

LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent (Lembar Persetujuan)

INFORMED CONSENT

(LEMBAR PESETUJUAN MENJADI SUBYEK STUDI KASUS)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. N

Jenis Kelamin (L/P) : Perempuan

Umur/Tgl Lahir : 63 Tahun / 11 Maret 1960

Alamat : Jalan Sariwangi , Cimahi, Jawa Barat

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukan tindakan keperawatan berupa Penerapan *Slow Stroke Back Massage*. Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Bandung, April 2023

Perawat/Pelaksana

Ttd

Yang membuat pernyataan,

Ttd

(.....)

(.....)

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur *Slow Stroke Back Massage*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

SLOW STROKE BACK MASSAGE

A. Deskripsi

Merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan di bawahnya dengan usapan lambat yang berirama menggunakan tangan dengan durasi 60 gosokan per menit dalam waktu 3 - 10 menit.

B. Manfaat

1. Menurunkan ketegangan otot
2. Meningkatkan sirkulasi darah
3. Menurunkan tekanan darah
4. Menurunkan nyeri
5. Menurunkan kecemasan
6. Memberikan kenyamanan
7. Meningkatkan relaksasi.

C. Indikasi

1. Klien yang mengalami nyeri/ketidaknyamanan
2. Klien yang mengalami ansietas
3. Klien dengan keluhan kekakuan dan ketegangan otot di punggung

4. Klien dengan kesulitan tidur.

D. Kontraindikasi

1. Fraktur tulang rusuk atau vertebra
2. Luka bakar
3. Daerah kemerahan pada kulit
4. Luka terbuka pada daerah punggung.

E. Persiapan Alat

1. Selimut mandi
2. Handuk mandi
3. Lotion, bedak, baby oil, minyak zaitun.

F. Persiapan Lingkungan

1. Persiapan tempat
2. Persiapan posisi klien
3. Persiapan ruangan.

G. Persiapan Klien

1. Mengatur posisi klien
2. Mengkaji kondisi klien.

H. Persiapan Perawat

1. Beri salam dan perkenalkan diri
2. Kaji kondisi klien
3. Jaga privasi klien
4. Jelaskan tujuan pemberian intervensi

5. Mencuci tangan.

I. Cara Kerja (Sukowati, 2017)



1. Beritahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai
2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman
3. Cek alat - alat yang akan digunakan
4. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur klien
5. Posisikan klien senyaman mungkin
6. Cuci tangan
7. Periksa keadaan kulit punggung klien sebelum memulai tindakan
8. Bantu klien melepas baju
9. Bantu klien dengan posisi pronasi
10. Buka punggung klien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi
11. Aplikasikan lubrikan atau lotion pada bagian bahu dan punggung klien
12. Meletakkan tangan pada bokong kemudian mulai masase dengan gerakan melingkar
13. Usapan dilakukan ke atas dari bokong ke bahu. Masase di atas skapula dengan gerakan lembut dan tegas.
14. Melanjutkan ke arah lengan atas dalam satu usapan lembut secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah ke puncak iliaka.
15. Mengulangi gerakan yang sama tanpa melepaskan tangan dari kulit hingga masase selesai dilakukan

16. Akhiri gerakan dengan masase memanjang ke bawah
17. Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk
18. Bantu klien memakai baju kembali
19. Bantu klien ke posisi semula
20. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai
21. Bereskan alat - alat yang telah digunakan
22. Kaji respon klien
23. Berikan reinforcement positif pada klien
24. Akhiri kegiatan dengan baik.








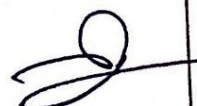


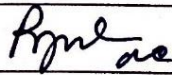


J. Evaluasi



1. Evaluasi respon klien
2. Berikan *reinforcement* (penguatan) positif
3. Akhiri pertemuan dengan baik.

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	













Nama Mahasiswa : Ika Putri Meira
 NIM : 1173 20120034
 Nama Pembimbing : Bapak Drs. H. Supriadi, Stp., M.kep., Sp.kom
 Judul KTI : Asuhan keperawatan gerontik Dengan Masalah Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif.



NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Selasa, 26/ 01/2023	Bimbingan perdana + judul.		 Ika Putri	
2.	Rabu, 01/ 02/2023	Pengajuan judul + Lanjut BAB 1.		 Ika Putri	
3.	Senin, 06/ 02/2023	Revisi BAB 1 + Lanjut BAB 2.		 Ika Putri	
4.	Kamis, 23/ 02/2023	Revisi BAB 2 + Lanjut BAB 3.		 Ika Putri	
5.	Jumat, 03/ 03/2023	Revisi BAB 3.		 Ika Putri	
6.	Rabu, 29/ 3/2023	Konsultasi BAB 3.		 Ika Putri	

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa
 NIM
 Nama Pembimbing
 Judul KTI

: Ika Putri Meira
 : 19220120034
 : Bapak Drs. H. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kem
 : Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Masalah
 Risiko Perforasi Serebral Tidak Epaktif

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Kabu, 31/ 5/2023	Revisi Askep			
2	Kamis, 01/ 06/2023	Revisi Askep Intervensi, Evaluasi BAB IV			
3	Jum'at 02/ 06/2023	Revisi BAB IV dan BAB V			
4	Sabtu, 03/ 06/2023	Revisi BAB IV dan BAB V			
5	Senin, 05/ 06/2023	Revisi Askep BAB IV			
6	Selasa, 06/ 06/2023	Perbaikan KTI			

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa
 NIM
 Nama Pembimbing
 Judul KTI

: Ika Putri Meira
 : 11320120034
 : Bapak Achmad Husni, SKM., M.Kep
 : Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Masalah
 Risiko Perputi Cerebral Tidak Efektif.

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Kabu, 29/ 9/2023	Konsultasi BAB 3.		<i>Ika Putri</i> Ika Putri	<i>f</i>
2.	kamis, 01/ 06/2023	Revisi Askep		<i>Ika Putri</i>	<i>f</i>
3.	Jumat 02/ 06/2023	Revisi Askep inter- vensi & evaluasi		<i>Ika Putri</i>	<i>f</i>
4.	sabtu, 03/ 06/2023	Revisi BAB IV dan BAB V		<i>Ika Putri</i>	<i>f</i>
5.	senin, 05/ 06/2023	Revisi Askep BAB V		<i>Ika Putri</i>	<i>f</i>
6.	selasa 06/ 06/2023	Perbaikan KTI		<i>Ika Putri</i>	<i>f</i>

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Ny. N

1. Pengkajian

a. Biodata Diri

Nama : Ny. N
Alamat : Jalan Sariwangi, Cimahi, Jawa Barat
Tempat/Tgl Lahir : 11 Maret 1960 / 63 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku : Sunda
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Menikah
Tanggal masuk panti : Januari 2023
Tanggal pengkajian : 11 April 2023

Orang yang dapat dihubungi :

Nama : Zuni
Alamat : Jalan Sariwangi, Cimahi, Jawa Barat

b. Biodata Keluarga

Pasangan :
Hidup : Meninggal
Status kesehatan
Umur : 63 Tahun
Pekerjaan : -

Meninggal : Iya
Thn Meninggal : Juni 2022
Penyebab Kematian : Penyakit Jantung

Anak – anak

Hidup :

1. Denhi
2. Zuni
3. Elyani

Meninggal : -

Tahun meninggal : -

Penyebab Kematian : -

c. Riwayat Pekerjaan

1. Pekerjaan saat ini : Memasak di wisma lansia
2. Pekerjaan sebelumnya : Memasak di panti bayi
3. Sumber pendapatan : Pekerjaan saat ini

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien adalah anak kedua dari 4 bersaudara. Klien sudah menikah namun suaminya telah meninggal 1 tahun yang lalu karena mengidap penyakit jantung. Klien memiliki 3 anak, Ny. N tinggal bersama dengan anak kedua yang bernama Zuni. Ny. N mengalami hipertensi sejak 1 tahun yang lalu.

