

LAMPIRAN

1. SOP Pengukuran Tekanan Darah

	<p style="text-align: center;">POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</p> <p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</p> <p style="text-align: center;">PENGUKURAN TEKANAN DARAH</p>	
---	---	---

1. TUJUAN

- 1.1 Mengetahui tekanan darah klien.
- 1.2 Membantu menentukan keseimbangan faktor haemodinamika.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Indikasi dilakukan pada klien yang memerlukan pengukuran tekanan darah dengan berbagai penyebab. Jika keempat ekstremitas terpasang IV line, maka dilakukan pembendungan dan pengukuran dengan cepat.

3. ACUAN

- 3.1 Potter, P. A. & Perry. A. G (2005). *Fundamentals of nursing*. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosley.
- 3.2 Potter, P. A. & Perry. A. G (1994). *Clinical nursing skills & techniques*. 3rd Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- 3.3 Kozier, B. & Erb, G. (2000). *Fundamentals of nursing: Concepts and Procedures*. 4th Edition. St Louis: Mosby Year Book.
- 3.4 Craven, R. F., Himle, C. J., & Sauer, E. S. (196). *Procedure checklists to accompany fundamentals of nursing: Human health and function*. Philadelphia: Lippincott.

4. DEFINISI

- 4.1 Tekanan darah arteri adalah tenaga yang diupayakan oleh darah yang melalui arteri untuk melawan setiap unit atau daerah dari dinding pembuluh darah.
- 4.2 Pengukuran tekanan darah dengan auskultasi adalah kegiatan mengukur tekanan darah melalui permukaan dinding arteri dengan menggunakan alat ukur spighmomanometer dan stetoskop.
- 4.3 Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah yang dihasilkan oleh kontraksi ventrikel. Pada alat ukur, terdengar bunyi pertama dengan suara gelombang tertinggi.
- 4.4 Tekanan darah diastolik adalah tekanan pada saat ventrikel relaksasi (fase pengisian ventrikel oleh darah). Pada alat ukur, terdengar bunyi terakhir dengan suara gelombang terendah.

5. PROSEDUR

5.1 Tanggung jawab dan wewenang

- 5.1.1 Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran.
- 5.1.2 Koordinator mata ajaran KDM yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur pengukuran tekanan darah.
- 5.1.3 Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan secara objektif baik di lab maupun di lahan praktek.

5.2 Pelaksanaan

- 5.2.1 Pastikan kebutuhan pengukuran tekanan darah.
- 5.2.2 Persiapan klien.
 - 5.2.2.1 Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik).
 - 5.2.2.2 Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
- 5.2.3 Persiapan alat.
 - 5.2.3.1 Stetoskop.
 - 5.2.3.2 Spigmomanometer dengan manset sesuai dengan usia klien.
 - 5.2.3.3 Catatan tanda-tanda vital.
 - 5.2.3.4 Pulpen.
- 5.2.4 Persiapan lingkungan.
 - 5.2.4.1 Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran.
- 5.2.5 Dekatkan alat-alat ke dekat klien.
- 5.2.6 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.7 Tentukan ukuran manset yang tepat.
- 5.2.8 Atur posisi klien, jika duduk dengan tangan sedikit fleksi dan lengan bagian atas sejajar jantung, jika posisi tidur lengan sejajar dengan jantung.
- 5.2.9 Buka dan gulung lengan baju klien (perhatikan gulungan lengan baju jangan sampai menekan lengan bagian atas).
- 5.2.10 Tentukan dan palpasi arteri brakhialis pada bagian medial bawah otot biceps (area antekubital).
- 5.2.11 Yakinkan manset kempis dengan sempurna.
- 5.2.12 Pasang manset 2,5 cm diatas pulsasi arteri (fossa antekubital) dan kencangkan mengitari lengan atas.
- 5.2.13 Tempatkan tanda panah pada manset sejajar dengan arteri brakhialis.
- 5.2.14 Yakinkan manometer pada posisi setinggi mata, jarak peserta didik tidak boleh lebih 1 meter dari manometer.
- 5.2.15 Palpasi arteri brakhialis, buka katup ke manometer air raksa dank unci katup pada balon, kembangkan manset sampai dengan tekanan 20-30 mmHg diatas titik ketika nadi hilang.
- 5.2.16 Tempatkan stetoskop pada telinga peserta didik dengan baik dan letakkan diafragma diatas arteri brakhialis.
- 5.2.17 Buka katup pada balon dengan cara membuka kunci katup pada balon perlahan-lahan, pastikan merkuri turun pada frekuensi 2-3 mmHg/ detik.
- 5.2.18 Pastikan titik manometer, dengarkan saat terdengar bunyi pertama yang jelas terdengar (korotkoff 1). Tandai pada angka berapa indikasi tekanan sistolik. Dengarkan lebih lanjut, perhatikan titik manometer ketika bunyi redup atau redam (korotkoff 4) dan menghilang (korotkoff 5). Tandai pada angka berapa. Indikasi tekanan diastolik. Dengarkan 10 sampai 20 mmHg dari suara terakhir terdengar.
- 5.2.19 Kempiskan manset secara sempurna dan lepaskan dari klien.
- 5.2.20 Rapikan klien.
- 5.2.21 Evaluasi respon klien terhadap pengukuran tekanan darah dan susun rencana tindak lanjut.
- 5.2.22 Rapikan alat-alat
- 5.2.23 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.24 Dokumentasi tindakan.

6. PENGENDALIAN/ PEMANTAUAN

- 6.1 Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani.
- 6.2 Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.
- 6.3 Format penilaian tindakan pengukuran tekanan darah yang telah ditanda tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan.

6.4 Pedoman penilaian kompetensi.

7. DOKUMENTASI

7.1 SOP No ... tentang mencuci tangan.

7.2 SOP No ... tentang komunikasi terapeutik.

8. PENGESAHAN

Disusun oleh

Diperiksa oleh

Disahkan oleh

Tim Pengajar Mata Kuliah
Tanggal:

Ketua Program studi D-III:
Tanggal:

Ketua Jurusan keperawatan
Tanggal:

2. SOP Pijat Refleksi

	<p style="text-align: center;">POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</p> <p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</p> <p style="text-align: center;">PIJAT REFLEKSI</p>	
---	---	---

1. TUJUAN

- 1.1 Melancarkan peredaran darah.
- 1.2 Mencegah berbagai macam penyakit.
- 1.3 Mengobati berbagai macam penyakit.
- 1.4 Menjaga meningkatkan daya tahan tubuh.
- 1.5 Membantu mengatasi stress.
- 1.6 Mengurangi ketergantungan obat.
- 1.7 Menyembungkan rasa capek dan pegal.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Indikasi dilakukan pada klien yang mengalami nyeri.

3. ACUAN

- 3.1 Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 3.2 Best, T. M., R. Hunter, A. Wilcock and F. Haq. (2008). *Massage*.

4. DEFINISI

- 4.1 Pijat dengan melakukan penekanan pada titik-titik syaraf. Titik-titik syaraf tersebut berada pada kaki, kebanyakan titik-titik syaraf tersebut berada pada telapak kaki, selain kaki pada tangan juga memiliki titik-titik syaraf tertentu.

5. PROSEDUR

5.1 Tanggung jawab dan wewenang

- 5.1.1 Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran.
- 5.1.2 Koordinator mata ajaran KDM yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur pijat refleksi.
- 5.1.3 Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan secara objektif baik di lab maupun di lahan praktek.

5.2 Pelaksanaan

- 5.2.1 Pastikan kebutuhan pijat refleksi.
- 5.2.2 Persiapan klien.
 - 5.2.2.1 Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik).
 - 5.2.2.2 Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
 - 5.2.2.3 Kontrak waktu.
- 5.2.3 Persiapan alat.
 - 5.2.3.1 Air hangat dalam ember.
 - 5.2.3.2 Handuk kecil.
 - 5.2.3.3 *Lotion*.
- 5.2.4 Persiapan lingkungan.
 - 5.2.4.1 Jaga privacy klien dengan menutup gorden atau pasang sampiran.
- 5.2.5 Dekatkan alat-alat ke dekat klien.

