

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Dan Lokasi Penelitian

4.1.1 Puskesmas Kambaniru

Puskesmas Kambaniru adalah salah satu puskesmas yang terletak di Kecamatan Kampera, Kabupaten Sumba Timur, dengan wilayah kerja seluas 52 km². Wilayah Puskesmas Kambaniru dibatasi oleh Selat Sumba di sebelah utara, Kecamatan Pandawai di sebelah timur, Kecamatan Kambata Mapambuhang di sebelah selatan, dan Kecamatan Kota Waingapu di sebelah barat

4.2 Data Asuhan Keperaeatan Keluarga

4.2.1 Pengkajian

1. Identitas umum

Data umum dalam penelitian ini mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan partisipan yang merupakan pasien TBC di Wilayah Kerja Puskesmas Kambaniru. Rincian mengenai data tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

Tabel 4.1 data umum partisipan

Data umum pasien	Pasien 1
Nama	Tn.K
Jenis kelamin	Laki-laki
Pendidikan	SD
Umur	70 Tahun
Pekerjaan	Petani
Agama	Kristen Protestan
Alamat	Lambanapu

Berdasarkan data yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa pasien atas nama Tn.K, berusia 70 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SD, agama kristen protestan, alamat lambanapu, suku sumba dan menurut pekerjaan partisipan bekerja sebagai petani.

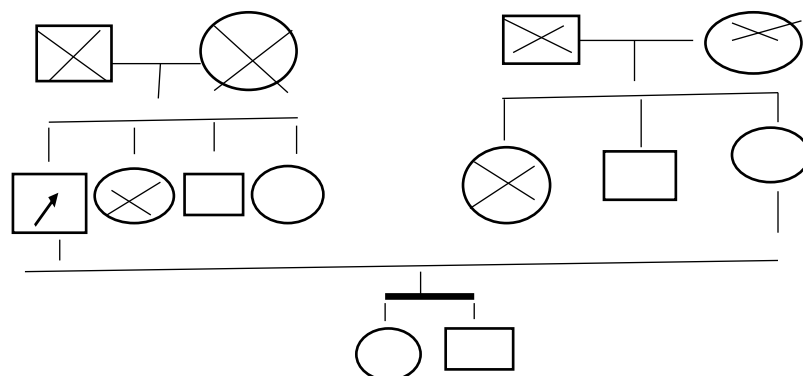
2.Komposisi keluarga

4.2 Tabel Komposisi Keluarga

No	Nama	Jenis kelamin	Hubungan dengan keluarga	Umur	Pendidikan	Imunisasi	KB
1	Tn.K (Pasien)	Laki-laki	Suami	70 Thn	SD	Tidak ingat	-

3 Genogram

GAMBAR 4.1 GENOGRAM



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

➔ : Pasien

— : Garis pernikahan

----- : Garis keturunan: Tinggal serumah

✕ : Meninggal

4. Tipe keluarga : Keluarga inti
5. Suku bangsa : Sumba
6. Agama : Kristen protestan
7. Status social ekonomi keluarga :- Tn. K bekerja sebagai tukang untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

A. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini :
Tn.K dan Ny.Y mempunyai 2 orang anak
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :
Tn.K mengatakan kedua anaknya belum berkeluarga dan kebutuhan mereka masih di tanggung oleh Tn.K dan anak R yang bekerja di PT. Sumba Manis

B. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

Riwayat keluarga sebelumnya : Tn.K mengatakan bahwa sebelumnya tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengannya.

1. Sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan :
Puskesmas
2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