3. Riwayat Lingkungan Hidup

Tempat tinggal : Pondok Balita Adeirma
Jumlah tingkat : Tingkat 2
Jumlah orang yang tinggal : 2 Orang
Derajat privasi : Diperhatikan oleh lingkungan rumahnya
Tetangga terdekat : Teh Nopi
Alamat : Jalan Kartika Raya no.1

4. Riwayat Rekreasi

Hobi : Jalan-jalan
Keanggotaan organisasi : -
Liburan/perjalanan : Rumah cucu

5. Sumber/sistem pendukung yang digunakan

- a. Rumah sakit : Dekat dari panti
- b. Puskesmas : Puskesmas Kec. Geger Kalong
- c. Klinik : Dekat dari panti
- d. Pelayanan kes. Di rumah : Dekat dari panti
- e. Layanan/pesanan makanan : Dekat dari panti

6. Kebiasaan Ritual

- a. Kegiatan keagamaan : Klien masih bisa beribadah 5 waktu dan mengikuti pengajian di masjid.
- b. Keyakinan terhadap kematian : Klien mengatakan kematian pasti akan dilalui oleh setiap orang dan kapan, bagaimana, dimana itu sudah tertulis di lauhul mahfuz dan hanya Allah SWT yang mengetahuinya.
- c. Harapan akan kematian : Klien berharap dapat meninggal dalam keadaan husnul khotimah.

7. Status kesehatan masa lalu

- a. Penyakit masa Kanak-kanak : Tidak ada
- b. Penyakit serius/kronis : Tidak ada
- c. Perawatan di Rumah Sakit : Lambung selama 1 minggu
- d. Operasi : Tidak ada
- e. Riwayat Obstetri : Tidak ada

8. Status Kesehatan saat ini

Keluhan Utama : nyeri daerah tengkuk

Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengalami hipertensi

Keadaan Umum : Composmentis, GCS 15 (E:4, M:6, V:5)

TTV : TD : 160/90 mmHg, RR : 22x/menit, N : 92x/menit, S : 36.7 °C

Kelelahan : Tidak ada

Perubahan BB 1 tahun yg lalu : 61 kg

Nafsu makan : Ada

Kesulitan tidur : Tidak ada

Keringat malam : Tidak ada

Sering filek/infeksi : Tidak ada

Penilaian terhadap kesehatannya : Klien mengatakan agar terus sehat

Kemampuan ADL : Klien masih dapat mandi, makan, BAB, BAK secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala dan leher : Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih, dan tidak ada kelainan.
- b. Mata : Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih kanan dan kiri, konjunktiva anemis dan sklera tidak ikterik, kelopak mata tidak ada pembengkakan, adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan.
- c. Telinga : Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri, lubang telinga bersih, pendengaran berfungsi dengan baik.
- d. Hidung dan sinus : Tidak ada pernafasan cuping hidung, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip.
- e. Mulut dan tenggorokan : Keadaan mukosa bibir kering dan pucat, tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah.
- f. Pernapasan : Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.

- g. Kardiovaskuler : Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis, palpasi iktus kordis teraba hangat, tangan dan kaki bisa digerakkan dengan normal, sendi normal, . Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.
- h. Gastrointestinal : Tidak terdapat adanya kesulitan menelan, nafsu makan ada, dan tidak ada mual muntah.
- i. Perkemihan : Kebersihan genitalia bersih, tidak ada keluhan kencing, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1300 ml/hari warna kuning pekat, tidak ada nyeri tekan.
- j. Payudara : keadaan payudara normal, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan.
- k. Genitireproduksi : keluhan tidak ada, siklus menstruasi lancar, riwayat persalinan normal, abortus tidak ada, pengeluaran pervagina normal.
- l. Muskuloskeletal dan Integumen : Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, dan tidak menggunakan traksi.
- m. Persyarafan : Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang baik, saraf sensori nyeri tusuk.

Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :

- 1) N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan
 - 2) N II (optikus) : jarak pandang baik
 - 3) NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil
 - 4) N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
 - 5) N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah
 - 6) N VI (abduksen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
 - 7) N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa baik
 - 8) NVIII(vestibulotroklearis) : pendengaran baik
 - 9) NIX (glosofaringeus) : tidak ada nyeri telan
 - 10) N X (vagus) : bisa mengucapkan “ah” dan menelan saliva
 - 11) N XI (aksesorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan
 - 12) NXII (hipoglosus) : bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri, fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-).
- n. Endokrin : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

9. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

1) Status Emosi

Emosi klien stabil

2) Kecemasan

Klien mengatakan tidak mengalami kecemasan

3) Pola Koping

Klien mengatakan ia hanya bisa berdoa untuk keadaannya sekarang agar selalu diberi kesehatan

4) Gaya Komunikasi

Klien berbicara lancar dengan volume suara normal, sehari-hari menggunakan Bahasa Indonesia dan Bahasa Sunda.

5) Konsep Diri

a) Body Image

Klien mengatakan bersyukur dengan bentuk tubuhnya.

b) Ideal Diri

Klien berharap agar terus sehat.

c) Harga Diri

Klien tidak malu dengan kondisinya tetapi merasa terganggu.

d) Data Sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, klien juga merupakan lansia yang cukup aktif.

b. Spiritual

1) Keyakinan dalam hidup

Klien mengatakan hidup ini bermakna, klien yakin kondisi yang ia alami saat ini merupakan ketentuan yang diatur oleh Yang Maha Kuasa.

2) Optimisme terhadap penyembuhan

Klien mengatakan jika dirinya ingin sehat, walaupun tidak secepat dahulu.

3) Gangguan dalam menjalankan ibadah

Klien selalu melaksanakan ibadah shalat 5 waktu dan ibadah lainnya tanpa hambatan.

10. Skala Morse/Morse Falls Scale (MFS)

No	Pengkajian	Skor	Nilai
1	Riwayat jatuh : Apakah klien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Ya : 25 Tidak : 0	0
2	Diagnosa sekunder : Apakah klien memiliki lebih dari satu penyakit?	Ya : 15 Tidak : 0	15
3	Alat bantu jalan: - Bed rest/dibantu perawat : 0 - Kruk/tongkat walker : 15 - Berpegangan pada benda-benda sekitar : 30		0
4	Terapi intravena : Apakah saat ini klien terpasang infus?	Ya : 20 Tidak : 0	0
5	Gaya berjalan/cara berpindah: - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) : 0 - Lemah (tidak bertenaga) : 10 - Gangguan/tidak normal (pincang/diseret) : 20		0
6	Status mental: - Klien menyadari kondisi dirinya : 0 - Klien mengalami keterbatasan daya ingat : 15		0

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 24 : Tidak resiko jatuh
- b. 25 - 50 : Tingkat resiko jatuh rendah
- c. > 51 : Tingkat resiko jatuh tinggi.

Hasil: 15, Ny. N tidak beresiko jatuh.

11. Pengkajian Emosi

a. Pengkajian tahap 1

- 1. Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak
- 2. Apakah klien sering merasa gelisah? Ya
- 3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Ya
- 4. Apakah klien sering was-was atau khawatir? Ya

b. Pengkajian tahap 2

- 1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
Tidak
- 2. Ada masalah atau banyak pikiran? Tidak
- 3. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? Tidak
- 4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? Tidak
- 5. Cenderung mengurung diri? Tidak

12. Pengkajian Fungsional (KATS Indeks)

- a. Kemandirian dalam mandi : Ya
- b. Kemandirian dalam berpakaian : Ya
- c. Kemandirian pergi ke kamar mandi : Ya
- d. Kemandirian dalam berpindah : Ya
- e. Kemandirian dalam kontinen : Ya
- f. Kemandirian dalam makan : Ya

13. Pengkajian Tingkat Kemandirian (Barthel Indeks Modif)

No	Kriteria	Dibantu	Mandiri	Nilai	Keterangan
1.	Makan	5	10	10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 3 porsi Jenis : nasi, lauk, sayur
2.	Minum	5	10	10	Frekuensi : 6 gelas/hari Jumlah : 700 ml Jenis : air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5 - 10	15	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5	Frekuensi : 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10	Frekuensi :
6.	Mandi	5	15	15	Frekuensi : 2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar	0	5	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : padat

11.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	10	Frekuensi : 5x/hari Warna : kuning urine
12.	Olahraga/latihan	5	10	10	Frekuensi : 1x/hari Jenis : senam
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	10	Jenis : jalan- jalan Frekuensi : tentatif

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 20 : Ketergantungan
- b. 21 - 61 : Ketergantungan berat/sangat tergantung
- c. 62 - 90 : Ketergantungan berat
- d. 91 - 99 : Ketergantungan ringan.

