

BAB 4

LAPORAN KASUS

Pada bab 4 ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan pada penderita hipertensi dengan masalah keperawatan Ansietas dimana pengelolaan kasus ini dilakukan di RSUD Muhammadiyah Ponorogo di Ruang Ahmad Darwis pada tanggal 27– 31 Agustus 2025. Asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, analisa data, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi hasil dari tindakan. Pengkajian ini dimulai pada tanggal 27 Agustus 2025 pukul 10.00 WIB.

4.1. Pengkajian

4.1.1 Identitas

1. Klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 61 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
No. Register	: 20xxxx
Suku / Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Kawin
Pendidikan Terakhir	: SMP
Pekerjaan	: Petani
Tanggal MRS	: 26 Agustus 2025
Tanggal Pengkajian	: 27 Agustus 2025

Dx. Medis : Krisis HT

2. Penanggung Jawab
 Nama : Ny. S

Umur : 55 Tahun

Pendidikan : SMK

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Suku / Bangsa : Jawa

Alamat : Desa Kemiri, Kecamatan
 Jenangan, Kabupaten Ponorogo

4.1.2 Keluhan Utama

1. Keluhan Saat MRS

Klien mengatakan mengeluh pusing

2. Keluhan Saat Pengkajian

Klien mengatakan mengeluh pusing

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada tanggal 26 Agustus 2025 klien mengeluh pusing, nyeri dada, sesak memberat selama 2 hari ini, badan terasa lelah dan letih dan kadang susah tidur di malam hari, kemudian pasien di bawa ke IGD RSUD Muhammadiyah Ponorogo oleh istrinya pada tanggal 26 Agustus 2025 pukul 09.00 WIB. Dan langsung ditangani oleh dokter dan perawat IGD.

Dengan TTV TD : 204/102 mmHg, RR : 20x/menit, Nadi : 109x/menit, Suhu : 36 dan diberikan infus RL 20 tpm, Amlodipin 10 mg 1x1, Captropil 25 mg 1x1 kemudian klien dibawa ke ruang Darwis

RSU Muhammadiyah Ponorogo untuk perawatan lanjutan.

Saat pengkajian pada tanggal 27 Agustus 2025 pukul 10.00 WIB klien mengatakan mengeluh pusing, badan lemas, gelisah, tangan gemeteran, tremor, jantung berdebar-debar, muka tampak pucat, ekspresi wajah tampak tegang, dan klien mengatakan merasa cemas karena takut akan penyakitnya, merasa bingung, dan sering memikirkan hal buruk terkait dengan kondisinya. Dengan TTV TD : 164/97 mmHg, RR : 20 x/menit, Suhu : 36, Nadi : 84 x/menit terpasang infus RI 20 tpm.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn.R mengatakan mempunyai riwayat darah tinggi (hipertensi) sejak 5 tahun yang lalu, klien juga mengatakan rutin meminum obat Amlodipine 5 mg. Tn.R juga mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perokok aktif.

4.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Klien mengatakan bahwa ibunya juga mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Keluarga klien juga mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, asma, DM dll.

4.1.6 Riwayat Psikososial

a. Persepsi dan harapan klien terhadap masalahnya

Klien merasa takut jika kondisinya semakin parah dan akan menimbulkan penyakit serius, seperti stroke dan serangan jantung akan tetapi klien berpersepsi bahwa penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh, klien

dapat mengendalikan kecemasan, tidur dengan nyenyak dan cepat pulang dari rumah sakit agar dapat beraktivitas seperti biasanya.

b. Persepsi dan harapan keluarga terhadap masalah klien

Keluarga klien berpersepsi bahwa penyakit klien adalah ujian dari Allah SWT dan berharap klien cepat sembuh.

c. Pola Interaksi dan Komunikasi

Klien mampu berinteraksi dengan baik pada keluarganya ataupun pada masyarakat sekitar saat di rumah, dan juga dengan perawat klien bisa berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dengan baik.

d. Pola Pertahanan

Keluarga klien membawa klien ke rumah sakit dan selalu merawat klien saat sakit. Klien beragama islam, klien selalu berdoa kepada Allah SWT agar sakitnya segera sembuh.

