

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

Bab ini memaparkan mengenai gambaran kasus kelolaan utama yang telah dilakukan oleh penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks yang mengalami distress spiritual di Poliklinik Paliatif RSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah. Pembahasan pada bab ini meliputi pengkajian keperawatan, analisis data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi tindakan keperawatan, serta evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Pemilihan kasus didasarkan pada ditemukannya pasien kanker serviks yang mengalami masalah keperawatan berupa distress spiritual. Kondisi ini sering dialami oleh pasien dengan penyakit kronis atau terminal seperti kanker, sehingga memerlukan pendekatan keperawatan yang komprehensif, termasuk intervensi spiritual melalui edukasi *narrative nursing*. Dalam pelaksanaan pengelolaan kasus ini, penulis menerapkan berbagai prinsip etika penelitian dan etika keperawatan guna melindungi hak-hak responden serta memastikan bahwa tindakan yang dilakukan tidak menimbulkan kerugian bagi pasien.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

##### **1. Data Ny. A**

###### **a. Identitas Pasien**

Nama : Ny. A  
Umur : 52 tahun  
Pendidikan : SD

Status Perkawinan : Kawin  
Agama : Hindu  
Suku : Bali  
Alamat : Jl Raya Sesetan Denpapsar  
Sumber Informasi : Pasien

**b. Alasan Dirawat**

Alasan MRS : Pasien datang ke Poliklinik Paliatif RSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah pada tanggal 02 Maret 2026 pukul 10.00 WITA dengan diagnosis medis kanker serviks stadium III.

**c. Keluhan Saat Dikaji :**

Pasien mengeluh nyeri panggul yang menjalar ke punggung serta perdarahan pervaginam berulang.

- a. P (Provocation/Palliation) : Nyeri dirasakan muncul saat pasien beraktivitas dan saat perdarahan meningkat. Nyeri sedikit berkurang saat pasien beristirahat atau berbaring.
- b. Q (Quality) Pasien menggambarkan nyeri seperti tertusuk dan terasa menjalar.
- c. R (Region/Radiation) Nyeri berlokasi di daerah panggul dan menjalar ke punggung bagian bawah.
- d. S (Severity) Skala nyeri 5–6 (nyeri sedang).
- e. T (Time) Nyeri dirasakan hilang timbul, namun semakin sering muncul dalam beberapa minggu terakhir. Pasien tampak lemah. Secara psikologis pasien tampak murung, kontak mata kurang, dan sering menarik napas panjang. Pasien mengungkapkan perasaan sedih, putus asa, serta mengatakan hidupnya sudah tidak berarti lagi. Pasien merasa takut akan kematian namun juga lelah dengan

rasa sakit yang dialami. Pasien juga menyampaikan bahwa dirinya mulai jarang berdoa dan merasa Tuhan tidak adil terhadap dirinya. Pasien sebelumnya aktif dalam kegiatan keagamaan. Selain itu pasien merasa menjadi beban bagi suami walaupun keluarga tetap memberikan dukungan. Pasien juga mengungkapkan adanya rasa bersalah terhadap keluarga.

**d. Riwayat Keluarga Berencana :**

Px mengatakan sebelumnya pernah menggunakan kontrasepsi IUD

**e. Riwayat Penyakit :**

Riwayat penyakit menunjukkan pasien telah menjalani kemoterapi sebanyak 4 siklus dengan efek samping berupa mual, muntah, dan kelelahan.

**f. Riwayat keluarga suami dan ibu :**

pasien mengatakan dari keluarganya dan keluarga suami tidak ada riwayat penyakit keturunan

**g. Pola Fungsional Kesehatan**

**1. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan**

Sebelum sakit : Pasien rutin menjaga kesehatan dan aktif mengikuti kegiatan keagamaan. Tidak memiliki keluhan kesehatan berarti.

Sesudah sakit : Pasien mengetahui penyakitnya namun merasa putus asa dan tidak memiliki harapan untuk sembuh.

