

## **LAMPIRAN**



## Lampiran 1. Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**I. Data umum :**

1. Nama Kepala keluarga (KK) : Ny. S
2. Usia : 61 tahun
3. Pendidikan : SMP
4. Pekerjaan : kader posyandu
5. Alamat : Karang Ealon, Cilacap Utara
6. Komposisi anggota keluarga :

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub. dengan KK	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1.	Ny. S	P	KK	61	SMP	Kader Posyandu
2.	MA	L	anak	29	SMP	Karyawan

**Genogram :**

**Keterangan Genogram**

- = Laki-laki
- = Perempuan
- X = Meninggal
- = Garis Pernikahan
- = Garis keturunan
- = Tinggal serumah

1. Tipe keluarga : single parents, atau keluarga dengan orangtua tunggal / karena kematian
8. suku bangsa : suku bangsa Ny S adalah asli Jawa
9. Status Sosial ekonomi keluarga : Status ekonomi Ny S didapatkan dari kader dan dari anaknya
10. Agama : Agama Ny. S agama Islam dan sering melakukan sholat, dzikir
11. Aktivitas rekreasi keluarga : rekreasi keluarga Ny S biasanya berkreasi apabila ada waktu luang
12. kondisi umum : kondisi Pasien Saagini Pasien mengeluh Pusing Tangan kaku dan kesemutan. GDS nya naik turun Pernah sampai 500 mg/dl
13. Riwayat Penyakit dahulu : memiliki riwayat Penyakit hipertensi dan Diabetes

14. Riwayat Penyakit Sekarang : Ny.S mengalami hipertensi derajat satu dengan TD 140/100 mmHg. dan diabetes yang tidak terkontrol a/

## II Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

15. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini : Tahap keluarga dengan anak dewasa yang merupakan tahap keluarga tingkat ke enam

16. Tugas Perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :  
Tugas keluarga dengan tahap anak mandiri dan lansia. Pada tahap ini keluarga akan ditinggal anaknya untuk menikah dan tahap lansia dimana orangtua yang memasuki usia tua.

17. Riwayat keluarga ini :

- a.) Ny.S mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes
- b.) Tn.A mengatakan brasanya demam karena kelelahan kerja

18. Riwayat keluarga sebelumnya :

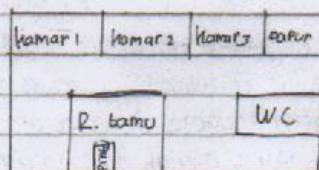
Riwayat keluarga sebelumnya Ny.S mempunyai riwayat hipertensi dan diabetes.

## III Lingkungan

19. Karakteristik Rumah :

Memiliki sirkulasi yang baik, terlihat dari jendela yang dibuka setiap pagi. Memiliki penerangan yang baik terlihat disetiap ruangan ada penerangan.

20. Denah rumah :



20. Karakteristik tetangga dan komunikasi :

Hubungan antara tetangga saling membantu, bila ada tetangga yang melakukan kegiatan dilaksanakan secara tolong menolong.

21. Mobilisasi Geografis keluarga

Ny.S brasanya pergi kegiatan di Pasigandu

## 22. Perkumpulan keluarga dan Interaksi dengan masyarakat:

Ny.s mengatakan mengikuti kegiatan RT, seperti Gasinan, arisan Pengajian dan mengikuti kegiatan di Posyandu

## 23. Sistem Pendukung Keluarga

Tetangga dan saudara sangat peduli akan penyakit Ny.s

## IV. Struktur keluarga

### 24. Pola komunikasi keluarga:

Ny.s mengatakan pola komunikasinya saling terbuka dan tidak ada yang tertutup-terutupi satu sama lain, jika ada masalah akan di musyawarahkan.

### 25. Struktur keputusan keluarga:

Ny.s mengatakan jika ada masalah keluarga diselesaikan dengan baik dan di musyawarahkan agar mendapat solusi terbaik.

