

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

Pada bab III ini akan menguraikan asuhan keperawatan beserta analisis pada pasien dengan kanker payudara sebagai kasus kelolaan. Pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 13-15 Februari 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara.

1. Kondisi lokasi laporan kasus

Pengambilan kasus pada laporan ini dilakukan di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara, yang merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Bali. RSUD Bali Mandara terletak di Jalan By Pass Ngurah Rai No. 548, Sanur Kauh, Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali.

Ruang Jepun merupakan salah satu ruang perawatan di RSUD Bali Mandara yang terdiri dari 8 kamar perawatan. Setiap kamar dilengkapi dengan 6 tempat tidur pasien, 2 kamar mandi, serta fasilitas pendingin ruangan (AC). Fasilitas yang tersedia di ruang perawatan ini dinilai telah memadai dan mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar rumah sakit.

Pasien pada laporan kasus ini dirawat di Ruang Jepun, tepatnya pada kamar dengan nomor tempat tidur (*bed*) 6.

2. Karakteristik subyek laporan kasus

Subjek laporan kasus ini adalah seorang pasien yang berusia 57 tahun, dengan inisial Ny. E, berjenis kelamin perempuan, status perkawinan sudah menikah, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, dan agama yang

dianut yaitu agama hindu dengan suku Bali. Pasien memiliki riwayat Ca mammae dextra dan telah menjalani terapi radiasi.

3. Hasil laporan kasus

Proses asuhan keperawatan pada kasus ini dilakukan dari pengkajian sampai dengan evaluasi, setiap tahap dilakukan secara sistematis untuk memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien. Data yang digunakan dalam proses pengkajian diperoleh dari observasi, wawancara, dan rekam medis pasien. Hasil laporan kasus yang didapatkan sesuai dengan proses keperawatan yaitu sebagai berikut :

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Februari 2026 pukul 08.10 WITA di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, dan rekam medis. Pasien berinisial Ny. E, perempuan, usia 57 tahun, beragama Hindu, pendidikan terakhir SMA. Penanggung jawab pasien adalah anak kandung pasien berinisial Ny. Y, berusia 29 tahun. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya sehingga membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Riwayat keluhan diawali saat pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara pada tanggal 12 Februari 2026 pukul 17.00 WITA dengan keluhan lemas sejak beberapa hari terakhir dan memberat setelah menjalani terapi radiasi terakhir. Pasien juga mengeluh penurunan nafsu makan dan merasa tidak memiliki kontrol terhadap kondisinya saat ini.

Pada saat pengkajian tanggal 13 Februari 2026 pukul 08.10 WITA, pasien mengatakan badan terasa semakin lemas setelah terapi radiasi, merasa sedih dengan

keadaan saat ini, serta tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Secara objektif pasien tampak lebih sering diam selama proses pengkajian dan bergantung pada keluarga dalam pengambilan keputusan. Tampak adanya pembengkakan pada ekstremitas atas kanan dan tungkai.

Pasien didiagnosis secara medis dengan general weakness ec. anemia berat dd low intake + Ca mammae dextra T4cNxMx. Berdasarkan pemeriksaan FNAB ditemukan metastasis carcinoma pada kelenjar getah bening aksila. Pasien memiliki riwayat menjalani Neoadjuvant Chemotherapy (NAC) sebanyak 6 siklus pada periode 17 Juli 2025 sampai 1 November 2025 serta sedang menjalani radioterapi hingga fraksi ke-12, namun terapi dihentikan sementara karena kondisi umum pasien menurun.

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya seperti diabetes mellitus, hipertensi, maupun asma. Pasien dan keluarga juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa maupun penyakit keganasan lainnya. Selain itu, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun makanan serta tidak memiliki kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol.

Hasil pemeriksaan imunohistokimia menunjukkan ekspresi ER positif sekitar 80% dengan intensitas kuat, PR negatif, HER2 positif (skor 3+) dengan pewarnaan kuat pada lebih dari 95% membran sel tumor, serta Ki-67 sekitar 70% yang menunjukkan aktivitas proliferasi sel tumor tinggi. Pemeriksaan patologi anatomi menunjukkan invasive breast carcinoma of no special type grade II pada mammae dextra. Hasil FNAB regio mammae sinistra dan axilla sinistra

menunjukkan gambaran sitomorfologi yang sesuai dengan carcinoma pada nodul mammae serta metastasis carcinoma pada nodul axilla.

