





BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

Data Anamnesis	Klien
Nama	Ny.M
Jenis kelamin	Perempuan
Umur	62 tahun
Status perkawinan	Menikah
Pekerjaan	Mengurus Rumah Tangga
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SMA
Alamat	Surabaya
Diagnosa Medis	Ca Mammae
Nomor register	6597xx
MRS / Tanggal pengkajian	26-11-2021/28-11-2021
Keluhan utama	Nyeri di payudara sebelah kanan pasca operasi dengan skala 7,nyeri seperti tertusuk secara terus menerus

<p>Riwayat Penyakit Sekarang</p>	<p>Klien Ny.M dari poli onkologi dengan keluhan ada benjolan di payudara kanan dan di jadwalkan operasi,masuk ke C1 pada tanggal 26 november 2021 pada pukul 18.00,sudah operasi tgl 27 november 2021 dan saat pengkajian post op hari ke 1 pasien mengeluh nyeri di luka bekas operasi. GCS : E4V5M6, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, TD : 120/70 mmhg, Suhu : 37,5 C, PQRST : P : Post op payudara, Q : Seperti ditusuk tusuk, R : bagian kanan, S : Skala 7, T : terus menerus, Akral hangat, SPO2 : 98%, Akral hangat, klien tampak meringis, klien juga tampak gelisah</p>
<p>Riwayat Penyakit Dahulu</p>	<p>Klien mengatakan sebelumnya memiliki benjolan di payudara sejak lama dan sudah di operasi. Klien sudah menjalankan kemoterapi dan muncul bejolan kembali</p>
<p>Riwayat Penyakit Keluarga</p>	<p>Klien mengatakan dikeluarganya mempunyai penyakit Ca mammae</p>

Tabel 4.2 Hasil Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan Klien dengan Ca mammae di RSPAL Surabaya Tahun 2022

Pengkajian	Klien
1. Pola Persepsi Kesehatan	Klien mengatakan kurangnya pengetahuan tentang Penyebab dan factor-factor yang mempengaruhi terjadinya kanker.
2. Pola Nutrisi/Metabolisme	Intake nutrisi : Frekuensi 3x jenis sayur ,nasi ,lauk dari rumahsakit., porsi makan tidak habis. Intake cairan : Frekuensi 6x jenis air putih gelas aqua sedang.
3. Pola Eliminasi	Pola BAB frekuensi 1x dengan tekstur normal sedikit lembek ,warna kuning kecoklatan,ada alat bantu.
4. Pola Aktivitas – Latihan	Klien berpakaian di bantu berpakaian dengan keluarga,klien tampak kurang beraktifitas seperti olahraga.
5. Pola Istirahat Tidur	Klien mengatakan bisa tidur seperti biasanya jika nyertidak dirasakan
6. Pola kognitif perseptual	Klien penglihatannya normal , pendengarannya normal, penciumannya juga normal, kemampuan bicara juga normal. - PQRST : P : operasi Q : Seperti tertusuk-tusuk R : Payudara kanan S : Skala 7

	T : terus menerus
7. Pola persepsi diri/konsep diri	Pola persepsi terhadap diri sendiri yaitu positif, kepuasan terhadap citra tubuh tidak ada, klien mengatakan optimis agar bisa cepat pulang dirumah lagi, namun klien mempunyai perasaan gelisah, pasien mampu mengenali dirinya sebagai seorang ibu rumah tangga, pasien merasa kalau dirinya sakit dan memerlukan pertolongan, pasien tidak merasa minder dengan keadaan yang sekarang dan tampak selalu kooperatif terhadap perawatnya, selama ini klien berperan sebagai ibu rumah tangga di keluarganya.
8. Pola peran hubungan	Selama proses perawatan dirumahsakit klien ditemani oleh suaminya, tidak ada perubahan peran, status pekerjaan ibu rumah tangga, sistem pendukung adalah keluarga.
9. Pola seksualitas reproduksi	Dampak sakit terhadap seksualitas tidak ada, klien tidak memiliki gangguan pada organ reproduksi. Payudara sebelah kanan mendekati axilla terdapat balutan post op Inspeksi: payudara tidak simetris

10. Pola koping-toleransi	Penggunaan sistem pendukung adalah keluarga, metode koping yang biasa digunakan adalah mengobrol dengan tetangga selama berada di rumah.
11. Pola nilai-kepercayaan	Klien mengatakan selalu berdoa meminta kesembuhan terhadap penyakit yang dideritanya, dan klien selalu sholat 5 waktu.

