

LAMPIRAN



Lampiran 1. Asuhan Keperawatan

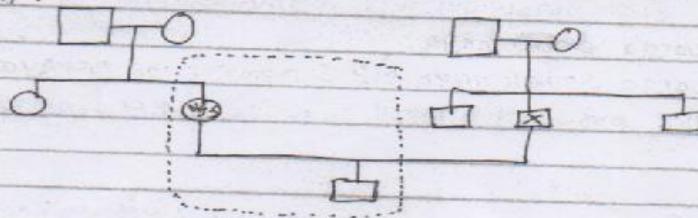
ASUHAN KEPERAWATAN

I. Data Umum :

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

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub. dengan KK	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1.	Ny. S	P	Kepala Keluarga	61	SMP	Kader Posyandu
2.	TMA	L	Anak	24	SMP	Karyawati

Genogram :



Keterangan Genogram

- ◻ : Laki-laki
- : Perempuan
- ✗ : Meninggal

- ◻ = Garis Pernikahan
- = Garis keturunan
- = Tinggal serumah

7. Tipe keluarga : single parents, atau keluarga dengan orangtua tunggal / karena hambaran
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 berrekreasikan apabila ada waktu luang
12. kondisi umum : kondisi pasien saat ini pasien mengeluh pusing tangan kaku dan kesemutan. BP-nya naik turun pernah sampai 150 mm/Hg
13. Riwayat pengobatan dulu : 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

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 terpehuhi :

Tugas keluarga dengan tahap anak mandiri dan lansia. Pada tahap ini keluarga akan ditengah anaknya untuk menikah dan tahap lansia dimana orang tua yang memasuki usia tua.

17. Riwayat Keluarga Inti :

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

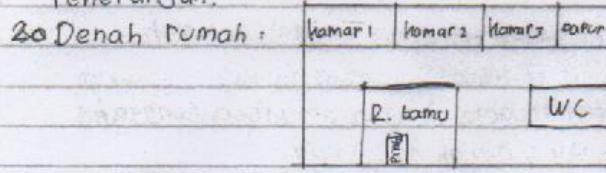
18. Riwayat Keluarga Sebelumnya :

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 disebut ruangan ada penerangan.



21. Karakteristik tetangga dan komunikasi :

Hubungan antara tetangga saling membantu, bila ada tetangga yang melakukan kegiatan dilaksanakan secara tolak melolong.

22. Mobilitas; Geografis keluarga

Ny.S brasanya pergi kegratan dr pasgandu

22. Perkumpulan keluarga dan Interaksi dengan masyarakat:

Ny.S mengadakan Muktika kegiatan RT, seperti Yasinan, arisan Pengajran dan mengikuti kegiatan di Posyandu

23. Sistem Pendukung Keluarga

Tetangga dan saudara sangat peduli akan Pengahit Ny.S

IV. Struktur Keluarga

24. Pola Komunikasi Keluarga:

Ny.S mengatakan pola komunikasinya saling terbuka dan tidak ada yang dicelup-celupi satu sama lain, jika ada masalah akan di musyawarahkan.

25. Struktur Keluarga :

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

26. Struktur Peran Keluarga

Peran Formal: Ny.S sebagai kepala keluarga, TM.A sebagai anak

Peran informal: Ny.S mengatakan bersama mengikuti kegiatan dr Posyandu

27. Nilai dan norma budaya :

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

V. Fungsi Keluarga

28. Fungsi afektif

Keluarga rukun, dan menghargai dari masing-masing perannya

29. Fungsi sosialisasi

Ny.S mengatakan ~~fasilitasi~~ suasana keluarganya hangat dan rukun dan sosialisasi satu sama lain baik

30. Fungi Perawatan keluarga

No	Tugas	Keterangan
1.	Mengenal masalah	Ny.S mengatakan sudah mengetahui penyakitnya.
2.	memeriksakan 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	Ny.S melakukan perawatan terhadap keluarga yang seperti minum obat dari sakit
4.	memeriksa lingkungan	Ny.S selalu menjaga kebersihan rumahnya.
5.	Menggunakan Pelayanan Kesehatan	Ny.S dan keluarga akan membawa keluarga yang sakit ke puskesmas

VII. Stressor dan koping keluarga

31. Stressor Jangka Panjang

Ny. S mengatakan memiliki riwayat hipertensi yang merupakan ~~BB~~ bolongan hipertensi derajat 2. dan diabetes yang tidak terkontrol karena jarang minum obat.

