

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keletihan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara

1. Konsep kanker payudara

a. Pengertian kanker payudara

Kanker payudara merupakan proses penyakit yang dimulai ketika DNA salah satu sel abnormal mengalami mutasi genetik, memproduksi sel klon, dan berproliferasi dengan cepat tanpa memperhatikan sinyal regulasi pertumbuhan sel normal (Hurst, 2016). Kanker payudara atau *carcinoma mammae* merupakan suatu penyakit sel yang dicirikan adanya berkembangnya sel yang tidak terbatas dimana sel ini akan membentuk *neoplasma* (tumor) *malignant* (ganas) (Siregar dkk., 2022). Kanker payudara adalah tumor ganas yang tumbuh dalam jaringan payudara dimana tumor ini dapat tumbuh dalam kelenjar jaringan susu atau dalam jaringan ikat payudara yang tidak terkontrol (Gani. A dkk., 2022). Dapat disimpulkan bahwa kanker payudara adalah pertumbuhan jaringan yang tidak terkontrol disebabkan oleh mutasi DNA yang dapat membentuk *neoplasma malignant*.

b. Etiologi kanker payudara

Sampai saat ini para ahli kesehatan di seluruh dunia masih tidak yakin tentang penyebab utama kanker payudara. Namun, ada beberapa faktor risiko yang dapat diidentifikasi yang mempengaruhi terkenanya kanker payudara, antara lain:

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a) Gender

Perempuan adalah faktor risiko utama penyebab kanker payudara (Savitri, 2015). Namun, kanker payudara juga dapat menyerang laki-laki tetapi hanya 1%

dari semua kasus (Ariani, 2015). Dari 100 kasus kanker payudara 99 diantaranya diderita oleh perempuan dan 1 diderita oleh laki-laki (Tim, 2017).

b) Pertambah umur

Kanker payudara bisa menyerang perempuan dari segala umur. Namun, umur 40 tahun ke atas merupakan periode yang lebih berisiko bagi perempuan. Hal ini terjadi karena seiring bertambahnya usia maka sel lemak di payudara dapat menghasilkan lebih banyak enzim aromatase yang dapat meningkatkan kadar estrogen lokal sehingga berpotensi memicu kanker payudara (Ningrum dan Rahayu, 2021).

c) Genetik

Sekitar 5-10% kasus kanker payudara didapat dari keturunan. Ini menunjukkan bahwa bibit kanker adalah hasil langsung dari mutasi gen pada orang tuanya. Mutasi gen BRCA1 dan BCRA2 adalah penyebab paling umum kasus kanker payudara. Sebesar 80% perempuan yang membawa mutasi gen ini berisiko kanker payudara sedangkan 45% perempuan yang mewarisi mutasi gen ini berisiko terkena kanker payudara (Savitri, 2015).

d) Jaringan payudara yang padat

Jaringan payudara yang padat didefinisikan sebagai jaringan yang terdiri dari lebih banyak jaringan kelenjar dan fibrosa daripada jaringan lemak. Perempuan dengan jaringan payudara padat memiliki risiko kanker payudara dua kali lipat dibanding dengan wanita dengan kepadatan jaringan payudara rata-rata (Savitri, 2015).

e) Paparan hormon estrogen

Perempuan yang mengalami *menarche* di usia muda atau memasuki masa menopause lebih rentan terhadap kanker payudara daripada perempuan umumnya karena paparan tubuh terhadap hormon esterogen yang lama (Savitri, 2015).

2) Faktor risiko yang dapat diubah

a) Tidak punya anak dan tidak menyusui

Perempuan yang tidak memiliki anak dan tidak menyusui memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara. Selama masa menyusui hormon estrogenn menurun dan didomin oleh hormon prolantin. Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa menyusui dapat menurunkan risiko terkena kanker payudara, terutama bagi ibu menyusui selama satu setengah hingga dua tahun.

b) Kehamilan pertama setelah berumur 30 tahun

Perempuan yang mempunyai anak pertama diusia 30 tahun ke atas memiliki risiko lebih tinggi menderita kanker payudara. Risiko akan meningkat 3% seiring bertambahnya umur.

