

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Ny. K, seorang wanita berusia 40 tahun, merupakan pasien yang saat ini sedang dirawat. Pasien memiliki latar belakang pendidikan D1 dan bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. K menganut agama Hindu dan berasal dari suku Bali. Status perkawinannya adalah kawin. Alamat tempat tinggalnya tercatat di Jl. Kapten Mudita, Bangli. Nomor Catatan Medis (CM) pasien ini adalah .467536. Informasi mengenai pasien ini diperoleh dari pasien sendiri, keluarga, dan rekam medis. Pasien dirawat sejak tanggal 12 September 2023, dan proses pengkajian dilakukan pada tanggal 14 September 2023.

2. Penanggung Jawab

Penanggung dan suaminya, Tn. G, berusia 46 tahun, memiliki pendidikan S1 dan bekerja sebagai PNS. Mereka tinggal di alamat yang sama, Jl. Kapten Mudita, Bangli.

3. Alasan Dirawat

Ny. K datang ke rumah sakit pada tanggal 12 September 2023 melalui Poli Kebidanan RSUD Bangli dengan keluhan utama mengenai nyeri perut bagian bawah. Riwayat medis pasien mencatat bahwa sejak 1 tahun yang lalu, Ny. K telah menerima diagnosis medis terkait kista ovarium. Meskipun pasien telah menjalani tindakan kistektomi pada tanggal 13 September 2023, ia masih mengalami keluhan yang mencemaskan. Selama pengkajian, pasien menyampaikan adanya

peningkatan intensitas nyeri dan penemuan bercak darah yang tidak lazim. Keluhan ini menimbulkan kekhawatiran terkait kemungkinan adanya masalah kesehatan yang lebih serius yaitu kanker serviks.

4. Riwayat Obstetri Dan Ginokologi

Ny. K mengalami menarche pada usia 14 tahun dan saat ini masih memiliki siklus menstruasi yang teratur. Selama menstruasi, ia menggunakan 3-5 pembalut per hari selama 6-8 hari, sering mengeluhkan nyeri saat haid. Terakhir kali haid (HPHT) pada tanggal 26 Juli 2023. Riwayat pernikahan Ny. K mencatat bahwa ia telah menikah satu kali dan telah menjalani pernikahan selama 15 tahun.

Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas Ny. K menunjukkan bahwa ia memiliki seorang anak, lahir pada tahun 2009, dengan usia kehamilan 39 minggu. Persalinan berlangsung secara spontan dengan bantuan dokter. Meskipun ada komplikasi nifas seperti infeksi, anaknya lahir dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 3300 gram, dan panjang 52 cm. Ny. K telah menjadi akseptor KB dengan menggunakan metode IUD selama 11 tahun tanpa masalah. Saat ini, rencananya adalah untuk tetap menggunakan metode kontrasepsi IUD.

5. Pola Fungsional Kesehatan

a. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

Ny. K menunjukkan kepedulian terhadap kebersihan tubuhnya, baik sebelum maupun selama sakit. Motivasi tinggi untuk sembuh dan pulih dari penyakitnya menjadi tanda positif dalam manajemen kesehatannya. Kesadaran akan pentingnya menjaga kebersihan dan tekad untuk pulih dapat menjadi aspek penting dalam perawatan pasien.

b. Pola Metabolik-Nutrisi

Meskipun Ny. K mencatat bahwa tidak ada masalah dengan pemenuhan makan dan minumnya, adanya ketidaknyamanan terhadap makanan di rumah sakit mencerminkan potensi perubahan dalam kebiasaan makan. Perhatian khusus perlu diberikan untuk memastikan pasien tetap mendapatkan nutrisi yang adekuat selama perawatan.

c. Pola Eliminasi

Data pengkajian menunjukkan bahwa Ny. K tidak mengalami masalah saat BAK dan BAB. Namun, memantau perubahan dalam frekuensi dan karakteristik eliminasi dapat membantu mendeteksi potensi masalah kesehatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi.

d. Pola Aktivitas-Latihan

Selama sakit, Ny. K memilih untuk mengurangi aktivitas berat dan lebih fokus pada istirahat. Adanya perubahan ini dapat mengindikasikan respons adaptif terhadap kondisi kesehatannya dan menyoroti pentingnya mendukung pola aktivitas yang sesuai selama proses penyembuhan.

e. Pola Istirahat-Tidur

Meskipun mengalami kesulitan memulai tidur, Ny. K masih dapat tidur selama 5-6 jam per hari. Gangguan tidur ini mungkin mencerminkan adanya kecemasan yang dapat memengaruhi kualitas istirahat dan kesejahteraan umum pasien.