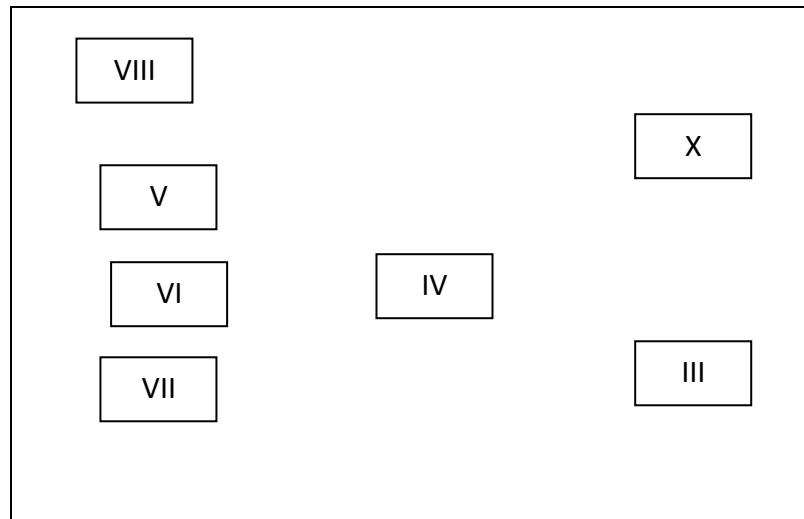
Tabel 4.3 Riwayat kesehatan

NO	Nama	Hubungan	Umur	Keadaan Kes	Imunisasi
1	Tn.K	Suami	70 Thn	Sakit	Tidak ingat
(pasien)					

C. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

1. Karakteristik Rumah

- Gambar tipe tempat tinggal : Rumah tembok
- Denah rumah



Tabel 4.4 Pola Komunikasi Keluarga

Pola struktur	Pasien Tn.K
Peran dalam keluarga	Suami
Pekerjaan	Tukang
Pola komunikasi	Keluarga saling terbuka satu sama lain, apabila ada masalah
Nilai dan norma	keluarga menerapkan nilai-nilai Agama kristen protestan pada keluarganya

A. FUNGSI KELUARGA

Tabel 4.5 Fungsi keluarga

FUNGSI	PASIEN K
Efektif	Keluarga pasien K ada rasa saling memiliki Memberi dukungan satu sama lain dan menerapkan hidup saling menghargai
Sosialisasi	Keluarga pasien K merupakan keluarga yang hidup Rukun dan saling berinteraksi satu sama lain dan mereka selalu melakukan silaturahmi ke tetangga
Perawatan kesehatan	keluarga pasien K mengatakan bahwa mereka sudah mengetahui bahwa pasien K mengalami masalah kesehatan asam urat, tetapi belum tau tentang apa itu asam urat.`
Reproduksi	Reproduksi, dan sudah memiliki 3 orang anak
Ekonomi	keluarga pasien K bekerja sebagai petani dan ibu Rumah tangga.

B. STRES DAN KOPING KELUARGA

Tabel 4.6 Stres Dan Koping Keluarga

1.	Stres jangka panjang dan jangka pendek	Yang menjadi stresor jangka pendek keluarga Tn.K adalah bagaimana caranya memulihkan kondisi Tn.K Stresor jangka panjang adalah bagaimana cara merawat Tn.K yang mengalami asam urat sehingga tidak terjadi komplikasi
2.	Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor	Respon keluarga Tn.k yaitu, keluarga sudah membawa Tn.K berobat ke puskesmas setiap ada keluhan atau obat Tn.K habis.
3.	Strategi koping yang digunakan	Apabila tidak menemukan jalan keluar dalam menghadapi suatu masalah Tn.K akan bertukar pikiran dengan anak. Biasanya setelah bertukar pikiran Tn.K dapat mengambil keputusan yang lebih baik.
4.	Strategi adaptasi disfungsional	Di keluarga Tn.K tidak ditemukan adanya cara-cara maladaptif dalam mengatasi masalah

C. PEMERIKSAAN FISIK

Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik

NO	Pemeriksaan fisik	Nama : Tn.K Umur : 70 thn
1	Keluhan/ riwayat saat ini	Pada saat pengkajin Tn.K mengatakan merasa stres dengan keadaannya, merasa cemas, dan kesulitan untuk tidur Pasien juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang kondisinya
2	Riwayat penyakit sebelumnya	Tn.K mengatakan belum pernah mengalami sakit seperti ini
3	Penampilan umum:	Tipe keluarga ini berada pada tipe keluarga inti dengan Tn.k sebagai kepala keluarga dan Ny.Y sebagai istri, serta An. J yang selalu menemani kedua orang
	a) Tahap perkembangan	
	b) Jenis kelamin	- Laki laki
	c) Cara berpakaian	- Rapi
	d) kebersihan personal	- bersih
4	Status mental dan cara berbicara	
	a) Status emosi:	Pada saat pengkajian Tn.k dapat mengontrol dirinya dan dapat mengontrol perkataannya.
	b) Tingkat kecerdasan	Pada saat pengkajian Tn.k dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan.
	c) Orientasi	Berorientasi baik, pandangan mata baik.
	d) Proses berpikir	Dapat menjawab pertanyaan kritis