Hasil laboratorium menunjukkan hemoglobin 5,9 g/dL, eritrosit 1,81 juta/ μ L, hematokrit 17,4%, leukosit 2,61 ribu/ μ L, trombosit 71 ribu/ μ L, albumin 2,6 g/dL, dan natrium 116 mmol/L. Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa terapi hormonal (Nateran 1 x 25 mg PO), kemoterapi oral (Capecitabine 1000 mg pagi dan malam), analgetik, antibiotik, serta terapi suportif lainnya sesuai kondisi pasien.

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan setelah pengkajian. Pada tahap ini perawat menginterpretasikan data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien serta menentukan respons pasien terhadap kondisi penyakitnya. Penetapan diagnosis keperawatan dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu analisis data, analisis masalah, dan perumusan diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1) Analisis data

Analisis data pada Ny. E dengan kanker payudara dilakukan selama pelaksanaan asuhan keperawatan untuk membandingkan masalah berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh dengan nilai normal, sebagaimana disajikan pada tabel berikut.

Tabel 3.
Analisis Data Pada Ny. E Dengan Ketidakberdayaan Akibat
Kanker Payudara Stadium IV Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara
Pada Tanggal 13-15 Februari 2026

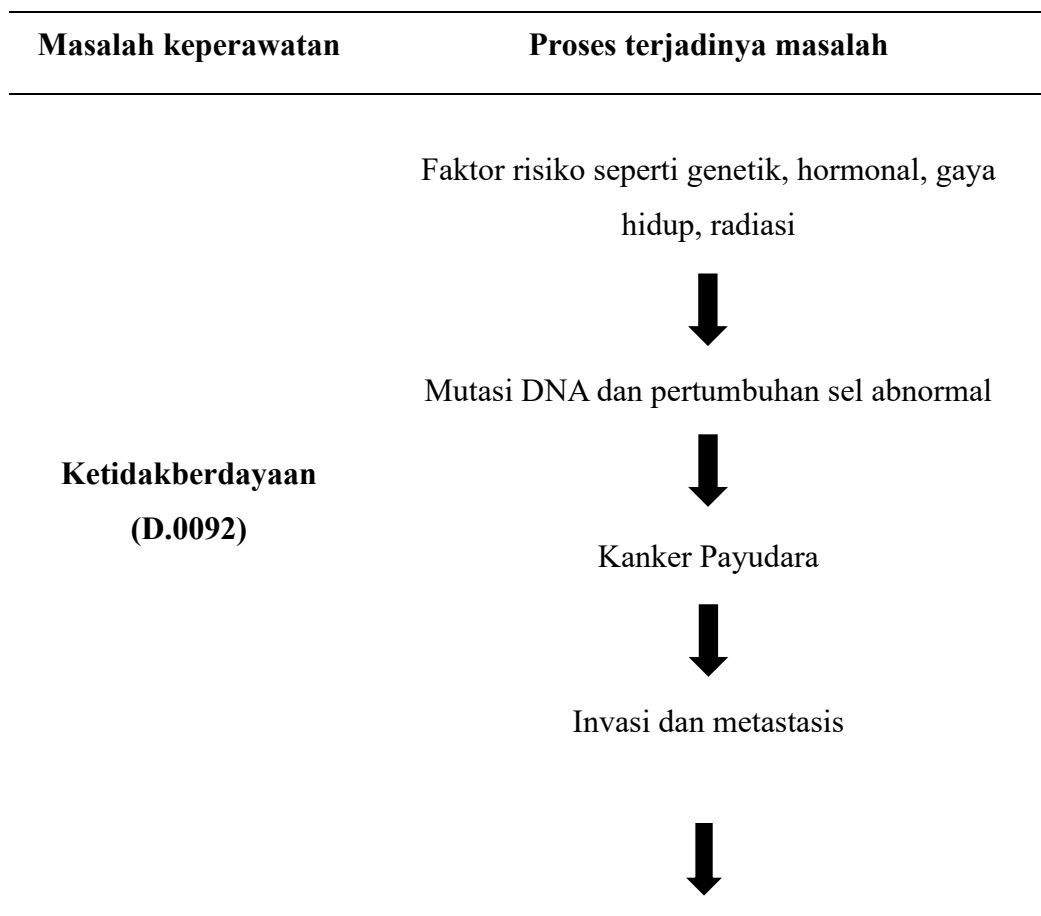
Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
(1)	(2)	(3)
DS:	DS:	
1. Pasien mengatakan badan terasa lemas sejak beberapa hari terakhir dan memberat setelah menjalani terapi radiasi terakhir.	1. Badan tidak terasa lemas	
2. Pasien menyatakan tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya sehingga harus dibantu keluarga	2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri	
3. Pasien mengatakan tidak memiliki kontrol terhadap kondisinya	3. Memiliki rasa kontrol terhadap kondisi diri	
4. Pasien merasa sedih akan keadaan saat ini	4. Suasana hati stabil	
	5. Mandiri dalam pengambilan keputusan, tidak bergantung pada orang lain	
	6. Aktif berkomunikasi, tidak menarik diri	
DO:		Ketidakberdayaan (D.0092)
1. Pasien tampak bergantung pada keluarga dalam pengambilan keputusan		

