

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus ini menggambarkan tentang Asuhan Keperawatan Kecemasan Pada Ny. A Dengan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Garuda RW 003 Kel. Dungus Cariang Kec. Andir Kota Bandung yang dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan teknik relaksasi progresif. Hasil data yang di dapatkan dan di kumpulkan akan di gambarkan dalam bentuk asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa tahap asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

A. Pengumpulan Data

1. Biodata

a. IDENTITAS PASIEN

Inisial : Ny. A (L/P)

Umur : 71 Tahun

Tanggal Pengkajian : 11 April 2023

Pendidikan : Tamat SD/Sederajat

No. Med. Rec : -

Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Islam
Suku : Sunda
Status marital : Cerai Mati
Alamat : Jl. Halteu Selatan No. 2/76 Rt 004 Rw 003 Kel.
Dungus Cariang Kec. Andir Kab. Bandung
Diagnosa medis : Hipertensi

b. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Initial : Ny. Y (L/P)
Hub dg pasien : Anak
Umur : 51 Tahun
Pendidikan : S1
Status marital : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Bisnis
Alamat : Jl. Halteu Selatan Rt 003 Rw 003 Kel. Dungus
Cariang Kec. Andir Kab. Bandung

2. Keluhan utama

Pasien mengeluh pusing dan nyeri kepala. Nyeri bertambah saat beraktivitas yang terlalu berlebihan dan berkurang saat beristirahat. Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk dengan nyeri hilang timbul dan skala nyeri 3. Pasien juga mengatakan sering merasa kesemutan pada bagian kakinya serta kemampuan mendengarnya menurun dan memiliki riwayat diabetes melitus.

3. Dampak keluhan utama terhadap masalah psikososial

Pasien mengatakan khawatir karena kondisinya saat ini dengan adanya komplikasi dari penyakit pasien yaitu diabetes melitus. Pasien juga mengatakan khawatir akan kematian jika tidak ada yang menyaksikan karena pasien sudah lama tinggal dirumah sendiri.

4. Faktor predisposisi

a. Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus

b. Riwayat penggunaan alkohol, obat-obatan dan rokok

Pasien mengatakan tidak pernah merokok, mengkonsumsi alkohol dan obat-obatan

c. Situasi kehidupan yang sering menimbulkan stres

Pasien mengatakan situasi kehidupan yang membuat pasien merasa cemas yaitu tinggal di rumah sendiri karena kematian suaminya dari tahun 1990

d. Riwayat trauma fisik selama tumbuh kembang

Pasien mengatakan saat ia masih kecil pernah jatuh dari pohon sehingga membuat paha kaki kiri pasien dijahit

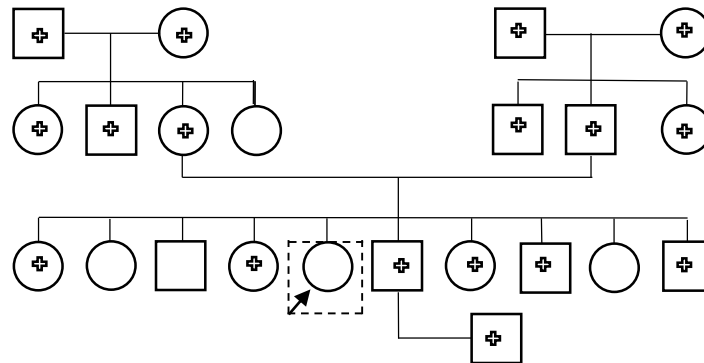
e. Riwayat kehilangan

Pasien mengatakan pernah merasa kehilangan suaminya pada tahun 1990 namun hal itu sudah diterima dengan ikhlas oleh pasien







f. Riwayat kegagalan

Pasien mengatakan belum pernah mengalami riwayat kegagalan yang sampai membuat pasien merasa cemas

- g. Riwayat anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien.
 Pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi
- h. Genogram (tiga generasi)



Ket :

- | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
|  | : Laki-laki |  | : Pasien |
|  | : Perempuan |  | : Tinggal satu rumah |
|  | : Laki-laki meninggal |  | : Perempuan meninggal |

- i. Pola komunikasi

Ny. A mengatakan dirumahnya ia menggunakan bahasa sudan dan bahasa indonesia saat berkomunikasi. Komunikasi berlangsung dengan baik dan terbuka sehingga pasien dan keluarga dapat menyelesaikan masalah dengan cara mendiskusikannya terlebih dahulu.

- j. Stuktur kekuatan keluarga

Ny. A sebagai pembuat keputusan namun apabila ada masalah akan tetap mendiskusikannya dengan anak-anaknya. Keluarga Ny. A selalu saling mendukung dan membantu dalam situasi apapun.

k. Pola asuh

Pasien mengatakan dalam keluarganya mengharuskan untuk selalu patuh dan orang tua memiliki kontrol penuh terhadap apa yang dilakukan anak-anaknya

5. Pemeriksaan Fisik

a. Tinggi Badan : 151 Cm

Berat badan sebelumnya : 59 Kg

Saat ini : 57 Kg

Tekanan Darah : 140/100 mmHg

Suhu : 36 °C

RR : 20 x/menit

Nadi : 110 x/menit

b. Pemeriksaan sistem tubuh :

1) Sistem integument

Warna kulit berwarna sawo matang dan sama dengan warna sekitarnya, kulit mengalami kekenduran, tidak terdapat lesi, tidak ada sianosis, tidak ada bengkak atau kemerahan, turgor kulit lambat kembali 5 detik dan suhu 36 °C

2) Sistem Kardiovaskuler

Mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak terdapat pembesaran JVP, CRT < 3 detik, akral teraba hangat, frekuensi nadi 110 x/menit, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis tidak nampak. Bunyi jantung regular, tidak ada bunyi jantung tambahan gallops dan tekanan darah 140/100 mmHg.