	e) Gaya bicara	Normal
5	Tanda tanda vital	TD :130/70mmHg N: 102x/m S: 36,5 RR: 22 x/m
6	Pemeriksaan kulit	Inspeksi : tampak keriput tidak ada kemerahan atau bintik-bintik tidak mengalami sakit kulit Palpasi : kulit teraba kering.
7	Pemeriksaan kuku	Kuku tampak kotor panjang dan tampak kurang terawat
8	Pemeriksaan kepala	Rambut tampak bersih tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri kepala
9	Pemeriksaan muka	Wajah simetris kanan-kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan syaraf sensasi wajah
10	Pemeriksaan mata	Simetris kanan kiri, pandangan tampak kabur
11	Pemeriksaan telinga	Simetris kanan kiri, terdapat serumen dan telinga jarang di bersihkan
12	Pemeriksaan hidung	
13	Pemeriksaan mulut	Mulut tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada kelainan bentuk
14	Pemeriksaan leher	
15	Pemeriksaan sistem pernapasan	RR: 22x/m
16	Sistem kardiovaskuler	Tidak ada gangguan pada jantung tidak memiliki riwayat asam urat
17	Payudara aksila	Tidak melakukan pemeriksaan
18	a) Ekstermitas atas	Normal dapat bergerak dengan bebas
	a) Ekstermitas bawah	Normal dapat bergerak dengan bebas

A. Balita Stunting : tidak ada

a. Harapan Keluarga

1. terhadap masalah kesehatan : keluarga pasien mengatakan agar selalu terhindar dari segala macam penyakit yang ada .
2. Terhadap petugas kesehatan yang ada : agar sering-sering melakukan pemeriksaan kepada masyarakat terlebih khusus untuk masyarakat yang jauh dari akses layanan kesehatan.

b. Pemeriksaan Penunjang (Lab, Rontgen, Dll)

Tidak dilakukan pemeriksaan

A. ANALISA DATA

Analisa data pasien Tn.K
Tabel 4.8 Analisa Data

No	Data Ds dan Do	Masalah	Penyebab
	Data subjektif: a) pasien mengatakan stres dengan keadaanya merasa cemas, dan kesulitan untuk tidur. b) pasien juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang kondisinya. Data objektif : a) Pasien tampak gelisah, pucat dan tidak tenang. b) Pasien kesulitan untuk berkonsentrasi TTV : TD: 130/70 mmHg N: 102x/m S: 36,5 RR: 22x/m	Ansietas	Ancaman terhadap kematian

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Tabel.4.9

No	Diagnosa
1	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian Data subjektif: a) pasien mengatakan stres dengan keadaanya, merasa cemas dan sulit tidur b) pasien juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang kondisinya dan tidak bisa tidur. Data objektif : a) Pasien tampak gelisah,pucat dan tidak tenang. b) Pasien kesulitan untuk berkonsentrasi c) Kontak mata buruk TTV : TD: 130/70 mmHg N: 102x/m S: 36,5 RR: 22x/m

1. Penilaian Skoring Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas b.d ancaman terhadap kematian

Tabel 4.10

No	Kriteria hasil	Bobot	skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah - Aktual : 3 - Resiko : - Potensial : 1	3	3/3x1=1	Masalah ansietas pada pasien Tn.K terjadi karena penyakit TB yang di deritanya tidak kunjung sembuh
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Mudah : 2 - Sebagian : 1 - Sulit : 0	2	2/2x1=1	Masalah dapat di ubah di karenakan pasien dapat melakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan
3	Potensi masalah untuk dicegah - Tinggi : 3 - Sedang : 2 - Rendah : 1	3	3/3x1=1	Keinginan keluarga Tn.K sangat tinggi karena dapat di cegah dengan cara mengecek kesehatan ke puskesmas
4	Menonjolnya masalah - masalah di rasakan harus segera di tangani : 2 - masalah di rasakan tidak perlu segera ditangani : 1 masalah tidak di rasakan : 0	2	2/2x1=1	Keluarga Tn.k menyadari masalah yang di rasakan harus segera di atasi
5	Total skor		4	