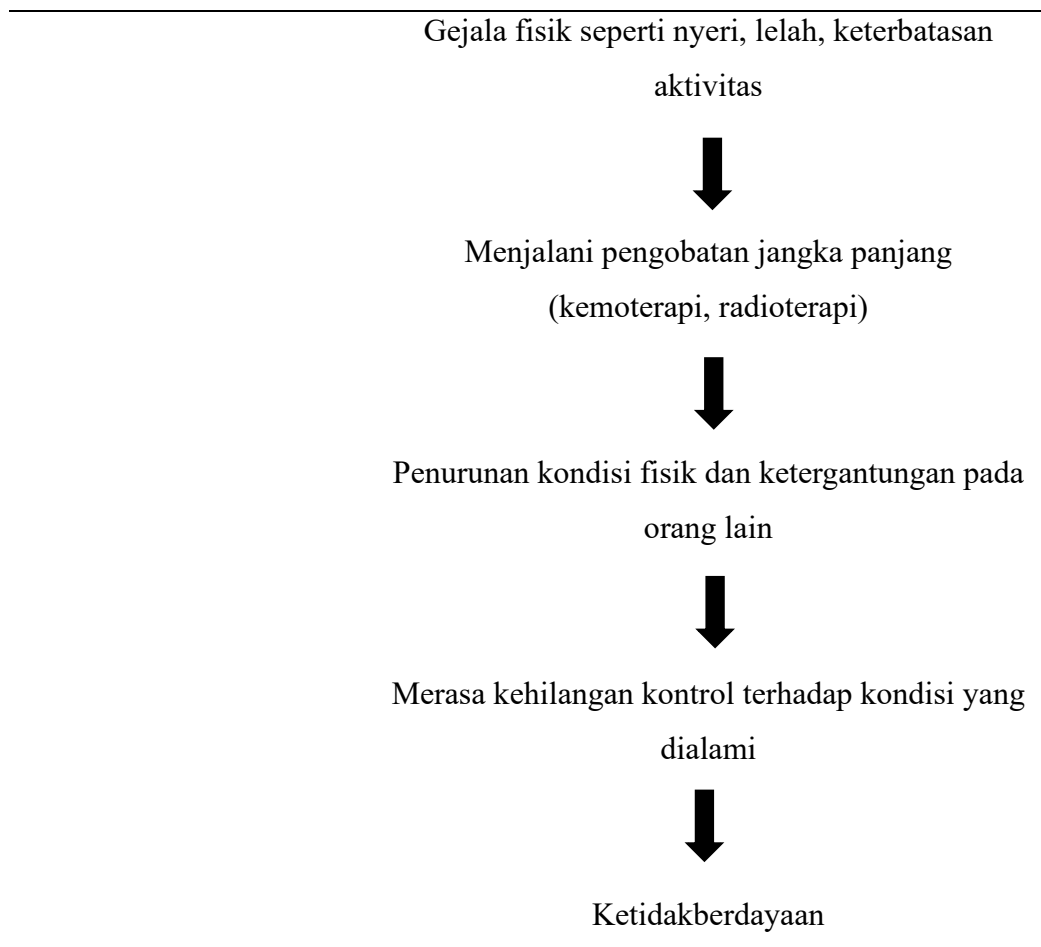
2. Pasien tampak lebih sering diam saat dilakukan pengkajian

2) Analisis masalah

Analisis masalah pada pasien dengan kanker payudara dilakukan selama pelaksanaan asuhan keperawatan untuk menentukan masalah keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisis data, sebagaimana disajikan pada tabel berikut.

Tabel 4.
Analisis Masalah Pada Ny. E Dengan Ketidakberdayaan Akibat Kanker Payudara Stadium IV Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Pada Tanggal 13-15 Februari 2026





3) Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan didasarkan pada hasil analisis masalah yang meliputi data subjektif, data objektif. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan adalah ketidakberdayaan (D.0092) berhubungan dengan program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang dibuktikan dengan pasien mengatakan badan terasa lemas sejak beberapa hari terakhir dan memberat setelah menjalani terapi radiasi terakhir, pasien mengatakan tidak mampu melaksanakan aktivitas seperti biasanya sehingga harus dibantu keluarga, pasien mengatakan tidak memiliki kontrol terhadap kondisinya, pasien merasa sedih terhadap keadaan saat ini, pasien tampak bergantung pada keluarga dalam

pengambilan keputusan, serta pasien tampak lebih sering diam saat dilakukan pengkajian. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan akibat kanker payudara disusun selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada tanggal 13 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara sebagai dasar pelaksanaan tindakan keperawatan.

