area yang tidak terpajan (dengan selimut seprai, handuk mandi) h. Gunakan *lotion* atau minyak untuk

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
		mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu) i. Lakukan pemijatan secara perlahan j. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat **Edukasi** a. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi b. Anjurkan rileks selama pemijatan c. Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan

D. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dilakukan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3 x 24 jam pada tanggal 09 – 12 April 2026, bertempat di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Pelaksanaan intervensi difokuskan pada upaya penanganan masalah keperawatan berupa nyeri akut yang dialami oleh pasien Ny. R.

Tabel 7
Implementasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny.R dengan Intervensi Teknik *Foot Massage* pada Pasien *Post* Mastektomi di Rsud Bali Mandara

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
15.25 WITA	1. Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan *foot massage*	

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
	2. Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pemijatan	**DO :** a. Pasien tidak ada penurunan trombosist, gangguan integritas kulit, *deep vain thrombosis,* area lesi, kemerahan atau radang, tumor dan hipersensitivitas terhadap sentuhan	Widya
15.30 WITA	1. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan *foot massage* 2. Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan (sehari sekali selama 10-20 menit dalam pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam) 3. Menganjurkan rileks selama pemijatan	**DS :** a. Pasien menyetujui tindakan *foot massage* yang akan dilakukan selama 10-20 menit **DO :** a. Pasien tampak kooperatif	Widya
15.35 WITA	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	**DS :** a. Pasien mengatakan enak, nyaman, rileks serta nyeri sedikit berkurang saat diberikan pijatan pada kaki **DO :** a. Pasien tampak relaks setelah diberikan pijatan kaki selama 10-20 menit	Widya
16.10 WITA	1. Memonitor keberhasilan komplementer yang diberikan	**DS :** a. Pasien mengatakan rileks setelah diberikan pijatan **DO :** a. Pasien tampak tenang	Widya
16.15 WITA	1. Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan akan lebih banyak istirahat pada hari ini **DO :** a. Pasien tampak tenang	Widya
17.00 WITA	1. Memberikan paracetamol 500 mg	**DS :** a. Pasien mengatakan nyeri pada luka post op **DO :** a. Pasien tampak minum obat yang telah diberikan	Widya
10 April 2026 09.00 WITA	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	**DS :** a. Pasien mengatakan nyeri masih pada luka post op payudara kanan, nyeri	Widya

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
	2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri	dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6/10 dengan nyeri terasa tertusuk-tusuk dan kesemutan pada tangan kanan. b. Pasien mengatakan nyeri masih terasa saat menggerakkan badan **DO :** a. Pasien tampak meringis berpindah posisi	
09.10 WITA	1. Memonitor tanda-tanda vital	**DS : -** **DO :** a. TD : 135/90 mmHg b. Nadi : 100x/menit c. SPO_2 : 99% d. Suhu : 36,5°C	
09.05 WITA	1. Mengkontrak waktu untuk pemijatan (sehari sekali selama 10-20 menit dalam pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam) 2. Menganjurkan rileks selama pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan menyukai tindakan *foot massage* yang akan dilakukan selama 10-20 menit **DO :** a. Pasien tampak kooperatif	Widya
09.10 WITA	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	**DS :** a. Pasien mengatakan nyaman, rileks serta nyeri sedikit berkurang saat diberikan pijatan pada kaki **DO :** a. Pasien tampak relaks daripada sebelumnya saat diberikan pijatan kaki selama 10-20 menit	Widya
09.40 WITA	1. Memonitor keberhasilan komplementer yang diberikan	**DS :** b. Pasien mengatakan rileks setelah diberikan pijatan **DO :** Pasien tampak tenang	Widya
09.45 WITA	1. Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan akan lebih banyak istirahat pada hari ini **DO :** a. Pasien tampak tenang	Widya
11 April 2026 10.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,	**DS :** a. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang namun	

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
WITA	intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri	nyeri tetap dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 4/10 dengan nyeri terasa tertusuk-tusuk dan masih terasa kesemutan pada tangan kanan. b. Pasien mengatakan nyeri masih terasa saat menggerakkan badan **DO :** a. Pasien tampak sudah lebih nyaman saat berpindah posisi	Widya
10.05 WITA	1. Memonitor tanda-tanda vital	**DS :** a. Pasien mengatakan masih merasa nyeri **DO :** a. TD : 150/100 mmHg b. Nadi : 103x/menit c. SPO_2 : 98% d. Suhu : 36,1°C	Widya
10.10 WITA	1. Mengkontrak waktu untuk pemijatan (sehari sekali selama 10-20 menit dalam pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam) 2. Menganjurkan rileks selama pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan menyukai tindakan *foot massage* yang akan dilakukan selama 10-20 menit **DO :** a. Pasien tampak kooperatif	Widya
10.15 WITA	1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	**DS :** a. Pasien mengatakan nyaman, rileks serta nyeri sedikit berkurang saat diberikan pijatan pada kaki **DO :** a. Pasien tampak relaks daripada sebelumnya saat diberikan pijatan kaki selama 10-20 menit	Widya
10.20 WITA	2. Memonitor keberhasilan komplementer yang diberikan	**DS :** c. Pasien mengatakan rileks setelah diberikan pijatan **DO :** Pasien tampak tenang	Widya
10.25 WITA	2. Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan	**DS :** a. Pasien mengatakan akan lebih banyak istirahat pada hari ini **DO :**	Widya

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
		a. Pasien tampak tenang	
14.00 WITA	l. Memberikan paracetamol 500 mg	**DS :** a. Pasien mengatakan nyeri pada luka post op **DO :** a. Pasien tampak minum obat yang telah diberikan	

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi asuhan keperawatan pada pasien kelolaan setelah diberikan intervensi keperawatan disajikan pada Tabel 8 berikut.

Tabel 8
Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny.R dengan Intervensi Teknik *Foot Massage* pada Pasien *Post* Mastektomi di Rsud Bali Mandara

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama
1	2	3
Minggu, 12 April 2026 Pukul 15.00 WITA	**S :** Pasien mengatakan nyeri pada area operasi berkurang dengan skala nyeri dari 7 menjadi 3 serta pasien mengatakan menjadi lebih rileks dan nyaman setelah dilakukan *foot massage*. **O :** 1. Pasien tidak meringis saat bergerak ringan 2. Ekspresi wajah pasien tampak lebih rileks 3. Skala nyeri : 3/10 4. Tanda-tanda vital : TD : 130/90 mmHg Nadi : 95x/menit SPO_2 : 99% Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit **A :** Masalah keperawatan nyeri akut menunjukkan belum teratasi setelah diberikan terapi *foot massage.* Intervensi *foot massage* efektif dalam membantu mengurangi nyeri pada pasien kanker payudara post mastektomi. **P :** a. Mempertahankan intervensi pemberian *foot*	Widya

		massage b. Mengedukasi kepada keluarga untuk melakukan terapi *foot massage* satu kali sehari