- 5.2.6 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.7 Rendam kaki dengan air hangat (5-10 menit) kemudian keringkan.
- 5.2.8 Waktu pijat refleksi bisa dilakukan selama 30 sampai 45 menit. Tetapi bagi penderita penyakit kronis, lanjut usia harus lebih pendek disesuaikan dengan kemampuannya.
- 5.2.9 Setiap titik refleksi hanya dipijat 5 sampai 9 menit dalam sekali pengobatan.
- 5.2.10 Bisa menggunakan minyak agar kulit tidak lecet tatkala dipijat.
- 5.2.11 Daerah refleksi yang terdapat dikaki, cara pijatnya dari arah bawah ke atas. Kesemuanya ini disesuaikan menurut arah aliran darah mengalir.
- 5.2.12 Kerika melakukan pijat refleksi pada kaki perlu menggunakan tulang jari telunjuk yang dilipatkan untuk memijat, dipakai khusus titik refleksi yang agak tersembunyi atau telapak kaki yang banyak dagingnya.
- 5.2.13 Kebanyakan orang memerlukan perawatan 4 sampai 8 minggu untuk memperoleh hasil yang memuaskan. Tetapi bagi klien yang berpenyakit kronis dipijat 3 kali dalam seminggu sekali. Jangan memijat setiap hari.
- 5.2.14 Usahakan komunikasi pada klien dengan memijat terjalin dengan baik, jangan membicarakan segala sesuatu yang dapat memperberat mental klien khususnya mengenai klien.
- 5.2.15 Rapiakan klien.
- 5.2.16 Evaluasi respon klien terhadap pijat refleksi dan susun rencana tindak lanjut.
- 5.2.17 Rapiakan alat-alat
- 5.2.18 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.19 Dokumentasi tindakan.

6. PENGENDALIAN/ PEMANTAUAN

- 6.1 Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani.
- 6.2 Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.
- 6.3 Format penilaian tindakan pijat refleksi yang telah ditanda tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan.
- 6.4 Pedoman penilaian kompetensi.

7. DOKUMENTASI

- 7.1 SOP No ... tentang mencuci tangan.
- 7.2 SOP No ... tentang komunikasi terapeutik.

8. PENGESAHAN

Disusun oleh	Diperiksa oleh	Disahkan oleh
Tim Pengajar Mata Kuliah Tanggal:	Ketua Program studi D-III: Tanggal:	Ketua Jurusan keperawatan Tanggal:

3. SOP Terapi Relaksasi

	<p style="text-align: center;">POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</p> <p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</p> <p style="text-align: center;">TINDAKAN RELAKSASI</p>	
---	---	---

1. TUJUAN

- 1.1 Mengurangi nyeri.
- 1.2 Mengurangi ketakutan dan cemas berkaitan dengan nyeri.
- 1.3 Mengurangi stres.
- 1.4 Mengurangi ketegangan otot-otot.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Klien dengan nyeri akut maupun kronis.
 - 2.2 Meminta bantuan intervensi.
 - 2.3 Mengekspresikan kecemasan dan ketakutan.
 - 2.4 Mungkin berguna untuk menghindari/ mengurangi terapi obat.
 - 2.5 Mengalami nyeri dengan interval yang lama.
 - 2.6 Masih mengalami nyeri walaupun terapi obat sudah diberikan.
- Tindakan ini meliputi: latihan nafas dan konsentrasi.

3. ACUAN

- 3.1 Potter, P. A. & Perry. A. G (2005). *Fundamentals of nursing*. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosley.
- 3.2 Snyder, M. (1992). *Independent nursing intervention*. 2nd Edition. Delmar Publisher.
- 3.3 Smith, S. F. (2004). *Clinical nursing skill, basic to advanced skill*. Sixth edition. Prentice Hall.

4. DEFINISI

- 4.1 Teknik relaksasi adalah teknik melemaskan otot-otot tubuh sesuai instruksi terapis.

5. PROSEDUR

5.1 Tanggung jawab dan wewenang

- 5.1.1 Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran.
- 5.1.2 Koordinator mata ajaran KDM yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur relaksasi sebagai bagian dari tindakan penanganan nyeri.
- 5.1.3 Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan secara objektif baik di lab maupun di lahan praktek.

5.2 Pelaksanaan

- 5.2.1 Kaji ulang kebutuhan akan teknik relaksasi.
- 5.2.2 Persiapan klien.
 - 5.2.2.1 Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik).
 - 5.2.2.2 Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
 - 5.2.2.3 Lakukan kontrak waktu.

- 5.2.3 Persiapan alat.
 - 5.2.3.1 Tape recorder/ CD/ VCD player
 - 5.2.3.2 Kaset/ CD/ VCD lagu
 - 5.2.3.3 Alas dan bantal untuk terlentang atau kursi dengan sandaran.
- 5.2.4 Persiapan lingkungan.
 - 5.2.4.1 Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran.
 - 5.2.4.2 Siapkan lingkungan yang tenang, hening, aman dan nyaman (batasi pengunjung, matikan telpon/ handphone).
- 5.2.5 Dekatkan alat-alat ke dekat klien.
- 5.2.6 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.7 Atur posisi yang nyaman menurut klien.
 - 5.2.7.1 Jika berbaring, letakkan bantal di bawah lutut, kaki bagian bawah & kepala.
 - 5.2.7.2 Jika duduk, letakkan kedua kaki di lantai, tangan di atas lutut, punggung lurus dan kepala lurus dengan nyaman.
- 5.2.8 Instruksikan klien hal-hal berikut ini dengan suara yang lembut:
 - 5.2.8.1 Lanjutkan untuk Tarik nafas dan keluarkan perlahan.
 - 5.2.8.2 Pejamkan mata anda.
 - 5.2.8.3 Konsentrasi pada suara saya dan ikuti petunjuk saya.
 - 5.2.8.4 Temukan titik ketegangan pada tubuh anda.
 - 5.2.8.5 Setelah anda temukan, tegangkan bagian tersebut.
 - 5.2.8.6 Lemaskan area itu dan biarkan semuanya lepas.
- 5.2.9 Lanjutkan instruksi tadi sampai klien merasa semua bagian tubuh yang tegang telah lemas.
- 5.2.10 Perintahkan klien untuk membuka mata perlahan dan katakan “saya merasa rileks”.
- 5.2.11 Tanyakan pada klien apakah ia merasa lebih rileks dibandingkan sebelumnya.
- 5.2.12 Rapiakan alat-alat.
- 5.2.13 Akhiri interaksi dengan salam.
- 5.2.14 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.15 Dokumentasi tindakan.

6. PENGENDALIAN/ PEMANTAUAN

- 6.1 Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani.
- 6.2 Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.
- 6.3 Format penilaian tindakan relaksasi yang telah ditanda tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan.
- 6.4 Pedoman penilaian kompetensi.

7. DOKUMENTASI

- 7.1 SOP No ... tentang mencuci tangan.
- 7.2 SOP No ... tentang komunikasi terapeutik.

8. PENGESAHAN

Disusun oleh

Diperiksa oleh

Disahkan oleh

Tim Pengajar Mata Kuliah
Tanggal:

Ketua Program studi D-III:
Tanggal:

Ketua Jurusan keperawatan
Tanggal:

4. SOP Terapi Musik

	<p style="text-align: center;">POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</p> <p style="text-align: center;">STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</p> <p style="text-align: center;">TINDAKAN TERAPI MUSIK</p>	
---	--	---

1. TUJUAN

- 1.1 Memperbaiki kondisi emosional.
- 1.2 Memperbaiki kondisi fisik.
- 1.3 Kesehatan spiritual klien.
- 1.4 Menurunkan rasa sakit.
- 1.5 Membuat tubuh rileks.

2. RUANG LINGKUP

- 2.1 Klien pelayanan keperawatan jiwa.
- 2.2 Klien pelayanan keperawatan gerontologi.
- 2.3 Klien pelayanan keperawatan pediatrik.
- 2.4 Klien pelayanan keperawatan *home care*.
- 2.5 Klien pelayanan keperawatan komunitas.