c) Kontrasepsi hormonal

Perempuan yang memakai kontrasepsi hormonal memiliki risiko kanker payudara tiga kali lebih tinggi dibanding dengan perempuan yang tidak menggunakan kontrasepsi hormonal. Penggunaan kontrasepsi hormonal dapat meningkatkan risiko kejadian kanker payudara hal ini terjadi karena kandungan estrogen dan progesterone yang ada dalam kontrasepsi akan meningkatkan proliferasi sel payudara dan menghambat apoptopis akan menyebabkan mutasi gen enzim yang mengatur splicing mRNA yaitu CYP17 dan CYP9 pada kelenjar

payudara. Selain itu, hormon estrogen dan progesterone secara langsung merangsang pertumbuhan sel punca kanker di ductus kelenjar payudara.

d) **Obesitas**

Obesitas dikaitkan dengan peradangan kronis tingkat rendah (Brown, 2021). Peradangan dalam waktu lama dapat memicu kerusakan atau mutasi DNA (NCI, 2025). Kerusakan DNA akibat peradangan mendorong mutasi serta perkembangan kanker (Kay *et al.*, 2019). Selain itu, obesitas menyebabkan produksi estrogen berlebih (Winasis dan Djuwita, 2023). Peningkatan estrogen di dalam sirkulasi menyebabkan peningkatan *estrogen reseptor* (ER) (Dahlia dkk., 2024). *Estrogen reseptor* (ER) yang meningkat menyebabkan ikatan estrogen meningkat sehingga meregulasi proliferasi di payudara. Proliferasi yang berlebihan dan tidak terkendali menyebabkan kanker payudara (Hua *et al.*, 2018).

e) **Asap tembakau**

Asap tembakau mengandung bahan kimia dalam jumlah tinggi yang menyebabkan kanker payudara. Bahan kimia ini masuk ke jaringan payudara dan ditemukan dalam ASI. Risiko terkena kanker payudara lebih tinggi pada perokok berat yang merokok dalam jangka waktu yang lama (Savitri, 2015).

c. Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang pada kanker payudara, yaitu:

1) *Mamografi*

Mamografi merupakan pemeriksaan payudara dengan menggunakan sinar X yang dapat mendeteksi kelainan kecil pada payudara yaitu mikrokalsifikasi. Mikrokalsifikasi adalah endapan kalsium kecil dalam jaringan payudara yang muncul sebagai titik putih kecil di sekitar jaringan payudara. Mikrokalsifikasi yang

dicurigai sebagai tanda kanker adalah titik-titik sangat kecil yang berkumpul dalam kelompok (cluster). *Mamografi* memiliki akurasi 90% dalam mendeteksi kanker payudara (Savitri, 2015).

2) Ultrasonografi (USG)

USG payudara merupakan prosedur pemeriksaan payudara menggunakan gelombang suara. USG dapat membedakan benjolan antara tumor padat dan kista (Savitri, 2015).

3) *Magnetik Resonance Imaging* (MRI) mammae

Pemeriksaan kanker payudara dengan MRI adalah prosedur yang menggunakan medan magnet dan gelombang radio untuk menghasilkan gambaran rinci dari jaringan payudara. MRI digunakan untuk mengevaluasi les payudara yang mencurigakan dan dapat mendeteksi massa pada jaringan payudara yang padat (Hurst, 2016).

4) Pemeriksaan sitologi

Pemeriksaan ini menggunakan metode aspirasi jarum halus. Cara melakukan metode ini sederhana, aman, dan memiliki akurasi lebih dari 90% untuk pemeriksaan sitologi (Siregar dkk., 2022).

5) Pemeriksaan biopsi

Biopsi dapat dilakukan dengan eksisi atau insisi, tetapi biasanya eksisi. Biopsi digunakan untuk menentukan apakah benjolan atau kelainan pada payudara bersifat jinak (non-kanker) atau ganas (kanker) (Siregar dkk., 2022).

d. Penatalaksanaan

Beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada kanker payudara, yaitu:

1) Pembedahan

a) Mastektomi total

Pembedahan ini dilakukan dengan mengangkat semua jaringan payudara termasuk puting, areola, dan lapiran otot pectoralis mayor diangkat. Sedangkan, nodus axila tidak disayat dan lapisan dinding dada tidak diangkat (Mandang dkk., 2016).

b) Mastektomi radikal (*lumpectomy*)

Pembedahan ini dilakukan dengan pengangkatan tumor namun lapisan mayor payudara tidak diangkat. Pengkatan jaringan dilakukan dengan sedikitnya 3 cm jaringan payudara normal yang berada di sekitar tumor tersebut (Mandang dkk., 2016) .

c) Mastektomi parsial (*wide excision*)

Pembedahan ini dilakukan dengan pengangkatan jaringan 12 cm dari jaringan payudara normal (Mandang dkk., 2016).