**2. Pola Nutrisi Metabolik**

Sebelum sakit : Pasien mengatakan pola makan teratur 3 kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada keluhan.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan nafsu makan menurun akibat efek kemoterapi (mual, muntah), tampak lemah.

### 3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAK dan BAB normal, tidak ada keluhan.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan terdapat perdarahan pervaginam berulang.

### 4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur cukup  $\pm 6-8$  jam/hari, tidak ada gangguan.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan istirahat terganggu akibat nyeri dan kondisi fisik yang lemah.

### 5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan aktif melakukan aktivitas sehari-hari dan kegiatan keagamaan.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan aktivitas menurun, pasien tampak lemah dan lebih banyak beristirahat.

### 6. Pola Persepsi Kognitif

Sebelum sakit : Kognitif baik, mampu berkomunikasi dengan baik.

Sesudah sakit : Masih mampu berkomunikasi, namun tampak murung dan kurang fokus.

### 7. Pola Konsep Diri

Sebelum sakit : Memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan merasa hidup tidak berarti, merasa menjadi beban, dan muncul perasaan bersalah.

### 8. Pola Hubungan dan Peran

Sebelum sakit : Pasien mengatakan hubungan keluarga baik, aktif dalam peran keluarga.

Sesudah sakit : Pasien mengatakan tetap mendapat dukungan keluarga, namun merasa menjadi beban bagi suami.

#### 9. Pola Koping dan Toleransi Stres

Sebelum sakit : Koping adaptif, mampu menghadapi masalah dengan baik.

Sesudah sakit : Koping tidak efektif, ditandai dengan putus asa dan sedih berkepanjangan.

#### 10. Pola Nilai dan Keyakinan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan aktif beribadah dan memiliki keyakinan spiritual yang baik.

Sesudah sakit : Pasien mengalami distress spiritual, jarang berdoa dan merasa Tuhan tidak adil.

#### 11. Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan Umum

Pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

##### b. Tanda Vital

Tekanan darah : 130/85 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 36,8°C

##### c. Kepala

Wajah tampak pucat, ekspresi murung, kontak mata kurang. Konjungtiva anemis ringan, sklera tidak ikterik.

Mulut kering, bibir tampak pucat.

Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tiroid.

a. Abdomen

Abdomen datar, tidak distensi.

Nyeri tekan pada area panggul bagian bawah.

Tidak ada pembesaran organ (hepar/lien tidak teraba).

b. Genetalia dan Perineum

Tampak adanya perdarahan pervaginam.

Tidak tampak luka terbuka, terdapat keluhan nyeri panggul.

c. Ekstremitas

Atas dan bawah tampak lemah.

Tidak ada edema.

CRT < 2 detik.

d. Status Psikologis

Pasien tampak sedih, murung, sering menarik napas panjang.

Ekspresi wajah menunjukkan keputusasaan.

e. Status Spiritual

Pasien mengalami distress spiritual, merasa Tuhan tidak adil dan jarang berdoa.

12. Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan Laboratorium
- Hemoglobin (Hb) : 11 gr/dL
- Leukosit : 8.500 /mm<sup>3</sup> (normal)
- Trombosit : 320.000 /mm<sup>3</sup> (normal)

- Gula darah sewaktu : 110 mg/dL (normal)
- Ureum : 28 mg/dL (normal)
- Kreatinin : 0,9 mg/dL (normal)

#### **6. Pemeriksaan Khusus**

- Pap smear : sel abnormal ganas
- Biopsi serviks : kanker serviks stadium III
- USG panggul : massa pada serviks, belum metastasis jauh

#### **7. Pemeriksaan Radiologi**

- MRI panggul : invasi ke jaringan sekitar
- Foto thoraks : tidak tampak metastasis paru

#### **8. Terapi yang Telah Dijalani**

Kemoterapi : 4 siklus

#### **9. Data Ny. B**

##### **a. Identitas Pasien**

Nama : Ny. B

Umur : 57 tahun

Pendidikan : Tidak Sekolah

Status Perkawinan : Kawin

Agama : Hindu

Suku : Bali

Alamat : Jalan Gunung Agung Denpasar Barat

Sumber Informasi : Pasien dan keluarga

**b. Alasan Dirawat**

Alasan MRS : Pasien datang ke Poliklinik Paliatif RSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah pada tanggal 02 Maret 2026 pukul 10.30 WITA dengan diagnosis medis kanker serviks stadium IV dengan metastasis.