3. ACUAN

- 3.1 Berman, A., Snyder, S. & Fradsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing*. 10th Edition. USA: Pearson Education.
- 3.2 Linquist, R. Snyder, M. & Tracy, M. F. (2014). *Complementary/Alternative Therapies In Nursing*. 7th Edition. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- 3.3 Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnett, K. & Smith, M. H. (2016). *Fundamentals of Nursing*. 3rd Edition. Philadelphia: F. A Davis Company.

4. DEFINISI

- 4.1 Terapi Musik adalah menggunakan musik untuk membantu mengubah perilaku, perasaan, atau fisiologi seseorang.

5. PROSEDUR

5.1 Tanggung jawab dan wewenang

- 5.1.1 Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran.
- 5.1.2 Koordinator mata ajaran KDM yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur terapi musik sebagai bagian dari tindakan penanganan emosional.
- 5.1.3 Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan secara objektif baik di lab maupun di lahan praktek.

5.2 Pelaksanaan

- 5.2.1 Kaji ulang kebutuhan akan terapi musik.
- 5.2.2 Persiapan klien.
 - 5.2.2.1 Sampaikan salam (Lihat SOP Komunikasi Terapeutik).
 - 5.2.2.2 Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
 - 5.2.2.3 Lakukan kontrak waktu.
- 5.2.3 Persiapan alat.
 - 5.2.3.1 Musik yang sesuai dengan kondisi klien dan minat klien.

- 5.2.3.2 Tape recorder/ VCD/ DVD
- 5.2.4 Persiapan lingkungan.
 - 5.2.4.1 Jaga privacy klien dengan menutup gordin atau pasang sampiran.
 - 5.2.4.2 Siapkan lingkungan yang tenang, hening, aman dan nyaman (batasi pengunjung, matikan telpon/ handphone).
- 5.2.5 Dekatkan alat-alat ke dekat klien.
- 5.2.6 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.7 Atur posisi yang nyaman menurut klien.
 - 5.2.7.1 Jika berbaring, letakkan bantal di bawah lutut, kaki bagian bawah & kepala.
 - 5.2.7.2 Jika duduk, letakkan kedua kaki di lantai, tangan di atas lutut, punggung lurus dan kepala lurus dengan nyaman.
- 5.2.8 Mengajarkan klien untuk berdoa sebelum melakukan terapi musik.
- 5.2.9 Tentukan skor dari perasaan negatif yang dirasakan (0-10).
- 5.2.10 Melaksanakan kegiatan musik sesuai kebutuhan:
 - pilih salah satu atau disesuaikan dengan kemampuan klien dan therapist
 - 5.2.10.1 Mendengarkan musik:
 - 1) Mengajarkan klien agar konsentrasi saat diperdengarkan musik atau lagu.
 - 2) Mengajarkan klien agar menikmati isi lagu, dan iramanya.
 - 3) Menjelaskan alat yang akan digunakan.
 - 4) Menjelaskan alat yang digunakan dan menyalakan musik.
 - 5) Mengobservasi dan menanyakan respon klien terhadap lagu/ musik meliputi: fisik, emosional, intelektual, estetika, dan spiritual.
 - 6) Mendiskusikan tentang lirik lagu meliputi: makna, pengalaman dan perasaan terkait dengan lirik lagu.
 - 5.2.10.2 Improvisasi musik:
 - 1) Mengajarkan klien untuk menyanyikan lagu.
 - 2) Memberikan respon secara spontan terhadap (artikulasi, irama, pengaturan nafas).
 - 3) Membantu klien untuk mengeksplorasi perasaan terkait dengan musik yang dinyanyikan.
 - 5.2.10.3 Re-kreasi musik:
 - 1) Membantu memainkan alat musi, atau
 - 2) Membantu klien bernyanyi dengan menggunakan intonasi, atau
 - 3) Membantu klien melakukan pertunjukan musik.
 - 5.2.10.4 Mendiskusikan tentang lagu/ musik:
 - 1) Membantu klien agar mendengarkan musik sambil membaca syair lagu.
 - 2) Mendiskusikan syair lagu meliputi: rekreasi, pikiran, perasaan, imajinasi, makna lagu dan pengalaman terkait dengan lagu.
 - 5.2.10.5 Menciptakan musik:
 - 1) Membantu klien untuk menciptakan lagu dan atau membuat lirik lagu, atau
 - 2) Membantu klien untuk menciptakan alat musik, atau
 - 3) Membantu klien menentukan irama musik.
- 5.2.11 Tanyakan pada klien bagaimana perasaanya dibandingkan sebelumnya.
- 5.2.12 Mengukur skor dari keluhan yang dirasakan.
- 5.2.13 Meminta klien untuk menceritakan yang telah dilakukan.
- 5.2.14 Mengajarkan klien untuk melanjutkan terapi yang telah dilakukan.
- 5.2.15 Rapiakan alat-alat.
- 5.2.16 Akhiri interaksi dengan salam.
- 5.2.17 Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan).
- 5.2.18 Dokumentasi tindakan.

6. PENGENDALIAN/ PEMANTAUAN

- 6.1 Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani.
- 6.2 Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.
- 6.3 Format penilaian tindakan terapi musik yang telah ditanda tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan.
- 6.4 Pedoman penilaian kompetensi.

7. DOKUMENTASI

- 7.1 SOP No ... tentang mencuci tangan.
- 7.2 SOP No ... tentang komunikasi terapeutik.

8. PENGESAHAN

Disusun oleh

Diperiksa oleh

Disahkan oleh

Tim Pengajar Mata Kuliah
Tanggal:

Ketua Program studi D-III:
Tanggal:

Ketua Jurusan keperawatan
Tanggal:

5. Lembar Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP)

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP) STUDI KASUS UNTUK KLIEN

Saya Lidya Nur Farida dengan NIM P17320120040 dari Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung akan melakukan studi kasus mengenai:

Judul:

Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Pola Tidur Akibat Hipertensi Di Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung.

Tujuan:

Untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan dengan gangguan pola tidur akibat hipertensi di Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung.

Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP):

Sehubungan dengan hal tersebut, saya akan melakukan pengumpulan data secara langsung dari klien. Data tersebut dibutuhkan untuk mendapatkan informasi tentang gangguan pola tidur akibat hipertensi di Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung, oleh karena itu diharapkan kesediaan klien untuk memberikan jawaban yang paling sesuai dengan kondisi sebenarnya.

Penjelasan PSP dilakukan, pada waktu yang telah disepakati dengan klien. Klien diberikan waktu yang cukup untuk dapat mengambil keputusan atas kesediaannya terlibat dalam studi kasus ini. Tempat memberikan penjelasan dilakukan di tempat Studi kasus dilakukan. PSP ditandatangani oleh saya dan klien.

Perlakuan yang diterapkan pada klien:

Klien akan dilakukan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 10-19 April 2023. Klien akan dikaji, lalu penetapan diagnosa, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

Manfaat:

Manfaat bagi klien dalam studi kasus ini akan memperoleh pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan gangguan pola tidur akibat hipertensi, baik dari penyebab ataupun intervensi keperawatan untuk mengatasi gangguan pola tidur akibat hipertensi.

Kerahasiaan data:

Data pribadi/identitas dan hasil jawaban klien pada studi kasus akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan studi kasus. Agar data tersebut terjaga kerahasiaannya, dilakukan diantaranya; (1) Identifikasi klien dalam bentuk anonim, (2) Dokumen atau berkas studi kasus disimpan pada lokasi yang aman, dan (3) data dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Jika ada pertanyaan tentang studi kasus ini, Bapak/ibu dapat menghubungi saya dengan alamat Jl. Sukaati No. 6, Kel. Sukabungah, Kec. Sukajadi, Kota Bandung.

Bandung, 10 April 2023



Nama: Lidya Nur Farida
Telp: 081218822322

6. Informed Consent

PERSETUJUAN MENJADI KLIEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (inisial) : Ibu U

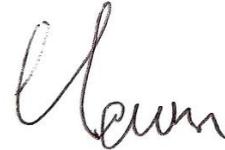
Jenis Kelamin : Perempuan

Usia : 90 tahun

Setelah Saya membaca dan mendapatkan penjelasan tentang studi kasus ini, Saya memahami tujuan dan segala dampak dari studi kasus ini.