### 26. Struktur peran keluarga

Peran Formal: Ny.s sebagai kepala keluarga, T.M.A sebagai anak

Peran Informal: Ny.s mengatakan biasanya mengikuti kegiatan di Posyandu

## 27. Nilai dan norma budaya:

Sebagai orang Jawa, Ny.s mengedepankan aspek-aspek budaya Jawa, seperti menghormati orang tua yang lebih tua dan selalu bersikap sopan dan menenangkan sikap percaya diri.

## V. Fungsi keluarga

### 28. Fungsi afektif

keluarga rukun, dan menghargai dari masing-masing perannya

### 29. Fungsi sosialisasi

Ny.s mengatakan ~~fungsi~~ suasana keluarganya hangat dan rukun dan sosialisasi satu sama lain baik

### 30. Fungsi Perawatan keluarga

No	Tugas	Keberangan
1.	Mengenal masalah	Ny.s mengatakan sudah mengetahui penyakitnya.
2.	memeriksa tindakan yang tepat	Ny.s mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit atau Ny.s sendiri yang sakit langsung memeriksakan kesehatan ke Puskesmas
3.	memberikan perawatan terdapat keluarga yang sakit	Ny.s melakukan perawatan seperti minum obat dari Puskesmas.
4.	memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga	Ny.s selalu menjaga kebersihan rumahnya.
5.	Menggunakan Pelayanan kesehatan	Ny.s dan keluarga akan membawa keluarga yang sakit ke Puskesmas

### VI. Seseorang dan koping keluarga

#### 31. Seseorang Jangka Panjang

Ny.s mengatakan memiliki riwayat hipertensi yang merupakan ~~ada~~ golongan hipertensi derajat 2. dan diabetes yang tidak terkontrol karena jarang minum obat.

#### 32. Kemampuan keluarga terhadap masalah

keluarga selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan

#### 33. Strategi koping keluarga yang digunakan

Anggota keluarga selalu bermusyawarah jika ada masalah

#### 34. Strategi adaptasi lingkungan

Ny.s selalu berkumpul dengan keluarga dan tetangga

### VII. Harapan keluarga terhadap asuhan keluarga

keluarga berharap semua anggota keluarga sehat. jika ada anggota keluarga yang sakit keluarga membawa ke Puskesmas

## Analisa Data


No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan mempunyai riwayat Hipertensi. mengatakan sakit kepala pada saat bangun tidur</p> <p>Data Objektif :</p> <p>TD = 140 / 100 mmHg</p> <p>Nadi = 84 x / menit</p> <p>RR = 20 x / menit</p>	Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral tidak efektif (D-0017)
2.	<p>DS: Pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes pernah mencapai 500 mm/dl. Pasien mengatakan sering kesemutan dan tanganya pegal.</p> <p>DO: GDS = 264 mm/dl.</p> <p>TD = 130/90 mmHg</p>	Gangguan glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D-0027)
3.	<p>DS: Pasien mengatakan merasakan kesedihan yang mendalam karena kehilangan suaminya.</p> <p>DO: Pasien tampak emosional dan menangis pada saat menceritakan tentang suaminya.</p> <p>Pasien tampak murung dan sering termenung</p>	Kehilangan anggota keluarga	Berduka (D-0081)