Luaran yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam adalah meningkatnya keberdayaan pasien dengan kriteria hasil antara lain meningkatnya verbalisasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat), serta meningkatnya partisipasi pasien dalam perawatan dari skala 2 (cukup menurun) menjadi skala 3 (sedang). Selain itu, terjadi penurunan ketergantungan pasien pada orang lain dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun). Perasaan kurang kontrol pada pasien juga mengalami penurunan dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi skala 3 (sedang), serta perasaan tertekan (depresi) menurun dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun).

Intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi promosi harapan dan promosi coping.

1) Promosi harapan

- a) Observasi : Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup.
- b) Terapeutik : Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting, pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan, libatkan pasien secara

aktif dalam perawatan, kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks.

c) Edukasi : Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. prestasi, pengalaman).

2) Promosi coping

a) Observasi : Identifikasi kemampuan yang dimiliki, identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan.

b) Terapeutik : Diskusikan perubahan peran yang dialami, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

c) Edukasi : Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, anjurkan keluarga terlibat, latih penggunaan teknik relaksasi.

Rincian implementasi keperawatan secara lengkap disajikan pada lampiran 10.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan akibat kanker payudara dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan selama 3×24 jam, yaitu pada tanggal 13 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Implementasi yang diberikan yaitu sebagai berikut:

1) Implementasi hari pertama pada tanggal 13 Februari 2026 dimulai pukul 08.10 WITA, meliputi:

a) Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan saat berinteraksi dengan pasien

b) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaan dan kondisi yang dirasakan

- c) Mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga selama menjalani perawatan
- d) Membantu pasien mempertahankan harapan realistis terhadap kondisi yang dialami
- e) Mengidentifikasi kemampuan yang masih dimiliki pasien
- f) Melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan sederhana sesuai kemampuan pasien
- g) Menganjurkan keluarga untuk tetap terlibat dalam perawatan dan memberikan dukungan kepada pasien

2) Implementasi hari kedua pada tanggal 14 Februari 2026 dimulai pukul 09.00 WITA, meliputi:

- a) Mengidentifikasi dampak kondisi sakit terhadap peran dan aktivitas pasien
- b) Mendiskusikan perubahan peran yang dialami pasien sejak sakit
- c) Mengembangkan rencana perawatan dengan tujuan sederhana sesuai kemampuan pasien
- d) Memberikan penjelasan kepada pasien bahwa pasien masih dapat berpartisipasi dalam perawatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- e) Melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan sederhana sesuai kemampuan pasien

3) Implementasi hari ketiga pada tanggal 15 Februari 2026 dimulai pukul 14.15 WITA, meliputi:

- a) Memandu pasien mengingat kembali kenangan yang menyenangkan
- b) Melatih pasien mengenang pengalaman yang bermakna dalam hidupnya
- c) Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk membantu pasien merasa lebih tenang

- d) Mengajukan pasien untuk tetap mengungkapkan perasaan dan keluhan yang dirasakan selama perawatan
- e) Memberikan dukungan emosional kepada pasien
- f) Mengevaluasi harapan dan kemampuan pasien setelah diberikan intervensi keperawatan

Rincian implementasi keperawatan secara lengkap disajikan pada lampiran 10.

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan akibat kanker payudara dilakukan untuk menilai respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada tanggal 13 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara, sebagaimana disajikan pada tabel berikut.

Tabel 5.
Evaluasi Keperawatan Pada Ny. E Dengan Ketidakberdayaan Akibat
Kanker Payudara Stadium IV Di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara
Pada Tanggal 13-15 Februari 2026

No	Tgl / jam	Catatan Perkembangan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
S :			
1	Minggu, 15/02/2026 17.10 WITA	1. Pasien mengatakan sudah mulai dapat melakukan aktivitas ringan secara perlahan seperti duduk di tempat tidur 2. Pasien mengatakan merasa sedikit lebih semangat menjalani perawatan 3. Pasien mengatakan masih merasa sedih tetapi sudah mulai lebih	 Dian

No	Tgl / jam	Catatan Perkembangan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)

tenang

O :

1. Pasien tampak lebih kooperatif saat diajak berdiskusi
2. Pasien tampak mulai berpartisipasi dalam perawatan
3. Kontak mata pasien mulai meningkat
4. Ekspresi wajah pasien tampak lebih tenang dibanding sebelumnya

A : Tujuan keberdayaan teratasi, ditandai dengan tercapainya luaran keberdayaan pasien.