2) Radioterapi

Dalam radioterapi menggunakan radiasi ionisasi untuk menghancurkan sel-sel kanker. Ini dapat dicapai dengan menggunakan sinar yang dihasilkan oleh *linear accelerator* yaitu sebuah mesin yang menghasilkan sinar-x atau sinar-sinar elektron (Lincoln, 2008). Radioterapi dapat digunakan saat pra-operasi dan pasca operasi terutama untuk pasien stadium lanjut lokalisasi (Siregar dkk., 2022). Gejala sistemik yang dapat terjadi pada penggunaan terapi radiasi eksternal adalah kelelahan.

3) Kemoterapi

Kemoterapi merupakan prosedur pemberian obat-obatan anti kanker atau sitokina yang dapat berupa pil, cairan, kapsul, atau melalui infus dengan tujuan untuk menghancurkan sel kanker melalui proses kemotaksis. Kemoterapi tidak hanya menargetkan sel kanker di payudara tetapi juga di seluruh tubuh (Hasdianah dan Suprpto, 2014). Ada dua tipe kemoterapi yang diberikan, ada kemoterapi yang diberikan sebelum operasi dimana kemoterapi ini bertujuan untuk mengecilkan tumor dan ada kemoterapi diberikan setelah operasi dimana kemoterapi ini bertujuan untuk menghancurkan sel-sel kanker (Savitri, 2015).

2. Keletihan Pada Kanker Payudara

a. Pengertian Keletihan Pada Kanker Payudara

Terdapat beberapa pengertian dari keletihan pada pasien kanker payudara diantaranya keletihan terkait kanker atau *cancer relate fatigue* adalah rasa lelah yang berat, berlangsung lama, dan tidak hilang dengan istirahat. Kelelahan ini sangat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (Deswita dkk., 2023). Menurut *National Comprehensive Cancer Network* yang mendefinisikan keletihan sebagai perasaan subjektif yang terus-menerus dan menyedihkan terhadap fisik, emosional, atau mental. Keletihan yang berhubungan dengan kanker atau pengobatan kanker yang tidak proporsional dengan aktivitas sehari-hari dan mengganggu fungsi normal (Poort, 2017). PPNI menuruskannya keletihan terjadi ketika penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat (PPNI, 2017). Dapat disimpulkan keletihan pada pasien kanker payudara adalah kondisi yang bersifat subjektif dengan gejala penurunan energi secara fisik maupun mental yang dapat mempengaruhi kegiatan sehari-hari dan tidak dapat berkurang dengan beristirahat.

b. Etiologi kelelahan pada pasien kanker payudara

Penderita kanker payudara menghadapi berbagai masalah baik itu karena penyakitnya atau dampak dari pengobatan yang diterima.

1) Penyakit Kanker

Kanker menggunakan kalori dan nutrisi yang diperlukan tubuh untuk menghasilkan energi. Selain itu, kanker mengakibatkan tubuh melepaskan sitokin, yaitu zat yang diproduksi secara alami oleh tubuh untuk melawan infeksi dan kanker. Ketika sitokin dilepaskan dalam jumlah besar dapat menyebabkan kelelahan (NCI, 2024).

2) Pengobatan

a) Operasi

Kelelahan merupakan hal yang umum terjadi setelah operasi besar dan penunda pemulihan. Hal ini disebabkan oleh respons fisiologis terhadap operasi. Kelelahan pascaoperasi dikaitkan oleh faktor-faktor seperti telah menerima anestesi, jenis analgesia, penurunan kapasitas ventilasi, imobilisasi, infeksi dan kecemasan (Wang, 2013).

b) Kemoterapi

Mual, diare, dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi dapat mempengaruhi gejala kelelahan. Kelelahan akibat kemoterapi dapat juga dikaitkan dengan anemia atau kerusakan sel. Obat kemoterapi yang melewati darah sampai otak dapat menyebabkan neurotoksisitas yang menyebabkan kelelahan (Wang, 2013).