3) Sistem pernafasan

Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret, septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada sinus dan tidak ada deformitas pada hidung. Posisi dada simetris, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, pernafasan 20x/menit.

4) Sistem persyarafan

Pasien mampu menjawab apa yang orang lain tanyakan, Sensasi kulit normal terhadap kasar, halus, tajam, lembek. Tidak ada sakit kepala, tidak kesulitan untuk mengingat sesuatu, pasien juga mengatakan dapat membaca name tag perawat, pasien mampu melihat jarak jauh dan dekat untuk mata sebelah kanan dan kiri, kesadaran compos mentis. Pasien dapat merasakan rasa asin, asam, manis, dan pahit.

5) Sistem penginderaan

Mulut simetris. Pasien dapat mengatupkan gigi dan tersenyum, warna gigi kekuning-kuningan, warna gusi merah muda, tidak ada nyeri tekan pada gigi dan gusi. Pasien dapat berbicara dengan jelas, tidak ada keluhan pada saat berbicara. Pasien mampu mengungkapkan apa yang ia rasakan. Tidak ditemukan adanya gigi palsu maupun kelainan pada sekitar mulut.

Telinga pasien simetris, warna telinga sama dengan warna sekitar, tidak ada lesi, ukuran dan bentuk telinga proporsional, dan tidak adanya nyeri tekan. Pasien kurang dapat mendengar pertanyaan perawat dengan benar karena menurunnya kemampuan mendengar

Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret, septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada sinus dan tidak ada deformitas pada hidung. Posisi dada simetris, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, pernafasan 20x/menit.

6) Sisten mukuloskeletal

Tidak ada kesulitan bergerak, ROM atas kanan dan kiri 5 | 5 dan ROM bawah kanan dan kiri 5 | 5, pasien dapat melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang lain

7) Sistem endokrin

Leher simetris tidak teraba massa, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan

8) Sistem perkemihan

BAK lancar tidak terdapat kelainan, warna urine kuning jernih, Tidak ada nyeri tekan pada area ginjal dan kandung kemih, Bak 3-5x, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada inkontinensia urin, tidak ada rasa sakit saat berkemih.

9) Sistem reproduksi

Tidak ada masalah

10) Sistem pencernaan

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik (putih), mulut tampak bersih, mukosa bibir pucat, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada

mulut dan bibir, refleks menelan (+). Pada saat dilakukan palpasi tidak terdapat pembesaran hati, kebiasaan BAB 1x/hari

c. Kebiasaan sehari-hari

TABEL 5
AKTIVITAS SEHARI-HARI

Aktivitas	Di Rumah
Nutrisi	
a. Makan	
Frekuensi	2-3x/hari
Jenis	Nasi, sayur, lauk pauk
Jumlah	1 porsi habis
Keluhan	Tidak ada
b. Minum	
Frekuensi	6-7 gelas/hari
Jenis	Air mineral
Jumlah	1000 cc
Keluhan	Tidak ada
Eliminasi	
a. BAB	
Frekuensi	1x/hari
Konsistensi	Padat
Warna	Kuning feses
Keluhan	Tidak ada
b. BAK	
Frekuensi	5x/hari
Warna	Kuning jernih
Keluhan	Tidak ada
Istirahat tidur	
a. Malam	
Kualitas	Nyenyak
Kuantitas	7 jam/hari
Keluhan	Tidak ada
b. Siang	
Kualitas	Nyenyak
Kuantitas	1 jam/hari
Keluhan	Tidak ada
Personal hygiene	
a. Mandi	
Frekuensi	2x/hari
Dibantu/sendiri	Sendiri
Keluhan	Tidak ada
b. Gosok gigi	
Frekuensi	2x/hari
Dibantu/sendiri	Sendiri
Keluhan	Tidak ada
c. Keramas	
Frekuensi	3x/minggu

Aktivitas	Di Rumah
Dibantu/sendiri	Sendiri
Keluhan	Tidak ada
Latihan/olahraga	
a. Jenis	Jalan-jalan pagi
b. Frekuensi	1x/hari
c. Durasi	1 jam
d. Keluhan	Tidak ada
Hobby dan pemanfaatan waktu luang	Mengaji

6. Status mental dan emosi

a. Orientasi terhadap

1) Orang/diri

Pasien mengatakan masih dapat mengenal orang tuanya, keluarganya dan tetangga yang berada disekitarnya

2) Tempat

Pasien mengatakan bahwa ia sekarang berada di Jl. Halteu Selatan No. 2/76 Rt 004 Rw 003

3) Waktu

Pasien mengatakan bahwa sekarang hari selasa pukul 01.00

b. Memori

1) Memori saat ini

Pasien mengatakan bahwa tadi pagi ia sarapan dengan nasi kuning yang dikirim oleh anaknya

2) Jangka pendek

Pasien mengatakan 2 minggu terakhir berat badannya 59 kg

3) Jangka panjang

Pasien mengingat kehilangan meninggal suaminya sudah dari tahun 1990

c. Tingkat konsentrasi

Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan spontan dan benar

d. Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang mengalami peningkatan tekanan darah

7. Psikososial dan hubungan sosial

a. Konsep diri

1) Gambaran diri

a) Persepsi/pandangan pasien terhadap tubuhnya

Pasien mengatakan menyukai bentuk tubuhnya karena itu sudah pemberian dari Allah SWT

b) Bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai

Pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai

2) Identitas diri

a) Status/posisi pasien sebelum dirawat

Pasien mengatakan statusnya sebagai ibu rumah tangga yang memiliki dua anak

b) Kepuasan pasien terhadap status dan posisinya

Pasien mengatakan bahwa ia puas terhadap statusnya dan posisinya saat ini baik di lingkungan keluarga ataupun lingkungan masyarakat karena dapat diterima dengan baik tanpa adanya perselisihan

c) Kepuasan pasien sebagai laki-laki/ perempuan

Pasien mengatakan puas sebagai perempuan

3) Peran

a) Tugas/ peran yang di emban dalam keluarga /kelompok/masyarakat.