32. Kemampuan keluarga terhadap masalah

Keluarga selalu memeriksakan anggota keluarga yang sakit (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

VIII. 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.	Data subjektif : Pasien mengalami memburai Riwayat Hipertensi. mengalami sakit kepala pada saat bangun tidur	Hipertensi	Risiko Perfusion Serebral Erdal Efekif (D-001)
	Data objektif : TD = 140 / 100 mmHg Nadi = 84 x /menit RR = 20x /menit		
2.	DS : Pasien mengalami memburai riwayat diabetes pernah mencapai 500 mm/dl. Pasien mengalami sering kelelahan dan tangannya pegal. DO : GDS = 264 mm/dl. TD = 130 / 90 mmHg	Gangguan glikosa darah	Kondikstabilitas kadar glikosa darah (D-002)
3.	DS : Pasien mengalami merasa ada kesedihan yang mendalam karena kehilangan suaminya. DO : Pasien tampak emosional dan menangis pada saat melihat rekan tetanggukannya. Pasien tampak marah dan sering termonung	kehilangan anggota hidupnya	Berdarla (D-008)

INTERVENSI

No	Dx Keperawatan	SLH	SIH
1.	Ds: Klien mengalihkan mempunyai riwayat darah tinggi	Perfusi Serebral (L.02014) secelah dilakukan kunjungan	Manajemen Peningkatan Intrakranial (I.06194)
		Mata Perfusi Serebral Ekspektasi Meningkat dengan	Observasi • Identifikasi Penyebab
	DO: TD >140/100 mmHg	Kriteria hasil:	Peningkatan TIK. • monitor tanda/gesala
	Nadi: 84x/ menit RR : 20x /menit	No Indikator R ER	Peningkatan TIK.
	RISIKO Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0011)	1. Sakit kepala 4 5 2. Tekanan darah 4 5 Sistolik * 3. Tekanan darah 4 5 drasitolik	Terapeutik • Minimalkan SEMEDUS dengan menyediakan lingkungan yang tenang. kolaborasi
		Keterangan:	• Kolaborasi; Pemberian obat * antihipertensi, jika perlu
		1. Sakit kepala cukup menurun 2. Tekanan darah sistolik 3. Cukup membantu	• Melakukan Relaksasi OTOT PROGRESIF
2.	Ds: Klien mengalihkan mempunyai darah (L.03022) riwayat darah gula darah tinggi.	Kestabilan kadar glukosa dalam : glukosa darah ekspektasi meningkat dengan kriteria	Manajemen Hiperglikemia (I.03115)
	DO: GDS: 264 TD = 130/90 mmHg BB: 55 kg TB: 150 cm	hasil:	Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia. 2. Monitor kadar glukosa darah Terapeutik
	Gula darah (D.0027)	No Indikator R ER	1. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia dalam darah terapatau memburuk.
		1. Pusing 5 5 2. lelah /lesu 5 5 3. Kadar glukosa 5 5	• Edukasi medis jika tanda dan gejala hiperglikemia dalam darah terapatau memburuk.
		Keterangan : 1. Pusing menurun lelah /lesu menurun Kadar glukosa dalam darah membaik	• Angsurkan monitor kadar gula darah sendiri

No	DX Keperawatan	SLK I	SLK II																				
3.	Berdulta (D.0081)	Tingkat Berdulta (L.09094)	Dukungan Proses berdulta (I.09274)																				
DS:	Klien mengatakan merasa sedih	Setelah dilakukan kunjungan maka diperlukan Tingkat berdulta	Observasi: 1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi																				
DO:	Klien tampak menangis.	Membalik dengan kriteria Hasil:	Terapeutik 1. Tunggulan siap menerima dan empati																				
	Pola tidur berulah	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>I</th> <th>R</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi menerima kehilangan</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Verbalisasi Perasaan sedih</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pola tidur</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p>	No	Indikator	I	R	E	1.	Verbalisasi menerima kehilangan	+	+	+	2.	Verbalisasi Perasaan sedih	+	+	+	3.	Pola tidur	+	+	+	<p>Edukasi:</p> <p>Anurka mengidentifikasi kehilangan</p> <p>terbesar dalam kehilangan.</p>
No	Indikator	I	R	E																			
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	+	+	+																			
2.	Verbalisasi Perasaan sedih	+	+	+																			
3.	Pola tidur	+	+	+																			

