BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. M pada tanggal 29 April sampai 2 Mei 2026 mengenai keletihan pada pasien kanker payudara di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, 29 April 2026 pukul 12.45 WITA di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Sumber data pengkajian diperoleh dari pasien, keluarga pasien, dan rekam medis pasien. Berdasarkan hasil pengkajian di ruang Jepun RSUD Bali Mandara, diperoleh data pada saat pengkajian yaitu didapatkan identitas pasien Ny. M berjenis kelamin perempuan, berusia 38 tahun, bekerja sebagai ibu rumah tangga, beragama katolik, dan pendidikan terakhir SMA. Keluhan utama pasien yaitu pasien mengatakan tubuh terasa lelah dan lemas. Pada tanggal 28 April 2026 pukul 13.16 WITA, pasien datang ke Poliklinik Bedah Onkologi RSUD Bali Mandara untuk melakukan kontrol post kemoterapi siklus kedua. Pasien sebelumnya telah menjalani kemoterapi sebanyak dua kali, yaitu pada tanggal 13 Maret 2026 dan 16 April 2026. Di poliklinik dilakukan pemeriksaan darah lengkap, dengan hasil pemeriksaan kadar hemoglobin (HB) yaitu 7,4 g/dL dan leukosit (WBC) yaitu 0,82 10^3/uL. Berdasarkan hasil tersebut, pasien disarankan untuk menjalani rawat inap dengan diagnosis *Ca Mammae* Stadium III dengan Anemia + Neutropenia Post Kemoterapi. Pada pukul 16.16

WITA pasien masuk ke ruang rawat inap Jepun. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di ruangan didapatkan tekanan darah 102/48 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36,1°C, SPO_2 97%. Program terapi yang diberikan, yaitu infus NaCl 500 ml 16 tpm, leucogen 300 mcg, transfusi PRC 3 kolf (2 kolf di hari pertama dan 1 kolf di hari kedua) dengan pre-medikasi dexamethasone 5 mg dan ranitidine 25 mg.

Saat dilakukan pengkajian di Ruang Jepun pada tanggal 29 April 2026 pukul 12.45 WITA didapatkan data pasien mengeluh merasa lelah, merasa tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur, pasien mengatakan masih merasa lelah setelah bangun tidur, pasien tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin, pasien tampak lesu, pasien tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari.

B. Diagnosis Keperawatan

Data keperawatan yang didapatkan pada tahap pengkajian data diatas selanjutnya dianalisis untuk menentukan masalah keperawatan. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data yang didapatkan dengan nilai normal. Setelah data dianalisis, kemudian dilakukan analisis masalah. Adapun analisis data dan identifikasi masalah dari pengkajian keperawatan asuhan keperawatan keletihan pada pasien kanker payudara di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara sebagai berikut.

Tabel 2
Analisa Data Keperawatan Keletihan Pada Ny. M di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2026

No	Data yang didapatkan	Nilai Normal	Masalah
1	Pasien mengeluh merasa lelah	Pasien merasa bertenaga	Keletihan
2	Pasien mengatakan masih merasa lelah setelah bangun tidur	Energi pasien pulih setelah tidur	
3	Pasien mengeluh tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur	Pasien merasa bertenaga	
4	Pasien tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin	Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri	
5	Pasien tampak lesu	Pasien tampak segar	
6	Pasien tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari	Pasien tampak melakukan aktivitas di pagi hingga siang hari	

Tabel 3

Analisis Masalah Keperawatan Keletihan Pada Ny. M di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2026

Masalah Keperawatan	Proses Terjadinya Masalah Keperawatan
Keletihan	Ca Mammae ↓ Menjalani program perawatan jangka panjang ↓ Beban fisik dan psikologis berkepanjangan ↓ Stress meningkat ↓ Aktivasi sistem saraf simpatis dan respons stress ↓ Penurunan energi ↓

	Mengeluh merasa lelah, merasa tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur, masih merasa lelah setelah bangun tidur, tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin, tampak lesu, tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari ↓ Keletihan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. M menggunakan komponen *Problem* (P), *Etiology* (E), *Sign and Symptom* (S). Bagian *problem* ditemukan masalah keletihan, pada bagain *etiology* ditemukan penyebab masalah program perawatan jangka panjang, dan pada *Sign and Symptom* ditemukan data pasien mengeluh merasa lelah, merasa tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur, masih merasa lelah setelah bangun tidur, tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin, tampak lesu, tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari

Berdasarkan data masalah keperawatan yang ditemukan, diagnosis keperawatan pada Ny. M dapat dirumuskan, yaitu keletihan berhubungan dengan program perawatan jangka panjang dibuktikan dengan pasien mengeluh merasa lelah, merasa tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur, pasien mengatakan masih merasa lelah setelah bangun tidur, pasien tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin, pasien tampak lesu, pasien tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari.

C. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang disusun pada karya ilmiah akhir ners ini dilakukan untuk mengatasi masalah keletihan pada pasien kanker payudara. Adapun rencana keperawatan pada Ny. M, sebagai berikut

Tabel 4
Rencana Keperawatan Keletihan Pada Ny. M di Ruang jepun RSUD Bali Mandara Tahun 2026

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Keletihan berhubungan dengan program perawatan jangka panjang dibuktikan dengan pasien mengeluh merasa lelah, merasa tidak ada tenaga untuk bangun dari tempat tidur, pasien mengatakan masih merasa lelah setelah bangun tidur, pasien tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin, pasien tampak lesu, pasien tampak lebih sering berbaring dan tidur pada pagi dan siang hari	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat Keletihan menurun dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi kepulihan energi meningkat 2) Tenaga meningkat 3) Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4) Verbalisasi lelah menurun 5) Lesu menurun	**Intervensi Utama** **Manajemen Energi (I.05178)** **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

1	2	3
		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 **Intervensi Utama** **Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.09326)** **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

1	2	3
		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 **Intervensi Pendukung** **Terapi Relaksasi (I.09326)** **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 **Terapeutik** 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu

1	2	3
		2) ruang nyaman, jika memungkinkan 3) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi napas dalam 4) Gunakan pakaian longgar 5) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 6) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai **Edukasi** 1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi napas dalam 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi napas dalam 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi napas dalam 6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi napas dalam **Intervensi Inovasi:** ***Progressive Muscle Relaxation* (PMR)** 1) Jelaskan tujuan dan prosedur terapi untuk membantu mengurangi keletihan melalui terapi *progressive muscle relaxation* (PMR)

1	2	3
		2) Identifikasi kesediaan pasien terhadap terapi yang akan diberikan 3) Berikan terapi *progressive muscle relaxation* sesuai dengan prosedur 4) Ajarkan cara melakukan terapi *progressive muscle relaxation* 5) Anjurkan melakukan terapi *progressive muscle relaxation* ketika merasa lelah

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan pada masalah keletihan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 29 April – 2 Mei 2026. Dari 37 intervensi yang direncanakan, terdapat 33 intervensi yang diimplementasikan dan 4 yang tidak diimplementasikan dalam karya ilmiah ners ini. Adapun implementasi yang dilakukan meliputi memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, memonitor pola dan jam tidur, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, mengidentifikasi kesediaan melakukan teknik relaksasi, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah melakukan terapi, memonitor respon setelah melakukan terapi, menyediakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, memberikan aktivitas distraksi mendengarkan musik,

memfasilitasi pasien duduk di tempat tidur, menyediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat, menjadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya, menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur terapi, menganjurkan pasien menggunakan pakian longgar, menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama saat memberikan instruksi, menganjurkan pasien tirah baring, menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan dengan mengatur aktivitas dan waktu istirahat, menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara rutin, mengajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat, mengajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan, menganjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, menjelaskan tujuan, manfaat terapi, menganjurkan pasien mengambil posisi nyaman, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik terapi, mendemonstrasikan dan melatih terapi relaksasi.

Adapun intervensi inovatif yang dilakukan yaitu pemberian terapi *progressive muscle relaxation* yang dilakukan selama 15 – 20 menit sebanyak 1 kali sehari selama 3 hari berturut-turut. Proses implementasi selengkapnya disusun pada lampiran 11.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tanggal 2 Mei 2026 pukul 12.55 WITA setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam yaitu tingkat keletihan menurun dibuktikan pada data subjektif pasien mengatakan rasa lelah sudah berkurang, merasakan badannya lebih segar, merasa lebih segar dan berenergi setelah bangun tidur. Data objektif yaitu wajah pasien tampak lebih segar dan pasien tampak dibantu untuk melakukan aktivitas rutin. *Assessement* yaitu tujuan tercapai dan masalah keletihan teratasi sebagian. *Planning* menganjurkan melanjutkan teknik *progressive muscle relaxation* dan melakukan kontrol selanjutnya di Poliklinik Bedah Onkologi tanggal 12 Mei 2026.