Pasien mengatakan tugas dan perannya sebagai ibu rumah tangga dan sebagai warga di masyarakat yang masih ikut serta dalam kegiatan keagamaan

b) Kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas/ peran

Pasien mampu melaksanaka tugas dan perannya dengan baik

4) Harga diri

a) Hubungan pasien dengan orang lain

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan orang di sekitarnya

b) Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri pasien dan kehidupannya

Pasien mengatakan masih merasa dihargai oleh keluarganya ditengah kondisinya saat ini dan banyak dari tetangga serta keluarga pasien yang memberi dukungan terhadap pasien

5) Ideal diri

a) Harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran

Pasien berharap bisa sembuh dari penyakitnya dengan ikhtiar, doa dan tawakal kepada Allah SWT

b) Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)

Pasien berharap agar keluarga, teman dan di lingkungan masyarakatnya tetap menjalin komunikasi yang baik dengan pasien sehingga silaturahmi tetap terjalin.

b. Perasaan pasien terhadap kondisi saat ini

Pasien mengatakan sudah bisa menerima kondisinya saat ini dan menjalankan aktifitas sehari-hari pasien dengan baik

c. Tahap kehilangan pasien saat ini

Tahap kehilangan pasien berada di tahap acceptance (penerimaan)

d. Koping

1) Cara pasien dalam menghadapi kondisi saat ini

Pasien mengatakan bahwa ia melakukan sholat 5 waktu, memperbanyak berdoa dan mengaji. Memperbaiki pola makan dan meminum obat secara teratur

2) Hasil setelah pasien melakukan hal tersebut

Pasien mengatakan setelah minum obat masalahnya berkurang

3) Sumber koping

a) Dukungan secara individu

Pasien mengatakan bila ia mendapat masalah ia menceritakan kepada adik pasien karena adiknya yang sering menemani pasien di rumah

b) Dukungan keluarga kepada pasien selama sakit

Pasien mengatakan bahwa keluarganya selalu mendukung dan memotivasi dirinya dalam menjalani pengobatan selama sakit

c) Dukungan lingkungan pada pasien selama sakit

Pasien mengatakan bahwa di lingkungan sekitarnya selalu mendukung dan memotivasi dirinya dalam menjalani pengobatan selama sakit

8. Hubungan sosial pasien (sebelum dan saat sakit)

a. Orang yang dekat/ dijadikan tempat curhat bagi pasien

Pasien mengatakan bahwa orang terdekat yang dijadikan tempat bercerita yaitu adik pasien karena adiknya yang sering menemani pasien dirumah

b. Peran serta atau keterlibatan pasien dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Pasien mengatakan bahwa dirinya masih rutin mengikuti pengajian rutin di lingkungan masyarakat

c. Hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain

Pasien mengatakan hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain yaitu pendengarannya yang sudah menurun dan terkadang tidak bisa menjawab apa yang ditanyakan oleh orang lain karena tidak terdengar

9. Pengkajian emosi

Pasien mengatakan merasa gelisah dan khawatir namun tidak mengalami sulit tidur. Pasien juga mengatakan jika ada masalah tidak pernah murung ataupun menangis sendiri. Pengkajian emosi pada Ny. A didapatkan hasil masalah emosional positif

10. Pengkajian Fungsional (KATZ Indeks)

Pasien mengatakan masih bisa melakukan aktivitas sendiri seperti makan, BAK, BAB, menggunakan pakaian, pergi ke toilet dan mandi. Hasil pengkajian fungsional (KATZ Indeks) didapatkan hasil Ny. A termasuk kedalam kategori A yaitu mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi

11. Pengkajian Tingkat Kemandirian (Bartel Indeks Mandiri)

Pada pengkajian tingkat kemandirian (Bartel Indeks Mandiri) Ny. A mendapatkan skor 130 dari 13 kriteria dengan keterangan bisa melakukan sendiri yang artinya mandiri

12. Pengkajian Status Mental (SPMSQ)

Pada saat dilakukan pengkajian status mental pasien dapat menjawab 8 dari 10 pertanyaan dengan benar dan termasuk interpretasi hasil fungsi intelektual utuh

13. Pengkajian Aspek Kognitif (MMSE)

Terdapat 5 aspek kognitif pada pengkajian MMSE yang terdiri dari orientasi 1A dan B, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa. Didapatkan hasil pada pasien Ny. A mendapatkan skor 23 dengan interpretasi hasil yaitu aspek kognitif dari fungsi mental baik

14. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari 2 komponen yaitu : perubahan posisi dan komponen gaya berjalan. Pasien memperlihatkan kondisi seperti tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu,

kemudian pasien masih memegang objek untuk dukungan saat bangun.
Didapatkan hasil Ny. A memperoleh skor 4 dinyatakan bahwa memiliki resiko jatuh rendah