Dengan sukarela dan tanpa paksaan bersedia untuk berpartisipasi menjadi klien dalam studi kasus ini.

Bandung, 10 April 2023



Klien

7. Pengkajian Asuhan Keperawatan Lansia

PENGGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA

A. PENGGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. U	Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 90 tahun	Suku	: Sunda
Alamat	: Jl. Antropologi	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Status Perkawinan	: Cerai mati
Tanggal masuk ke panti	: 18 Desember 2015	Tanggal Pengkajian	: 10 April 2023

2. Status/riwayat kesehatan saat ini.

Klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari, sering terjaga dan merasa kurang tidur. Klien mengatakan nyeri pada bagian lengan atas sebelah kanan. Nyeri dirasakan hilang timbul dan nyeri terasa cekat-cekit. Nyerinya dirasakan skala 5. Nyeri lengan atas bertambah ketika banyak digerakkan dan nyeri berkurang saat tidak banyak gerak. Klien mengatakan kedua kakinya lemas dan sulit berjalan.

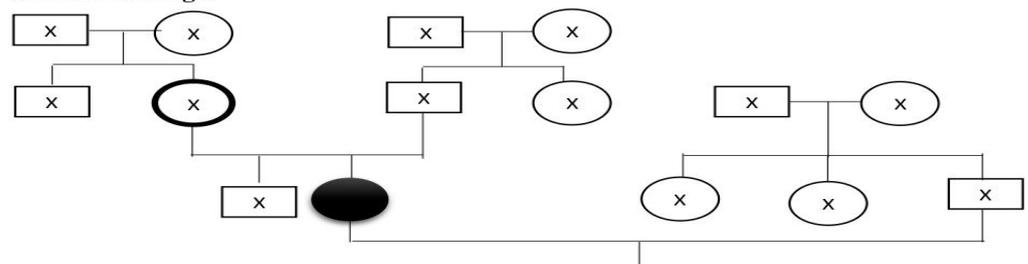
3. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan terpasang alat pacu jantung sejak tahun 2015 karena jantung yang melemah.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan ibunya memiliki penyakit hipertensi sama dengan klien.

Silsilah Keluarga



TIDAK MEMILIKI KETURUNAN

Keterangan :

-  Klien
-  Keluarga yang menderita penyakit yang sama
-  Laki-Laki
-  Perempuan
-  Meninggal
-  Garis Keturunan
-  Garis Perkawinan

5. Pemeriksaan fisik

- 1) Keluhan utama
Tidur klien sering terbangun, nyeri pada lengan bagian kanan atas.
- 2) Keadaan umum
Suhu : 36,2°C
Tekanan darah : 150/100 mmHg
Nadi : 88x/ menit
Respirasi : 20x/menit
Saturasi : 98%
- 3) Kepala
Rambut berwarna putih merata, tidak ada ketombe, bersih, tidak ada nyeri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi.
- 4) Mata
Mata nampak lelah, terapat kantung mata hitam, penglihatan nampak jelas, tidak terdapat edema pada kelopak mata, alis simetris, konjungtiva normal, pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang klien baik.
- 5) Telinga
Telinga normal, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu pendengaran.
- 6) Mulut dan tenggorok
Mukosa mulut bersih dan lembab, lidah bersih, gigibersih, gigi bagian atas bagian belakang menggunakan gigi palsu sedangkan bagian depan gigi asli, gigi bawah semua gigi palsu, pengecapan baik, tidak ada nyeri.
- 7) Leher
Tidak ada nyeri, tidak ada lesi, tidak ada pembengkan kelenjar getah bening, mampu fleksi ekstensi.
- 8) Dada
Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, pola napas reguler, tidak ada nyeri tekan, suara jantung S1 S2 normal.
- 9) Abdomen
Tidak ada jejas/ trauma, bising usus normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran liver, terdengar suara timpani.
- 10) Genitalia
Genitalia bersih, tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.
- 11) Ekstremitas atas dan bawah
Akral hangat, turgor kulit baik, tidak ada jejas/luka, kekuatas otot kanan dan kiri bagian atas 5 dan bawah 3. Klien menggunakan kursi roda.

6. Teknik pengkajian psikososial dan spiritual

- 1) Psikososial
 - a. Status emosi
Emosi klien stabil.
 - b. Kecemasan
Klien mengatakan tidak merasa cemas.
 - c. Pola koping
Klien mengatakan jika lengannya nyeri langsung beristirahat.
 - d. Gaya komunikasi
Klien berbicara menggunakan Bahasa Indonesia dengan nada lembut, jelas dan tegas.
 - e. Konsep diri
 - a) Body image : klien mengatakan bersyukur dengan tubuhnya.
 - b) Ideal diri : klien mengatakan seorang istri yang sudah ditinggal mati oleh suaminya.
 - c) Harga diri : klien mengatakan tidak merasa rendah diri dengan kondisinya saat ini.

f. Data sosial

Klien berhubungan dan berkomunikasi satu sama lain dengan baik.

2) Spiritual

Klien melakukan ibadah shalat 5 waktu dan berpuasa senin dan kamis secara rutin serta berdoa.

7. Teknik pengkajian emosi

PERTANYAAN TAHAP 1

- Apakah klien mengalami sukar tidur ? **Ya**
- Apakah klien sering merasa gelisah ? **Tidak**
- Apakah klien sering murung atau menangis sendiri ? **Tidak**
- Apakah klien sering was-was atau kuatir ? **Tidak**



Lanjutkan ke pertanyaan tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “Ya”

PERTANYAAN TAHAP 2

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



Bila lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “Ya”

Hasil : Ny. U mengalami masalah emosional positif (+)

9. Teknik pengkajian spiritual

Klien beragama islam, klien selalu shalat 5 waktu dan berpuasa senin kamis secara rutin serta sering berdoa. Klien yakin kematian adalah sesuatu hal yang pasti dan sudah takdir setiap umatnya, klien berharap bisa meninggal dalam keadaan khusnul khotimah.

10. Teknik pengkajian fungsional

KATZ Indeks :

Termasuk katagori yang manakah klien ?

Katagori;

- 1) bila klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- 2) Bila klien mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas.
- 3) Bila klien mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.
- 4) Bila klien mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.
- 5) Bila klien mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.
- 6) Bila klien mandiri, kecuali mandiri berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
- 7) Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Hasil : Ny. U mandiri, kecuali berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain dikarenakan kelemahan pada ekstremitas.

11. Teknik pengkajian tingkat kemandirian klien

Barthel Indeks (modifikasi)

Termasuk yang manakah klien ?

No.	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi : 3x sehari. Jumlah : 1 porsi. Jenis : tim, lauk, sayur, buah-buahan.
2.	Minum	5	10	Frekuensi : 5 gelas sehari. Jumlah : 1250 ml. Jenis : air mineral, jus.
3.	Berpindah dari kursi ke tempat tidur, sebaliknya	5 – 10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x/ hari.
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi : 2x/ hari.
7.	Jalan di permukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : 1x sehari. Konsistensi : lembek padat.
11.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi : 4-6x sehari. Warna : kuning jernih.
12.	Olah raga/latihan	5	10	Frekuensi : 1x sehari. Jenis : senam pagi.
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Jenis : membaca. Frekuensi : sering.

Skor total : 90

Keterangan :

- 1) 130 : Mandiri
- 2) 65 – 125 : Ketergantungan sebagian
- 3) 60 : Ketergantungan total

Hasil : Ny. U memiliki nilai 90 yang berarti klien merupakan lansia yang ketergantungan sebagian.

12. Teknik pengkajian Status Mental

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)*

Instruksi :

Ajukan pertanyaan 1 – 10 pada daftar ini dan catat semua jawaban dengan memberikan tanda \checkmark (*checklist*)

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan.

Benar	Salah	No	Pertanyaan
\checkmark		01	Tanggal berapa hari ini ?
\checkmark		02	Hari apa sekarang ini ?
\checkmark		03	Apa nama tempat ini ?
\checkmark		04	Dimana alamat Anda ?
\checkmark		05	Berapa umur Anda ?
\checkmark		06	Kapan Anda lahir ? (minimal tahun lahir)
\checkmark		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?
\checkmark		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya ?
\checkmark		09	Siapa nama ibu Anda ?
\checkmark		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Skor total = 0

Interpretasi hasil :

- 1) Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh.
- 2) Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan.
- 3) Salah 6 – 8 : Kerusakan intelektual sedang.
- 4) Salah 9 – 10 : Kerusakan intelektual berat.