1. Verbalisasi kemampuan melakukan aktivitas meningkat dari skala 3 (sedang) menjadi 4 (cukup meningkat).
2. Partisipasi dalam perawatan meningkat dari skala 2 (cukup menurun) menjadi 3 (sedang).
3. Ketergantungan pada orang lain menurun dari skala 3 (sedang) menjadi 4 (cukup menurun).
4. Perasaan kurang kontrol menurun dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi 3 (sedang).

No	Tgl / jam	Catatan Perkembangan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
		5. Perasaan tertekan (depresi) menurun dari skala 3 (sedang) menjadi 4 (cukup menurun).	
P :			
		1. Anjurkan pasien mempertahankan latihan koping positif dan keterlibatan dalam perawatan sesuai kemampuan.	
		2. Anjurkan keluarga tetap memberikan dukungan emosional kepada pasien.	
		1. Libatkan pasien secara bertahap dalam aktivitas sederhana sesuai toleransi.	

B. Pembahasan

Pada pembahasan laporan kasus menguraikan tentang temuan peneliti lain, asumsi penulis, dan dukungan teori yang memadai. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, menggunakan proses keperawatan yang dimulai dari melakukan pengkajian sampai dengan tahap evaluasi keperawatan.

Pada pengkajian keperawatan dalam laporan ini, data diperoleh melalui proses observasi langsung dan wawancara (anamnesis). Data yang dikumpulkan dapat berupa data primer maupun data sekunder serta bersifat subjektif maupun objektif. Selanjutnya, data yang telah diperoleh dianalisis untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Setelah diagnosis keperawatan dirumuskan, rencana keperawatan disusun dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Setelah rencana keperawatan disusun, implementasi keperawatan kemudian dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Setelah implementasi keperawatan dilaksanakan, evaluasi keperawatan selanjutnya dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan tindakan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dalam bentuk evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif (hasil).

1. Pengkajian keperawatan

Pada tahap pengkajian, data diperoleh melalui wawancara, observasi, dan telaah rekam medis pada pasien Ny. E usia 57 tahun dengan diagnosis medis *Ca mammae dextra stadium lanjut*. Berdasarkan hasil pemeriksaan lanjutan, ditemukan adanya metastasis carcinoma pada kelenjar getah bening aksila yang menunjukkan bahwa penyakit telah mengalami penyebaran. Pasien juga memiliki riwayat menjalani terapi kanker jangka panjang berupa kemoterapi sebanyak 6 siklus serta radioterapi hingga fraksi ke-12, namun terapi tersebut dihentikan sementara karena kondisi umum pasien menurun.

Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan karakteristik tumor yang agresif, ditandai dengan HER2 positif dan nilai Ki-67 yang tinggi. Selain itu, hasil laboratorium menunjukkan adanya anemia berat, hipoalbuminemia, serta gangguan elektrolit yang menggambarkan penurunan kondisi fisik pasien secara keseluruhan. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap kelemahan fisik yang dialami pasien, yang

ditunjukkan dengan keluhan pasien berupa badan terasa lemas dan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengatakan badan terasa lemas sejak beberapa hari terakhir dan memberat setelah menjalani terapi radiasi terakhir, pasien mengatakan tidak mampu melaksanakan aktivitas seperti biasanya sehingga harus dibantu keluarga, pasien mengatakan tidak memiliki kontrol terhadap kondisinya, pasien merasa sedih terhadap keadaan saat ini, pasien tampak bergantung pada keluarga dalam pengambilan keputusan, serta pasien tampak lebih sering diam saat dilakukan pengkajian.

Berdasarkan hasil observasi tampak adanya pembengkakan pada ekstremitas atas kanan serta tungkai, yang kemungkinan dipengaruhi oleh gangguan aliran limfe akibat metastasis ke kelenjar getah bening aksila serta kondisi umum pasien yang menurun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa gangguan sistem limfatik pada pasien kanker payudara dapat menyebabkan penumpukan cairan dan pembengkakan pada ekstremitas (Rockson, 2021).

Pembengkakan yang terjadi menyebabkan keterbatasan aktivitas, yang pada akhirnya meningkatkan ketergantungan pasien terhadap orang lain. Kondisi tersebut berdampak pada meningkatnya ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Hal ini didukung oleh penelitian yang menunjukkan bahwa lymphedema pada pasien kanker payudara berhubungan dengan penurunan fungsi fisik dan kualitas hidup (Jørgensen et al., 2021).