15. Seksualitas

Tidak ada masalah

16. Seksualitas

a. Pandangan pasien terhadap kehidupannya

Pasien mengatakan bahwa kehidupan adalah suatu perjuangan yang terdapat suka maupun duka dan sebagai manusia hanya bisa berdoa kepada Allah SWT

b. Keyakinan pasien akan penyakit yang dialami

Pasien mengatakan masalah dan penyakit yang dialami pasien merupakan ujian yang telah Allah SWT berikan

c. Keyakinan pasien akan kesembuhan penyakitnya

Pasien mengatakan yakin sembuh dengan ikhtiar, doa dan tawakal juga meminum obat secara rutin

d. Kegiatan keagamaan yang pasien lakukan selama sakit

Pasien mengatakan bahwa ia melakukan kewajibannya yaitu shalat 5 waktu dan mengaji baik di rumah ataupun pengajian rutin di lingkungan masyarakat

17. Terapi medik

a. Obat-obat Farmakologis

No	Jenis Terapi	Rute Terapi	Dosis
1	Glimepiride	Oral	1x2 mg
2	Metformin	Oral	2x500 mg
3	Amlodipine	Oral	1x5 mg
4	Ibuprofen	Oral	1x400 mg

18. Pemeriksaan penunjang

a. Hasil Laboratorium

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
14 April 2023 13.00 WIB	Gula Darah Puasa (GDP)	197	Mg/dL	<126 mg/dL
14 April 2023 13.00 WIB	Asam Urat	3,4	Mg/dL	2,4 – 6 mg/dL

19. Perencanaan pulang

Tidak dikaji

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

a. Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan khawatir karena kondisinya saat ini dengan adanya komplikasi dari penyakit pasien yaitu diabetes melitus.- Pasien juga mengatakan khawatir akan kematian jika tidak ada yang menyaksikan karena pasien sudah lama tinggal dirumah sendiri.- Pasien mengeluh pusing DO : <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak gelisah dan tegang- TD : 140/100 mmHg- Suhu : 36°C- RR : 20 x/menit- Nadi : 110 x/menit	Kecemasan

b. Diagnosa Keperawatan

1) Kecemasan

4.1.3 Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Formatif

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
1	Kecemasan	<p>TUM : Kecemasan pasien dapat teratasi</p> <p>TUK 1 : Setelah 1 x pertemuan pasien membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya. 2. Wajah pasien cerah dan tersenyum. 3. Pasien mau berkenalan. 4. Kontak mata ada. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi 2. Perkenalkan nama perawat dan nama panggilan perawat 3. Tanyakan nama pasien dan namakesukaannya 4. Jelaskan peran perawat dan kerahasiaan 	<p>Rasa percaya merupakan dasar keberhasilan aspek selanjutnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapan salam perawat kepada pasien menunjukkan penghargaan perawat kepada pasien. Penghargaan kepada orang lain merupakan modal awal seseorang dapat membuka diri dengan orang lain. 2. Membuka diri bagi perawat untuk memudahkan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien. 3. Memperkenalkan diri dan mengatakan nama panggilan yang disukai dapat meningkatkan rasa percaya kepada orang lain. 4. Dengan menjelaskan peran perawat dan komunikasi yang 	<p>Tgl : 10 April 2023 Jam : 11.00 WIB Pertemuan ke-1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dengan senyum dan ramah setiap interaksi dengan pasien 2. Memperkenalkan nama perawat dan nama panggilan perawat 3. Menanyakan nama pasien dan nama panggilan pasien 4. Menjelaskan peran perawat serta menjaga kerahasiaan pasien


Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
		5. Pasien bersedia menceritakan perasaannya.		didapat dari perawat, pasien tau apa yang dapat dilakukan dan tidak dapat dilakukan	
		6. Pasien bersedia mengungkapkan masalah yang sedang dihadapinya	5. Atur posisi dan ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat	5. Posisi yang nyaman dan lingkungan yang aman bagi pasien maupun perawat dapat membuat relaksasi sehingga pasien menjadi tenang.	5. Mengatur posisi pasien dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan perawat
		7. Pasien mau menyepakati kontrak waktu	6. Tunjukkan sikap terbuka, empati setiap berinteraksi	6. Dengan perawat mempertahankan sikap terbuka, memandang dan mendengarkan dengan penuh perhatian ketika dengan pasien dapat merasa dihargai	6. Menunjukkan sikap terbuka, serta empati setiap berinteraksi
			7. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan	7. Dengan menjelaskan tujuan tindakan dapat mengarahkan pembicaraan terfokus pada tujuan yang hendak dicapai	7. Menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
			8. Buat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu	8. Kontrak waktu, topik dan tempat merupakan cara untuk menjalin hubungan yang terapeutik	8. Membuat kontrak topik, waktu serta tempat untuk tiap pertemuan
			9. Buka pembicaraan topik netral dengan	9. Dengan membuka	9. Membuka pembicaraan topik netral seperti

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
			menanyakan aktivitas yang telah dilakukan, perasaan pasien dan berikan respon yang sesuai	pembicaraan topik netral dapat membuat pasien merasa didengarkan dan diperhatikan	<p>tanyakan aktivitas apa yang telah pasien lakukan</p> <p style="text-align: center;"><i>Anp</i></p> <p style="text-align: center;">Anisa Destian Nur F</p> <p>Respon pasien/Evaluasi formatif Jam : 11.10 S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan wa'alaikumsalam - Pasien mengatakan namanya ibu. A dan di panggil Ibu. A - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya - Pasien mengatakan bersedia untuk mengobrol dengan perawat - Pasien mengatakan topik yang akan dibahas mengenai kecemasannya, waktunya 15 menit dan tempatnya di rumah pasien - Pasien mengatakan