Implementasi

No	Har/Tanggal	Dx keterangan	Implementasi	Evaluasi	Respon	Praef
1.	12 Juni 2025	Risiko Perfusion Serebral tidak Efektif (D-0017)	memantau tahanan darah Pasien	S. Pasien mengalihkan memilih riwayat Hipertensi Pasien mengalihkan pusing pada saat bangun tidur. O = TD 140/100 mm Hg	<i>✓</i>	
			melakukan relaksasi, ODOT progresif selama 3 hari;	S. Pasien mengatakan lebih rileks pada saat dilakukan terapi		
				O = TD sebelum 140/100 mm Hg		
				TD sesudah 30/60 min Hg		
2.	12 Juni 2025	Ketidakseabilan kadar gula darah (D-0021)	Mengukur GDS	S. Pasien mengalihkan gula darahnya 9 tinggi		
				O = GDS 264 mm Hg		
			Pentres tentang Pola makan tidak DM	S. Pasien mengatakan ada darah tinggi gula		
				O = 264		
				Pasien tampan koperatif saat dilakukan pentres.		

No	Tanggal	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi / Respon	Kata F
3.	12 Juni 2025	Berduria	mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi;	S: Pasien mengatakan sedih O: Pasien mengangis	✓
1.	13 Juni 2025	Perfusion Serebral Tidak Efektif (D-001)	memoneau TD Pasien Melakukan relaksasi otot progresif	S: Pasien mengatakan badan lebih rileks saat dilakukan terapi O: TD sebelumnya 120/90 mmHg. TD setelahnya 120/80 mm Hg.	✓
2.	13 Juni 2025	Keciduk Stabilitas Kadar glukosa darah.	Mengocok gds	S: Pasien mengatakan kesemutan dan tangan pegal. O: GDS dari 264 mm/dl mengjadi 240mm/dl	✓
3.	13 Juni 2025	Berduria	mengidentifikasi kehilangan yang dihadapi;	Pentes berang S: Pasien mengatakan Pola makan DM Sudah mengurangi makanan manis O: GDS = 240 mm /dl	✓
				S: Pasien mengatakan sedih O: Pasien tampak lebih tegar saat menonton Scamming	

NO	Hari / Tanggal	DK Keperawatan	Implementasi	Evaluasi respon	Poin	
1.	14 Juni 2025	Perfisi Serebral tidak efektif	Melakukan TD pasien	S = Pasien mengalami sakit kepala mulai berkurang O = TD 120/80 mmHg	K	
				Melakukan relaksasi Obat Progesi P	S = Pasien mengalami badannya lebih rileks O = TD Sebelum 140/80 mm Hg TD Setelah 120/80 mm Hg	K
2.	14 Juni 2025	Keerdikan Stabilan Kadar glukosa darah	mengacau gds	S = Pasien mengalami kesemutan dan pegal perkurang O = GDS = 200 mm/dL	K	
				Pertanya tentang polamakan DM	S = Pasien Sudah mengurangi makanan manis O = GDS = 200 mm/dL	
3.	14 Jun 2025	berduka	mengidemefikasi kehilangan yang dihadapi	S = Pasien mengalami sudah hilang dan sudah menerima atau kehilangan Scanning	K	
				O = Pasien sudah tidak menangis dan sudah tidak mung saat ditanya tentang scanning		

Evaluasi:

No	Tanggal	PX - Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Prioritas
1.	12 Juni 2025	Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif	S: Pasien mengatakan merasa pusing, tangan kaku pada saat bangun tidur. O: TD 640 /100 mlntg	✓

A: Risiko perfus i meningkat

No	Indikator	IR	ER
1.	sakit kepala	4	5
2.	Tekanan darah	4	5
	Liseotilis	4	
3.	Tekanan darah	4	5
	diastotilis	4	5

P: Kolaborasi Pemberian obat anti hipertensi lanjutkan Intervensi

2.	12 Juni 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S: Pasien mengatakan gula darahnya masih naik turun	✓
----	--------------	-------------------------------------	---	---

O: GRS 264 mg/dL

A: Kegagalan stabilisasi kadar glukosa darah meningkat

No	Indikator	IR	ER
1.	pusing	4	5
2.	lelah/lesu	4	5
3.	kadar glukosa dalam darah	4	5