e. Pengkajian Konsep Diri

a. Gambaran diri

Klien berjenis kelamin laki-laki, klien berusia 61 tahun

b. Ideal Diri

Klien ingin segera pulang dan sembuh dari penyakitnya agar dapat beraktivitas kembali seperti semula

c. Harga Diri

Klien tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini

d. Identitas Diri

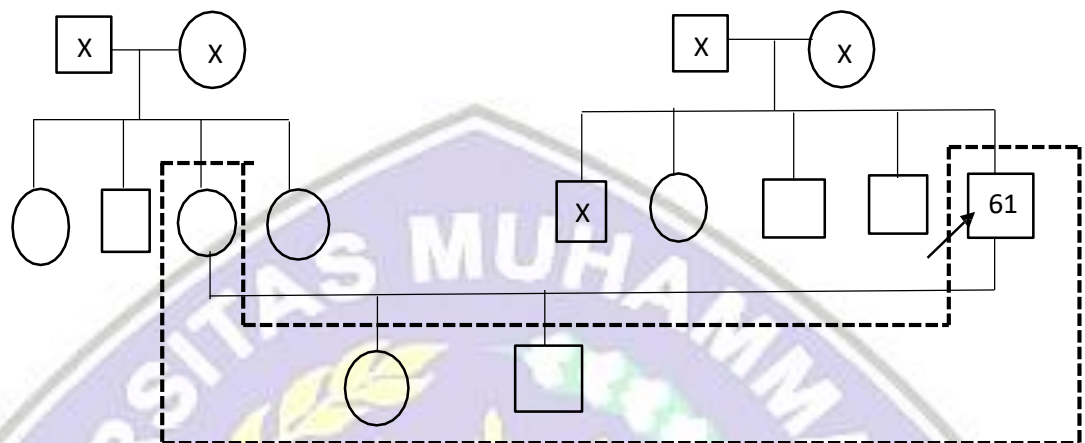
Klien bernama Tn.R usia 61 tahun, berjenis kelamin laki-laki

dan bekerja sebagai petani

e. Peran Diri

Klien berperan sebagai kepala keluarga

f. Genogram



Keterangan

- : Perempuan
- : Laki-laki
- ↗ : Tn. R

4.1.1 Pola Kesehatan Sehari-hari

Pola-Pola	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Nutrisi	Klien makan 3xsehari porsi sedang, dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, kadang makan buah. Minum air putih 8 gelas/hari dan minum kopi.	Klien makan 3xsehari porsi sedikit 3 sendok dengan menu nasi, sayur, lauk karena jika makan banyak klien merasa mual dan muntah. Minum air putih 250 ml sehari.
Eliminasi BAK BAB	Klien BAK 4-5x/hari konsistensi cair, warna kuning, bau khas urine Klien BAB 1x/hari warna kuning, lunak, bau khas feces	Klien BAK 6xsehari dengan konsistensi cair warna kekuningan. Klien ke kamar di bantu oleh keluarganya. Selama di RS, klien sudah BAB 2 kali sejak MRS, konsistensi padat, warna kecoklatan, tidak ada hambatan dalam BAB.
Istirahat	Klien tidur dengan durasi 7-8 jam/hari, klien tidur siang kisaran 1 – 2 jam dan tidur pada malam hari kisaran 6 – 7 jam.	Saat sakit klien hanya mampu tidur dengan durasi 5-6 jam/hari, Klien sering terbangun saat malam hari karena sering merasakan pusing dan cemas karena takut akan kondisinya.
Personal Hygiene	Klien mandi 2xsehari gosok gigi saat mandi, ganti baju setelah mandi keramas 2x seminggu	Klien disibin oleh keluarga 1x/hari dan segala kebutuhan perawatan diri klien sebagian dibantu oleh keluarga
Aktivitas	Klien beraktivitas dirumah sebagai petani	Klien hanya terbaring di bed dan aktivitas klien dibantu keluarga