c) Radioterapi

Radioterapi dapat menyebabkan gejala kelelahan paling parah pada pasien selama menjalani terapi radiasi. Perawatan dengan radiasi dapat menyebabkan anemia, diare, penurunan berat badan, anoreksia, dan nyeri kronis. Hal ini dapat memengaruhi tingkat keparahan kelelahan (Wang, 2013).

c. Patofisiologi kelelahan pada pasien kanker payudara

Kanker payudara dapat dipicu oleh berbagai faktor risiko seperti jenis kelamin, pertambahan umur, faktor genetik, kepadatan jaringan payudara, penggunaan kontrasepsi hormonal dan obesitas. Penderita kanker payudara mengalami berbagai masalah akibat penyakit ataupun pengobatannya. Penderita kanker payudara dapat mengalami kelelahan karena sel kanker menggunakan kalori dan nutrisi yang diperlukan tubuh untuk menghasilkan energi. Selain itu, kanker payudara dapat menyebabkan inflamasi kronis yang pada akhirnya menyebabkan anemia. Inflamasi kronis memicu pelepasan sitokin proinflamasi seperti Interleukin-6 (IL-6) dan Tumor Necrosis Factor- α (TNF- α) (Putri dkk., 2021). Pelepasan kedua zat ini dapat menghambat eritropoietin (Dicato *et al.*, 2010). Eritropoietin merupakan hormon utama yang merangsang produksi eritrosit di sumsum tulang. Penghambatan eritropoietin menyebabkan penurunan produksi sel darah merah yang pada akhirnya menyebabkan anemia (Raaf, 2013).

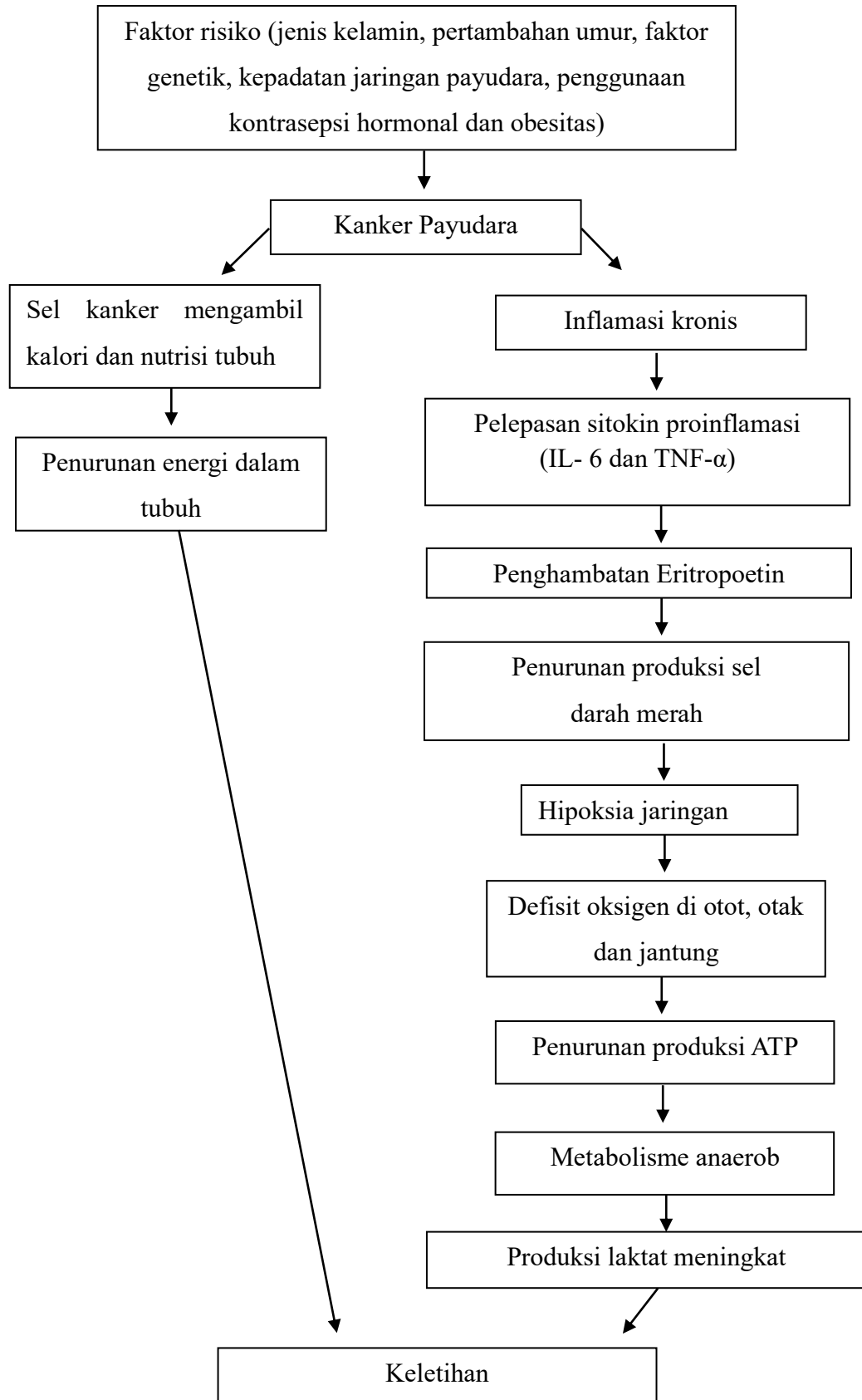
Seiring dengan berkembangnya anemia dapat menyebabkan hipoksia jaringan yang berdampak sistemik. Organ-organ vital seperti otot rangka, otak, dan jantung mengalami defisit oksigen yang mengganggu produksi energi di dalam mitokondria. Selain itu, hipoksia menyebabkan penurunan produksi ATP, sehingga tubuh beralih ke metabolisme anaerob yang menghasilkan laktat sebagai produk