## INTERVENSI

No	Dx Keperawatan	SLH	SLH																
1.	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan mempunyai riwayat darah tinggi</p> <p>DO:</p> <p>TD = 140/100 mmHg</p> <p>Nadi = 84x/menit</p> <p>RR = 20x/menit</p> <p>Risiko Perfusion Serebral</p> <p>Tidak efektif (D.001)</p>	<p>Perfusi serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan maka perfusi serebral diharapkan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Sakit kepala</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Tekanan darah sistolik</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Tekanan darah diastolik</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1. Sakit kepala cukup menurun</p> <p>2. Tekanan darah sistolik</p> <p>3. Cukup membaik</p> <p>3. Tekanan darah diastolik cukup membaik</p>	No	Indikator	IR	ER	1.	Sakit kepala	4	5	2.	Tekanan darah sistolik	4	5	3.	Tekanan darah diastolik	4	5	<p>Manajemen Peningkatan Interaksional (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi Penyebab</p> <p>Peningkatan TIK</p> <p>Monitor tanda/gejala</p> <p>Peningkatan TIK</p> <p>Terapeutik</p> <p>Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi Pemberian obat &amp; aneupirensis jika perlu</p> <p>Melakukan Relaksasi</p> <p>OGG Progresif</p>
No	Indikator	IR	ER																
1.	Sakit kepala	4	5																
2.	Tekanan darah sistolik	4	5																
3.	Tekanan darah diastolik	4	5																
2.	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan mempunyai riwayat <del>gula</del> gula darah tinggi.</p> <p>DO:</p> <p>GDs: 264</p> <p>TD = 130/90 mmHg</p> <p>BB = 55 kg</p> <p>TB = 150 cm</p> <p>Keseimbangan kadar gula darah (D.0027)</p>	<p>Keseimbangan kadar glukosa darah (L.03022)</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah maka keseimbangan kadar glukosa darah diharapkan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Pusing</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>lelah / lesu</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>1. Pusing menurun</p> <p>lelah / lesu menurun</p> <p>Kadar glukosa dalam darah membaik</p>	No	Indikator	IR	ER	1.	Pusing	5	5	2.	lelah / lesu	5	5	3.	Kadar glukosa dalam darah	5	5	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>2. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tercapai atau memburuk.</p> <p>Edukasi</p> <p>Antarkan monitor kadar gula darah sendiri</p>
No	Indikator	IR	ER																
1.	Pusing	5	5																
2.	lelah / lesu	5	5																
3.	Kadar glukosa dalam darah	5	5																

No	Dx keperawatan	SLK I	SLK I																
3.	Berduka (D.0081)	Tingkat Berduka (L.09094)	Dukungan Proses berduka (L.09274)																
	Ds:Klien mengatakan merasa sedih	Seolah ditakutkan keguguran maka diharapkan Tingkat berduka	Observasi : 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi																
	Do:Klien tampak menangis.	membaik dengan kriteria Hasil :	Terapeutik 1. Tindakan sikap																
	Pola tidur berubah	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Ir</th><th>Er</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Verbalisasi menerima kehilangan</td><td>←</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Verbalisasi Perasaan sedih</td><td>5</td><td>←</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Pola tidur</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Ir	Er	1.	Verbalisasi menerima kehilangan	←	5	2.	Verbalisasi Perasaan sedih	5	←	3.	Pola tidur	5	5	menerima dan empati Edukasi Anjurkan lebih identifikasi ketakutan ketakutan terbesar dalam kehilangan.
No	Indikator	Ir	Er																
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	←	5																
2.	Verbalisasi Perasaan sedih	5	←																
3.	Pola tidur	5	5																
		Keterangan																	
		1. Verbalisasi menerima kehilangan membaik																	
		2. Verbalisasi Perasaan sedih membaik																	
		3. Pola tidur membaik																	

## Implementasi

No	Tgl / Tanggal	Di Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	12 Juni 2025	Risiko Perusi Serebral tidak efektif (D-0017)	Memantau tekanan darah pasien	S. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, pasien mengatakan pusing pada saat bangun tidur. O = TD 140/100	 T. S.
			Intervensi Relaksasi Oleat progresif selama 3 hari	S. Pasien mengatakan lebih riks pada saat dilakukan terapi O : TD sebelum 140/100 mm Hg TD sudah 130/90 mm Hg	
2.	12 Juni 2025	Kecidairseabilan Kadar gula darah (D.0021)	Mengukur GDS	S. Pasien mengatakan gula darahnya 9 tinggi O : GDS 264 mg/dl	
			Pemkes tenaga Pola makan <del>DM</del> DM	S. Pasien mengatakan gula darahnya 6 mg/dl  O = <del>DM</del> Pasien tampak kooperatif saat dilakukan Pemkes.	