4.2.3 Intervensi Pasien Tn.K

Tabel 4. 11 Intervensi keperawatan

No DX	Tujuan		Kriteria evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama 3x kunjungan rumah diharapkan ansietas menurun.	Setelah pertemuan 3x/ 60 menit di harapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil ; 1) Perilaku gelisah menurun 2) Pucat menurun 3) Konsentrasi membaik 4) Pola tidur membaik 5) Frekuensi pernapasan Mebaik	Respon verbal	Pasien dengan keluarga dapat: 1. Memahami pengertian TBC 2. Memahami tanda dan gejala TBC 3. Kemampuan pasien memahami Penyebab TBC 4. Kemampuan pasien memahami cara mencegah TBC 5. Kemampuan pasien memahami cara pengobatan TBC	Terapi relaksasi : Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot dan kecemasan. Observasi: a) identifikasi tingkat energi ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b) identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c) identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya d) periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah melakukan latihan e) monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik : a) ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman jika perlu b) gunakan pakaian longgar c) gunakan nada suara lembut dengan

-
- d) irama lambat dan berirama
Gunakan nada suara lembut dengan
irama lambat dan berirama

Edukasi :

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan
dan jenis relaksasi yang tersedia
b) Anjurkan sering mengulangi atau
melatih teknik relaksasi yang di
pilih
-

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang diterapkan pada Pasien Penderita TBC di Wilayah Kerja Puskesmas kabaniru di jelaskan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal/jam	Diagnosa	Implementasi
	05 juni 2025/ 09:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	Terapi relaksasi 1. mengidentifikasi tingkat energi, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kongnitif respon = pasien terlihat pucat,masih gelisah, tidak berkonsentrasi, pola tidur tidak baik 2. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan respon = tidak ada 3. mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya respon = pasien bersedia dan mampu melakukan terapi relaksasi 4. memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah melakukan latihan respon = tidak ada ketegangan otot TTV : TD:130/70 mmhg N: 102x/m S: 36,5 RR: 22x/m 5. memonitor respon terhadap terapi relaksasi respon : pasien mengatakan merasa sedikit lebih baik setelah melakukan terapi relaksasi 6. menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruaan yang nyaman respon = meminta keluarga untuk mengurasi kebisingan. 7. gunakan pakain longgar respon = pasien merasa lebih nyaman 8. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama respon = pasien dapat mendengarkan dengan baik 9. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia Respon = pasien tampak

mendengarkan dan mengerti
10. Anjurkan sering mengulangi atau
melatih teknik relaksasi yang di
pilih
Respon = pasien bersedia untuk
melakukan teknik relaksasi yang di
ajarkan dengan mandiri

Tanggal/jam			Implementasi
3	06 juni 2025/ 10:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	Terapi relaksasi 1. mengidentifikasi tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif respon = pasien masih terlihat pucat, perasaan gelisah sudah menurun, konsentrasi sudah mulai membaik, pola tidur belum membaik 2. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan respon = tidak ada 3. mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya respon = pasien bersedia dan mampu melakukan terapi relaksasi 4. memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah melakukan latihan respon = tidak ada ketegangan otot TTV : TD: 120/60mmhg N: 90x/m S: 36,8 RR: 20x/m 5. memonitor respon terhadap terapi relaksasi respon : pasien mengatakan merasa sedikit lebih baik setelah melakukan terapi relaksasi 6. menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman respon = meminta keluarga untuk mengurangi kebisingan 7. gunakan pakaian longgar respon = pasien merasa lebih nyaman 8. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama respon = pasien dapat mendengarkan dengan baik 9. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia Respon = pasien mendengarkan dan mengerti 10. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi yang di pilih Respon = pasien bersedia untuk melakukan teknik relaksasi yang di ajarkan dengan mandiri