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

Pemeriksaan	Klien
1. Keadaan Umum	Keadaan umum klien cukup
2. Kesadaran	Compos mentis, GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 120/70 mmhg N : 90x/menit S: 38 C RR : 20x/menit
4. Pemeriksaan kepala	Bentuk kepala klien simetris,
a. Rambut	rambut kurang bersih, warna hitam, tidak ada luka pada kepala.
b. Mata	Mata simetris kanan dan kiri,tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva

	tidak anemis, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, Pupil isokor
c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret, atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal.
d. Rongga mulut	Bibir berwarna merah muda, lidah berwarna merah muda, tidak ada sariawan, mukosa lembab, tonsil tidak membesar.
e. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, telinga kanan dan kiri bersih, tidak ada benda asing, tidak ada luka ditelinga, klien dapat mendengar dengan normal.
5. Pemeriksaan leher	Tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
6. Pemeriksaan dada	Inspeksi: Bentuk dada tidak simetris karena adanya bekas operasi di payudara.

	<p>Palpasi: Terdapat benjolan di payudara kanan, bengkak dan terasa nyeri, tidak simetris, ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi: Sonor</p> <p>Auskultasi : Vesikuler</p>
7. Pemeriksaan jantung :	<p>Tidak ada nyeri dada, bunyi jantung I berbunyi lup dan bunyi jantung II berbunyi dup, tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>
8. Pemeriksaan Abdomen	<p>BB : 49 kg , TB : 155 cm, klien BAB 1 x selama sakit, bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan atau massa, bising usus 8x/menit, palpasi abdomen teraba lunak, tidak ada pembesaran hepar</p>
9. Pemeriksaan Genital	<p>Klien mengatakan kencing lancar</p> <p>Inspeksi: klien terpasang kateter, urin berwarna kuning pekat.</p> <p>intke: 600ml/hari air mineral, RL</p> <p>1000cc/24/jam balance cairan</p> <p>: 1600-1517=83cc</p>

10. Pemeriksaam muskuloskeletal	ket: 5(mampu melawan tahanan norma),4(mampu melawan tahanan ringan),3(mampu melawan gravitasi),2(mampu menggerakkan sendi),1(kontraksi otot),0(paralialis sempurna) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table>	4	5	5	5
4	5				
5	5				
11. Seksualitas dan reproduksi	ada benjolan pada payudara saat sebelum di operasi				
12. Keamanan lingkungan	Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse : 0 / kategori rendah.				

Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Dengan Kanker payudara di RSPAL Surabaya Tahun 2022.

Pemeriksaan Penunjang	Klien
Tanggal : 27 – 11 - 2021	
Laboratorium	Jumlah Sel Darah Hemoglobin : 10.10 g/dl (12-15)

	Hematokrit : 34.0 % (40.0-54.0)
	Lekosit : 9.1 ribu/mm ³ (4.00-10.00)
	Trombosit : 170 ribu/ul(150-450)
	Eritrosit : 3.42 juta/ul(4.00-5.50)
	PCT : 0.147 (1.08-2.82)
	INR : 0.87 (1.00-2.00)
	SPGT :50 (0-35)
	Index
	MCV : 75.2 fL
	MCH : 25.1 pg
	MCHC : 33.4 %
	RDW-SD : 46.5 fL
	RDW-CV : 12.2 %
	P-LCR : 16.8 %
	Differential
	Lymp% : 28.8 %
	MID% : 5.3 %
	Gran% : 66 %
	Jumlah Total Sel
	Lymp# : 2.60 ribu/uL
	MID# : 1 ribu/uL
	Gran# : 6 ribu/uL

Antigen SARS-COV-2-1	Negatif
Specimen Darah	Gula darah acak : 86 Urea : 26.0 Bun : 12.09 Creatinin : 1.02 Natrium : 143.4 Kalium : 3.04 Chlorida : 112.9