sampingan. Akumulasi laktat dalam jaringan menyebabkan asam laktat meningkat yang berkontribusi terhadap kelemahan otot, nyeri otot, dan peningkatan sensasi keletihan yang dialami pasien kanker (Raaf, 2013).

d. Tanda dan gejala keletihan pada pasien kanker payudara

Adapun tanda dan gejala yang dapat muncul dari keletihan akibat kanker seperti merasa sangat lelah dan lesu atau merasa tidak memiliki energi, mengalami kesulitan bergerak seperti merasa berat dan lambat, mengalami kesulitan berpikir, mengingat atau susah fokus, memiliki rasa kelelahan fisik, emosional dan mental namun tidak merasa membaik meskipun sudah tidur (NCI, 2024). PPNI merumuskan tanda dan gejala dari keletihan seperti merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu, merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab, libido menurun, kebutuhan istirahat meningkat (PPNI, 2017).

B. Problem Tree



Gambar 1 Proses terjadinya keletihan pada pasien kanker payudara

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kelelahan Pada Pasien Kanker Payudara

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh dan mencakup semua aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dari individu tersebut (Polopadang dan Hidayah, 2019).

a. Identitas

Mengkaji biodata pasien mengenai nama pasien dan nama penanggung jawab, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat, pendidikan terakhir, tanggal masuk RS, agama, status perkawinan, pekerjaan, nomor register dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan atau gejala awal yang mendorong pasien untuk mencari pengobatan. Keluhan utama yang muncul pada pasien dengan kelelahan akibat kanker payudara, yaitu merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab dan libido menurun (PPNI, 2017).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Catatan mengenai riwayat penyakit pasien pada saat dilakukan pengkajian. Biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu tetapi pada stadium akhir seperti stadium 3 dan 4 baru timbul keluhan (Siregar dkk., 2022).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Catatan mengenai penyakit yang pernah dialami oleh pasien sebelum masuk rumah sakit. Pengkajian yang mendukung seperti mengkaji apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit lain. Orang yang sudah pernah terkena kanker dapat terkena untuk kedua kalinya (Siregar dkk., 2022).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Catatan mengenai penyakit yang telah diderita keluarga yang berhubungan dengan penyakit pasien saat ini. Riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi dalam kejadian penyakit kanker karena kanker biasanya dipengaruhi oleh kelainan genetik. Keluarga yang memiliki riwayat kanker di dalam keluarganya akan lebih berisiko untuk terkena kanker dari pada yang tidak mempunyai riwayat kanker di dalam keluarganya (Siregar dkk., 2022).

d. Pola kebutuhan dasar

Pada pasien kanker payudara dengan kelelahan menggunakan pengkajian yang berdasarkan pada kategori fisiologis dan subkategori aktivitas/istirahat.