f. Pola Persepsi-Kognitif

Meskipun Ny. K menunjukkan integritas fungsi kognitif yang baik, data pengkajian mendeteksi tanda-tanda ansietas terkait kanker serviks. Saat

ditanyai tentang pemahamannya terhadap kondisinya, Ny. K tampak ragu dan cemas. Terdapat ekspresi wajah yang tegang dan pertanyaan-pertanyaan berulang terkait prognosis dan efek samping pengobatan. Meskipun panca indra tetap terjaga, ansietas yang muncul dapat memengaruhi kualitas pemrosesan informasi dan pemahaman pasien terhadap situasinya.

g. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Walaupun keinginan Ny. K untuk segera sembuh terdengar optimis, ada tanda-tanda ansietas terkait perubahan fisik yang mungkin terjadi akibat kanker serviks. Pasien mengekspresikan keprihatinan tentang bagaimana kondisi kesehatannya akan memengaruhi penampilan dan kemandirian dirinya. Ini menunjukkan potensi perubahan dalam pola konsep diri dan persepsi diri, yang dapat memicu ansietas terkait dengan gambar tubuh dan perubahan yang mungkin terjadi

h. Pola Hubungan-Peran

Meskipun Ny. K tidak melaporkan masalah dalam hubungan dengan suami, keluarga, dan orang lain, ansietas terkait kanker serviks dapat muncul tanpa disadari. Perawat perlu memperhatikan tanda-tanda ansietas dalam interaksi sosial dan komunikasi Ny. K. Pemahaman yang lebih mendalam terhadap hubungan dan peran sosial pasien dalam konteks kanker serviks dapat membantu perawat memberikan dukungan yang sesuai dan membimbing pasien serta keluarga melalui perubahan yang mungkin terjadi.

i. Pola Reproduksi-Seksualitas:

Meskipun data pengkajian menunjukkan bahwa pola aktivitas seksual Ny. K telah berubah dan jarang melibatkan hubungan suami istri karena

pertimbangan suaminya terhadap kesehatannya, perlu diperhatikan bahwa kondisi kanker serviks dapat memiliki dampak yang mendalam pada aspek reproduktif dan seksualitas pasien.

j. Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping:

Data pengkajian menunjukkan adanya upaya dari Ny. K dalam mengelola stres dan kecemasan terkait kondisi kesehatannya yang diidentifikasi sebagai kanker serviks. Meskipun terdapat usaha koping yang positif, perlu diperhatikan beberapa aspek yang terkait dengan ansietas pada pola toleransi terhadap stres-koping:

1) Ketidakpastian Terkait Prognosis

Ansietas Ny. K dapat meningkat karena ketidakpastian terkait perkembangan penyakitnya dan prognosis yang mungkin tidak pasti. Strategi koping yang efektif dapat membantu meredakan kecemasan, tetapi perlu diidentifikasi apakah ketidakpastian ini memberikan dampak pada strategi koping yang digunakan.

2) Dukungan Sosial

Meskipun Ny. K mencari dukungan dari suaminya, perlu diidentifikasi apakah dukungan sosial ini cukup memadai dan apakah terdapat jaringan dukungan yang luas. Pasien dengan kanker sering membutuhkan dukungan tambahan dari keluarga, teman, atau kelompok dukungan sebaya.

3) Pengelolaan Kecemasan

Penting untuk menilai sejauh mana strategi koping yang digunakan oleh Ny. K efektif dalam mengelola kecemasan terkait dengan kondisi kesehatannya.

Apakah dia memiliki strategi koping yang sehat dan memadai untuk mengatasi stres sehari-hari?

4) Reaksi Emosional Terhadap Pengobatan

Ny. K mungkin mengalami ansietas terkait dengan pengobatan yang sedang atau akan dia jalani. Perlu dikaji bagaimana dia mengatasi stres yang terkait dengan prosedur medis, efek samping pengobatan, dan perubahan dalam rutinitas harian.

5) Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan

Pengkajian mencakup sejauh mana Ny. K terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan bagaimana keterlibatan ini dapat memengaruhi tingkat stres dan ansietas

6) Perencanaan Keberlanjutan Strategi Koping

Penting untuk merencanakan keberlanjutan strategi koping Ny. K dalam jangka panjang.

k. Pola Keyakinan-Nilai

Aktivitas keagamaan Ny. K dalam bersembahyang bersama suami dan anaknya menciptakan fondasi kekuatan spiritual yang dapat memberikan dukungan tambahan dalam menghadapi tantangan kesehatan.

6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada Ny. K menunjukkan kondisi umum yang stabil. Tingkat kesadarannya dapat dinilai menggunakan GCS (*Glasgow Coma Scale*) dengan skor E4V5M5, mencapai nilai 15, yang menunjukkan pasien dalam keadaan *compos mentis*. Tanda-tanda vital, seperti tekanan darah 120/80 mmHg, denyut

nadi sebanyak 102 kali per menit, pernapasan sebanyak 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,9°C, juga berada dalam rentang normal.