**c. Keluhan Saat Dikaji :**

Pasien mengeluh nyeri hebat, P (Provocation/Palliation) Nyeri muncul terus-menerus dan semakin berat saat bergerak. Nyeri sedikit berkurang setelah pemberian obat analgesik. Q (Quality) Pasien menggambarkan nyeri seperti tertusuk dan terbakar. R (Region/Radiation) Nyeri berlokasi di panggul dan menjalar ke punggung serta perut bagian bawah. S (Severity) Skala nyeri 7–8 (nyeri berat). T (Time) Nyeri dirasakan terus-menerus dan semakin memberat dalam beberapa waktu terakhir. Penurunan berat badan drastis, dan kelelahan kronis. Pasien tampak sangat lemah dan sering menangis dengan suara pelan. Pasien mengungkapkan ketakutan akan kematian serta belum siap meninggalkan keluarga. Pasien juga menyatakan merasa Tuhan sedang menghukum dirinya dan mengungkapkan penyesalan mendalam terhadap masa lalu. Pasien merasa tidak pantas untuk berdoa meskipun sebelumnya rutin beribadah. Pasien mengalami gangguan tidur karena sering memikirkan kematian. Keluarga memberikan dukungan emosional, namun kurang memahami kondisi spiritual pasien sehingga pasien lebih sering memendam perasaannya.

**d. Riwayat Keluarga Berencana :**

Px mengatakan sebelumnya tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

e. Riwayat Penyakit :

Riwayat penyakit menunjukkan pasien telah menjalani kemoterapi sebanyak 6 siklus dengan efek samping berupa mual, muntah,

f. Riwayat keluarga suami dan ibu :

pasien mengatakan dari keluarganya dan keluarga suami tidak ada riwayat penyakit keturunan

g. Pola Fungsional Kesehatan

1). Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Sebelum sakit :

Tidak ada keluhan kesehatan berarti, menjalani kehidupan sehari-hari secara normal.

Sesudah sakit :

Pasien menyadari penyakitnya sudah berat dan merasa takut akan kematian.

2). Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan pola makan teratur, nafsu makan baik.

Sesudah sakit :

Pasien mengatakan penurunan berat badan drastis dan nafsu makan menurun.

3). Pola Eliminasi

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAK dan BAB normal, tidak ada keluhan.

Sesudah sakit :

Pasien mengatakan terdapat perdarahan pervaginam berulang.

4). Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur cukup  $\pm 6-8$  jam/hari, tidak ada gangguan.

Sesudah sakit :

Pasien mengatakan istirahat terganggu akibat nyeri dan mengalami gangguan tidur karena kecemasan dan pikiran tentang kematian.

#### 5). Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan aktif melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada gangguan

Sesudah sakit :

Pasien mengatakan aktivitas sangat terbatas karena kelelahan

#### 6). Pola Persepsi Kognitif

Sebelum sakit :

Kognitif baik, mampu berkomunikasi dengan baik.

Sesudah sakit :

Masih mampu berkomunikasi, namun sering diliputi pikiran negatif.

#### 7). Pola Konsep Diri

Sebelum sakit :

Memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri.

Sesudah sakit :

Pasien mengatakan merasa bersalah, menyesal, dan tidak pantas.

#### 8). Pola Hubungan dan Peran

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan hubungan keluarga baik, aktif dalam peran keluarga.

Sesudah sakit :

Keluarga mendukung, namun kurang memahami kebutuhan spiritual pasien

9). Pola Koping dan Toleransi Stres

Sebelum sakit :

Koping adaptif, mampu menghadapi masalah dengan baik.