No	Tgl dan tanggal	Dx keperawatan	Implementasi	evaluasi respon	Paraf
3.	12 Juni 2025	Berduka	mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi	S: Pasien mengatakan sedih akan kehilangan suaminya O: Pasien menangis	AK
1.	13 Juni 2025	Perforasi serebral Tidak efektif (D-0017)	Memantau TD Pasien Melakukan relaksasi otot progresif	S: Pasien mengatakan sakit kepala berkurang O: TD = 130/90 mmHg S: Pasien mengatakan badannya lebih rileks saat dilakukan terapi O: TD sebelumnya 120/90 mmHg. TD setelahnya 120/80 mmHg.	AK
2.	13 Juni 2025	kecenderungan ketidakstabilan kadar glukosa darah.	mengacak GDS	S: Pasien mengatakan kesemutan dan tangan pegal. O: GDS dari 264 mm/dl menjadi 240 mm/dl	AK
			Pantau berat badan	S: Pasien mengatakan sudah mengurangi makan. O: GDS = 240 mm/dl	
2.	13 Juni 2025	Berduka	mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi	S: Pasien mengatakan sedih menerima atas kematian suaminya tetapi masih merasa sedih. O: Pasien tampak lebih tenang saat menceritakan suaminya	AK

NO	Hari / Tanggal	DX keperawatan	Implementasi	evaluasi respon	Paraf
1.	14 Juni 2025	Perfusi serebral tidak efektif	memantau TD pasien	S = Pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang O = TD 120/80 mmHg	✓
			Melakukan relaksasi OGG Progresif	S = Pasien mengatakan badanya lebih rileks O = TD sebelum 140/90 mm Hg TD setelah 120/90 mm Hg	✓
2.	14 Juni 2025	Keerdakan stabilan kadar glukosa darah	mengukur GDS	S = Pasien mengatakan kesemutan dan pegal perkurang O = GDS = 200 mg/dL	✓
			Perteks tentang polamakan DM	S = Pasien sudah mengurangi makanan manis O = GDS = 200 mg/dL	
3.	14 Juni 2025	berduka	mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi	S = Pasien mengatakan sudah lebih dan sudah menerima akan kehilangan salingnya O = Pasien sudah tidak menung dan sudah tidak menung sare ditanya tentang salingnya	✓

# Evaluasi

No	Tanggal	PX - Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Pada A																		
1.	12 Juni 2025	Risiko Perforasi Serebra Tidak efektif	S: Pasien mengatakan Merasa Pusing, tangan kaku Pada saat bangun tidur.  O: TD 140/100 mmHg  A: Risiko Perforasi serebra <table><tr><th>No Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. sakit kepala</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Tekanan darah</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>    Sistolik</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>3. Tekanan darah</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>    diastolik</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> P: kolaborasi pemberian obat anti hipertensi; lanjutan intervensi.	No Indikator	IR	ER	1. sakit kepala	4	5	2. Tekanan darah	4	5	Sistolik	4		3. Tekanan darah	4	5	diastolik	4	5	
No Indikator	IR	ER																				
1. sakit kepala	4	5																				
2. Tekanan darah	4	5																				
Sistolik	4																					
3. Tekanan darah	4	5																				
diastolik	4	5																				
2.	12 Juni 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S: Pasien mengatakan gula darahnya masih hampir turun  O: GDS 264 mg/dL  A: <del>Ketidakstabilan</del> kadar glukosa darah meningkat <table><tr><th>No Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1. Pusing</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Lelah/lesu</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>3. kadar glukosa</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>    dalam darah</td><td></td><td></td></tr></table> P: Monitor kadar glukosa darah lanjutkan intervensi.	No Indikator	IR	ER	1. Pusing	4	5	2. Lelah/lesu	4	5	3. kadar glukosa	4	5	dalam darah						
No Indikator	IR	ER																				
1. Pusing	4	5																				
2. Lelah/lesu	4	5																				
3. kadar glukosa	4	5																				
dalam darah																						

# Evaluasi

No	Tanggal	Px Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	12 Juni 2025	Berduka	S. Pasien mengatakan Merasa kehilangan suaminya.	