4.1.7 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum klien dan TTV

- Keadaan Umum : Compos mentis, GCS 15 (E4V5M6), klien tampak lemah
- Tanda-tanda Vital

TD	: 204/102 mmHg	TB	: 166 cm
RR	: 20x/menit	BB	: 61 kg
Nadi	: 109x/menit	Suhu	: 36 C

2. *Review Of System* (ROS)

a. Pemeriksaan Kepala dan Muka

- Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan warna rambut hitam, tidak ada ketombe

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

- Muka

Inspeksi : Bentuk muka simetris kanan dan kiri, tidak ada odem, warna kulit muka sawo matang, muka tampak pucat

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

b. Telinga

Inspeksi : Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada odem, tidak ada benjolan, tidak ada serumen

Papasi : Tidak ada nyeri tekan

c. Mata

Inspeksi : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera

putih, tidak ada penurunan penglihatan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

d. Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi : Bibir simetris, mukosa bibir kering, tidak ada lesi, tidak ada bau mulut, gigi lengkap

e. Pemeriksaan Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis dan limfe

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

f. Pemeriksaan Thorax

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi intercosta

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

g. Pemeriksaan Paru – Paru

Inspeksi : RR 20x/menit, tidak terdapat sesak nafas

Palpasi : Taktil Fremitus getaran sama, tidak teraba adanya massa dan benjolan

Perkusi : Bunyi Sonor

Auskultasi : Vesikuler disemua lapang paru, tidak ada suara tambahan

h. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi : Pulpasi ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi

Palpasi : Pulpasi ictus cordis teraba di ICS 5

Perkusi : Dullnes di area jantung

Auskultasi : BJ 1 dan 2 irama regular (LupDup), suara nafas tunggal, tidak terdapat bunyi tambahan

i. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : Warna kulit merata, tidak ada luka bekas operasi, bentuk datar

Auskultasi : Bising usus terdengar 10x/menit

Perkusi : Terdengar tymphani di seluruh abdomen

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal dan massa, tidak ada pembesaran linen.

j. Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : Warna kulit coklat, tidak ada lesi, turgor kulit baik, CRT < 2 detik

Palpasi : Hangat

k. Pemeriksaan Anggota Gerak (Ekstermitas)

Kekuatan otot

5	5
5	5

Edema

-	-
-	-

l. Pemeriksaan Genetalia dan Sekitarnya

Pada genetalia tidak ada keluhan, tetapi Tn. R mengatakan sering BAK pada malam hari.

m. Pemeriksaan Status Neurologis

1. Tingkat Kesadaran

- Composmentis dibuktikan dengan pasien sadar
- GCS = 456 dibuktikan dengan apabila pasien dipanggil namanya pasien menjawab

2. Uji Syaraf Cranial

- a. Nervus Olfactorius : Pasien memiliki penciuman yang baik
- b. Nervus Optikus : Pasien memiliki penglihatan yang baik
- c. Nervus Okulomotorius : Pasien dapat menggerakkan kelopak mata keatas, pupil isokor
- d. Nervus Trachealis : Pasien dapat melirik ke samping dan ke bawah
- e. Nervus Trigemus : Pasien dapat membuka rahang
- f. Nervus Abdusen : Pasien dapat melirik kanan dan kiri
- g. Nervus Facialis : Pasien dapat mengangkat alis dengan simetris
- h. Nervus Auditorius : Pasien mampu mendengar suara perawat dengan benar
- i. Nervus Glosfaringeus : Pasien dapat membedakan

antara susu dan air putih

j. Nervus Vagus : Pasien dapat menelan dengan baik

k. Nervus Asesorius : Pasien mampu menggerakkan bahu keatas dan kebawah

l. Nervus Hipoglasus : Pasien dapat menggerakkan lidah.

3. Fungsi Motorik : Kemampuan motorik pasien baik dibuktikan dengan pasien tidak ada kelumpuhan pada pasien, apabila diberi rangsangan nyeri pasien bisa mengetahui lokasi nyerinya.