Hasil: 130, Ny. N tidak ketergantungan/masih dapat mandiri.

14. Pengkajian Status Mental (SPMSQ)

No	Aspek yang Ditanyakan	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini?	✓	
2.	Hari apa sekarang?	✓	
3.	Apa nama tempat ini?	✓	
4.	Berapa nomor telepon anda?	✓	
5.	Berapa umur anda?	✓	
6.	Kapan anda lahir?	✓	
7.	Siapa Presiden Indonesia sekarang?	✓	
8.	Siapa Presiden sebelumnya?	✓	
9.	Siapa nama kecil ibu anda?	✓	
10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun	✓	

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 2 : Fungsi intelektual utuh
- b. 3 - 4 : Kerusakan fungsi intelektual ringan
- c. 5 - 7 : Kerusakan fungsi intelektual sedang
- d. 8 - 10 : Kerusakan fungsi intelektual berat.

Hasil: 0, Ny. N memiliki fungsi intelektual utuh.

15. Pengkajian Aspek Kognitif (MMSE)

No.	Aspek Kognitif	Skor	Nilai	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : a. Tahun b. Musim c. Tanggal d. Hari e. Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada ? a. Negara Indonesia b. Propinsi Jawa Barat c. Kota Bandung d. PSTW Asuhan Bunda e. Wisma J. Soenarti Nasution
2.	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) a. Pulpen b. Buku c. Rak
3.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat. a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65
4.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek.
5.	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. a. (Misal jam tangan)

-
- b. (Misal pensil)
Minta klien untuk mengulang kata berikut :
”tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar,
nilai satu point.
- a. Pernyataan benar 2 buah : tak ada tetapi.
Minta klien untuk mengikuti perintah berikut
yang terdiri dari 3 langkah :
”Ambil kertas di tangan Anda, lipat dua dan
taruh di lantai”.
- a. Ambil kertas di tangan Anda
b. Lipat dua
c. Taruh di lantai
- Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila
aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)
- a. ”Tutup mata Anda”
- Perintahkan pada klien untuk menulis satu
kalimat dan menyalin gambar
- a. Tulis satu kalimat
b. Menyalin gambar.
-

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 24 - 30 : Normal
- b. 17 - 23 : Probable gangguan kognitif
- c. 0 - 16 : Definitif gangguan kognitif.

Hasil: 30, Ny. N tidak memiliki gangguan kognitif.

16. Pengkajian Keseimbangan

No	Tes Koordinasi	Nilai
1.	Berdiri dengan postur normal	4
2.	Berdiri dengan postur normal, menutup mata	4
3.	Berdiri dengan kaki rapat	4
4.	Berdiri dengan satu kaki	4
5.	Berdiri, fleksi trunk dan berdiri ke posisi netral	4
6.	Berdiri, lateral dan fleksi trunk	4
7.	Berjalan, tempatkan tumit salah satu kaki didepan jari kaki yang lain	4
8.	Berjalan sepanjang garis lurus	4
9.	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai	4
10.	Berjalan menyamping	4
11.	Berjalan mundur	4
12.	Berjalan mengikuti lingkaran	4
13.	Berjalan pada tumit	4
14.	Berjalan dengan ujung kaki	4

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 1 : Tidak mampu melakukan aktifitas
- b. 2 : Mampu melakukan aktifitas dengan bantuan maksimal
- c. 3 : Mampu melakukan aktifitas dengan bantuan
- d. 4 : Mampu melakukan aktifitas dengan lengkap.

Nilai akhir:

- a. 0 - 13 : Tidak mampu melakukan
- b. 14 - 27 : Mampu melakukan bantuan maksimal
- c. 28 - 41 : Mampu melakukan sedikit bantuan
- d. 42 - 56 : Mampu melakukan aktifitas.