O: Pasien tampak sedih saat menyendiri tentang suaminya

A: Tingkat berduka  
membai 4

No	Indikator	Ir	Er
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	4	5
2.	Verbalisasi Perasaan sedih	4	5
3.	Pola tidur	4	5

Keterangan

1. Verbalisasi menerima kehilangan  
Cukup membai 4

2. Verbalisasi Perasaan sedih  
Cukup membai 4

3. Pola tidur  
Cukup membai 4

P: Mampu mengungkapkan Perasaan secara Verbal

lanjutan ~~Intervensi~~

Intervensi

# EVALUASI

No	tanggal	Dx keperawatan	evaluasi SOAP	Paraf																
1.	13 Juni 2025	Risiko Perfusi Serebral Gidak EFEKTIF	<p>S: Pasien mengatakan pusing dan kaku dibanganya sudah mulai berkurang</p> <p>O: TD: 130/80 Asam urat: 6-6</p> <p>A: Risiko Perfusi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Ir</th> <th>er</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>sakit kepala</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>tekanan darah sistolik</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <p>1. sakit kepala cukup menurun</p> <p>2. Tekanan darah sistolik cukup membaik</p> <p>3. Tekanan darah diastolik cukup membaik</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	No	Indikator	Ir	er	1.	sakit kepala	4	5	2.	tekanan darah sistolik	4	5	3.	Tekanan darah diastolik	4	5	<p>4</p>
No	Indikator	Ir	er																	
1.	sakit kepala	4	5																	
2.	tekanan darah sistolik	4	5																	
3.	Tekanan darah diastolik	4	5																	
2.	13 Juni 2025	keidak seabilan kadar glukosa darah	<p>S: Pasien mengatakan sudah mengurangi makanan yang manis-manis</p> <p>O: GDS: 240 mg/dL</p> <p>A: keidak seabilan kadar glukosa darah</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Ir</th> <th>er</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pusing</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>lelah/lesu</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar glukosa darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Ir	er	1.	Pusing	4	5	2.	lelah/lesu	4	5	3.	Kadar glukosa darah	4	5	
No	Indikator	Ir	er																	
1.	Pusing	4	5																	
2.	lelah/lesu	4	5																	
3.	Kadar glukosa darah	4	5																	

				Keterangan
				1. Pusing
				2. Lelah / lesu
				3. Kadar glukosa darah
				P: monitor kadar gula
				darah. Lanjutkan intervensi
3.	13 Juni 2025	berduka		S: Pasien mengatakan sudah
				bisa menerima atas kehilangan
				saudaranya.
				O: Pasien tampak lebih tenang
				A: Tingkat berduka
				No Indikator
				1. Verbalisasi menerima
				kehilangan
				2. Verbalisasi Perasaan
				sedih
				3. Pola tidur
				Keterangan:
				1. Verbalisasi menerima kehilangan
				Cukup memadai
				2. Verbalisasi Perasaan sedih
				Cukup memadai
				3. Pola tidur
				Cukup memadai
				P: lanjutkan intervensi

1. 14 Juni 2019 ~~2021~~ Risiuo  
 Perusi Serebra  
 tidak efektif S: Maunah Pusing sudah berkurang  
 O: TD 120/80

A. Risiuo Pertusi

No	Indikator	Ir	en
1.	Sakit kepala	5	5
2.	tekanan darah sistolik	5	5
3.	tekanan darah diastolik	5	5

Keterangan

- 1. Sakit kepala menurun
- 2. tekanan darah sistolik ~~menurun~~ <sup>membay</sup>
- 3. tekanan darah diastolik ~~menurun~~ <sup>membay</sup>

P: Masalah Gerakasi.  
 hentikan intervensi

2. ketidakstabilan  
 kadar glukosa darah S: Pasien mengatakan sudah  
 menghirangi makanan manis

O: GDS : 200 mg/dL

A :

No	Indikator	Ir	en
1.	Pusing	5	5
2.	lelah / lesu	5	5
3.	kadar glukosa darah	5	5

Keterangan : Pusing menurun  
 lelah / lesu menurun  
 kadar glukosa darah membay

P: hentikan intervensi

3

berduka

S: Pasien ~~empat~~ sudah menerima dan tidak berduka lagi

O: Pasien empat sudah tidak menangis lagi. Men Ceritakan kejadiannya.