P: Monitor kadar glukosa darah lanjutkan Intervensi

Evaluasi

No	Tanggal	Dx Kepenyakit	Evaluasi (SOAP)	Pada																
3.	12 Juli 2025	Berduka	S. Pasien mengakibatkan perasaan kehilangan Scoringnya																	
			O: Pasien tampak sedih saat menyertakan tentang Scoringnya	✓																
			A: Tingkat berduka membahik																	
			<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>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Verbalisasi; perasaan sedih</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pola tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Ir	Er	1.	Verbalisasi menerima kehilangan	4	5	2.	Verbalisasi; perasaan sedih	4	5	3.	Pola tidur	4	5	
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 membahik																	
			2. Verbalisasi; perasaan sedih Cukup membahik																	
			3. Pola tidur Cukup membahik																	
			P: Mampu mengungkapkan perasaan secara verbal Langkah tifereensi Intervensi																	

EVALUASI

No	Tanggal	Px Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Prioritas																								
1.	13 Juni 2025	Risiko Perfusi Serebral Gidak Efektif	S: Pasien mengalami pusing dan malu ditanya sudah mulai berterang O: TD: 130 / 80 Asam Urat: 6.6	A																								
			A: Risiko Perfusi																									
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>W</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</td><td>9</td><td>5</td></tr> <tr> <td></td><td>Sistolik</td><td></td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Tekanan darah</td><td>9</td><td>5</td></tr> <tr> <td></td><td>drastis</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	No	Indikator	W	er	1.	Sakit kepala	4	5	2.	Tekanan darah	9	5		Sistolik		5	3.	Tekanan darah	9	5		drastis			
No	Indikator	W	er																									
1.	Sakit kepala	4	5																									
2.	Tekanan darah	9	5																									
	Sistolik		5																									
3.	Tekanan darah	9	5																									
	drastis																											
			Keterangan																									
			1. Sakit kepala Caur menurun 2. Tekanan darah sistolik Cair membali 3. Tekanan darah drastis Cair membali																									
			P: Langkah Intervensi:																									
2.	13 Juni 2025	Ketidak seimbang kadar glukosa darah	S: Pasien mengalami sedih mengurangi makanan yang manis manis																									
			O: GDS: 240 mg/dL																									
			A: Ketidak seimbang kadar glukosa darah																									
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>W</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>9</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Kadar glukosa darah</td><td>9</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	No	Indikator	W	er	1.	Pusing	4	5	2.	lelah / lesu	9	5	3.	Kadar glukosa darah	9	5									
No	Indikator	W	er																									
1.	Pusing	4	5																									
2.	lelah / lesu	9	5																									
3.	Kadar glukosa darah	9	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 kematian suaminya.												
			O: Pasien tampak lebih tenang												
		A: Tingkat berduka													
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Ircah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi menerima kehilangan</td> <td>4 5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Verbalisasi Perasaan sedih</td> <td>4 5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pola Tidur</td> <td>4 5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Ircah	1.	Verbalisasi menerima kehilangan	4 5	2.	Verbalisasi Perasaan sedih	4 5	3.	Pola Tidur	4 5
No	Indikator	Ircah													
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	4 5													
2.	Verbalisasi Perasaan sedih	4 5													
3.	Pola Tidur	4 5													
			Keterangan:												
			1. Verbalisasi menerima kehilangan Cukup membantu												
			2. Verbalisasi Perasaan sedih Cukup membantu												
			3. Pola Tidur Cukup membantu												
			P: lanjutkan Intervensi												

1. 14 Juni 2015 ~~RISIHO~~ S: Kehilangan pusing sudah berkecang

Pertusi Serebral

Tidak Efektif O = TD 120 / 80

A. Risiho Pertusi

plus tidak normal

No	Indikator	Ir	en
1.	Salin Kepala	5	5
2.	tekanan darah sistolik	5	5
3.	tekanan darah diastolik	5	5

Keterangan

1. Salin Kepala menurun

2. tekanan darah sistolik ^{membalik} menurun

3. tekanan darah diastolik menurun

P: tahanlah geratis

hentikan Intervensi

2. Keadaan Stabil S: Pasien mengeluhkan sedih

Kadar glukosa mengintangi makanan manis

darah

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 menurun

P: hentikan Intervensi

3

berduka

S: Pasien tampak sudah
menangis dan tidak
berbicara lagi

O: Pasien tampak sudah tidak
menangis saat menceritakan
kejadianya.