4. Fungsi Sensorik : Dibuktikan sentuhan pasien normal, dibuktikan dengan pasien dapat membedakan panas dan dingin, tajam dan tumpul dan getaran yang diberikan.



4.2. Hasil Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Hasil Laboratorium

- Tanggal Pemeriksaan : 26 Agustus 2025
- Jam : 12.19 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode	Ke t.
HEMATOLOGI					
Darah Rutin	14.1	13.2 – 17.3	g/dl	Colorimetric	
Hemoglobin	41.3	40 - 52	%	Impedance	
Hematokrit	9.4	3.8 – 10.6	x 10 ³ /ul	Impedance	
Leukosit	344	150 - 440	x 10 ³ /ul	Impedance	
Eritrosit	5.24	4.4 – 5.9	x 10 ⁶ /ul	Impedance	
Indeks Eritrosit					
MCV	78.5	80 – 100	fl	Impedance	L
MCH	26.9	26 - 34	pg	Impedance	
MCHC	34.1	32 - 36	g/dl	Impedance	
RDW-CV	12.4	11.5 – 14.5	%	Impedance	
Hitung Trombosit					
MPV	8	6.5 - 12	fl	Impedance	
PDW	16.3	9 - 17	%	Impedance	
Hitung Jenis %					
Lymfosit %	14.7	20 - 40	%	Impedance	L
Monosit %	3.5	2 - 8	%	Impedance	
Granulosit %	81.5	50 – 70	%	Impedance	H
KIMIA KLINIK					
Fungsi Ginjal					
Creatinin	1.18	0.7 – 1.4	mg/dl	Jaffe	
Ureum	37	10 - 50	mg/dl	Modif- Barhelot	
Asam Urat	5.7	3.4 – 7.0	mg/dl	Colorimetric	
Gula Darah					
Gula Darah Acak	164	< 140	mg/dl	End Point	H
(2025-08-25)					
ELEKTROLIT					
Natrium	138	136 - 145	mmol/L	ISE	
Kalium	3.3	3.5 – 4.5	mmol/L	ISE	L
Chlorida	99	98 - 107	mmol/L	ISE	

b. Hasil Pemeriksaan Thorax

Kesimpulan :

Cor : besar dan bentuk membesar CTR 56%

Pulmo : tampak infiltrat tipis di suprahilar kiri, penebalan hilus kiri

Trachea di tengah

Hemidiafragma kanan kiri tampak baik

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Tulang- tulang tampak baik

Soft tissue tampak baik

c. Pemeriksaan Echo

EF 74 % TAPSE 25 mm

LVH Konsentrik

LV mass index 2679 m2

RWT 0,5

Global normokutik

Katup baik

d. Pemeriksaan EKG

Tanggal Pemeriksaan : 27 Agustus 2025

Jam : 05.39

Kesimpulan : Rhytm Report

4.3. Penatalaksanaan Medis

Nama Obat	Dosis	Fungsi
Infus RL	20 tpm	Digunakan untuk menggantikan cairan ekstraseluler yang hilang akibat luka, cedera, atau operasi yang menyebabkan kehilangan darah dalam jumlah banyak
Candesartan	2x16 mg	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi
Amlodipine	1x10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah tinggi
Bisoprolol	2,5 mg 1x tab 1/2	Untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi,angina pectoris,aritmia, dan gagal jantung

- Penatalaksanaan Keperawatan
 - a. Obs. K/U dan TTV
 - b. Memberikan terapi hypnosis lima jari untuk mengurangi cemas

4.4. Analisa Data

Hari/ Tanggal	Data	Problem	Etiologi
Rabu, 26 Agustus 2025 10.00 WIB	DS : Klien mengatakan mengeluh pusing DO : 1. Tn. R tampak cemas 2. Tampak gelisah 3. Tn.R tampak lemas 4. Tn.R tampak tremor 5. Muka klien tampak pucat 6. TTV TD : 204/102 mmHg N : 109 x/menit Spo2 : 98%	Ansietas	Krisis Situasional