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>aktivitas yang sudah dilakukannya jalan-jalan pagi dan menonton tv</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menjawab salam perawat - Pasien menyebutkan nama perawat yaitu perawat A - Pasien tampak nyaman dengan posisinya - Pasien tampak tegang saat berbicara - TD :140/100 mmHg - N : 105 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36,5° C <p style="text-align: right;"><i>Anp</i></p> <p style="text-align: right;">Anisa Destian Nur F</p>
	TUK 2 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x pertemuan pasien mampu mengatasi kecemasan dengan kriteria :	1. Kaji tingkat kecemasan pasien. 2. Perawat bersama-sama dengan pasien	1. Untuk mempermudah menentukan diagnosa keperawatan 2. Dengan mengetahui faktor penyebab kecemasan,		<p>Tgl : 13 April 2023 Jam : 13.00 WIB Pertemuan ke-3</p> <p>1. Mengkaji tingkat kecemasan pasien 2. Perawat bersama-sama dengan pasien</p>

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
		1. Mengungkapkan faktor pencetus kecemasannya	mengidentifikasi faktor penyebab kecemasan	dapat menentukan intervensi yang akan dilakukan	mengidentifikasi faktor penyebab kecemasan
		2. Menyebutkan tanda-tanda kecemasan.	3. Tanyakan kepada pasien mengenai tanda-tanda kecemasan	3. Dengan pasien mengetahui tanda-tanda kecemasannya dapat memudahkan pasien untuk memilih respon dalam mengatasi masalahnya	3. Menanyakan kepada pasien mengenai tanda-tanda kecemasan
		3. Mengungkapkan respon yang dipilih ketika menghadapi kecemasannya	4. Tanyakan apa yang telah dilakukan pasien saat muncul tanda-tanda kecemasan	4. Membantu mengidentifikasi keefektifan strategi yang saat ini digunakan oleh pasien. Pendekatan ini dapat membantu pasien merasa dia berkontribusi pada perawatan	4. Menanyakan apa yang telah dilakukan pasien saat muncul tanda-tanda kecemasan
		4. Menyebutkan akibat menggunakan respon adaptif dan maladaptif			
		5. Dapat mengatasi respon maladaptif	5. Lakukan manajemen stress (pilih salah satu diantara; latih ketegangan tubuh, latih relaksasi pernafasan yang diiringi musik lembut, latih pernafasan dalam, latih menghitung 10 ke 1, latih <i>alternate-nostril breathing</i> , latih relaksasi progresif	5. Agar pasien dapat melakukan relaksasi sehingga pasien merasa tenang	5. Melakukan manajemen stress dengan teknik relaksasi nafas dalam



Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
			secara aktif, latihan visualisasi terbimbing, atau latihan meditasi secara medis)		
6.		Ajarkan penyelesaian masalah sesuai dengan kondisi pasien (<i>kompromi/win-win solution</i>)	6. Penyelesaian masalah yang sesuai dengan kondisi pasien dapat mempermudah dalam mengatasi kecemasannya		6. Mengajarkan penyelesaian masalah sesuai dengan kondisi pasien Anp Anisa Destian Nur F
					Respon pasien/Evaluasi formatif Jam : 13.20 S : - Pasien mengatakan merasa khawatir karena kondisinya saat ini dengan adanya komplikasi dari penyakitnya yaitu diabetes melitus. - Pasien juga mengatakan khawatir akan kematian dan khawatir tidak ada yang menyaksikan karena pasien sudah lama tinggal di rumah sendiri

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<ul style="list-style-type: none"> - Pada pengkajian emosi pasien mengatakan sering merasa gelisah dan khawatir namun tidak mengalami sukar tidur dan tidak murung - Pasien mengatakan pada saat rasa cemasnya muncul ia mengaji dan berdoa kepada Allah SWT - Pasien mengatakan akan mengulang kembali teknik relaksasi nafas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tegang - Pasien sangat kooperatif saat melakukan teknik manajemen stress dengan teknik relaksasi otot progresif - TD : 140/90 mmHg - N : 98 x/menit - RR : 20 x/m , S : 36,3 ° C <p style="text-align: right;">  Anisa Destian Nur F </p>


			Perencanaan		
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>Tgl : 14 April 2023 Jam : 13.00 WIB Pertemuan ke-4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan menggunakan Hamilton Rating Scale (HARS) 2. Menanyakan apa yang telah dilakukan pasien saat muncul tanda-tanda kecemasan 3. Melakukan manajemen stress dengan teknik relaksasi otot progresif 4. Mengajarkan penyelesaian masalah sesuai dengan kondisi pasien <p style="text-align: center;"><i>Anisa</i></p> <p style="text-align: center;">Anisa Destian Nur F</p> <p>Respon pasien/evaluasi formatif Jam : 13.10 S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lebih tenang

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru mengetahui teknik manajemen stress dengan teknik relaksasi otot progresif - Pasien mengatakan akan mengulang kembali teknik relaksasi otot progresif - Pasien mengatakan saat muncul tanda-tanda cemas ia akan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien dapat melakukan teknik relaksasi otot progresif - TD : 140/80 mmHg - N : 112 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36 ° C - GDP : 197 mg/dL - Asam urat : 3,4 mg/dl

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p style="text-align: center;"><i>Anp</i></p> <p style="text-align: center;">Anisa Destian Nur F</p> <p>Tgl : 15 April 2023 Jam : 13.00 WIB Pertemuan ke-5</p> <p>1. Melakukan manajemen stress dengan teknik relaksasi otot progresif</p> <p style="text-align: center;"><i>Anp</i></p> <p style="text-align: center;">Anisa Destian Nur F</p> <p>Respon pasien/Evaluasi formatif Jam : 13.05 S : - Pasien mengatakan dapat memperagakan teknik relaksasi otot progresif</p> <p>O : - Pasien tampak tenang - Pasien dapat mengikuti dan melakukan ulang</p>


Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					teknik relaksasi otot progresif - TD : 130/90 mmHg - N : 97x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36,4 ° C  Anisa Destian Nur F Tgl : 17 April 2023 Jam : 13.30 WIB Pertemuan ke-6 1. Melakukan manajemen stress dengan teknik relaksasi otot progresif  Anisa Destian Nur F Respon pasien/Evaluasi formatif Jam : 13.35 S : - Pasien teknik relaksasi otot progresif tidak terlalu

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>sulit untuk diperagakkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien dapat mengikuti dan melakukan teknik relaksasi otot progresif - TD : 130/80 mmHg - N : 98x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36,7 ° C <p style="text-align: center;">Anisa</p> <p style="text-align: center;">Anisa Destian Nur F</p>
	TUK 3 Setelah 1 x pertemuan pasien dapat berpartisipasi pada intervensi selanjutnya, dengan kriteria :		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatkan waktu interaksi akan berakhir 2. Tanyakan perasaan pasien tentang berakhirnya interaksi 3. Tanyakan perasaan pasien tentang yang telah dilakukan 4. Simpulkan interaksi yang telah dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan kontrak waktu yang sudah disepakati 2. Mengetahui apa yang dirasakan pasien setelah berinteraksi 3. Mengetahui perasaan pasien apakah ada perubahan setelah interaksi 4. Mengetahui apakah pasien menyimak dengan 	<p>Tgl : 18 April 2023</p> <p>Jam : 13.00 WIB</p> <p>Pertemuan ke-7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan waktu interaksi akan berakhir 2. Menanyakan perasaan pasien tentang berakhirnya interaksi 3. Menanyakan perasaan pasien mengenai hal yang telah dilakukan 4. Menyimpulkan interaksi yang telah dilakukan


Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
				seksama pembahasan yang telah dibicarakan	
			5. Buat rencana tindak lanjut	5. Menentukan intervensi apa yang akan dilanjutkan pada pertemuan berikutnya	5. Membuat rencana tindak lanjut
			6. Sepakati kontrak baru untuk pertemuan berikutnya	6. Untuk melakukan intervensi selanjutnya dan melihat perkembangan pasien	6. Menyepakati kontrak bersama keluarga untuk melanjutkan intervensi
			7. Ucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat	7. Memberikan rasa percaya pada pasien terhadap perawat	7. Memberikan salam dengan senyum dan ramah
					 Anisa Destian Nur F
					Respon pasien/Evaluasi formatif Jam : 13.15 S : - Pasien mengatakan cemasnya berkurang - Pasien mengatakan senang telah bercerita mengenai kecemasannya kepada perawat - Pasien mengatakan sudah

Perencanaan					
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi dan Evaluasi Formatif
					<p>diajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang - Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif <p style="text-align: right;"><i>Anisa</i></p> <p style="text-align: right;">Anisa Destian Nur F</p>

4.1.4 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/jam	Diagnosa keperawatan	TUK No.	Catatan perkembangan	Paraf dan nama jelas
10 April 2023 11.15	Kecemasan	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan wa'alaikumsalam dengan tersenyum - Pasien mengatakan namanya A dan di panggil Ibu A - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya - Pasien mengatakan bersedia untuk mengobrol dengan perawat - Pasien mengatakan topik yang akan dibahas mengenai kecemasannya, waktunya 15 menit dan tempatnya di rumah pasien - Pasien mengatakan aktivitas yang sudah dilakukannya jalan-jalan pagi dan menonton tv <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menjawab salam perawat - Pasien sudah mengetahui nama perawat - Pasien tampak nyaman dengan posisinya <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p>Anisa Destian Nur F</p>

Tanggal/jam	Diagnosa keperawatan	TUK No.	Catatan perkembangan	Paraf dan nama jelas
17 April 2023 13.40	Mengatasi kecemasan dengan kriteria : 1. Mengungkapkan faktor pencetus kecemasannya 2. Menyebutkan tanda- tanda kecemasan. 3. Mengungkapkan respon yang dipilih ketika menghadapi kecemasannya 4. Menyebutkan akibat menggunakan respon adaptif dan maladaptif 5. Dapat mengatasi respon maladaptif	2	<p>P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga</p> <p>S : - Pasien mengatakan merasa lebih tenang - Pasien mengatakan saat muncul tanda-tanda cemas ia menggunakan teknik relaksasi nafas dalam atau relaksasi otot progresif</p> <p>O : - Pasien tampak tenang - Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Pasien melakukan teknik relaksasi otot progresif - TD : 130/80 mmHg - N : 88x/menit - RR : 20x/menit - S : 36° C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga</p> <p>S : - Pasien mengatakan cukup rileks - Pasien mengatakan sangat senang bisa berbagi dan berinteraksi tentang</p>	<p>Anisa Destian Nur F</p>
18 April 2023 13.20	Berpartisipasi pada intervensi selanjutnya, dengan kriteria :	3	<p>P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga</p> <p>S : - Pasien mengatakan cukup rileks - Pasien mengatakan sangat senang bisa berbagi dan berinteraksi tentang</p>	

Tanggal/jam	Diagnosa keperawatan	TUK No.	Catatan perkembangan	Paraf dan nama jelas
		1. Pasien dapat menyimpulkan interaksi yang sudah dilakukan 2. Pasien dapat menyepakati interaksi selanjutnya	kecemasannya dengan perawat dan pasien pun merasa lebih tenang O : - Pasien tampak sangat tenang saat berbicara dengan perawat - Pasien tampak tidak ada beban kecemasan saat bercerita dengan perawat - Pasien tidak tampak tegang A : Masalah teratasi P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga	 Anisa Destian Nur F

4.2 Pembahasan

Penulis melakukan pembahasan dengan cara membandingkan teori dengan hasil studi kasus melalui proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama yang dilakukan dengan pengumpulan data. Selanjutnya data-data yang di dapatkan digunakan untuk menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada pasien. Pengkajian dilakukan dengan wawancara dan observasi.