- a) Apakah pasien mengeluh merasa energinya tidak pulih walaupun telah tidur?
- b) Apakah pasien merasa kurang tenaga?
- c) Apakah pasien mengeluh lelah?
- d) Apakah pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin?
- e) Apakah pasien tampak lesu?
- f) Apakah pasien merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab?
- g) Apakah libido pasien menurun?
- h) Apakah kebutuhan istirahat pasien meningkat?

e. Pemeriksaan penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang pada kanker payudara, yaitu:

1) *Mamografi*

Mamografi merupakan pemeriksaan payudara dengan menggunakan sinar X yang dapat mendeteksi kelainan kecil pada payudara, yaitu mikrokalsifikasi.

2) Ultrasonografi (USG)

USG payudara merupakan prosedur pemeriksaan payudara menggunakan gelombang suara. USG dapat membedakan benjolan antara tumor padat dan kista (Savitri, 2015).

3) *Magnetik Resonance Imaging* (MRI) mammae

MRI digunakan untuk mengevaluasi les payudara yang mencurigakan dan dapat mendeteksi massa pada jaringan payudara yang padat (Hurst, 2016).

4) Pemeriksaan sitologi

Pemeriksaan ini menggunakan metode aspirasi jarum halus. Cara melakukan metode ini sederhana, aman, dan memiliki akurasi lebih dari 90% untuk pemeriksaan sitologi (Siregar dkk., 2022).

5) Pemeriksaan biopsi

Biopsi dapat dilakukan dengan eksisi atau insisi. Biopsi digunakan untuk menentukan apakah benjolan atau kelainan pada payudara bersifat jinak (non-kanker) atau ganas (kanker).

f. Analisis data keperawatan

Tabel 1 Analisis Data Keperawatan

Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah
1	2	3
1. Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur	1. Energi pulih setelah tidur	Keletihan
2. Merasa kurang tenang	2. Merasa bertenaga	
3. Mengeluh lelah	3. Tidak mengeluh lelah	
4. Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin	4. Mampu mempertahankan aktivitas rutin	
5. Tampak lesu	5. Tidak lesu/tampak segar	
6. Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab	6. Merasa puas atas keberhasilan menjalankan tanggung jawab	
7. Libido menurun	7. Libido normal	
8. Kebutuhan istirahat meningkat	8. Kebutuhan istirahat menurun	

Sumber: PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2022)

g. Analisis masalah keperawatan

Tabel 2 Analisis Masalah

Masalah Keperawatan	Proses Terjadi Masalah Keperawatan
1	2
Keletihan	Kanker payudara ↓ Penyakit kronis ↓ Keletihan

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017)

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis yang mengevaluasi bagaimana seorang pasien merespons terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang mereka alami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan mereka. Diagnosis keperawatan terbagi menjadi dua jenis yakni diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis keperawatan negatif terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko sedangkan diagnosis keperawatan positif terdiri dari promosi kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan mempunyai dua bagian utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnosis. Masalah (*problem*) merupakan gambaran respon pasien terhadap keadaan kesehatan atau proses kehidupannya. Sedangkan indikator diagnostik terdiri dari penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko. Yang dimaksud dengan penyebab adalah semua faktor yang dapat mengubah kondisi kesehatan seseorang. Kemudian tanda (*sign*) adalah data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala (*symptom*) adalah data subjektif yang didapatkan dari hasil anamnesa. Pada tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) dibagi menjadi dua yaitu mayor dimana tanda/gejala ini ditemukan sekitar 80%-100% untuk menegakkan diagnosis dan minor merupakan tanda/gejala ini tidak harus ditemukan, tetapi dapat mendukung penegakan diagnosis jika ditemukan (PPNI, 2017).

Ada tiga tahap dalam proses penegakan diagnosis keperawatan yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Pada analisis data dilakukan

pembandingan data dengan nilai normal dan pengelompokan data, kemudian masalah diidentifikasi aktual, risiko atau promosi kesehatan, dan terakhir perumusan atau penulisan diagnosis pada bagian ini penulisan disesuaikan dengan jenis diagnosisnya. Penulisan diagnosis dapat dilakukan dengan penulisan tiga bagian (*three part*), metode ini digunakan untuk diagnosis aktual dan dengan penulisan dua bagian (*two part*), metode ini digunakan untuk diagnosis risiko dan promosi kesehatan (PPNI, 2017).