Pemeriksaan *head to toe* dimulai dari kepala dan wajah menunjukkan hasil yang normal. Kepala tampak simetris dengan bentuk normocephal, rambut hitam, dan tidak ada lesi yang tampak. Pada leher, tidak terlihat benjolan, pembesaran kelenjar, atau bendungan. Pada dada, pergerakan simetris dan tidak terdapat pembesaran atau nyeri tekan. Suara perkusi pada dada terdengar sonor, dan auskultasi tidak menunjukkan adanya suara napas tambahan.

Pada pemeriksaan *abdomen*, terlihat perbesaran pada bagian perut dan bekas luka operasi. Auskultasi peristaltik usus normal dengan frekuensi 12 kali per menit, perkusi menunjukkan suara timpani, namun palpasi menunjukkan adanya nyeri tekan pada perut bagian bawah. Pemeriksaan genitalia menunjukkan kebersihan yang baik, tanpa adanya keputihan yang mencurigakan. Pemeriksaan perineum dan anus tidak menunjukkan luka atau hemoroid yang mencolok.

Pada pemeriksaan ekstremitas, baik bagian atas maupun bawah, tidak terdapat edema atau varises. *Capillary refill time* (CRT) pada kedua ekstremitas kurang dari 2 detik, menunjukkan sirkulasi darah yang baik. Pemeriksaan reflek menunjukkan hasil yang normal dengan respons reflek yang positif.

7. Data Penunjang

Data penunjang menunjukkan hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologik yang relevan untuk penilaian kondisi kesehatan Ny. K. Pemeriksaan darah menunjukkan beberapa nilai di luar batas normal, seperti peningkatan leukosit ($9,8 \times 10^3/\mu\text{L}$), BUN (68.0 mg/dL), dan kreatinin (3.26 mg/dL), yang dapat mengindikasikan adanya peradangan atau masalah fungsi ginjal. Selain itu,

hasil pemeriksaan elektrolit menunjukkan kadar natrium (Na) serum sebesar 134 mmol/L dan kalium (K) serum sebesar 4.29 mmol/L, yang juga perlu diperhatikan dalam penilaian fungsi tubuh secara menyeluruh.

Pemeriksaan radiologik dengan ultrasonografi (USG) menunjukkan adanya kesan masa solid dengan batas yang tidak tegas dan tepi reguler pada serviks. Temuan ini mencurigakan adanya kanker serviks, sehingga memerlukan evaluasi lebih lanjut untuk konfirmasi diagnosis.

8. Pengobatan

Ny. K saat ini sedang menjalani serangkaian pengobatan sebagai bagian dari penanganan kesehatannya. Pengobatan ini mencakup pemberian larutan NaCl 0,9% dengan infus 8 tetes per menit (tpm) untuk menjaga kecukupan cairan dalam tubuh. Selain itu, Ny. K juga mendapatkan suplemen asam folat sebanyak 2 mcg setiap 12 jam melalui infus, yang penting untuk mendukung proses pemulihan tubuh dan menjaga kesehatan selama pengobatan.

Untuk mengatasi nyeri dan gejala inflamasi, Ny. K menerima dosis Paracetamol sebanyak 750 mg setiap 8 jam melalui infus. Paracetamol berfungsi sebagai analgesik dan antipiretik untuk membantu mengurangi rasa nyeri dan demam yang mungkin terkait dengan kondisinya. Selain itu, Ny. K juga diberikan Omeprazole dengan dosis 40 mg setiap 12 jam melalui infus. Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor (PPI) yang digunakan untuk mengurangi produksi asam lambung dan melindungi lambung dari efek samping obat-obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) seperti asam mefenamat.

Sebagai pengobatan tambahan, Ny. K mendapatkan Asam mefenamat dalam bentuk tablet dengan dosis 500 mg. Asam mefenamat termasuk dalam

kelompok NSAID dan biasanya digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.K yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan adanya keluhan cemas, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini, dibuktikan dengan pasien tampak tegang, pasien tampak bingung, sulit tidur dan gelisah saat dilakukan pengkajian, tekanan darah mengalami peningkatan dari normal 130/90 mmHg, frekuensi nadi dan respirasi mengalami peningkatan nadi: 110x/menit, respirasi: 22x/menit.