Hasil : Fungsi intelektual Ny. U utuh.

13. Teknik pengkajian aspek kognitif pada fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

- Orientasi
- Registrasi
- Perhatian
- Kalkulasi
- Mengingat kembali
- Bahasa

No	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : √ Tahun √ Musim √ Tanggal √ Hari √ Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada ? √ Negara Indonesia √ Propinsi Jawa Barat √ Kota Bandung √ PSTW J.S Nasution √ Wisma Lansia
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) √ Obyek pulpen √ Obyek buku √ Obyek tv
3.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk mulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai lima tingkat √ 93 √ 96 √ 79 √ 72 √ 65
4.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk menyebutkan kembali ketiga obyek no 2 (registrasi). Bila benar satu point untuk masing-masing obyek.
5.	Bahasa	9	9	Tunjukkan satu benda dan tanyakan namanya pada klien; √ Pensil √ Kertas Minta klien untuk mengulang kata berikut: “ tak ada jika, dan, atau, tetapi.” (dapat diganti dengan bahasa daerah klien), bila benar nilai satu point. √ Minta klien untuk mengikuti tiga langkah perintah berikut; √ ambil kertas dan pegang

				√ lipat dua √ letakkan di atas meja Minta klien untuk mengikuti perintah berikut (bila benar dapat nilai 1 point; √ “ tutup mata “ √ tuliskan satu kalimat aku baik. √ salin gambar lingkaran.
--	--	--	--	---

Skor total : 28

Interpretasi hasil:

- > 23 : aspek kognitif fungsi mental baik
- 18 –22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan
- < 17 : kerusakan aspek fungsi mental berat

Hasil : Aspek kognitif fungsi mental Ny. U baik.

14. Pengkajian keseimbangan (Tinneti, M.E., dan Ginter, S.F., 1998)

Keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak ialah;

1) perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0, bila klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, nilai 1 bila menunjukkan salah kondisi

- Gunakan kursi yang keras dan tanpa lengan
- Bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong badan ke atas dengan tangan atau bergeser bagian depan kursi terlebih dahulu dan atau tidak stabil pada saat pertama berdiri. **(1)**
- Duduk dengan menjatuhkan diri ke kursi atau tidak duduk ditengah kursi. **(1)**
 - Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali).
- Klien menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan atau kaki tidak menyentuh sisi-sisinya. **(1)**
 - Mata tertutup
- Sama seperti di atas (periksa kepercayaan klien dalam input penglihatan untuk keseimbangannya). **(1)**
 - Perputaran leher (mata terbuka)
- Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing, atau sempoyongan. **(1)**
 - Gerakan menggapai sesuatu
- Tidak mampu menggapai sesuatu dengan bahu fleksi penuh sambil berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan. **(1)**
 - Membungkuk
- Tidak mampu membungkuk untuk mengambil obyek kecil (misalnya pensil) dari lantai, memegang obyek, atau memerlukan berbagai usaha pada saat akan kembali berdiri. **(1)**

2) komponen gaya atau gerakan berjalan

Beri nilai 0 bila klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini dan beri nilai 1 jika menunjukkan salah satu kondisi;

- Minta klien berjalan ke tempat yang telah ditentukan
- Ragu-ragu, trsandung, memegang obyek untuk dukungan. (1)
 - Ketinggian langkah kaki
- Kaki tidak terangkat dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), atau mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm). (1)
 - Kontinuitas langkah kaki (observasi dari samping klien)
- Setelah alngkah awal, langkah tidak konsisten, mulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai. (1)
 - Kesemitrisan langkah (observasi dari samping klien)
- tidak berjalan dalam garis lurus, bergoyang dari satu sisi kesisi lain. (1)
 - berbalik
- berhenti sebelum mulai berbalik, sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan. (1)

Skor total : 13

Interpretasi hasil:

Jumlahkan nilai perolehan klien, kemudian interpretasikan sebagai berikut;

Nilai 0 –5 : risiko jatuh rendah

Nilai 6 –10 : risiko jatuh sedang

Nilai 11- 15 : risiko jatuh tinggi

Hasil : Risiko jatuh Ny. U tinggi.

15. Pengkajian sosial (APGAR Keluarga)

ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
	2	1	0
1. Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman (Adaptation)	√		
2. Saya puas bahwa keluarga/teman-teman membicarakan sesuatu dengan saya (Partnership)	√		
3. Saya puas bahwa keluarga/teman-teman mendukung keinginan saya (Growth)			
4. Saya puas bahwa keluarga/ teman-teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya (Affection)	√		
5. Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama (Resolve)	√		

Skor total : 10

Penilaian :

- 1) 0 – 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- 2) 4 – 6 : Disfungsi keluarga sedang
- 3) 7 – 10 : Disfungsi keluarga baik

Hasil : disfungsi keluarga baik.

16. Pengkajian hasil laboratorium dan diagnostik

a. Wawancara dengan klien

Klien mengetahui penyakitnya yaitu hipertensi atau tekanan darah tinggi, pola makan dan diit klien sudah sesuai. Klien juga telah patuh makan obat *amlodipine* sehari sekali dengan dosis 5 mg.

17. Kondisi depresi (beck)

Aspek yang dinilai	Nilai			
	3	2	1	0
Kemandirian		√		
Fesimisme				√
Rasa kegagalan				√
Ketidakpuasan				√
Rasa bersalah				√
Tidak menyukai diri sendiri				√
Membayangkan diri sendiri				√
Menarik diri				√
Keragu-raguan				√
Perubahan gambaran diri				√
Kesulitan kerja		√		
Keletihan				√
Anoreksia				√

Skor total : 4

Interpretasi hasil :

- 1) 0-4 : depresi tidak ada atau minimal
- 2) 5-7 : depresi ringan
- 3) 8-15 : depresi sedang
- 4) > 16 : depresi berat

Hasil : Ny. U tidak mengalami depresi.

18. Hasil kualitas tidur (PSQI)

Komponen	Penilaian	Skor	Hasil
Kualitas tidur subjektif	Sangat baik	0	3
	Baik	1	
	Kurang	2	
	Sangat kurang	3	
Latensi tidur (kesulitan memulai tidur)	0	0	2
	1-2	1	
	3-4	2	
	5-6	3	
Lama tidur malam	>7 jam	0	3
	6-7 jam	1	
	5-6 jam	2	
	<5 jam	3	
Efisiensi tidur	>85 %	0	3
	75-84 %	1	
	65-74 %	2	
	<65 %	3	

Gangguan ketika tidur malam	0	0	2
	1-9	1	
	10-18	2	
	19-27	3	
Menggunakan obat tidur	Tidak pernah	0	0
	1x seminggu	1	
	2x seminggu	2	
	>3x seminggu	3	
Terganggunya aktivitas di siang hari	0	0	2
	1-2	1	
	3-4	2	
	5-6	3	
Total			15

Nilai total skor: 15

- 1-5 : normal
6-7 : ringan
8-14 : sedang
15-21 : berat

19. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa tidur ketika malam hari. - Klien sering terjaga dan terbangun. - Klien merasa kurang tidur. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 150/100 mmHg. - Mata nampak lelah. - Terdapat kantung mata hitam. - Skala kualitas tidur : 15 (berat). - Lama tidur < 5 jam. 	<p>Umur</p> <p>↓</p> <p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vaskuler pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Perubahan struktur</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Otak</p> <p>↓</p> <p>Resistensi pembuluh darah otak meningkat</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	Gangguan Pola Tidur
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada lengan kanan bagian atas. - Nyeri dirasakan hilang timbul dan terasa cekat cekat. - Nyeri bertambah saat digerakkan dan berkurang saat istirahat. 	<p>Umur</p> <p>↓</p> <p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vaskuler pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Perubahan struktur</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p>	Nyeri Akut

	<p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis ketika lengan atas bagian kanan digerakkan. - Nyeri skala 5 (1-10). - Alat pacu jantung yang melemah. 	<p>Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Koroner ↓ Iskemia miokard ↓ Nyeri akut</p>	
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kedua kakinya lemas. - Klien mengatakan kesulitan berjalan. <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan pada ekstremitas bawah 3. - Nilai barthel indeks 90 (klien ketergantungan sebagian). - Nilai risiko jatuh 13 (tinggi). - Klien menggunakan kursi roda. 	<p>Umur ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Penurunan fungsi otot ↓ Kelemahan ↓ Risiko jatuh</p>	Risiko Jatuh

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan pola tidur (D. 0055) b.d gangguan sirkulasi pada otak d.d klien mengeluh sulit tidur.
2. Nyeri akut (D. 0077) b.d agen pencedera fisik d.d skala nyeri 5.
3. Risiko jatuh (D. 0143) d.d kekuatan ekstremitas bawah menurun.