Keterbatasan aktivitas dan ketergantungan tersebut dapat memicu respon psikologis berupa perasaan kehilangan kontrol terhadap kondisi yang dialami.

Kondisi ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa pasien kanker yang menjalani terapi jangka panjang berisiko mengalami distress psikologis seperti kecemasan, depresi, dan perasaan ketidakberdayaan (Chen et al., 2021).

Menurut asumsi penulis, kondisi ketidakberdayaan yang dialami pasien dipengaruhi oleh kombinasi antara penurunan kondisi fisik dan respon psikologis. Kelemahan fisik, keterbatasan aktivitas, serta adanya pembengkakan pada ekstremitas menyebabkan pasien menjadi lebih bergantung pada orang lain, baik dalam aktivitas sehari-hari maupun dalam pengambilan keputusan. Selain itu, proses pengobatan yang panjang dan perubahan kondisi kesehatan yang dialami secara terus-menerus turut memicu perasaan kehilangan kontrol dan kesedihan. Dengan demikian, interaksi antara faktor fisik dan psikologis tersebut berkontribusi terhadap munculnya ketidakberdayaan pada pasien.

2. Diagnosis keperawatan

Ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang. Kondisi ini sering terjadi pada pasien dengan diagnosis yang tidak terduga atau baru, peristiwa traumatis, diagnosis penyakit kronis dan terminal, serta pasien yang sedang rawat inap (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pada laporan kasus ini, etiologi yang digunakan adalah program perawatan atau pengobatan yang kompleks dan jangka panjang. Pemilihan etiologi tersebut didasarkan pada kondisi pasien yang menjalani rangkaian terapi kanker secara berkelanjutan, meliputi kemoterapi dan radioterapi, yang berdampak pada penurunan kondisi fisik serta meningkatkan ketergantungan pasien terhadap orang lain. Kondisi tersebut menyebabkan pasien merasa kehilangan kontrol terhadap

kondisi kesehatannya. Etiologi lain tidak dipilih karena data yang diperoleh lebih dominan menunjukkan adanya pengaruh dari proses pengobatan jangka panjang dibandingkan faktor lain seperti lingkungan tidak mendukung perawatan atau pengobatan dan interaksi interpersonal tidak memuaskan.

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data subjektif berupa pasien menyatakan tidak memiliki kontrol terhadap kondisi yang dialami, merasa sedih dengan keadaan saat ini, serta menyampaikan bahwa aktivitas sehari-hari tidak dapat dilakukan seperti biasanya sehingga memerlukan bantuan keluarga. Data objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak bergantung pada keluarga dalam pengambilan keputusan serta lebih sering diam saat dilakukan pengkajian.

Berdasarkan data tersebut, diagnosis ketidakberdayaan dapat dirumuskan karena seluruh tanda dan gejala mayor ketidakberdayaan telah terpenuhi, yaitu perasaan tidak memiliki kontrol terhadap kondisi serta ketergantungan pada orang lain. Dengan demikian, 100% kriteria mayor terpenuhi, sedangkan beberapa tanda dan gejala minor ditemukan sebagai data pendukung.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dirk Rades yang menyatakan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani radioterapi sering mengalami masalah emosional seperti kecemasan, kesedihan, depresi, serta perasaan kehilangan kontrol terhadap kondisi penyakit yang dialami (Rades et al., 2021). Kondisi tersebut dipengaruhi oleh perubahan kondisi fisik, proses pengobatan yang panjang, serta ketidakpastian terhadap perkembangan penyakit sehingga dapat menimbulkan tekanan psikologis pada pasien.

Selain itu, penelitian lain juga menunjukkan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani terapi kanker sering mengalami distress psikologis yang dapat

memengaruhi kualitas hidup serta kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan penyakit yang dialami (Chen et al., 2021). Kondisi tersebut dapat menyebabkan munculnya perasaan ketidakberdayaan, serta meningkatkan ketergantungan terhadap orang lain dalam menjalankan aktivitas maupun pengambilan keputusan terkait perawatan.