A:

No	Indikator	Interval
1.	Verbalisasi menerima kehilangan	5 - 5
2.	Verbalisasi perasaan sedih	5 - 5
3.	Pola tidur	5 - 5

Keterangan

1. Verbalisasi menerima
kehilangan membaik
2. Verbalisasi perasaan
sedih membaik
3. pola tidur membaik

P:

Masalah teratasi dengan
intervensi

Lampiran 2 Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN PASIEN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Somorei

Umur : 61 tahun

Agama : Islam

Pekerjaan : Wader Pasgando

Alamat : Karang Galur 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

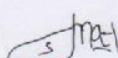
NIM : 106122011

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

I

Lampiran 3. SOP Relaksasi Otot Progresif

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI RELAKASI OTOT PROGRESIF

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI RELAKASI OTOT PROGRESIF
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">1. Mengontrol tekanan darah2. Menurunkan ketegangan otot3. Menurunkan stress atau kecemasan4. Mengurangi rasa sakit5. Menurunkan sesak
Persiapan Latihan	<ol style="list-style-type: none">1. Latihan ditempat yang tenang2. Memakai pakaian yang tidak tebal, alas kaki dilepas.3. Hindari makan, minum dan merokok selama lama latihan, usahakan latihan sebelum makan, tidak boleh latihan setelah minum alkohol.4. Dilakukan dengan posisi duduk5. Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan6. 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 dilatih7. Setiap gerakan dilakukan 2 kali Latihan8. Latihan membutuhkan waktu 15-20 menit
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">1. Pasien dengan gangguan otot dan jaringan2. Peningkatan tekanan intracranial3. Mempunyai Riwayat penyakit arteri koronaria yang berat
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none">a. Menggenggam kedua tangan dengan erat, rasakan tegangan, lepaskan gegaman, dan rasakan rileks

	<p>selama 10 detik.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. c. Mengepalkan kedua tangan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak dengan menekuk lengan, sehingga otot- otot menjadi tegang, tahan sebentar dan kemudian dilemaskan. 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. e. Mengerutkan dahi semaksimal mungkin sampai otot dahi merasa tegang dan kulit mengerut, tahan sebentar kemudian lemaskan. f. Memejamkan mata kuat- kuat sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata, tahan sebentar kemudian lemaskan. g. Mengatupkan rahang, diikuti dengan merasakan ketegangan di sekitar otot – otot rahang tahan sebentar kemudian dan lemaskan. h. Bibir dimoncongkan sekuat - kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan sekitar mulut tahan sebentar dan lemaskan. i. Meletakan kepala pada sandaran kursi, kemudian pasien diminta untuk menekankan kepala pada permukaan sandaran kursi (jika sandaran kursi setinggi kepala), atau menekankan 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. j. Menundukkan kepala atau menyentuhkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka, tahan sebentar dan kemudian lemaskan. 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.
--	--

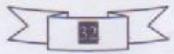
	<ol style="list-style-type: none">l. Menegangkan otot dada dengan menarik napas panjang dan dalam semaksimal mungkin, tahan sebentar dan kemudian menghembuskan napas sambil melepaskan otot dada.m. Menarik kuat - kuat perut ke dalam sampai perut menjadi kencang dan kemudian lemaskan.n. Meluruskan kedua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

Lampiran 4. Look Book Konsultasi

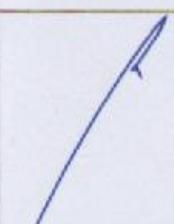
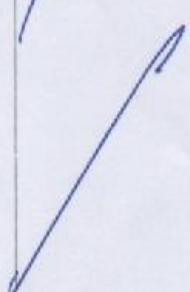
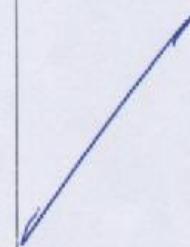
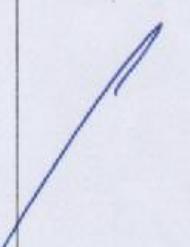
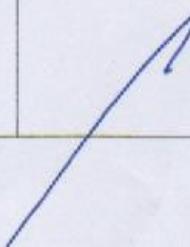
Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

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

Σ 

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	20 Mei 2025	Konsultasi Jadul Langue 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"> - Problema - gigitan Cacing (pisher) - Akup Reguler by otitis media dengan telung. - Monitorisasi kognisi dan fungsi otak 	af
	25 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none"> - EVO. - Perbaikan, perlu lebih diperbaikkan klasifikasi berdasarkan faktor-faktor yg berpengaruh - Gubahan terapi Relaksasi dan progresif cerasa ini sebelum pertemuan terapi tsb. 	af

Lampiran 8:

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	25 Juni	Perbaiki Askter dan tambah Penjelasan	
	26 Juni	Tambahkan Pengelasan di tipe kelengga	
	27 Juni	Perbaiki Penjelasan ACC sindang hasil	