Sesudah sakit :

Koping tidak efektif, ditandai dengan menangis, cemas, dan takut berlebihan

10). Pola Nilai dan Keyakinan

Sebelum sakit :

Pasien mengatakan rutin beribadah dan memiliki keyakinan kuat.

Sesudah sakit :

Mengalami distress spiritual, merasa dihukum Tuhan dan pasien mengatakan enggan berdoa.

h. Pemeriksaan Fisik

1). Keadaan Umum

Pasien tampak sangat lemah, kesadaran compos mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

2). Tanda Vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 96 x/menit

Respirasi : 22 x/menit

Suhu : 36,7°C

3). Kepala

Wajah tampak sangat pucat, ekspresi sedih, sering menangis.

Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.

Mulut kering.

4). Dada

Bentuk dada simetris.

Pernapasan cepat namun teratur.

Bunyi napas vesikuler.

Irama jantung teratur.

5). Abdomen

Abdomen tampak datar.

Nyeri tekan pada area panggul.

Tidak ada pembesaran organ teraba.

6). Genetalia dan Perineum

Belum dikaji secara detail, kemungkinan terdapat keluhan perdarahan/keputihan patologis.

7). Ekstremitas

Tampak kurus.

Kekuatan otot menurun.

Tidak ada edema.

CRT < 2 detik.

8). Status Psikologis

Pasien tampak cemas, sering menangis, takut menghadapi kematian.

9). Status Spiritual

Pasien mengalami distress spiritual berat, merasa dihukum Tuhan dan tidak pantas berdoa.

i. Pemeriksaan Penunjang

#### 1). Pemeriksaan Laboratorium

- Hemoglobin (Hb) : 9.3 gr/dL
- Leukosit : 11.500 /mm<sup>3</sup> (meningkat)
- Trombosit : 400.000 /mm<sup>3</sup> (sedikit meningkat)
- Gula darah sewaktu : 105 mg/dL (normal)
- Albumin : 2,8 g/dL (rendah)
- Kreatinin : 1,1 mg/dL (batas normal atas)

#### 10. Pemeriksaan Khusus

- Pap smear : sel ganas lanjut
- Biopsi serviks : kanker serviks stadium IV
- Skala nyeri : 7–8 (nyeri berat)

#### 11. Pemeriksaan Radiologi

- CT Scan abdomen/pelvis : metastasis
- Foto thoraks : kemungkinan metastasis paru
- USG abdomen : kemungkinan keterlibatan organ lain

#### 12. Terapi yang Telah Dijalani

- Kemoterapi 6 siklus

#### 13. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data-data yang didapatkan saat pengkajian dapat dilakukan analisis data keperawatan sebagai berikut

**Tabel 5.**  
**Analisis Data Asuhan Keperawatan Distres Spiritual Dengan Intervensi Edukasi Narrative Nursing Pada Pasien Kanker Serviks di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah**

Gejala dan Tanda	Analisis Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan merasa hidupnya sudah tidak ada artinya lagi dan merasa Tuhan tidak adil</li> <li>2. Pasien mengatakan takut mati, tapi juga lelah dengan rasa sakit ini dan jarang berdoa sejak sakit</li> <li>3. Pasien mengatakan merasa menjadi beban bagi keluarga</li> </ol>	<p>Krisis situasional akibat penyakit (kanker serviks stadium III)</p>	<p>Distres Spiritual (D.0109)</p> <p>Pasien 1</p>
<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien tampak murung dan kurang kontak mata</li> <li>5. Ekspresi wajah sedih</li> <li>6. Pasien terlihat menarik napas panjang berulang</li> </ol>		
<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan takut meninggalkan keluarga dan belum siap menghadapi kematian</li> <li>2. Pasien mengatakan merasa Tuhan sedang menghukum saya dan mengungkapkan penyesalan atas masa lalu</li> </ol>	<p>Penyakit terminal (kanker serviks stadium IV dengan metastasis)</p>	<p>Distres Spiritual (D.0109)</p> <p>Pasien 2</p>
<p>Data Objektif:</p>		