Tanggal/jam		Implementasi
07 juni 2025/ 10:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	Terapi relaksasi
		1. mengidentifikasi tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kongnitif respon = pasien sudah tidak pucat, perasangelisah menurun, sudah berkonsentrasi dengan baik, pola tidur masih sudah baik 2. mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan respon = tidak ada 3. mengidentifikasi kesedian, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya respon = pasien bersedia dan mampu melakukan terapi relaksasi 4. memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah melakukan latihan respon = tidak ada ketegangan otot TTV : TD:120/70 mmhg N:60x/m S: 36,5 RR: 18x/m 5. memonitor respon terhadap terapi relaksasi respon = pasien mengatakan sudah lebih baik setelah melakukan terapi relaksasi 6. menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruaan yang nyaman respon = meminta keluarga mengurangi kebisingan 7. megunakan pakain longgar respon = pasien merasa lebih nyaman 8. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama respon = pasien dapat mendengarkan dengan baik 9. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia Respon = pasien mendengarkan dan mengerti 10. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi yang di pilih Respon = pasien bersedia untuk melakukan teknik relaksasi yang di ajarkan dengan mandiri

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi Tn.K
1	05 juni 2025/ 09:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	S: a) Pasien mengatakan pola tidur tidak baik O: a. pasien tampak gelisah b. pasien tampak pucat c. pasien kesulitan untuk berkonsentrasi TTV TD :130/70mmHg N: 102x/m S: 36,5 RR: 22 x/m A: Masalah ansietas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
2	06 juni 2025/ 10:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	S: a. pasien mengatakan pola tidur belum membaik . O: a. Pucat menurun b. Perasaan gelisah menurun c. Konsentrasi sedikit membaik TTV : TD :120/80 mmHg N:90x/m S:36,8 RR:20x/m A: Masalah ansietas teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan
3	07 juni 2025/ 10:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	S: a) Pasien mengatakan pola tidur sudah membaik O: a) Pasien sudah tidak gelisah b) Sudah tidak pucat c) Konsentrasi membaik TTV : TD :120/60 mmHg N:60x/m S:36,5 RR:18x/m A: Masalah ansietas teratasi sepenuhnya. P: Intervensi di hentikan

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kali ini peneliti akan menyampaikan tentang kesesuaian ataupun perbedaan antara teori serta hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn.K dengan masalah keperawatan ansietas di wilayah kerja Puskesmas Kambaniru.

Kegiatan yang di laksanakan mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil dari pengkajian yang di lakukan pada tanggal 5 Juni 2025 didapat data dari pasien Tn.K, bertempat di Kelurahan Lambanapu di dapatkan 1 orang pasien TBC yaitu Tn.K yang berusia 70 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan SD, agama kristen protestan, suku sumba, dan bekerja sebagai petani. Pada saat pengkajian Tn.K mengatakan stres dengan keadaanya, merasa cemas, dan kesulitan untuk tidur, Tn.K juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang kondisinya hasil pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan TD:130/70 mmHg, Nadi:102x/menit, Suhu:36,5c, RR:22x/menit.

Hasil studi terdahulu yang dilakukan oleh(Maisyaroh & Retnaningsih, 2024)tentang gambaran tingkat kecemasan pada pasien TBC Paru diPuskesmas Wenang dengan persepsi kategori baik, di dapatkan hasil pasien yang mengalami ansietas berat dapat diatasi dengan Teknik relaksasi nafas dalam.

Teori Ini ditambahkan Helen Margalena pada penelitiannya yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien TBC dengan ansietas dengan penerapan Teknik relaksasi didapatkan hasil pasien TBC sering mengalami kecemasan

berlebih yang semakin mengganggu psikologis dari pasien sehingga pasien TBC dengan ansietas tidak bisa tenang, lalu memperlambat kesembuhannya ditambah dengan keluhan-keluhan lain pada pasien TBC yang akan memperberat kondisi pasien sehingga diperlukan Tindakan relaksasi untuk mengurangi tingkat ansietas pada pasien TBC. Dan didapatkan hasil pada kasus 1 dengan keluhan sama dengan kasus 2 namun dikarenakan kasus 2 telah mengalami ansitas berat sehingga Teknik relaksasi nafas dalam tidak efektif dilakukan sedangkan kasus 1 walaupun dengan penyakit penyerta pasien bisa lebih tenang dikarenakan ansietas pasien masih sedang ditandai juga dengan pasien bisa menerima kondisinya sehingga ansietas pasien bisa menurun dikarenakan juga psikologis pasien lebih menerima kondisinya.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga dan menurunkan masalah pasien (Adolph, 2016)

Dari pengkajian yang dilakukan di pasien diperoleh data Tn.K mengatakan stres dengan keadaanya, merasa cemas dan kesulitan tidur, dia juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang kondisinya. Dari data yang didapatkan maka peneliti merumuskan diagnosa keperawatan yaitu ansietas b.d ancaman terhadap kematian.