A:

no	Indikator	kr	er
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	5	5
2.	Verbalisasi Perasaan sedih	5	5
3.	Pola tidur	5	5

Keterangan

1. verbalisasi menerima kehilangan membai
2. Verbalisasi Perasaan sedih membai
3. pola tidur membai

P:

Masalah teratasi, heningan  
Intervensi

## Lampiran 2 Informed Consent

### SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Sumarti

Umur : 61 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Trader Pagianda

Alamat : Karang Gayuh Cilacap Utara

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk karya tulis ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : Tsabita Hilma Zaida

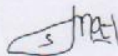
NIM : 106122011

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 11 Juli .....2025


Yang bersangkutan



.....  
Nama pasien/wali pasien

### Lampiran 3. SOP Relaksasi Otot Progresif

#### STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI RELAKASI OTOT PROGRESIF

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI RELAKASI OTOT PROGRESIF</b>
Pengertian	Relaksasi otot progresif adalah suatu teknik relaksasi dengan cara meregangkan otot dan menurunkan ketegangan otot sampai merasa rileks.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengontrol tekanan darah</li><li>2. Menurunkan ketegangan otot</li><li>3. Menurunkan stress atau kecemasan</li><li>4. Mengurangi rasa sakit</li><li>5. Menurunkan sesak</li></ol>
Persiapan Latihan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Latihan ditempat yang tenang</li><li>2. Memakai pakaian yang tidak tebal, alas kaki dilepas.</li><li>3. Hindari makan, minum dan merokok selama lama latihan, usahakan latihan sebelum makan, tidak boleh latihan setelah minum alkohol.</li><li>4. Dilakukan dengan posisi duduk</li><li>5. Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan</li><li>6. Selama Latihan pejamkan mata secara perlahan dan selalu konsentrasi pada ketegangan otot selama 7-10 detik dan relaksasi selama 10-15 detik terhadap otot yang dilatih</li><li>7. Setiap gerakan dilakukan 2 kali Latihan</li><li>8. Latihan membutuhkan waktu 15-20 menit</li></ol>
Indikasi	Pasien dengan gejala yang berkaitan dengan stress, seperti insomnia, hipertensi, sakit kepala, dan nyeri punggung bawah
Kontra indikasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien dengan gangguan otot dan jaringan</li><li>2. Peningkatan tekanan intracranial</li><li>3. Mempunyai Riwayat penyakit arteri koronia yang berat</li></ol>
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"><li>a. Menggenggam kedua tangan dengan erat, rasakan tegangan, lepaskan gegaman, dan rasakan rileks</li></ol>