Hasil: 56, Ny. N mampu melakukan aktifitas secara mandiri.

17. Pengkajian Sosial (APGAR)

No	Aspek yang Dinilai	Nilai
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman (Adaptation)	2
2.	Saya puas bahwa keluarga/teman-teman membicarakan sesuatu dengan saya (Partnership)	2
3.	Saya puas bahwa keluarga/teman-teman mendukung keinginan saya (Growth)	2
4.	Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya (Affection)	2
5.	Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama (Resolve)	2

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 0 : Hampir pernah
- b. 1 : Kadang-kadang
- c. 2 : Selalu

Nilai akhir:

- a. 0 - 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- b. 4 - 6 : Disfungsi keluarga sedang
- c. 7 - 10 : Fungsi keluarga baik.

Hasil: 10, Ny. N memiliki fungsi keluarga yang baik.

18. Pengkajian Hasil Laboratorium dan Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21/3/2023:

- a. Leukosit 11,52
103/ul
- b. Eritrosit 4,53
10⁶/ul
- c. Hb 13.0 g/dl
- d. Hematokrit 38,6 %

19. Inventari Depresi Beck (IDB)

No	Aspek yang Dinilai	Nilai
1.	Kesedihan	1
2.	Fesimisme	0
3.	Rasa kegagalan	1
4.	Ketidak-puasan	1
5.	Rasa bersalah	2
6.	Tidak menyukai diri sendiri	0
7.	Membayangkan diri sendiri	0

8.	Menarik diri	0
9.	Keragu-raguan	0
10.	Perubahan gambaran diri	2
11.	Kesulitan kerja	0
12.	Keletihan	3
13.	Anoreksia	0

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 0 : Tidak pernah
- b. 1 : Hampir pernah
- c. 2 : Kadang-kadang
- d. 3 : Selalu

Nilai akhir:

- a. 0 - 4 : Tidak ada depresi atau minimal
- b. 5 - 7 : Depresi ringan
- c. 8 - 15 : Depresi sedang
- d. > 16 : Depresi berat.

Hasil: 10, Ny. N memiliki depresi sedang.

20. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS :	Kerusakan vaskuler pada pembuluh darah	Risiko perfusi serebral tidak efektif
- Klien mengeluh sering merasa sakit kepala	↓	
- Klien mengeluh merasa cepat lelah	Perubahan struktur	
- Klien mengeluh tengkuk tegang	↓	
DO :	Penyumbatan pembuluh darah	
- Klien tampak lelah	Vasokonstriksi	
- Klien tampak gelisah	Gangguan sirkulasi	
	↓	
	Suplai O ₂ otak menurun	
	↓	

Risiko perfusi serebral tidak efektif		
DS : - Klien mengeluh nyeri di bagian tengkuk/belakang kepala	Kerusakan vaskuler pada pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi Gangguan sirkulasi ↓ Suplai O ₂ otak menurun ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat	Nyeri akut
DO : - Klien tampak meringis		

21. Diagnosa Keperawatan







- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
- b. Nyeri akut b.d iskemia d.d klien mengeluh nyeri










22. Perencanaan Keperawatan










Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran meningkat - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik - Tekanan intra kranial membaik.	- Observasi tanda - tanda vital - Monitor MAP (mean arterial pressure) - Berikan posisi semi fowler - Berikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> .	- Untuk mendeteksi penurunan perfusi serebral - Untuk memeriksa apakah aliran darah tercukupi dengan baik - Untuk membantu mengurangi sesak napas - Untuk membantu menurunkan tekanan darah.
Nyeri akut	Setelah dilakukan intervensi keperawatan	- Identifikasi lokasi,	- Untuk mengetahui

selama 5 x 6 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri. 	<ul style="list-style-type: none"> - lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. - Agar mengetahui tingkat cedera yang dirasakan klien.
--	---	---	---