Mengenai diagnosa keperawatan ini telah dirumuskan peneliti, memprioritaskan diagnosa ansietas sesuai tujuan peneliti. Penelitian terhadap

partisipan pasien Tb paru dengan masalah keperawatan ansietas di kelurahan lambanapu terkhususnya Puskesmas Kambaniru di rumuskan masalah ansietas b.d ancaman terhadap kematian. Hal ini didukung oleh hasil pengkajian yang didapatkan faktor penyebab yaitu mengalami sakit TBC di usia lanjut.

Hasil studi kasus terdahulu menurut pada kasus yang dirawatnya, berdasarkan hasil, ada 3 Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan, yaitu: 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif, 2) Defisit nutrisi 3) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

Pada penderita Tuberculosis Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan terdiri dari Diagnosa actual adalah 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, 2) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan alveolus-kapiler, 3) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. 4) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, 5) Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian (Salam et al., 2023)

3. Intervensi

Pada diagnosa ansietas, intervensi utama yang diterapkan adalah penerapan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi kecemasan pada pasien Tb paru. Tujuan utama penerapan terapi relaksasi nafas dalam ini adalah untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan yang dialami pasien TB, sehingga pasien merasa lebih tenang dan nyaman. Intervensi ini dilakukan selama 3 hari kunjungan rumah dengan pendekatan studi kasus.

Masalah ini biasanya disebabkan oleh Pasien yang didiagnosis dengan Tuberkulosis (TB) umumnya mengalami berbagai bentuk kecemasan yang

memengaruhi kondisi fisik dan psikologis mereka. Salah satu kecemasan utama yang dirasakan adalah ketakutan terhadap penyakit yang mereka derita. Mereka sering kali merasa khawatir akan kondisi kesehatan yang semakin memburuk atau takut penyakit ini tidak dapat disembuhkan, terutama karena TB dikenal sebagai penyakit yang membutuhkan waktu pengobatan yang lama. Sebuah cara non-farmakologis yang dapat digunakan yaitu Penerapan terapi relaksasi nafas dalam.

Melalui rencana tindakan yang ditetapkan disertai alasan ilmiah yang tepat ketika rencana tindakan tersebut diimplementasikan selama dalam perawatan dengan harapan dapat mengatasi masalah penderita. Jenis intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah penderita terkait dengan diagnosa keperawatan Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, yaitu: terapi relaksasi dengan kriteria hasil: 1). Verbalisasi khawatir dan kecemasan akibat kondisi yang dihadapi menurun, 2) Perilaku gelisah menurun, 3) Perilaku tegang menurun, 4) Diaforesis menurun, 5) Pucat menurun, 6) Konsentrasi membaik, 7) Pola tidur membaik, 8) Frekuensi pernapasan membaik, 9) Frekuensi nadi membaik, 10) Tekanan darah membaik, 11) kontak mata membaik. (SIKI PPNI, 2016)

4. Implementasi

Implementasi hari pertama penulis melakukan pengkajian untuk mengetahui masalah yang dialami dan penulis mendapatkan data bahwa Tn.K mengatakan stres dengan keadaanya, merasa cemas, dan kesulitan untuk tidur, pasien juga mengatakan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang

kondisinya. Melakukan pemeriksaan vital sign: TD : 130/70 mmhg, S : 36,5, N:102x/m RR:22x/m. Setelah melakukan pengkajian pada Tn.K dan keluarga, penulis lalu melanjutkan dengan melakukan intervensi terapi relaksasi nafas dalam untuk mengatasi kecemasan pada pasien TB paru. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya untuk melanjutkan intervensi dan melakukan penyuluhan kesehatan.

Hari pertama tanggal, 5 Juni 2025 yaitu: Diagnosa keperawatan ansietas b.d ancaman terhadap kematian, Implementasi: Kamis 5 Juni 2025 (jam 10.00):, memonitor tekanan darah pasien: hasil yang di temukan tekanan darah: 137/70 mmHg, RR: 22x/menit, Nadi:102 x/menit, suhu 36,5°C, memeriksa apakah ada ketegangan otot sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam.