Keletihan termasuk ke dalam diagnosis keperawatan negatif aktual. Penyebab keletihan adalah gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis (penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan), program perawatan/pengobatan jangka panjang, peristiwa hidup negative, stress berlebihan dan depresi. Gejala dan tanda mayor keletihan terdiri dari data objektif yaitu merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, sedangkan data subjektifnya tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin dan tampak lesu. Gejala dan tanda minor keletihan terdiri dari data objektif yaitu merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab dan libido menurun, sedangkan data objektifnya kebutuhan istirahat meningkat (PPNI, 2017).

Dengan demikian diagnosis keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah keletihan berhubungan dengan penyakit dibuktikan dengan pasien mengeluh merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu, merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab, libido menurun, kebutuhan istirahat meningkat.

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah kumpulan tindakan yang direncanakan berdasarkan diagnosa keperawatan pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengevaluasi kemajuan dalam kesehatan pasien (Ekaputri dkk., 2024). Pada tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama, yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator ataupun kriteria hasil pemulihan masalah (PPNI, 2022).

Luaran keperawatan terbagi menjadi dua jenis, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menggambarkan kondisi, perilaku, atau persepsi yang tidak sehat. Luaran negatif ditetapkan untuk menurunkan masalah. Sementara itu, luaran positif menggambarkan kondisi, perilaku, atau persepsi yang sehat. Luaran positif ditetapkan untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi pasien. Ada tiga komponen pada luaran keperawatan yaitu label, dimana label ini merupakan kondisi pasien yang dapat diubah ataupun diatasi dengan intervensi, kemudian ada ekspektasi, dimana ekspektasi ini merupakan penilaian terhadap hasil yang tercapai dengan tiga kemungkinan ekspektasi, yaitu meningkat, menurun, dan membaik. Yang terakhir ada kriteria hasil, dimana kriteria hasil ini merupakan perilaku pasien yang dapat dilihat atau diukur untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan (PPNI, 2022).

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri dari label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama intervensi keperawatan yang digunakan

sebagai kata kunci untuk mendapatkan intervensi keperawatan. Definisi menerangkan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah perilaku seorang perawat dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat harus mempertimbangkan banyak hal saat menentukan intervensi keperawatan seperti karakteristik diagnosis keperawatan, luaran keperawatan yang diharapkan, kemampuan pelaksanaan intervensi keperawatan, kemampuan perawat, penerimaan pasien dan hasil penelitian (PPNI, 2018).

Sehingga dapat disimpulkan perencanaan dalam penelitian ini menggunakan tiga komponen yang terdiri dari diagnosis keperawatan, tujuan dan kriteria hasil, serta intervensi keperawatan.

a. Diagnosis keperawatan

Kelelahan berhubungan dengan penyakit kronis dibuktikan dengan pasien mengeluh merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin, tampak lesu, merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab, libido menurun, kebutuhan istirahat meningkat.

b. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, maka tingkat kelelahan menurun dengan kriteria hasil verbalisasi kepuhian energi meningkat, tenaga meningkat, kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, motivasi meningkat, keluhan lelah menurun, lesu menurun, gangguan konsentrasi menurun, sakit kepala menurun, sakit tenggorokan menurun, mengi menurun, sianosis menurun, gelisah menurun, frekuensi napas menurun, perasaan bersalah menurun,

nafsu makan membaik, pola napas mebaik, libido membaik, pola istirahat membaik (PPNI, 2022).

c. Intervensi keperawatan

1) Intervensi Utama

a) Manajemen Energi

Observasi

- (1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- (3) Monitor pola dan jam tidur
- (4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- (2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
- (3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- (4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- (1) Anjurkan tirah baring
- (2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- (3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- (4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

b) Edukasi Aktivitas/Istirahat

Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat
- (2) Jadwal pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya

Edukasi

- (1) Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin.
- (2) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya
- (3) Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat
- (4) Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat aktivitas)
- (5) Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