C. PERENCANAAN (Prioritas Diagnosa Kep, Tujuan, Intervensi, Rasional)

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur (D. 0055) b.d gangguan sirkulasi pada otak d.d klien mengeluh sulit tidur.</p>	<p>Pola tidur (L. 05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan tidak puas tidur menurun. 4. Keluhan pola tidur berubah menurun. 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun. 	<p>Dukungan tidur (I. 05174).</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda vital. 2. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 3. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). 4. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 5. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. 3. Tetapkan jadwal tidur rutin. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi. 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. 	<p>Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital guna mengetahui keadaan umum klien. 2. Mendata masalah yang dialami klien. 3. Mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan klien. 4. Mengetahui pengaruhnya terhadap pola tidur. 5. Mengetahui efek samping yang terjadi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan rasa nyaman terhadap klien. 2. Agar klien mampu beristirahat yang cukup. 3. Menjaga kualitas tidur yang baik. 4. Mampu melancarkan aliran darah dalam tubuh. 5. Membantu peningkatan kualitas tidur yang baik.

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM. 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup. 2. Membiasakan waktu tidur rutin. 3. Menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur. 4. Agar mendapat efek tenang pada klien. 5. Memberikan pemahaman yang baik kepada klien terkait pola tidur.
<p>Nyeri akut (D. 0077) b.d agen pencedera fisik d.d skala nyeri 5.</p>	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun. 	<p>Management nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi ulang respon nyeri verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Agar kita mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien. 3. Mengetahui tingkat nyeri yang sebenarnya dirasakan klien. 4. Mengetahui faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh klien. 5. Mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan klien terhadap nyeri yang dirasakan. 6. Mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari klien itu sendiri.

7. Pantau keberhasilan terapi pelengkap yang sudah diberikan.

8. Pantau efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi atau terapi musik.
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
3. Fasilitasi istirahat dan tidur.
4. Lakukan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

7. Mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami klien setelah dilakukan terapi pelengkap.

8. Ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh klien, kita dapat menghentikan obat analgetik itu sendiri.

Terapeutik

1. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien dengan menggunakan cara nonfarmakologis.
2. Nyeri yang dirasakan oleh klien tidak menjadi lebih buruk.
3. Agar kebutuhan tidur klien terpenuhi.
4. Mengetahui kondisi dan kemudahan perawatan.

Edukasi

1. Menghindari penyebab dari nyeri yang diusahakan.
 2. Klien dapat meredakan nyeri secara mandiri.
 3. Ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dia dapat memberi tahu pendamping agar mendapat penanganan segera.
 4. Klien dapat menghilangkan rasa nyeri itu dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai dengan nyeri yang dirasakan klien.
-

Risiko jatuh (D. 0143) d.d kekuatan ekstremitas bawah menurun.	Tingkat Jatuh (L. 14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun. 2. Jatuh saat berdiri menurun. 3. Jatuh saat duduk menurun. 4. Jatuh saat berjalan menurun. 5. Jatuh saat dipindahkan menurun. 6. Jatuh saat naik tangga menurun. 7. Jatuh saat di kamar mandi menurun. 8. Jatuh saat membungkuk menurun.	Kolaborasi 1. Kolaborasi persembahan analgetik, jika perlu. Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh. 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan lampu). 3. Monitor kemampuan berpindah. Terapeutik 1. Orientasi ruangan pada klien dan pendamping. 2. Atur tempat tidur klien. 3. Tempatkan klien risiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan. 4. Gunakan alat bantu jalan. Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat atau pendamping jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 4. Anjurkan melebarkan kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.	Kolaborasi 1. Rasa nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang. Observasi 1. Mengetahui faktor-faktor jatuh pada klien. 2. Modifikasi lingkungan untuk menurunkan risiko jatuh pada klien. 3. Mengetahui kemampuan klien dalam berpindah. Terapeutik 1. Orientasi ruangan untuk menghindari tempat yang berbahaya yang memicu jatuh. 2. Menurunkan risiko jatuh saat tidur. 3. Tindakan pencegahan umum dengan pemantauan secara ketat dan tepat. 4. Memudahkan klien dalam berjalan Edukasi 1. Membantu dalam berpindah guna dalam dalam menurunkan tingkat risiko jatuh. 2. Membantu dalam menjaga keseimbangan. 3. Berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan agar tidak terjatuh. 4. Meningkatkan keseimbangan saat berdiri.
--	--	---	---

D. IMPLEMENTASI

No	Hari/ tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Paraf
1.	Kamis/ 13 April 2023	1	07.00	Mengkaji tanda-tanda vital E/ Suhu : 36,2°C Tekanan darah : 150/100 mmHg Nadi : 88x/ menit Respirasi : 20x/menit Saturasi : 98%	
		1	07.10	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. E/ klien mengatakan pola tidur tidak menentu dan jam tidur klien ± 4 jam sehari.	
		1	07.15	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). E/ klien mengatakan nyeri jika lengan kanan bagian atas digerakan.	
		1	07.20	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). E/ klien mengatakan tidak meminum kopi atau minuman yang mengandung kafein.	
		1	07.25	Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi. E/ klien tidak mengkonsumsi obat tidur.	
		1	07.30	Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). E/ klien tidur dengan semi fowler.	
		1	07.35	Membatasi waktu tidur siang, jika perlu. E/ klien tidak tidur siang.	

		1	07.45	Menetapkan jadwal tidur rutin. E/ klien mengatakan biasa tidur jam 23.00 WIB.	
		1	07.50	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi. E/ klien tadi malam tidur jam 23.00 dan terbangun jam 03.00.	
		1	08.20	Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. E/ klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat.	
		1	08.25	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. E/ klien sering terbangun saat tidur.	
		1	08.30	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. E/ klien mengatakan sulit tertidur.	
		1	08.35	Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. E/ klien tidak mengkonsumsi kopi.	
		1	08.40	Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM. E/ klien mengatakan tidak mau konsumsi obat dan klien lebih memilih mendengarkan lantunan ayat suci al-qur'an.	
		1	08.45	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). E/ klien mengatakan nyeri pada lengan kanan bagian atas ketika digerakkan skala 5.	

		2	09.20	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. E/ nyeri dirasakan di lengan atas sebelah kanan.	
		2	09.25	Mengidentifikasi skala nyeri. E/ skala 5.	
		2	09.30	Mengidentifikasi ulang respon nyeri verbal. E/Klien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa cekat-cekit.	
		2	09.35	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. E/ klien mengatakan nyeri dirasakan saat menggerakkan tangannya, dan berkurang saat diistirahatkan.	
		2	09.40	Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. E/ klien mengatakan nyeri akibat alat pacunya yang mulai melemah.	
		2	09.45	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. E/ klien mengatakan harus membatasi gerakannya.	
		2	09.50	Memantau keberhasilan terapi pelengkap yang sudah diberikan. E/ klien mengatakan hanya mengurangi gerak tangan sebelah kanannya.	
		2	09.55	Memantau efek samping penggunaan analgetik. E/ klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat nyerinya.	