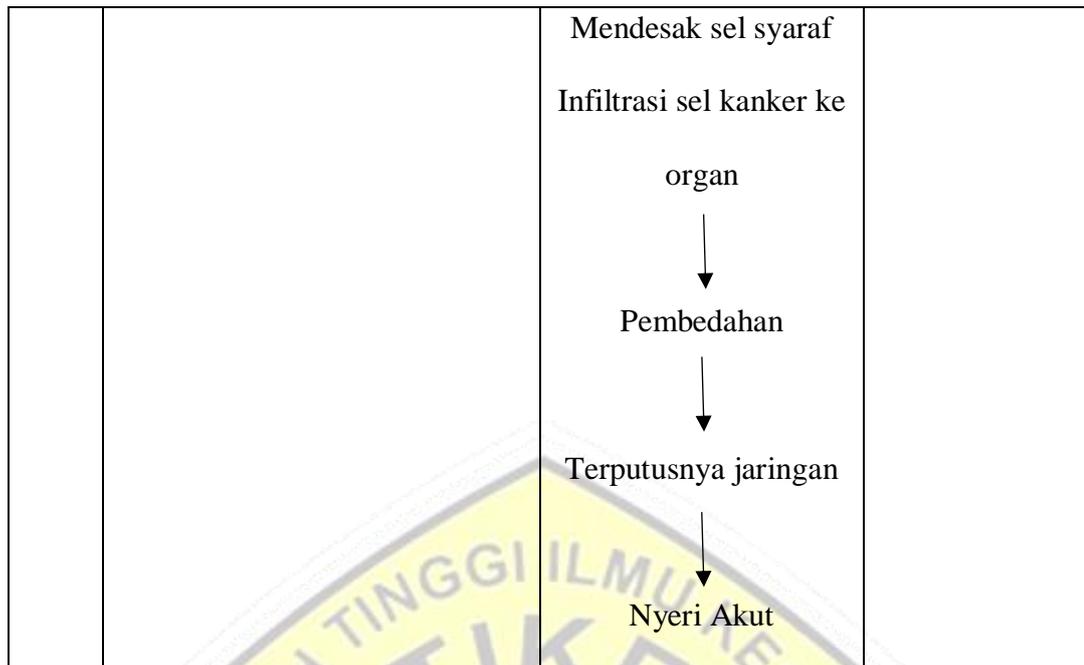
Tabel 4.5 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien dengan *Ca mammae* di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

Klien
<ul style="list-style-type: none"> - Cinam 4x1,5 gram (Antibiotik) - Infus RL 500/24jam IV (Cairan tubuh) - Ketorolac 3x30 mg (meredakan nyeri)

3.1.2 Analisa Keperawatan

Tabel 4. 6 Analisis Keperawatan Klien Dengan Kanker Payudara di RSPAL Surabaya Tahun 2022

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS : Klien mengatakan nyeri perut kanan bawah</p> <p>- PQRST :</p> <p>P : post of payudara</p> <p>Q :Seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R :payudara kanan</p> <p>S : Skala 7</p> <p>T : Terus menerus</p> <p>DO : TTV : TD : 120/70 mmhg</p> <p>-RR : 20x/mnt, N : 80x/mnt</p> <p>- S : 38 C , Spo2 : 98%.</p> <p>- Klien tampak meringis</p> <p>- klien tampak gelisah</p> <p>- klien tampak sulit tidur</p>	<p>Perubahan genetic dalam sel factor usia pembesar masa / kankernya</p> <p>↓</p> <p>Mendarat system saraf sekitar</p> <p>↓</p> <p>Sel menjadi abnormal</p> <p>↓</p> <p>Proliferasi sel-sel dalam payudara</p> <p>↓</p> <p>Tumor payudara</p> <p>Biokimia sel kanker menghasilkan mediator nyeri seperti histamin bradykinin</p> <p>↓</p>	Nyeri Akut



3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 7 Diagnosa Keperawatan Klien Dengan Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

NO	Diagnosis Keperawatan
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik ditandai dengan nyeri bagian kanan, klien tampak meringis, gelisah, kesulitan tidur

3.1.4 Rencana Keperawatan

Tabel 4. 8 Rencana Keperawatan Klien Dengan Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun/pasien Nampak lebih rileks - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Skala nyeri menurun(nyeri 	Manajemen Nyeri Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam, Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

		bisa di tolerisasi oleh pasien)	6. Kolaborasi dengan spiritual atau keagamaan agar klien bisa menerima dengan ikhlas yang di alami sekarang.
--	--	---------------------------------	--



3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Klien Dengan Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Implementasi	TTD
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	28-11-2021 08.00 08.30 09.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi hubungan saling percaya dengan klien 2. menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan. 3. Mengidentifikasi keluhan klien 4. Mengobservasi TTV 5. Mengidentifikasi skala nyeri 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan : relaksasi nafas dalam 8. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik : Keorolac IV 3x30 mg 	

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Implementasi	TTD
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	29-11-2021 08.00 08.30 09.00 09.30	1. Mengidentifikasi keluhan klien 2. Mengobservasi TTV 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Fasilitasi istirahat tidur 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam. 6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik : Ketorolac IV 3x30mg	