2) Intervensi Pendukung

a) Terapi Relaksasi

Observasi

- (1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- (2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- (3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
- (4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan

- (5) Monitor respon terhadap terapi relaksasi

Edukasi

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

Terapeutik

- (1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- (2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- (3) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- (4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- (5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
- (6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami sehingga mencapai kondisi kesehatan yang optimal sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Proses implementasi ini harus mengutamakan kebutuhan pasien, mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi perawatan, strategi implementasi keperawatan dan

kegiatan komunikasi (Widuri, 2023). Tujuan implementasi keperawatan adalah untuk mendukung pasien dalam mencapai tujuan yang sudah dibuat seperti peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, kesehatan dan memfasilitasi coping dengan ketika pasien ingin terlibat langsung dalam proses perawatan. Proses implementasi keperawatan mencakup mengkaji ulang kondisi pasien, menentukan yang dibutuhkan perawat terkait tindakan yang akan dilaksanakan, penerapan intervensi keperawatan, pengawasan asuhan yang diberikan dan dokumentasi tindakan keperawatan (Polopadang dan Hidayah, 2019). Pada penelitian ini akan difokuskan pada implementasi manajemen energi dan edukasi aktivitas/istirahat.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap penilaian akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menentukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau diperlukan pendekatan lebih lanjut untuk mencapainya. Evaluasi asuhan keperawatan bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan yang optimal dan efisien sehingga pasien merasa puas dan mengalami perbaikan dalam status kesehatannya (Ekaputri dkk., 2024). Evaluasi ada dua jenis yaitu evaluasi formatif/proses dan evaluasi sumatif/hasil. Evaluasi formatif ini harus dilakukan setelah perencanaan keperawatan selesai dilakukan agar proses keperawatan dapat disesuaikan dengan situasi, kondisi, dan kebutuhan pasien. Evaluasi sumatif dilakukan setelah seluruh tindakan keperawatan dilaksanakan secara lengkap guna menilai perubahan status kesehatan pasien (Widuri, 2023). Untuk menentukan masalah telah teratasi atau belum dapat dilakukan dengan membandingkan anatra SOAP (subjektif, objektif, analisis,

perencanaan) dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditentukan (Widuri, 2023).

a. Subjektif

Informasi yang diperoleh dari pasien setelah tindakan diberikan dapat berupa pernyataan atau keluhan yang masih dirasakan oleh pasien.

b. Objektif

Informasi yang diperoleh berupa hasil observasi, penilaian, dan pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan diberikan.

c. *Assesment*

Intervensi keperawatan diharapkan bisa mengatasi penyebab atau tanda/gejala dari diagnosis keperawatan. Namun, apabila penyebab tidak bisa diatasi secara langsung, maka intervensi keperawatan ditujukan untuk menangani tanda/gejala dari diagnosis keperawatan.

d. Perencanaan

Rencana keperawatan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan. Perencanaan keprawatan selanjutnya dapat mencakup kelanjutan, penghentian, modifikasi, atau penambahan terhadap rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya (Widuri, 2023). Tindakan yang telah menunjukkan hasil memuaskan dan tidak memerlukan tindakan lanjut biasanya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah yang masih bisa untuk mengatasi masalah pasien dan memerlukan waktu lebih lama untuk mencakup hasil yang diinginkan. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah yang dapat membantu mengatasi masalah pasien, namun memerlukan peningkatan kualitas atau pilihan

lain yang dianggap dapat mempercepat proses pemulihan (Polopadang dan Hidayah, 2019).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah pasien yang telah dibuat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Pada pasien dengan kelelahan, indikator evaluasi yang diharapkan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia, sebagai berikut:

- a. Verbalisasi kepulihan energi meningkat
- b. Tenaga meningkat
- c. Kemampuan melakukan aktivitas rutin
- d. Motivasi meningkat
- e. Keluhan lelah menurun
- f. Lesu menurun
- g. Gangguan konsentrasi menurun
- h. Sakit tenggorokan menurun
- i. Mengi menurun
- j. Sianosis menurun
- k. Gelisah menurun
- l. Frekuensi napas menurun
- m. Perasaan bersalah menurun
- n. Nafsu makan membaik
- o. Pola napas membaik
- p. Libido membaik
- q. Pola istirahat membaik