Hari kedua tanggal 6 Juni 2025 yaitu: Diagnosa keperawatan, ansietas b.d ancaman terhadap kematian Implementasi: Jumat 6 Juni 2025 (jam 10.00): memonitor tekanan darah pasien: hasil yang di temukan tekanan darah: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi:90x/menit, suhu 36,8°C, melakukan penyuluhan kesehatan terkait Tb paru dan terapi relaksasi nafas dalam, di lanjutkan dengan kembali melakukan intervensi teknik relaksasi nafas dalam pada pasien Tn.K.

Hari ketiga tanggal 7 Juni 2025 yaitu: ansietas b.d ancaman terhadap kematian Implementasi: Sabtu 7 Juni 2025 (jam 09.00): memonitor tekanan darah pasien: hasil yang di temukan tekanan darah: 120/60 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi: 60x/menit, suhu 36,8°C. mengidentifikasi

apakah ada ketegangan otot sebelum melakukan tindakan terapi relaksasi nafas dalam.

Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Terapi relaksasi dilakukan selama 5 hari, Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Menurut (Abdul Herman Syah Thalib, Yantimala, 2022)

Hasil studi kasus terdahulu dengan hasil studi kasus saat ini, terdapat perbedaan pada lama implementasi dimana dilakukan selama 3 hari serta dilakukan evaluasi setiap melakukan tindakan untuk melihat perubahan setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam.

5. Evaluasi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada peserta, penulis melakukan tinjauan terhadap masalah perawatan terkait ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian. Tujuan serta kriteria hasil yang diharapkan dari pasien dan keluarganya meliputi pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan. Hal ini berarti pasien harus dapat memahami informasi lisan dan tertulis yang disampaikan, serta mampu melakukan sendiri tindakan yang diajarkan. Intervensi terapi relaksasi nafas dalam kepada pasien dapat berjalan sukses berkat kerjasama dan kemauan dari pasien, selain itu juga didukung oleh penggunaan media seperti leaflet, sehingga intervensi tersebut dapat dilaksanakan dengan baik dan pasien mau menerapkan terapi yang disarankan sesuai dengan

intervensi dan informasi yang tertera di leaflet. Dalam rencana perawatan yang disusun oleh peneliti untuk mengatasi masalah kesehatan pasien dan keluarganya, termasuk intervensi terapi relaksasi nafas dalam, penulis melakukan terapi untuk membantu pasien dan keluarga menghadapi masalah yang ada.

Penelitian sebelumnya oleh Helen Margalena pada penelitiannya yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien TBC dengan ansietas dengan penerapan teknik relaksasi. didapatkan hasil pada pasien 1 dengan keluhan sama dengan pasien 2 namun dikarenakan pasien 2 telah mengalami ansitas berat sehingga teknik relaksasi nafas dalam tidak efektif dilakukan sedangkan pasien 1 walaupun dengan penyakit penyerta pasien bisa lebih tenang karena pasien bisa menerima kondisinya dan tahap asietas pasien masih sedang sehingga ansietas pasien bisa menurun dikarenakan juga psikologis pasien lebih menerima kondisinya. (Yahya et al., 2025)

Evaluasi dilakukan selama tiga hari. Pada hari pertama, setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam tanda-tanda vital Tn.K mencatat tekanan darah 130/70 mmHg, suhu 36,5 °C, denyut nadi 102x/m, dan frekuensi respirasi 22 x/m, tidak ada ketegangan otot. Setelah melakukan tindakan pasien mengatan masi merasa cemas, dan takut akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan tentang penyakitnya.

Pada hari kedua, setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam kepada Tn.K tanda vital dengan tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,8 °C, denyut nadi 90x/m, dan frekuensi respirasi 20x/m, pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang apa itu Tbc, cara pencegahan, cara

penularan dan cara pengobatan Tbc. Pasien mengatakan sudah lebih baik dari sebelumnya.

Pada hari ketiga setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam, tanda vital Ny.Y tekanan darah :120/60 suhu 36,8 °C, denyut nadi:60x/m dan frekuensi respirasi 20x/m. tidak ada ketegangan otot, pasien mengatakan sudah tidak cemas dan sudah bisa tidur.

Hasil penelitian dari kasus-kasus sebelumnya serta yang sekarang menunjukkan bahwa ada kesamaan, yaitu pasien dapat mengatasi rasa cemasnya dengan terapi relaksasi nafas dalam.