Ponorogo, 27 Agustus 2025



Dewi Arini

4.5. Daftar Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2 Daftar Diagnosis Keperawatan

Dx.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan
1.	Rabu, 27 Agustus 2025 Jam 10.00 WIB	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan hipertensi

Ponorogo, 27 Agustus 2025



Dewi Arini



4.6. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 3 Intervensi Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
D.0080 Ansietas	L.09093 Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan Kriteria Hasil: L.09093 1. Verbalisasi Kebingungan menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Perilaku gelisah menurun (5) 4. Perilaku tegang menurun (5) 5. Keluhan pusing menurun (5) 6. Frekuensi pernafasan menurun (5) 7. Frekuensi nadi menurun (5)	I.09314 Redukasi Ansietas: Observasi 1. Identifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

	x/menit 8. Tekanan darah menurun (5) 120/80 mmHg 9. Tremor menurun (5) 10. Pucat menurun (5)	Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 5. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	---

Ponorogo, 27 Agustus 2025

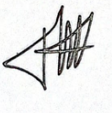


Dewi Arini

4.7. Catatan Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 4 Implementasi Asuhan Keperawatan

Dx	Hari/ Tanggal	Catatan Tindakan Keperawatan	TT
1.	Rabu, 27 Agustus 2025 Jam 10.00	10.00 Megidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) Respon : Tn. R mengatakan merasa cemas ketika sendirian, bingung dan sering bertanya tentang kondisinya	
		10.02 Memonitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Respon : Tn.R mengatakan merasa gelisah karena memikirkan kondisinya, Tn.R tampak gelisah dan tatapan mata sering berpindah (tidak focus)	
		10.05 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Respon : Tn.R tampak tegang	
		10.08 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Respon : Tn.R tampak tegang saat berbicara	
		10.09 Mengidentifikasi tingkat ansietas menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Respon : didapatkan hasil score 25	
		10.10 Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Respon : Tn.R mengatakan merasa cemas muncul ketika sedang sendirian	
		10.12 Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Respon : Tn. R mau bercerita dengan peneliti	

		10.14	Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Respon : Tn. R mau bercerita dengan peneliti	
		10.18	Melatih Teknik relaksasi hypnosis lima jari Respon : Tn. R mengikuti arahan yang disampaikan oleh peneliti	
		11.30	Mengobservasi hasil Tekanan Darah Respon : TD : 200/102 mmHg N : 108x/menit RR : 20x/menit	
		13.30	Melatih Teknik relaksasi hypnosis lima jari Respon : Tn. R mengikuti arahan yang disampaikan oleh peneliti	
1.	Kamis, 28 Agustus 2024 Jam 08.00	08.00	Megidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) Respon : Tn.R merasa cemas dan bingung berkurang, tetapi masih sekali-kali bertanya tentang kondisinya	 
		08.03	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Respon : Tn.R tampak lebih rileks	
		08.10	Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	

			Respon : Tn.R merasa cemas ketika di kamar sendirian	
		08.20	Mengidentifikasi tingkat Ansietas menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Respon : didapatkan hasil score 22	
		08.45	Melatih teknik relaksasi hipnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
		11.30	Mengobservasi hasil Tekanan Darah Respon : TD : 189/102 mmHg N : 109 x/menit Spo2 : 98%	
		13.00	Melatih teknik relaksasi hipnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
1.	Jumat ,29 Agustus 2025 Jam 08.00	08.00	Mengidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) Respon : Tn.R merasa cemas dan bingung berkurang, pasien sudah tenang tentang kondisinya	
		08.03	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Respon : Tn.R tampak lebih rileks	
		08.10	Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Respon : Tn.R merasa cemas ketika di kamar sendirian	

		08.20	Mengidentifikasi tingkat Ansietas menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Respon : didapatkan hasil score 22	
		08.25	Melatih Teknik relaksasi terapi hypnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
		11.00	Mengobservasi hasil TTV Respon : TD : 176/100 mmHg N : 90 x/menit Spo2 : 97%	
		13.20	Melatih Teknik relaksasi terapi hypnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
1.	Sabtu, 30 Agustus 2025 Jam 08.00	08.00	Mengidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) Respon : Tn.R merasa cemas dan bingung berkurang, pasien sudah tenang tentang kondisinya	
		08.03	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Respon : Tn.R tampak lebih rileks dan tenang	
			Mengidentifikasi tingkat Ansietas menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Respon : didapatkan hasil score 20	