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Implementasi	TTD
1.	Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik.	30-11-2021 08.00 08.30 09.00	1. Mengidentifikasi keluhan klien 2. Mengobservasi TTV 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Fasilitasi istirahat tidur 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri : dengan cara relaksasi nafas dalam. 6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik : Ketorolac IV 3x30mg	

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 10 Evaluasi Keperawatan Klien Dengan Ca mammae di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya Tahun 2022

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD
1.	Nyeri Akut b.d agen cedera fisik	28-11-2021 09.00 10.00 12.00	<p>S : Klien mengatakan nyeri payudara di kanan.dengan skala 7 tidak di control dan mengatakan kadang suit tidur</p> <p>O : - TTV : TD : 120/70 mmhg -RR : 20x/mnt , N : 90x/mnt - S : 38 C -Pasien tampak kesakitan -Mengajarkan Teknik relaksasi - PQRST :</p> <p>P : post of payudara Q : Seperti tertusuk-tusuk R : bagian kanan</p> <p>S : Skala 7</p> <p>T : Terus menerus</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :1,3,4,5.</p> <p>-Cinam 4x1,5 gram -injeksi ketorolac iv 3x30mg</p>	

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD
2.	Nyeri Akut b.d agen cedera fisik	29-11-2021 08.30 10.00 12.00	<p>S : Klien masih mengatakan nyeri bagian kanan dan sudah bisa di kontrol nyeri,sudah bisa tidur dengan nyaman.</p> <p>O : - TTV : TD : 110/70 mmhg -RR : 20x/mnt , N : 83x/mnt - S : 37,5 C - PQRST : P : post of payudara Q : Seperti tertusuk-tusuk R : bagian kanan S : Skala 6 T : Terus menerus</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :1,3,5. -Cinam 4x1,5 gram -injeksi ketorolac iv 3x30mg</p>	

No	Diagnosa kep	Tanggal/Jam	Evaluasi	TTD
3.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	30-11-2021 09.30 10.00 12.00	<p>S : Klien masih mengatakan nyeri kanan namun sudah terasa berkurang.</p> <p>O : - TTV : TD : 120/80 mmhg -RR : 20x/mnt , N : 85x/mnt - S : 36 C - PQRST :</p> <p>P : Post of payudara Q : Seperti tertusuk-tusuk R : Perut kanan bawah S : Skala 5 T : Terus menerus</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.observasi TTV 2.berkolaborasi dengan ahli medis</p>	

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data hasil pengkajian yang telah didapatkan pada pengkajian klien mengatakan nyeri pada Klien Ny.M dari poli onkologi dengan keluhan ada benjolan di payudara kanan dan di jadwalkan operasi,masuk ke C1 pada tanggal 26 november 2021 pada pukul 18.00,sudah operasi tgl 27 november 2021 dan saat pengkajian post op hari ke 1 pasien mengeluh nyeri di luka bekas operasi.GCS : E4V5M6, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, TD : 120/70 mmhg, Suhu : 337,5 C, PQRST : P : Pos of payudara, Q : Seperti ditusuk tusuk, R : bagian kanan, S : Skala 7, T : terus menerus, Akral hangat, SPO2 : 98%,

Diagnosis

Diagnosis keperawatan pada klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan nyeri payudara bagian kanan seperti tertusuk tusuk, durasi terus menerus, klien juga tampak meringis dengan skala nyeri 7, klien tampak gelisah, terjadi peningkatan tekanan darah dan juga klien tampak kesulitan untuk tidur.

Berdasarkan teori Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif

yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Hasil pengkajian dari data subyektif dan objektif digunakan untuk menentukan diagnosa yang muncul. Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa yang muncul pada pasien ca mammae yaitu nyeri akut menunjukkan adanya tanda gejala mayor dan minor yaitu berupa klien tampak meringis, klien tampak gelisah, peningkatan tekanan darah, klien juga tampak kesulitan untuk tidur. Hal ini sudah sesuai dengan teori dan fakta bahwa ca mammae dapat menyebabkan nyeri.

3.2.2 Intervensi

Intervensi keperawatan klien hari pertama yaitu menciptakan hubungan saling percaya dengan klien, menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan, mengidentifikasi keluhan klien, lalu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kemudian fasilitasi istirahat dan tidur, lalu ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, setelah itu kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik : Ketorolac IV 3x30 mg. Kemudian intervensi hari kedua melanjutkan identifikasi keluhan klien hari kedua, lalu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kemudian fasilitasi istirahat dan tidur, lalu ajarkan lagi teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, setelah itu

kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik : Ketorolac IV 3x30mg. Kemudian hari ketiga klien rasa nyerinya menurun atau sudah tidak terasa nyeri, lalu intervensi dihentikan.