		2	10.00	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi. E/ klien diajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	
		2	10.10	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. E/ klien mengatakan tidak mengangkat barang-barang yang berat.	
		2	10.15	Memfasilitasi istirahat dan tidur. E/ klien mengatakan sulit tidur.	
		2	10.20	Melakukan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. E/ klien melakukan relaksasi nafas dalam.	
		2	10.30	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. E/ klien mengatakan nyerinya muncul setiap banyak bergerak.	
		2	10.35	Menjelaskan strategi meredakan nyeri. E/ klien mengatakan mengurangi geraknya.	
		2	10.40	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. E/ klien kooperatif.	
		2	10.45	Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. E/ klien tidak mau mengkonsumsi obat.	

		2	10.50	Berkolaborasi persembahan analgetik, jika perlu. E/ klien tidak mendapatkan obat analgetik dari dokter pribadinya.	
		3	11.00	Mengidentifikasi faktor jatuh. E/ klien berusia 90 tahun.	
		3	11.05	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan lampu). E/ lantai licin dekat toilet.	
		3	11.10	Monitor kemampuan berpindah. E/ klien berpindah dibantu oleh pendampingnya.	
		3	11.20	Mengorientasikan ruangan pada klien dan pendamping. E/ klien dan pendamping kooperatif.	
		3	11.30	Mengatur tempat tidur klien. E/ tempat tidur klien rendah dan bawah Kasur terdapat Kasur lagi.	
		3	11.35	Menempatkan klien risiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan. E/ klien selalu didampingi oleh pendampingnya.	
		3	11.40	Menggunakan alat bantu jalan. E/ klien menggunakan kursi roda.	

		3	11.50	Menganjurkan memanggil perawat atau pendamping jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. E/ klien selalu bilang ke pendamping jika butuh bantuan.	
		3	12.00	Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. E/ klien selalu menggunakan kaos kaki yang tidak licin.	
		3	12.50	Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. E/ klien selalu berhati-hati saat mau berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya dengan bantuan pendamping.	
		3	13.00	Menganjurkan melebarkan kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. E/ klien selalu melebarkan kakinya dan berpegangan ke pendamping.	
2.	Jum'at/ 14 April 2023	1	14.00	Mengkaji tanda-tanda vital E/ Suhu : 36,5°C Tekanan darah : 140/100 mmHg Nadi : 80x/ menit Respirasi : 20x/menit Saturasi : 98%	
		1	14.10	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. E/ klien nampak lemas klien tidur ±4,5 jam.	
		1	14.15	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). E/ klien mengatakan sulit tidur karena nyeri.	
		1	14.20	Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). E/ klien minum susu hangat sebelum tidur.	

		1	14.25	Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). E/ klien mengatakan bisa tidur setelah membaca al-qur'an.	
		1	14.35	Menetapkan jadwal tidur rutin. E/ klien mengatakan tadi malam tidur jam 22.00.	
		1	14.50	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi. E/ klien malam tidur jam 22.00 dan terbangun di jam 02.30 WIB.	
		1	15.20	Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. E/ klien mengatakan mengkonsumsi obat amlodipine pagi hari.	
		1	15.30	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. E/ klien mengerti pentingnya tidur bagi kesehatan.	
		1	15.35	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. E/ klien merencanakan tidur setiap jam 21.00 dan bangun jam 03.00 WIB.	
		1	15.40	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). E/ klien mengatakan lengannya kanannya tidak banyak digerakkan.	
		2	16.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. E/ klien mengatakan masih nyeri di lengan atas sebelah kanan.	

		2	16.05	Mengidentifikasi skala nyeri. E/ skala 4.	
		2	16.10	Mengidentifikasi ulang respon nyeri verbal. E/ klien mengatakan nyeri hilang timbul tapi tidak terlalu sering.	
		2	16.15	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. E/ klien mengurangi aktivitas gerakanya.	
		2	16.20	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. E/ klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri.	
		2	16.30	Memfasilitasi istirahat dan tidur. E/ klien mengatakan sering terbangun saat tidur.	
		2	16.35	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. E/ klien membatasi gerakanya karena telah mengetahui nyeri dirasakan saat banyak bergerak.	
		2	16.40	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. E/ klien mengatakan nyerinya sedikit berkurang karena membatasi gerakanya.	
		3	16.45	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan lampu). E/ lantai dekat toilet di pel kering oleh pendamping klien dan klien tidak terjatuh saat di toilet.	

		3	16.50	Mengorientasikan ruangan pada klien dan pendamping. E/ klien selalu menyalakan lampu agar pencahayaan optimal dan tidak terjatuh.	
		3	16.55	Mengatur tempat tidur klien. E/ klien tidak terjatuh dari tempat tidur.	
		3	17.00	Menggunakan alat bantu jalan. E/ klien tidak terjatuh saat berjalan.	
		3	17.05	Menganjurkan memanggil perawat atau pendamping jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. E/ klien tidak terjatuh saat berpindah tempat.	
		3	17.10	Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. E/ klien tidak terjatuh saat membungkuk.	
3.	Sabtu/ 15 April 2023	1	14.00	Mengkaji tanda-tanda vital E/ Suhu : 36,5°C Tekanan darah : 140/80 mmHg Nadi : 80x/ menit Respirasi : 20x/menit Saturasi : 99%	
		1	14.15	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. E/ klien nampak sedikit segar. Klien tidur ±5 jam.	
		1	14.20	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). E/ klien mengatakan malam hari tidur dengan nyenyak.	

		1	14.30	Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). E/ pendamping klien mengganti spreng dengan yang baru.	
		1	15.00	Menetapkan jadwal tidur rutin. E/ klien mengatakan tadi malam tidur jam 21.00.	
		1	15.10	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi. E/ klien dilakukan pijat refleksi dan merasa lebih rileks dari sebelumnya. Klien tidur jam 21.00 bangun 00.00 dan tertidur lagi jam 01.00 sampai jam 04.00.	
		1	15.30	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. E/ klien mencoba tidur tepat waktu sesuai jadwal yang telah dibuat.	
		1	15.40	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. E/ klien nampak mulai tidur dibawah jam 22.00.	
		1	16.00	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). E/ klien mengatakan nyeri berkurang skala 3.	
		2	16.40	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. E/ klien mengatakan masih nyeri di lengan atas sebelah kanan.	
		2	16.45	Mengidentifikasi skala nyeri. E/ skala 3.	

		2	16.50	Mengidentifikasi ulang respon nyeri verbal. E/ klien mengatakan nyeri mulai berkurang.	
		2	16.55	Memfasilitasi istirahat dan tidur. E/ klien mengatakan mulai tidur nyenyak.	
		2	17.00	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. E/ klien nampak tidak meringis kesakitan.	
		2	17.10	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri. E/ klien mengatakan nyerinya berkurang.	
4.	Senin/ 17 April 2023	1	14.00	Mengkaji tanda-tanda vital E/ Suhu : 36,5°C Tekanan darah : 130/80 mmHg Nadi : 75x/ menit Respirasi : 20x/menit Saturasi : 98%	
		1	14.15	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. E/ klien nampak lebih segar dari sebelumnya. Klien tidur ± 6 jam.	
		1	14.20	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). E/ klien mengatakan tidurnya lebih lama dari sebelum-sebelumnya.	
		1	14.25	Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). E/ klien Nampak nyaman dengan posisi semi fowler.	

		1	14.30	Menetapkan jadwal tidur rutin. E/ klien mengatakan tadi malam tidur jam 21.00.	
		1	15.00	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pijat refleksi. E/ klien tidur jam 21.00 bangun jam 03.00.	
		1	15.30	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. E/ klien nampak teratur dalam jam tidur.	
		1	15.35	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. E/ klien kooperatif.	
		1	15.40	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). E/ klien mengatakan nyeri berkurang skala 2 karena berhati-hati dalam menggerakkan lengan yang sakitnya.	
5.	Selasa/ 18 April 2023	1	14.00	Mengkaji tanda-tanda vital E/ Suhu : 36,4°C Tekanan darah : 120/80 mmHg Nadi : 72x/ menit Respirasi : 20x/menit Saturasi : 99%	
		1	14.10	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. E/ klien nampak segar. Klien tidur ± 7,5 jam	
		1	14.15	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). E/ klien mengatakan tidurnya cukup.	