		08.10	Melatih Teknik relaksasi terapi hypnosis lima jari Respon : Pasien merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
		08.45	Mengobservasi hasil TTV Respon : TD : 167/95 mmHg N : 92 x/menit Spo2 : 98 %	
		09.15	Melatih teknik relaksasi terapi hipnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
1.	Minggu, 31 Agustus 2025 Jam 08.00	08.00	Megidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) Respon : Tn.R merasa cemas dan bingung berkurang, pasien sudah tenang tentang kondisinya	
		08.03	Mengidentifikasi tingkat Ansietas menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Respon : didapatkan hasil score 17	
		08.10	Melatih Teknik relaksasi terapi hypnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	
		08.20	Mengobservasi hasil TTV Respon : TD : 150/90 mmHg N : 88x/menit Spo2 : 98%	
		12.30	Melatih teknik relaksasi Terapi hipnosis lima jari Respon : Tn.R merasa nyaman setelah melakukan terapi hipnosis lima jari	

4.8. Catatan Perkembangan

Tabel 4.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Dx	Hari/ Tanggal	Catatan Perkembangan	TT
1.	Rabu, 27 Agustus 2025 Jam 10.00	S : Klien mengatakan sering merasakan pusing O : 1. Tn.R tampak cemas 2. Tn.R tampak gelisah 3. Muka tampak pucat 4. Pasien tampak tegang 5. Pasien tampak tremor 6. TTV TD : 204/102mmHg N : 109x/ menit SPO₂ : 98% A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifikasi saat ansietas berubah (Kondisi,waktu dan stressor) 2. Memonitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) 3. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 6. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 7. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 8. Melatih teknik relaksasi 9. Mengobservasi hasil tekanan darah 10. Melatih teknik relaksasi	

1.	Kamis, 28 Agustus 2025 Jam. 08.00 WIB	S : Tn. R mengatakan masih sering pusing O : 1. Klien masih tampak gelisah 2. Muka klien masih tampak pucat 3. Klien masih tampak cemas 4. Klien masih tampak lemas 5. TTV TD :189/102 mmHg N : 99 x/menit SPO2 : 98% A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 4. Melatih Teknik relaksasi 5. Mengobservasi hasil tekanan darah 6. Melatih teknik relaksasi	
----	---	--	---

1.	Jumat, 29 Agustus 2025 Jam 08.00	S : Klien mengatakan masih pusing O : 1. klien masih tampak gelisah 2. klien masih tampak cemas 3. klien masih tampak lemah 4. TTV TD : 176/100mmHg N : 90x/ menit SPO₂ : 97% A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Megidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbukan kepercayaan 3. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 4. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 5. Melatih teknik relaksasi 6. Mengobservasi hasil tekanan darah 7. Melatih teknik relaksasi	
----	--	--	---

1.	Sabtu, 30 Agustus 2025 Jam 08.00	S : Klien mengatakan pusing sedikit berkurang O : 1. Tn.R tampak lebih tenang dari sebelumnya 2. Muka Tn.R sudah tidak tampak pucat 3. TTV TD : 167/95 mmHg N : 92x/menit SPO2 : 98% A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Megidentifikasi saat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 4. Melatih Teknik relaksasi 5. Mengobservasi hasil tekanan darah 6. Melatih teknik relaksasi	
1.	Minggu, 31 Agustus 2025 Jam 08.00	S : Tn. R mengatakan mengeluh pusing sudah berkurang O : 1. Tn.R tampak lebih tenang dari sebelumnya 2. Tn.R sudah tidak tampak cemas 3. Tekanan darah menurun 4. TTV TD : 150/90 mmHg N : 88x/ menit SPO₂ : 98% A : Ansietas Teratasi P : Lanjutkan Intervensi Discharge Planning 1. Mengonsumsi obat secara teratur	