	1	2	3
3.	Pasien tampak sering menangis		
4.	Ekspresi wajah cemas dan sedih		
5.	Suara pelan dan lemah		
6.	Pasien terlihat menarik napas panjang berulang		

Perumusan diagnosis keperawatan menggunakan komponen Problem (P), Etiology (E), Sign and Symptom (S). Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada Ny. A berdasarkan data masalah keperawatan yang diperoleh adalah distress spiritual (D.0109) berhubungan dengan krisis situasional akibat penyakit (kanker serviks stadium III) ditandai dengan pasien merasa hidupnya sudah tidak ada artinya lagi dan merasa Tuhan tidak adil. Pasien juga mengatakan takut mati, tapi juga lelah dengan rasa sakit ini dan jarang berdoa sejak sakit serta merasa menjadi beban bagi keluarga. Pasien tampak murung dan kurang kontak mata, ekspresi wajah sedih dan terlihat menarik napas panjang berulang

Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada Ny. A berdasarkan data masalah keperawatan yang diperoleh adalah distress spiritual (D.0109) berhubungan dengan penyakit terminal (kanker serviks stadium IV dengan metastasis) ditandai dengan pasien mengatakan takut meninggalkan keluarga dan belum siap menghadapi kematian. Pasien juga mengatakan merasa Tuhan sedang menghukum saya dan mengungkapkan penyesalan atas masa lalu. Pasien tampak sering menangis, ekspresi wajah cemas dan sedih, suara pasien terlihat pelan dan lemah dan pasien terlihat menarik napas panjang berulang

## 14. Perencanaan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan perencanaan yang diawali dengan menetapkan tujuan dan kriteria hasil dan dilanjutkan dengan penetapan intervensi. Dari kedua kasus Pasien 1 dan Pasien 2 maka ditetapkan intervensi sebagai berikut:

**Tabel 6.**  
**Intervensi Keperawatan Asuhan Keperawatan Distres Spiritual Dengan Intervensi Edukasi Narrative Nursing Pada Pasien Kanker Serviks Di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah**

NO	Hari /tgl	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan				Paraf/ TTD
			Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Rasional Tindakan		
1	2	3	4	5	6	7	
1	Senin 02 Maret 2026	Distres spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis ditandai dengan pasien mengungkapkan perasaan putus asa, kehilangan makna hidup, serta menunjukkan penurunan aktivitas spiritual seperti tidak ingin berdoa.	<b>Status Spiritual (L.09091)</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 menit, status spiritual membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat 2. Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup meningkat 3. Verbalisasi penerimaan meningkat 4. Verbalisasi percaya pada orang lain meningkat 5. Perilaku marah pada Tuhan menurun 6. Verbalisasi perasaan bersalah menurun 7. Verbalisasi menyalahkan diri sendiri menurun	<b>Intervensi Utama</b> Dukungan Spiritual (I.09276) <b>Observasi</b> 5. Identifikasi perasaan khawatir, kesiapan dan ketidakberdayaan 6. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan 7. Identifikasi harapan dan kekuatan pasien 8. Identifikasi ketaatan dalam beragama <b>Terapeutik</b> 13. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian (Naratif Nursing) 14. Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara cepat 15. Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa 16. Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual	<b>Intervensi Utama</b> Dukungan Spiritual (I.09276) <b>Observasi</b> 1. Untuk mengetahui kondisi emosional dan spiritual pasien sehingga perawat dapat menentukan pendekatan yang tepat dalam memberikan dukungan spiritual. 2. Membantu perawat memahami bagaimana keyakinan spiritual pasien mempengaruhi persepsi terhadap penyakit dan proses penyembuhan 3. Menggali sumber kekuatan internal pasien yang dapat digunakan sebagai mekanisme koping dalam menghadapi penyakit. <b>Terapeutik</b> 1. Membantu pasien menjalankan kegiatan spiritual secara khusyuk dan nyaman sehingga		