Berdasarkan data yang diperoleh, penulis berasumsi bahwa ketidakberdayaan yang dialami pasien dipengaruhi oleh kondisi penyakit kanker payudara yang bersifat kronis serta program pengobatan jangka panjang yang dijalani. Penurunan kondisi fisik, keterbatasan dalam melakukan aktivitas, serta meningkatnya ketergantungan pada keluarga menyebabkan pasien merasa kehilangan kontrol terhadap kondisi kesehatannya. Selain itu, proses pengobatan yang berulang dan ketidakpastian terhadap perkembangan penyakit turut memperkuat respon psikologis berupa kesedihan, kecemasan, dan perasaan tidak berdaya. Oleh karena itu, kondisi ketidakberdayaan pada pasien tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik, tetapi juga faktor psikologis dan sosial yang saling berkaitan.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan ketidakberdayaan dirumuskan, langkah selanjutnya adalah menetapkan rencana keperawatan. Pada kasus Ny. E yang mengalami ketidakberdayaan akibat penyakit kronis yaitu Ca mammae dextra dengan metastasis, tujuan dan kriteria hasil intervensi keperawatan dirumuskan dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Diharapkan setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, tingkat keberdayaan pasien dapat meningkat.

Kriteria hasil yang ditargetkan meliputi meningkatnya verbalisasi kemampuan melakukan aktivitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat), meningkatnya partisipasi pasien dalam perawatan dari skala 2 (cukup menurun) menjadi skala 3 (sedang), serta menurunnya ketergantungan pasien pada orang lain dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun). Selain itu, perasaan kurang kontrol pada pasien juga menurun dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi skala 3 (sedang), dan perasaan tertekan (depresi) menurun dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun).

Intervensi keperawatan yang direncanakan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu promosi harapan dan promosi koping. Tindakan yang direncanakan meliputi identifikasi harapan pasien dan keluarga, pemberian motivasi, pelibatan pasien dalam perawatan, anjuran mengungkapkan perasaan secara realistis, serta latihan teknik relaksasi napas dalam.

Menurut penelitian, teknik *mindful breathing* dapat membantu menurunkan ketegangan, meningkatkan rasa tenang, serta membantu pasien dalam mengelola stres selama menjalani pengobatan kanker (Lei Chui et al, 2021).

Pemilihan intervensi tersebut didasarkan pada kondisi pasien yang mengalami ketidakberdayaan akibat penyakit kronis dan proses pengobatan jangka panjang, ditandai dengan perasaan tidak memiliki kontrol, ketergantungan pada keluarga, serta respon emosional berupa kesedihan. Intervensi lain tidak diprioritaskan karena tidak secara langsung berfokus pada masalah utama pasien.

Tidak seluruh tindakan dalam intervensi SIKI dilaksanakan pada kasus ini. Penulis memfokuskan tindakan pada intervensi yang paling sesuai dengan kondisi

dan kebutuhan pasien saat pengkajian, khususnya yang berkaitan dengan peningkatan rasa kontrol dan kemampuan coping. Beberapa tindakan yang tidak dilakukan terutama terkait dengan intervensi yang memerlukan eksplorasi psikologis secara mendalam dan waktu yang lebih panjang, sehingga belum menjadi prioritas pada kondisi pasien saat ini.

Menurut asumsi penulis, pemilihan intervensi promosi harapan dan promosi coping dinilai paling sesuai dengan kondisi pasien, karena berfokus pada peningkatan kemampuan adaptasi, kontrol diri, serta dukungan psikologis. Intervensi pendukung tetap memiliki peran, namun tidak dipilih karena tidak secara spesifik menargetkan masalah utama pasien serta mempertimbangkan kondisi pasien yang masih lemah sehingga intervensi difokuskan pada tindakan yang paling efektif dan sesuai kebutuhan pasien.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan merupakan bentuk nyata dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Sebelum intervensi dilakukan, kondisi dan kebutuhan pasien ditinjau kembali berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan. Tidak seluruh tindakan yang telah direncanakan dapat dilakukan secara mandiri oleh penulis, sehingga diperlukan kolaborasi dengan perawat ruangan dalam pelaksanaannya. Apabila penulis tidak berada di tempat, pemantauan kondisi pasien dilakukan melalui catatan perkembangan pasien, dokumentasi keperawatan ruangan, serta komunikasi langsung dengan perawat yang sedang bertugas.

Implementasi keperawatan pada Ny. E dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan selama 3 x 24 jam, yaitu dari tanggal 13 Februari 2026 sampai dengan 15 Februari 2026 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara.

Implementasi yang dilakukan meliputi identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup, pemberian motivasi kepada pasien bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting, memandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan, melibatkan pasien secara aktif dalam perawatan, serta penyusunan rencana perawatan bersama pasien. Pasien juga dianjurkan untuk mengungkapkan perasaan terhadap kondisi yang dialami secara realistis dan dilatih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan. Selain itu, dilakukan identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan pasien, diskusi mengenai perubahan peran yang dialami, serta penggunaan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. Keluarga juga dianjurkan untuk terlibat dalam perawatan pasien.