	<p>selama 10 detik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang dengan jari – jari menghadap ke langit- langit sehingga otot -otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah terasa tegang, tahan sebentar kemudian dilemaskan.</li> <li>c. Mengepalkan kedua tangan kemudian membawa kedua kepala ke pundak dengan menekuk lengan, sehingga otot- otot menjadi tegang, tahan sebentar dan kemudian dilemaskan.</li> <li>d. Mengangkat kedua bahu semaksimal mungkin seakan - akan bahu menyentuh kedua telinga sampai otot terasa tegang, tahan sebentar dan kemudian dilemaskan, gerakan ini berfokus pada ketegangan otot yang terjadi di bahu, punggung atas, dan leher.</li> <li>e. Mengerutkan dahi semaksimal mungkin sampai otot dahi merasa tegang dan kulit mengerut, tahan sebentar kemudian lemaskan.</li> <li>f. Memejamkan mata kuat- kuat sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata, tahan sebentar kemudian lemaskan.</li> <li>g. Mengatupkan rahang, diikuti dengan merasakan ketegangan di sekitar otot – otot rahang tahan sebentar kemudian dan lemaskan.</li> <li>h. Bibir dimoncongkan sekuat - kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan sekitar mulut tahan sebentar dan lemaskan.</li> <li>i. Meletakkan kepala pada sandaran kursi, kemudian pasien diminta untuk menekan kepala pada permukaan sandaran kursi (jika sandaran kursi setinggi kepala), atau menekan kepala ke punggung dengan kepala menghadap ke atas (jika sandaran kursi tidak sampai kepala) sehingga pasien dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas, tahan sebentar dan lemaskan.</li> <li>j. Menundukkan kepala atau menyentuhkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka, tahan sebentar dan kemudian lemaskan.</li> <li>k. Mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggung dilengkungkan dan membusungkan dada sampai tegang, tahan sebentar kemudian lemaskan dengan meletakkan tubuh kembali ke sandaran kursi.</li> </ol>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>l. Menegangkan otot dada dengan menarik napas panjang dan dalam semaksimal mungkin, tahan sebentar dan kemudian menghembuskan napas sambil melepaskan otot dada.</li> <li>m. Menarik kuat - kuat perut ke dalam sampai perut menjadi kencang dan kemudian lemaskan.</li> <li>n. Meluruskan kedua kaki dengan menekuk pergelangan kaki ke arah tubuh sampai merasakan tegangan di otot paha, tahan sebentar dan kemudian lemaskan.</li> <li>o. Meluruskan kaki dan pergelangan kaki menjauhi tubuh sampai ketegangan otot betis tahan sebentar dan lemaskan.</li> </ol>
--	---

#### Lampiran 4. Look Book Konsultasi

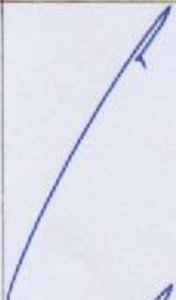
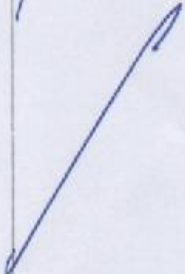

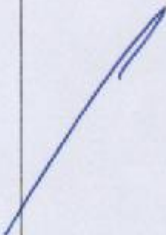
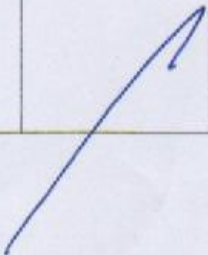
Lampiran 8:

##### LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	19 Mei 2025	Konsultasi judul	af
2.	20 Mei 2025	ACC judul, lanjut bab 1	af
3.	23 Mei 2025	Konsultasi bab 1 lanjut bab 2 dan 3	af
4.	27 Mei 2025	Konsultasi bab 2 dan 3	af
5.	28 Mei 2025	Acc RTR proposal	af



LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	20 Mei 2025	Konsultasi Judul lanjut BAB I	
2.	26 Mei 2025	Konsultasi bab 1-3 Perbaiki bab 1	
3.	28 Mei 2025	Konsultasi bab 1-3	
4.	29 Mei 2025	ACC bab 1-3	
5.	29 Mei 2025	ACC sidang proposal	



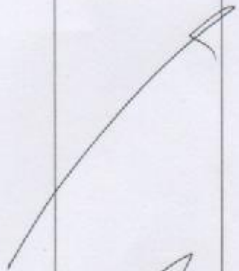
Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	24 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian infus Ceftri (Ruber)</li> <li>- Askep Regenerasi by BHT-2 for body building.</li> <li>- monitoring karyanya dan karyanya di laboratorium</li> </ul>	af af
	25 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EIO.</li> <li>- Pembahasan, perlu lebih diperdalam karyanya, faktor-faktor yang berpengaruh</li> <li>- Gubara terapi kelainan otot proprius evaluasi seluler pelayanan terapi tsa.</li> </ul>	af af

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	25 Juni	Perbaiki Askep dan tambah Pengelasan	
	26 Juni	Tambahkan Pengelasan di tipe keluarga	
	27 Juni	Perbaiki Panchsan	
		Acc sindang hasi)	