1	2	3	4	5	6	7
				17. Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup jika perlu		dapat meningkatkan ketenangan batin.
				18. Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah		2. Membantu pasien menemukan kembali makna hidup dan meningkatkan penerimaan terhadap kondisi penyakit.
				<b>Edukasi</b>		3. Mendukung kebutuhan spiritual pasien sehingga dapat meningkatkan ketenangan, harapan, dan kekuatan batin.
				7. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain		<b>Edukasi</b>
				8. Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung		7. Teknik relaksasi dapat membantu mengurangi stres, meningkatkan ketenangan mental, serta mendukung kesejahteraan spiritual pasien
				9. Anjurkan metode relaksasi (Nafas dalam selama 20-40 siklus dalam waktu 10 menit), meditasi, dan imajinasi terbimbing		
				<b>Kolaborasi</b>		
				Atur kunjungan dengan rohaniawan		

## 15. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah ditetapkan selama 1 x 30 menit pada tanggal 02 Maret 2026 di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana intervensi keperawatan utama yaitu Dukungan Spiritual (I.09261) dan intervensi *narrative nursing* yang dilakukan sebanyak 1 kali sehari yaitu selama 30 menit.

**Tabel 7.**  
**Implementasi Keperawatan Ny. A Distres Spiritual Dengan Intervensi Edukasi Narrative Nursing Pada Pasien Kanker Serviks Di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah**

Hari dan Tanggal	Jam	Tindakan	Evaluasi Respon Pasien	Paraf
1	2	3	4	5
Senin 02 Maret 2026	10.00-10.05	Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesiapan, dan ketidakberdayaan pasien	DS : Pasien mengungkapkan rasa khawatir dan merasa tidak	Chandra

1	2	3	4	5
			berdaya terhadap penyakitnya DO : Pasien tampak cemas, ekspresi wajah tegang	
Senin 02 Maret 2026	10.05- 10.10	Mengidentifikasi pandangan pasien tentang hubungan spiritual dengan kesehatan	DS : Pasien menyatakan saat ini perasaannya sedih dan putus asa terkait kondisi penyakitnya Pasien juga menyatakan mulai jarang berdoa dan merasa Tuhan tidak adil terhadap dirinya. DO : Pasien tampak murung, kontak mata kurang, nada suara pelan	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.10- 10.13	Mengidentifikasi harapan dan sumber kekuatan pasien	DS : Pasien menyebut keluarga dan doa sebagai sumber kekuatan DO : Pasien tampak lebih tenang saat membicarakan keluarga	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.13- 10.15	Memberikan kesempatan pasien mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian ( <i>narrative nursing</i> )	DS : Pasien mengungkapkan rasa takut terhadap kondisi dan kematian DO : Pasien tampak emosional, mata berkaca-kaca, suara bergetar	Chandra

1	2	3	4	5
Senin 02 Maret 2026	10.15- 10.25	Mengajarkan metode relaksasi nafas dalam 20-40 silikus selama 10 menit	DS: Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah latihan napas. DO: Pasien tampak lebih rileks, pernapasan lebih teratur	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.15- 10.30	Mendiskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup	DS: Pasien mengatakan mulai memikirkan kembali tujuan hidup dan harapan ke depan. DO: Pasien tampak lebih tenang, ekspresi wajah lebih rileks, mampu berkomunikasi lebih terbuka	Chandra

**Tabel 8.**  
**Implementasi Keperawatan Ny. B Distres Spiritual Dengan Intervensi Edukasi  
Narrative Nursing Pada Pasien Kanker Serviks Di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah**

Hari dan Tanggal	Jam	Tindakan	Evaluasi Respon Pasien	Paraf
1	2	3	4	5
Senin 02 Maret 2026	10.30- 10.35	Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesiapan, dan ketidakberdayaan pasien	DS: Pasien mengungkapkan rasa sedih dan tidak berdaya terhadap kondisinya. DO: Pasien tampak sering menangis, berbicara dengan suara pelan	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.35- 10.40	Mengidentifikasi pandangan pasien tentang	DS: Pasien mengungkapkan	Chandra