		1	14.20	Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). E/ klien Nampak nyaman.	
		1	14.35	Menetapkan jadwal tidur rutin. E/ klien mengatakan tadi malam tidur jam 21.00.	
		1	14.40	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat refleksi, terapi relaksasi). E/ klien mengatakan pijat refleksi membuat nyaman tidur. Klien tidur jam 21.00 bangun jam 04.30.	
		1	15.00	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. E/ lingkaran hitam pada mata mulai memudar.	
		1	15.10	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. E/ klien tidur sesuai jam tidurnya.	
		1	15.15	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). E/ klien mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala 2.	

E. EVALUASI

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa/ 18 April 2023	Gangguan pola tidur (D. 0055) b.d gangguan sirkulasi pada otak d.d klien mengeluh sulit tidur.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jam tidurnya mulai teratur pada jam 21.00. - Klien mengatakan dapat tertidur nyenyak dan puas. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 72x/ menit. - Klien nampak segar dan kantung hitam pada mata nampak memudar. - Klien tidur jam 21.00 bangun jam 04.30, ± 7,5 jam. - Skala kualitas tidur : 7 (ringan) <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
2.	Sabtu/ 15 April 2023	Nyeri akut (D. 0077) b.d agen pencedera fisik d.d skala nyeri 5.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada lengan kanan bagian atas berkurang. - Klien mengatakan membatasi gerakannya. - Klien mengatakan tidurnya nyenyak. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan meringis menurun. - Skala nyeri 2. <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
3.	Jum'at/ 14 April 2023	Risiko jatuh (D. 0143) d.d kekuatan ekstremitas bawah menurun.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pendampinya selalu berada disisinya. - klien mengatakan selalu menyalakan lampu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lantai dekat toilet di pel kering oleh pendamping klien dan klien tidak terjatuh saat di toilet. - klien tidak terjatuh dari tempat tidur - Klien tidak terjatuh saat berpindah tempat. - Klien tidak terjatuh saat membungkuk. <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	

8. Dokumentasi Kegiatan



9. Lembar Bimbingan KTI Pembimbing Utama

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Lidya Nur Farida

NIM : P17320120040

Nama Pembimbing : Bapak Kuslan Sunandar, SKM., M.Kep., Sp.Kom

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu U Dengan Gangguan

Pola Tidur Akibat Hipertensi Di Wisma Lansia J. Soenarti

Nasution Kota Bandung.

NO	Hari/ Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Kamis/ 26-01- 2023	Judul KTI	- Lanjutkan menyusun BAB I	 NF ka	
2	Senin/ 30-01-2023	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> - Urutkan penulisan dari mulai lansia, hipertensi, masalah yang diambil. - Populasi hipertensi lansia di Kota Bandung. - Sebutkan faktor risiko yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. - Penelitian yang menunjukkan hipertensi mengakibatkan 	 NF ka	

			<p>gangguan pola tidur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan tujuan khusus dalam tujuan studi kasus. 		
3	Senin/ 20-02-2023	BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Masukkan konsep tentang lansia. - Pengertian hipertensi cukup 2 sumber lalu simpulkan. - <i>Pathway</i> sesuaikan dengan diagnosa di SDKI pada lansia. - Masukkan diagnosa keperawatan yang ada pada lansia. - Diagnosa yang ditulis sesuai masalah yang diambil. - Definisi konsep sesuaikan dengan BAB II. - Definisi operasional dinarasikan. 		
4	Rabu/ 08-03-2023	BAB I BAB II BAB III Lampiran	<ul style="list-style-type: none"> - Tuliskan masalah keperawatan yang muncul pada lansia pada latar belakang. - Perbaiki penulisan nama kota. - Jelaskan gaya hidup yang baik pada lansia di latar belakang. - Tambahkan diagnosa keperawatan yang tidak tertulis dalam bagan <i>pathway</i>. - Buat intervensi dengan format diagnose, tujuan dan kriteria 		

			<p>hasil, intervensi serta rasionalnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan implementasi yang dilakukan. - Tambahkan evaluasi yang diharapkan. - Kriteria inklusi dan eksklusi jadikan kriteria subjek. - Tambahkan instrument studi kasus. - Tambahkan etika pelaksanaan studi kasus yang berhubungan dengan studi kasus sekarang. - Lampirkan SOP dan format pengkajian keperawatan pada lansia dilampiran. 		
5	Kamis/ 16-03-2023	BAB I BAB III Lampiran	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan peran perawat dalam mengelola lansia pada latar belakang. - Perbaiki data observasi yang dikumpulkan pada pengumpulan data. - Tambahkan pemeriksaan lain yang dikhususkan untuk lansia pada pengumpulan data. - Lampirkan (PSP), <i>informed consent</i>, persetujuan menjadi klien. 		

6	Kamis/ 30-03-2023	BAB I BAB II BAB III	- ACC proposal Karya tulis ilmiah. - Persiapkan PPT.		
7	Kamis/ 06-04-2023	Perbaiki BAB I BAB II BAB III	- Judul klien. - Data puskesmas Sukarasa hipertensi lansia. - Peran perawat pada studi kasus. - Penjelasan wawancara dengan klien. - Definisi operasioanl.		
8	Sabtu/ 15-04-2023	Asuhan keperawatan	- Melengkapi asuhan keperawatn yang dilakukan.		
9	Senin/ 29-05-2023	BAB III BAB IV BAB V	- Penyelarasan nama klien. - Perbaiki data operasional hipertensi dan gangguan pola tidur. - Intervensi seluruh masalah. - Simpulan sesuan tujuan khusus yang dibuat.		
10	Selasa/ 30-05-2023	BAB IV BAB V	- Pengkajian pada bab pembahasan mengkaji semua masalah yang didapatkan. - Simpulan ditulis perpoint.		
11	Jum'at/ 02-06-2023	Abstrak BAB IV BAB V Lampiran	- Pembuatan abstrak. - Lampirkan dokumentasi. - Pembuatan riwayat hidup.		
12	Senin/ 05-06-2023	Abstrak BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V Lampiran	- ACC Karya Tulis Ilmiah. - Persiapkan PPT untuk seminar karya tulis ilmiah.		

10. Lembar Bimbingan KTI Pembimbing Pendamping

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Lidya Nur Farida

NIM : P17320120040

Nama Pembimbing : Bapak Achmad Husni, SKM., M.Kes

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu U Dengan Gangguan Pola
Tidur Akibat Hipertensi Di Wisma Lansia J. Soenarti
Nasution Kota Bandung.

NO	Hari/ Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Senin/ 30-01- 2023	Penulisan BAB I	- Perbaiki cara pengetikan.		
2	Kamis/ 16-02-2023	Penulisan BAB I BAB II	- Lihat panduan cara lampiran. - Cara membuat daftar pustaka.		
3	Selasa/ 07-03-2023	Penulisan BAB I BAB II BAB III	- Perbaiki tabel.		
4	Kamis/ 16-03-2023	Penulisan BAB I BAB II BAB III	- ACC proposal Karya tulis ilmiah. - Siapkan PPT untuk seminar proposal karya tulis ilmiah.		

5	Kamis/ 30-03-2023	Penulisan BAB I BAB II BAB III	- Perbaiki power point untuk seminar karya tulis ilmiah.		
6	Jum'at/ 31-03-2023	Penulisan BAB I BAB II BAB III	- ACC power point untuk seminar karya tulis ilmiah.		
7	Kamis/ 06-04-2023	Perbaikan cover	- Ukuran jarak nama dan NIM		
8	Sabtu/ 27-05-2023	Penulisan BAB IV BAB V	- Lengkapi daftar lampiran. - Ukuran tulisan di lampiran 10.		
9	Jum'at/ 02-06-2023	Abstrak	- Isi tidak lebih dari 200 kata.		
10	Minggu/ 04-06-2023	Abstrak BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V Lampiran	- Print lengkap Karya Tulis Ilmiah.		
11	Senin/ 05-06-2023	Abstrak BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V Lampiran	- ACC Karya Tulis Ilmiah. - Persiapkan PPT untuk seminar karya tulis ilmiah.		
12	Selasa/ 06-06-2023	Abstrak BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V Lampiran	- ACC power point untuk seminar karya tulis ilmiah.		