Dalam implementasi intervensi promosi koping juga dilakukan latihan teknik relaksasi napas dalam untuk membantu pasien mengurangi ketegangan emosional serta meningkatkan rasa tenang. Teknik napas dalam dilakukan dengan cara meminta pasien menarik napas secara perlahan melalui hidung, menahan napas selama beberapa detik, kemudian menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut. Latihan ini dilakukan secara berulang selama beberapa menit hingga pasien merasa lebih rileks. Teknik ini dipilih karena merupakan salah satu metode relaksasi sederhana yang dapat membantu pasien mengontrol respon emosional serta meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap stres akibat penyakit kronis.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa latihan *mindful breathing* secara rutin dapat menurunkan tingkat stres serta meningkatkan

kesejahteraan psikologis pada pasien kanker. Latihan pernapasan tersebut bekerja dengan meningkatkan aktivitas relaksasi tubuh sehingga respon stres dan ketegangan emosional yang dialami pasien dapat berkurang (Lei Chui et al., 2021).

Namun demikian, tidak seluruh tindakan dapat dilakukan secara optimal, seperti eksplorasi perasaan secara mendalam dan diskusi perubahan peran yang lebih luas. Kondisi ini disebabkan oleh pasien yang masih lemah, mudah lelah, serta cenderung memberikan respons singkat selama interaksi.

Menurut asumsi penulis, kondisi tersebut dipengaruhi oleh penurunan kondisi fisik dan tekanan psikologis yang dialami pasien selama menjalani pengobatan, sehingga intervensi perlu disesuaikan dengan kemampuan dan respon pasien. Kondisi ini tidak menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan praktik keperawatan, melainkan merupakan bentuk penyesuaian intervensi terhadap kondisi klinis pasien.

Berdasarkan hasil implementasi yang telah dilakukan, pasien tampak lebih kooperatif, yang menunjukkan adanya peningkatan partisipasi dan kemampuan pasien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan serta menentukan apakah tujuan dan kriteria hasil telah tercapai. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah ditetapkan, dengan menggunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, dan Perencanaan).

Berdasarkan data subjektif, pasien mengatakan sudah mulai dapat melakukan aktivitas ringan secara perlahan seperti duduk di tempat tidur. Pasien juga mengatakan merasa sedikit lebih semangat dalam menjalani perawatan. Selain itu, pasien mengatakan masih merasa sedih, namun sudah mulai merasa lebih tenang dibandingkan sebelumnya.

Berdasarkan data objektif, pasien tampak lebih kooperatif saat diajak berdiskusi dan mulai berpartisipasi dalam perawatan sederhana. Kontak mata pasien juga mulai meningkat selama interaksi, serta ekspresi wajah pasien tampak lebih tenang dibandingkan sebelumnya.

Pada bagian *assessment* didapatkan hasil bahwa tujuan keberdayaan teratasi, ditandai dengan tercapainya luaran keberdayaan pasien. Hal ini terlihat dari meningkatnya verbalisasi kemampuan melakukan aktivitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat), meningkatnya partisipasi pasien dalam perawatan dari skala 2 (cukup menurun) menjadi skala 3 (sedang), serta menurunnya ketergantungan pasien pada orang lain dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun). Selain itu, perasaan kurang kontrol pada pasien juga menurun dari skala 2 (cukup meningkat) menjadi skala 3 (sedang), dan perasaan tertekan (depresi) menurun dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup menurun).

Perencanaan selanjutnya difokuskan pada pasien agar mempertahankan latihan koping positif dan keterlibatan dalam perawatan sesuai kemampuan yang dimiliki. Selain itu, keluarga dianjurkan untuk tetap memberikan dukungan emosional kepada pasien selama proses perawatan. Pasien juga diharapkan dapat dilibatkan secara bertahap dalam aktivitas sederhana sesuai toleransi untuk membantu meningkatkan rasa percaya diri dan kemandirian pasien..

Hasil evaluasi keperawatan yang diperoleh pada kasus ini telah menunjukkan perkembangan yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan mampu membantu meningkatkan kemampuan adaptasi pasien dalam menghadapi kondisi penyakit kronis yang dialami serta mengurangi perasaan ketidakberdayaan yang sebelumnya dirasakan oleh pasien.

C. Keterbatasan

Laporan kasus ini memiliki keterbatasan pada durasi pengamatan yang relatif singkat, yaitu hanya selama 3 x 24 jam, sehingga belum dapat menggambarkan secara menyeluruh efektivitas intervensi keperawatan maupun dampak jangka panjang terhadap kondisi pasien dengan kanker payudara.