1	2	3	4	5
		hubungan spiritual dengan kesehatan	adanya penyesalan mendalam atas masa lalu yang dianggap penuh kesalahan. DO: Pasien tampak murung, menunduk, ekspresi wajah sedih	
Senin 02 Maret 2026	10.40- 10.43	Mengidentifikasi harapan dan sumber kekuatan pasien	DS: Pasien menyebut keluarga dan doa sebagai sumber kekuatan. DO: Pasien tampak sedikit lebih tenang saat membicarakan keluarga	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.43- 10.45	Memberikan kesempatan pasien mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian <i>(narrative nursing)</i>	DS: Pasien mengatakan sebelumnya rutin beribadah namun kini merasa tidak pantas untuk berdoa. DO: Pasien tampak ragu, suara lirih, kontak mata kurang	Chandra
Senin 02 Maret 2026	10.45- 10.55	Mengajarkan metode relaksasi nafas dalam 20-40 siklus selama 10 menit	DS: Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah latihan napas. DO: Pasien tampak lebih rileks,	Chandra

1	2	3	4	5
			pernapasan lebih teratur	
Senin 02 Maret 2026	10.55- 11.00	Mendiskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup	DS: Pasien mengatakan mulai menerima kondisi dan ingin memperbaiki diri. DO: Pasien tampak lebih tenang, kecemasan berkurang, ekspresi wajah lebih rileks	Chandra

## 16. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 9.**  
**Evaluasi Keperawatan Distres Spiritual Dengan Intervensi Edukasi Narrative Nursing Pada Pasien Kanker Serviks Di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah**

Hari/tgl	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
1	2	3	4
Senin 02 Maret 2026	Hasil evaluasi yang diperoleh setelah pemberian asuhan keperawatan 1 x 30 menit pada Ny. A diperoleh data pasien mengungkapkan bahwa dirinya merasa sedikit lebih lega setelah menceritakan perasaan dan pengalaman hidupnya S : Pasien mengatakan masih merasa sedih, namun mulai menyadari bahwa dirinya masih memiliki harapan, terutama untuk melihat anaknya berhasil. O : Pasien tampak lebih tenang, kontak mata mulai membaik, dan lebih kooperatif selama interaksi. Ekspresi wajah	Pada Ny. B setelah dilakukan intervensi selama 1 x 30 menit di Poliklinik Paliatif RSUP Ngoerah, pasien menyatakan bahwa dirinya merasa lebih tenang setelah diberikan kesempatan untuk mengungkapkan rasa takut dan penyesalan S : Pasien mengatakan masih merasa takut menghadapi kematian, namun mulai berpikir untuk lebih mendekati diri kepada Tuhan. O :	Chandra

1	2	3	4
<p>masih menunjukkan kesedihan ringan, namun pasien sudah mampu berkomunikasi dengan lebih terbuka.</p> <p>A : Masalah terasatasi distres spiritual menunjukkan tanda-tanda penurunan, ditandai dengan mulai munculnya harapan dan kemampuan mengekspresikan perasaan.</p> <p>P : Pertahankan kondisi pasien Lanjutkan intervensi inovasi <i>Narrative Nursing</i>, memberikan dukungan spiritual secara berkelanjutan, serta mendorong pasien untuk mulai melakukan aktivitas ibadah sesuai keyakinannya dan melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung.</p>	<p>Pasien tampak lebih rileks, frekuensi menangis berkurang, dan mampu mengikuti latihan napas dalam yang diajarkan. Kontak mata mulai meningkat meskipun masih terbatas.</p> <p>A : Masalah teratasi ditandai dengan terjadi penurunan kecemasan dan mulai muncul penerimaan terhadap kondisi yang dialami.</p> <p>P : Pertahankan kondisi pasien lanjutkan pendekatan <i>Narrative Nursing</i>, memperkuat dukungan spiritual, membantu pasien dalam proses penerimaan diri (<i>self-forgiveness</i>), serta melibatkan keluarga dan tenaga spiritual untuk mendukung ketenangan batin pasien.</p>		