23. Implementasi Keperawatan



Hari/Tanggal	DX	Implementasi	Paraf
11 April 2023 13.00	1	Mengobservasi tanda - tanda vital E/ TD : 160/90 mmHg RR : 22x/menit N : 92x/menit S : 36.7 °C	 Ika Putri
13.10	1	Memonitor MAP (mean arterial pressure) E/ $1/3.160 + 2/3.90 = 113$ mmHg	 Ika Putri
13.20	2	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri E/ Klien mengatakan letak nyeri terdapat pada area tengkuk	 Ika Putri
15.30	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan skala nyeri 6	 Ika Putri
15.40	1	Memberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> E/ Klien mengatakan nyeri berkurang	 Ika Putri
15.55	1	Memberikan posisi semi fowler E/ Klien tampak nyaman	 Ika Putri

16.00	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan setelah diberikan terapi skala nyeri berkurang menjadi 4	 Ika Putri
12 April 2023 13.00	1	Mengobservasi tanda - tanda vital E/ TD : 150/90 mmHg RR : 20x/menit N : 86x/menit S : 36.7 °C	 Ika Putri
15.30	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan skala nyeri 4	 Ika Putri
15.40	1	Memberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> E/ Klien mengatakan nyeri berkurang	 Ika Putri
15.55	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan setelah diberikan terapi skala nyeri berkurang menjadi 3	 Ika Putri
13 April 2023 13.00	1	Mengobservasi tanda - tanda vital E/ TD : 140/80 mmHg RR : 20x/menit N : 80x/menit S : 36.6 °C	 Ika Putri
15.30	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan skala nyeri 3	 Ika Putri
15.40	1	Memberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> E/ Klien mengatakan nyeri berkurang	 Ika Putri
15.55	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan setelah diberikan terapi skala nyeri berkurang menjadi 2	 Ika Putri

14 April 2023 13.00	1	Mengobservasi tanda - tanda vital E/ TD : 135/80 mmHg RR : 22x/menit N : 88x/menit S : 36.8 °C	 Ika Putri
15.30	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan skala nyeri 2	 Ika Putri
15.40	1	Memberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> E/ Klien mengatakan nyeri berkurang	 Ika Putri
15.55	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan setelah diberikan terapi skala nyeri berkurang menjadi 1 dan nyeri sudah tidak lagi terasa	 Ika Putri
15 April 2023 13.00	1	Mengobservasi tanda - tanda vital E/ TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 72x/menit S : 36.5°C	 Ika Putri
15.30	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan skala nyeri 1	 Ika Putri
15.40	1	Memberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> E/ Klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri	 Ika Putri
15.55	2	Mengidentifikasi skala nyeri E/ Klien mengatakan setelah diberikan terapi skala nyeri berkurang dan nyeri sudah tidak lagi terasa	 Ika Putri
16.30	1	Memonitor MAP (mean arterial pressure)	 Ika Putri

E/ $1/3 \cdot 130 + 2/3 \cdot 90 =$
 103 mmHg (MAP
 normal).

24. Evaluasi

Hari/Tanggal	DX	Evaluasi	Paraf
13 April 2023	1	S : - TTV: TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 72x/menit S : 36.5° C - Klien mengatakan sakit kepala menurun - Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik O : Klien tidak tampak gelisah A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Ika Putri
13 April 2023	2	S : Klien mengatakan nyeri menurun / berkurang O : - Klien tidak tampak meringis - Klien tidak tampak gelisah A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	 Ika Putri

Lampiran 5 Dokumentasi Tindakan Asuhan Keperawatan

Dokumentasi Terapi Slow Stroke Back Massage



Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Ika Putri Meira Ningsih Pulungan

NIM : P17320120034

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir : Bekasi, 20 Mei 2002

Agama : Islam

Alamat : Taman Alamanda 2 Blok EF1 No. 07 RT.07/10, Kec.

Mustika Jaya, Kel. Mustika Sari, Kota Bekasi, Jawa Barat.

B. Pendidikan

Tingkat Sekolah	Nama Sekolah	Tahun
SD	SDN Mustika Jaya 2	2008 - 2014
SMP	SMP Negeri 2 Bekasi	2014 - 2017
SMA	SMA Negeri 19 Bekasi	2017 - 2020
D3 Keperawatan	Poltekkes Bandung	2020 - 2023