Hasil pengkajian di dapatkan bahwa pasien Ny. A berusia 71 tahun mengalami kecemasan karena kondisinya saat ini hipertensi dengan adanya komplikasi dari penyakit pasien yaitu diabetes melitus dan asam urat. Pasien juga mengatakan khawatir akan kematian jika tidak ada yang menyaksikan karena pasien sudah lama tinggal dirumah sendiri sejak tahun 1990.

Sesuai dengan teori bahwa hipertensi dapat terjadi akibat berbagai faktor salah satunya faktor usia, hal ini terjadi akibat arteri dan arteriola yang sudah kaku yang berakibat pada penyempitan dan pengapuran sepanjang pembuluh darah. Aliran darah keseluruh tubuh pun akan berkurang. Untuk memenuhi kebutuhan darah dan nutrisi keseluruh tubuh, kerja jantung akan menjadi berat yang

berkompensasi pada upaya pompa jantung yang memberikan gambaran pada peningkatan tekanan darah

Rasa cemas yang dialami lansia biasanya disebabkan oleh pengobatan hipertensi yang relatif lama, takut terjadinya komplikasi seperti penyakit jantung, stroke, ginjal, takut akan kematian, kehilangan pekerjaan, masalah keuangan dalam perawatan dirinya dan kedudukan sosial.

Namun pada pasien Ny. A tidak ditemukan penyakit jantung, gangguan ginjal dan stroke karena pada pasien ini tidak pada penyakit yang lanjut karena dari data yang di dapatkan pasien mengatakan bahwa pasien hanya mengeluh pusing dan nyeri dengan skala sedang serta kesemutan pada bagian kakinya. Pada pasien ini juga tidak ditemukan khawatir akan masalah keuangan dalam perawatan dirinya dan kedudukan sosial karena pasien mengatakan bahwa keluarga dan tetangga sekitar memberi dukungan penuh terhadap pasien baik dalam pengobatan kondisinya saat ini ataupun perawatan dirumah.

Berdasarkan penelitian Prasetyorini dan Prawesti (2012) bahwa dampak terjadinya komplikasi hipertensi membuat kualitas hidup pasien menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian pada pasien akibat komplikasi hipertensi yang dimilikinya. Komplikasi ini kemudian dapat mempengaruhi emosi dan menimbulkan kecemasan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Richard (2018) yaitu sebagian besar pasien yang memiliki komplikasi mengalami kecemasan dalam berbagai tingkat.

Hasil pengkajian selanjutnya didapatkan bahwa pasien Ny. A mengeluh pusing dengan tekanan darah 140/100 mmHg ditandai dengan pasien tampak gelisah, tampak tegang, muka tampak pucat dan kontak mata berkurang.

Sesuai dengan teori bahwa tanda dan gejala mayor objektif diantaranya tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur. Sedangkan tanda dan gejala minor subjektif diantaranya mengeluh pusing dengan data objektifnya frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, muka tampak pucat dan kontak mata buruk (PPNI, 2017).

Namun pada pasien Ny. A tidak ditemukan keluhan sulit tidur karena pasien mengatakan istirahat tidur siang \pm 1 jam/hari dengan kualitas nyenyak dan tidur malam \pm 7 jam/hari dengan kualitas tidur nyenyak. Pada saat dilakukan pengkajian emosi pasien tidak mengalami sukar tidur hanya merasa gelisah dan khawatir dan di dapatkan hasil masalah emosional positif.

Berdasarkan hasil studi kasus ada kesamaan antara teori dengan yang di keluhkan pasien saat dilakukan pengkajian

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial (JO Baringbing, 2020). Diagnosa keperawatan dirumuskan setelah mengelompokkan data subjektif dan data objektif dari pengkajian yang ada. Merujuk pada buku keperawatan jiwa Sutejo (2016) terdapat beberapa masalah

yang mungkin muncul pada pasien dengan kecemasan diantaranya sebagai berikut diantaranya kecemasan, koping individu tidak efektif dan gangguan pola tidur.

Hasil studi kasus yang telah dilakukan berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, muncul satu diagnosa keperawatan pada pasien Ny. A yaitu kecemasan, gangguan rasa nyaman nyeri dan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Pada diagnosis keperawatan pertama, kecemasan ditandai dengan data subjektif pasien merasa khawatir karena kondisinya saat ini hipertensi dengan adanya komplikasi dari penyakit pasien yaitu diabetes melitus. Pasien juga mengatakan khawatir akan kematian serta mengeluh pusing dan data objektif pasien tampak gelisah dan tegang, tekanan darah meningkat, muka tampak pucat dan kontak mata kurang.

Diagnosa keperawatan yang tidak muncul yaitu koping individu tidak efektif, diagnosa ini tidak diangkat karena tidak ada tanda dan gejala baik mayor ataupun minor yang menunjang untuk diagnosa keperawatan ini karena dari data yang di dapatkan pasien mengatakan bahwa keluarga ataupun tetangga sekitarnya selalu mendukung dan memotivasi dirinya dalam menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan sudah bisa menerima kondisinya saat ini dan menjalankan aktifitas sehari-hari pasien dengan baik.