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
1	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan adanya keluhan cemas, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini, dibuktikan dengan pasien tampak tegang, pasien tampak bingung, sulit tidur dan gelisah saat dilakukan pengkajian, tekanan darah	SLKI (L09093) Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5)	SIKI (I.09314) Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapiutik 4. Ciptakan suasana terapiutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani klien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian

mengalami peningkatan dari normal 130/90 mmHg, frekuensi nadi dan respirasi mengalami peningkatan nadi: 110x/menit, respirasi: 22x/menit	4. perilaku tegang menurun (5) 5. Keluhan pusing menurun (5) 6. Anoreksia menurun (5) 7. Palpitasi menurun (5) 8. Diaphoresis menurun (5) 9. Tremor menurun (5) 10. Pucat menurun (5) 11. Konsentrasi membaik (5) 12. Pola tidur membaik (5) 13. Frekuensi pernapasan membaik (5) 14. Frekuensi nadi membaik (5) 15. Tekanan darah membaik (5) 16. Kontak mata membaik (5) 17. Pola berkemih membaik (5) 18. Orientasi membaik (5) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)	8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas 11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 13. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 14. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien 15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 19. Latih teknik relaksasi (<i>Slow Deep Breathing</i>) Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
--	---	--

A. Implementasi Keperawatan

Selama tiga hari berturut-turut, implementasi teknik pernapasan lambat dan dalam, "*Slow Deep Breathing*," dilakukan sebagai upaya mengatasi ansietas Ny. K. Pada tanggal 14 September 2023, perawat memulai sesi *Slow Deep Breathing* selama 15 menit. Ny. K diminta untuk duduk atau berbaring dengan nyaman, sementara perawat memberikan panduan mengenai teknik pernapasan yang

melibatkan diafragma. Pada hari ini, perawat menciptakan lingkungan yang tenang dan memberikan dukungan verbal untuk membantu Ny. K mengurangi ketegangan.

Pada tanggal 15 September 2023, sesi *Slow Deep Breathing* dilanjutkan dengan perpanjangan waktu menjadi 20 menit. Perawat kembali membimbing Ny. K dalam melakukan latihan pernapasan dengan fokus pada pengurangan ketegangan dan memberikan penguatan positif terkait kemampuan Ny. K untuk mengelola kecemasan melalui pernapasan yang terkontrol. Konsistensi dalam implementasi teknik ini diharapkan dapat memperkuat efek positifnya.

Hari ketiga, tanggal 16 September 2023, perawat memastikan kelangsungan dan konsistensi implementasi *Slow Deep Breathing*. Sesi latihan pernapasan ini disesuaikan dengan respons dan perkembangan Ny. K. Perawat terus memberikan dukungan dan motivasi, serta merencanakan untuk melibatkan Ny. K dalam melanjutkan latihan ini di rumah sebagai bagian dari strategi koping harian.

D. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan dilakukan menggunakan SOAP pada tanggal 17 September 2023:

1. S (*Subjective*): Pada sesi evaluasi ini, Ny. K memberikan tanggapan subjektif terkait pengalaman melaksanakan teknik pernapasan "*Slow Deep Breathing*" selama tiga hari terakhir. Ny. K menyampaikan bahwa ia merasa lebih tenang dan mampu mengatasi momen-momen kecemasan dengan lebih baik. Pasien juga menyatakan bahwa teknik ini membantunya merasa lebih fokus dan rileks dalam menghadapi situasi-situasi yang menantang.

2. O (*Objective*): Dari segi objektif, observasi fisik menunjukkan perubahan yang positif. Frekuensi pernapasan dan denyut jantung Ny. K tampak lebih terkendali, menunjukkan adanya respons positif terhadap latihan pernapasan yang diterapkan. Selain itu, ekspresi wajah yang sebelumnya tegang dan cemas terlihat lebih santai, mencerminkan penurunan tingkat kecemasan.
3. A (*Assessment*): Berdasarkan evaluasi subjektif dan objektif, dapat disimpulkan bahwa implementasi teknik *Slow Deep Breathing* telah memberikan dampak positif terhadap manajemen ansietas pada Ny. K. Pasien menunjukkan peningkatan keterampilan koping dalam menghadapi ketidakpastian terkait kondisi kesehatannya. Oleh karena itu, dapat dianggap bahwa intervensi perawatan telah berhasil dalam mencapai tujuan mengurangi tingkat kecemasan pasien.
4. P (*Plan*): Berikutnya, perencanaan tindak lanjut yang disarankan adalah melibatkan Ny. K dalam mempraktikkan teknik pernapasan ini secara mandiri di rumah sebagai strategi koping harian. Perawat akan memberikan edukasi lebih lanjut tentang keberlanjutan latihan pernapasan dan memberikan dukungan berkelanjutan untuk memastikan bahwa Ny. K dapat terus mengelola kecemasan dengan efektif. Selain itu, perawat akan terus memantau respons pasien dan siap mengadaptasi intervensi sesuai dengan perkembangan kebutuhan kesehatan mental Ny. K.