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan kemudian membuat intervensi keperawatan. Rencana keperawatan yang disusun merupakan rencana keperawatan untuk mengatasi diagnosa utama sebagai fokus studi dengan kasus nyeri akut. Perencanaan yang dilakukan pada asuhan keperawatan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan proses peradangan ditandai dengan nyeri yang seperti tertusuk tusuk. Penulis menggunakan teori rencana keperawatan menurut SIKI yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil tidak terdapat rasa nyeri, tidak meringis. Intrvensi yang diberikan yaitu mengidentifikasi keluhan klien, mengobservasi TTV, mengidentifikasi skala nyeri, fasilitasi istirahat tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam, kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada klien ca mammae dengan masalah nyeri akut sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien ca mammae dengan masalah nyeri akut sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SDKI.

3.2.3 Implementasi

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada hari pertama dilakukan

- 1). Mengidentifikasi hubungan saling percaya dengan klien, 2). Menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan, 3). Mengidentifikasi keluhan klien, 4). Mengobservasi TTV dengan hasil N : 80x/mnt, TD : 120/70 mmhg, RR : 20x/mnt, S : 38 C, 5). Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil P : Post of payudara, Q : Seperti tertusuk-tusuk, R : bagian kanan , S : Skala 7, T : tertusuk-tusuk, 6). Memfasilitasi istirahat tidur klien, 7). Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan : Teknik relaksasi nafas dalam 8). Kolaborasi pemberian analgetik. Pada hari kedua
- 1). Mengidentifikasi keluhan klien, 2). Mengobservasi TTV dengan hasil TD : 110/70 mmhg, N : 83x/mnt , RR : 20x/mnt, S : 37,5 C , 3). Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil P : Post of payudara Q : Seperti tertusuk-tusuk, R : bagian kanan , S : Skala 6, T : terus-menerus, 4). Memfasilitasi istirahat tidur,
- 5). Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan : relaksasi nafas dalam, 6). Kolaborasi pemberian analgetik : Ketorolac iv 3x30mg. Pada hari ketiga
- 1). Mengidentifikasi keluhan klien, 2). Mengobservasi TTV dengan hasil TD : 120/80 mmhg, RR : 20x mnt, N : 85x/mnt, S : 36 C, 3). Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil P : post of payudara , Q : Seperti tertusuk-tusuk, R : bagian kanan, S : Skala : 5, T : terus-menerus, 4). Memfasilitasi istirahat tidur klien, 5). Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan : relaksasi nafas dalam,
- 6). Kolaborasi pemberian analgetik : Ketorolac iv 3x30mg.

Menurut (Rohmah & Walid, 2016) Tahap pelaksanaan dilakukan setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan kepada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang dibuat sesuai dengan masalah yang pasien hadapi, Implementasi yang komprehensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan berdasarkan hakekat masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi sesama tim/kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain, Implementasi untuk nyeri akut yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif diantaranya termasuk lokasi, durasi, frekuensi, karakteristik, dan kualitas serta faktor presipitasi, bantu pasien berada posisi nyaman, ajarkan teknik nafas dalam, anjurkan kompres air hangat pada daerah nyeri.

Implementasi yang dilakukan pada klien kanker payudara dilakukan 3x24 jam yang sesuai dengan intervensi yang dibuat oleh penulis yaitu hari pertama 1). Mengidentifikasi hubungan saling percaya dengan klien, 2). Menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan, 3). Mengidentifikasi keluhan klien, 4). Mengobservasi TTV, 5). Mengidentifikasi skala nyeri 6). Memfasilitasi istirahat tidur klien, 7). Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan rasa nyeri dengan : relaksasi nafas dalam, 8). Kolaborasi pemberian analgetik. Pada hari pertama terjadi kesenjangan antara teori dan fakta seharusnya pada hari pertama klien dengan nyeri akut mendapat terapi teknik nafas dalam untuk mengalihkan / meminimalisir rasa nyeri pada klien.

3.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan pada hari terakhir setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama waktu yang telah ditetapkan. Dari hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi setelah 3x24 jam dilakukan tindakan keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian dibuktikan dengan kriteria hasil yang sudah tercapai sebagian yaitu klien mengatakan sesak berkurang dan kelelahan berkurang. Selain itu kepatuhan klien dalam mengikuti semua prosedur perawatan yang berpengaruh penting dalam kesembuhannya