Diagnosa keperawatan lain yang tidak muncul yaitu gangguan pola tidur, diagnosis ini tidak diangkat karena tidak ada tanda dan gejala baik mayor ataupun minor yang menunjang untuk diagnosa keperawatan ini karena dari data yang di dapatkan pasien mengatakan bahwa tidak mengalami sukar tidur dan pasien mengatakan istirahat tidur siang \pm 1 jam/hari dengan kualitas nyenyak dan tidur

malam \pm 7 jam/hari dengan kualitas tidur nyenyak. Pada saat dilakukan pengkajian emosi di dapatkan hasil masalah emosional positif.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu metode yang digunakan dalam melakukan proses pemecahan masalah dan proses untuk mengambil keputusan perencanaan dalam menentukan tindakan selanjutnya.

Penulis merencanakan tindakan sesuai diagnosa keperawatan yang muncul dengan merujuk pada intervensi keperawatan menurut (Wijayaningsih, 2015) yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan yaitu membina hubungan saling percaya, mengkaji kecemasan pasien, mengidentifikasi faktor penyebab kecemasan, mengidentifikasi tanda-tanda kecemasan, dan melakukan manajemen stress seperti relaksasi nafas dalam dan hypnosis lima jari, *alternate-nostril breathing*, terapi relaksasi otot progresif serta terapi komplementer seperti terapi musik.

Pada studi kasus ini, perencanaan yang telah dilakukan pada pasien Ny. A untuk mengatasi kecemasan yaitu dengan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif

Berdasarkan penelitian menurut Yogiartoro (2017) relaksasi otot progresif yaitu teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks, sehingga dapat mengurangi rasa cemas dan stress. Teknik relaksasi napas dalam juga telah terbukti menurunkan kecemasan pada pasien yang mengalami kecemasan, baik karena hipertensi atau penyakit lainnya terutama pada lansia (Rahmawati et al., 2018; Crowa, 2023). Demikian halnya penelitian Inra et al (2019) menunjukkan bahwa

pemberian teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan ketegangan otot, membantu memusatkan perhatian dan mengurangi stres dan ketakutan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan yang merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung pada pasien. Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana intervensi keperawatan yang telah ditetapkan.

Implementasi yang dilakukan pada studi kasus ini yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan teknik relaksasi otot progresif telah dilaksanakan dengan 5 kali pertemuan. Pada pertemuan pertama dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam dan di dapatkan hasil pasien mengatakan masih merasa cemas namun sudah dapat mengikuti teknik manajemen stress dengan relaksasi nafas dalam. Pada pertemuan kedua dilakukan tindakan relaksasi otot progresif dan di dapatkan hasil pasien mengatakan merasa lebih tenang dan baru mengetahui teknik relaksasi otot progresif. Pada pertemuan ketiga dilakukan tindakan relaksasi otot progresif dengan menggunakan media poster dan di dapatkan hasil pasien mengatakan mulai memahami teknik relaksasi otot progresif dengan melihat gambar-gambarnya. Pada pertemuan keempat dilakukan tindakan relaksasi otot progresif dan di dapatkan hasil pasien mengatakan memahami teknik relaksasi otot progresif. Pada pertemuan kelima pasien mengatakan cemasnya berkurang dan saat tanda-tanda kecemasannya muncul pasien akan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam juga relaksasi otot progresif yang sudah di berikan untuk mengatasi kecemasan.

Berdasarkan penelitian menurut Alvionita (2018) relaksasi otot progresif adalah salah satu metode non farmakologi dan komplementer yang sering diterapkan untuk mengurangi kecemasan. Teknik relaksasi merupakan metode untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup. Latihan relaksasi otot melibatkan ketegangan dan relaksasi secara teratur serta konsisten sampai relaksasi terjadi di seluruh tubuh. Tujuan dari latihan ini adalah untuk merasakan perbedaan antara ketegangan dan relaksasi dalam tubuh dan untuk mengajarkan seseorang agar bisa melakukan relaksasi secara mandiri.

Selain dengan manajemen stress untuk mengatasi kecemasan pada pasien lansia dengan hipertensi, lansia juga ditekankan untuk lebih teratur dalam mengontrol tekanan darah di Posbindu.

Posbindu merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM Utama yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) meliputi merokok, konsumsi minuman beralkohol, pola makan tidak sehat, kurang aktifitas fisik, obesitas, stres, hipertensi, hiperglikemi, hiperkolesterol serta menindak lanjuti secara dini faktor risiko yang ditemukan melalui konseling kesehatan dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan tujuan dari posbindu yaitu meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penemuan dini faktor risiko PTM.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi atau tidak teratasi dengan mengacu pada kriteria evaluasi kecemasan pasien dengan hipertensi.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada studi kasus ini terdapat 3 tujuan perencanaan. Pertama membina hubungan saling percaya dengan 1 kali pertemuan masalah teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh keluarga. Kedua untuk mengatasi kecemasan pasien dengan 5 kali pertemuan masalah teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh keluarga. Ketiga terminasi dengan 1 kali pertemuan masalah teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh keluarga.

Berdasarkan hasil studi kasus yang telah dilaksanakan, maka dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan tindakan dengan melakukan manajemen stress seperti relaksasi nafas dalam dan relaksasi otot progresif yang dilakukan oleh penulis mampu menurunkan kecemasan pada pasien dengan hipertensi