



Lampiran 1. Lembar Konsultasi










**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2018**

NAMA MAHASISWA : Ririn Handayani

JUDUL KTI : Penerapan Terapi *Massage* Punggung dan
Dzikir untuk menurunkan Tekanan Darah pada
Lansia dengan Hipertensi di Rumah Sakit Islam
Sultan Agung.

PEMBIMBING : Ns. Moch Aspihan, M. Kep., Sp.Kep.Kom

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Serasa, 6 Maret 2018	Konsul Judul	Mencari jurnal yang mendukung.	
Rabu, 7 Maret 2018	Konsul Judul	ACC Judul. Mulai susun BAB I	

Jumat, 9 Maret 2018	Konsul BAB1	Revisi BAB1, mulai susun BAB2	
Selasa 13 Maret 2018	Konsul BAB 1 dan 2	Revisi BAB 1 dan 2, mulai susun BAB 3	
Jumat 16 Maret 2018	Konsul BAB BAB 1, 2 dan 3	ACC BAB 1, revisi BAB 2 dan 3	
Rabu, 21 Maret 2018	Konsul BAB 2 dan 3	Revisi BAB 2 dan 3	
Jumat 23 Maret 2018	Konsul BAB 2 dan 3	ACC BAB 3, revisi diagnosa di BAB 2	
Selasa 27 Maret 2018	Konsul BAB 2	Revisi BAB2, mulai susun BAB 4	
Kamis 5 April 2018	Konsul BAB 2 dan 4	Revisi BAB2 dan 4	
Rabu 11 April 2018	Konsul BAB4	Revisi BAB4.	
Jumat 13 April 2018	Konsul Revisian BAB 4	Revisi BAB 4, ditempuh dg penelitian sebecumnya	

Rabu, 25 April 2018	konsep BAB 4	ACC BAB 4, susun BAB 5	Stany
Senin 30 April 2018	konsep BAB 5	Revisi BAB 5. kesimpulan di perbaiki	Stany
Kamis 3 Mei 2018	konsep BAB 5	ACC BAB 5	Stany
Rabu 9 Mei 2018	konsep Abstrak	Acc Abstrak	Stany
Jumat 11 Mei 2018	konsep PPT untuk sedang	ACC	Stany

Lampiran 2. Lembar *informed consent*

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang yang bernama Ririn Handayani, dengan judul “Penerapan Terapi *Massage* Punggung dan Dzikir untuk menurunkan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung”.

Saya memahami bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak merugikan saya, oleh karena itu saya bersedia untuk menjadi responden pada studi kasus ini.

Semarang, Maret 2018

Responden

(.....)

Lampiran 3. Surat permohonan menjadi responden

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Responden Studi Kasus

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ririn Handayani

NIM : 48933201661

Alamat: Ds. Welahan Rt 02/04 Kec. Welahan Kab. Jepara, Jawa Tengah

Adalah mahasiswi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sedang melakukan studi kasus dengan judul **“Penerapan Terapi *Massage Punggung* dan *Dzikir* untuk menurunkan tekanan darah pada lansia dengan Hipertensi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung”**.

Dengan ini mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam studi kasus ini. Kerahasiaan semua informasi dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus dan jikan bapak/ibu sebagai responden terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk memundurkan diri, maka diperbolehkan untuk tidak terlibat dalam studi kasus ini. Apabila bapak/ibu menyetujui maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan.

Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih

Hormat saya,



Ririn Handayani

Lampiran 4. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIDN : 06-1305-7602

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing KTI atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Ririn Handayani

NIM : 48933201661

Judul KTI : Penerapan Terapi *Massage* Punggung dan Dzikir untuk menurunkan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 6 Maret 2018 sampai dengan 9 Mei 2018 bertempat di Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 9 Mei 2018

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M. Kep., SP. Kep. Kom
NIDN. 06-1305-7602

Lampiran 5. Surat Kesiediaan Membimbing

SURAT KESEDIAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Moch Aspihan, M. Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN : 06-1305-7602

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Ririn Handayani

NIM : 48933201661

Judul KTI : Penerapan Terapi *Massage* Punggung dan Dzikir untuk menurunkan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 9 Mei 2018

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M. Kep., Sp.Kep.Kom
NIDN. 06-1305-7602

Lampiran 6. Surat Ijin Studi Kasus



**YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Po Box. 1054 Telp. (024) 6583584 psw 266, 6581278 Semarang 50112

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 168/ F.D3 / FIK-SA / V / 2018
Lamp : - Lembar
Perihal : **Permohonan Ijin Pengambilan Data**

Kepada Yth.
Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang
Di
Semarang

Assalamu'alaikum Wr Wb

Berkenaan dengan tugas penyusunan karya tulis ilmiah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang, untuk itu kami mohon ijin mahasiswa Sbb :

Nama : Ririn Handayani
NIM : 48933201661
Semester : VI

Untuk melakukan pengambilan data di RS Islam Sultan Agung Semarang mulai Tanggal 5 – 16 Maret 2018

Demikian Permohonan ini kami buat, Atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

**Billahittaufiq Wal Hidayah,
Wassalamu'alaikum Wr Wb.**

Semarang, 8 Ramadhan 1439 H
24 Mei 2018 M

**Universitas Islam Sultan Agung
Fakultas Ilmu Keperawatan
Prodi D-III Keperawatan**



**Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep
Ka.Prodi**

Lampiran 7. Laporan Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. H DENGAN HIPERTENSI
DI RUANG BAITUL IZZAH 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**



Di susun :

Ririn Handayani

NIM. 48933201661

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SERAMANG
2018**

A. Riwayat Kesehatan

1. Identitas

Nama lansia : Ny. H
Agama : Islam
Usia : 67 tahun
Pendidikan terakhir : SD
Orang yang paling dekat : Anakny
Alamat : Semarang Utara
Tanggal masuk RS : 28 Februari 2018

2. Alasan Masuk RS

Pasien mengatakan pusing dan susah tidur, merasa kaku dibagian leher.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan bahwa ia mempunyai riwayat penyakit diabetes.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh pusing sejak pagi. Sakit kepalanya berdenyut-denyut. Pusing semakin dirasakan saat berjalan dan berkurang saat istirahat. Kadang pasien merasakan ada yang kaku di lehernya. Pasien mengatakan kurang paham mengenai penyakit hipertensi dan cara mengobatinya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa ibunya dulu mempunyai riwayat Hipertensi.

4. Kebiasaan sehari-hari

a. Biologis

1) Pola Makan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari dan habis 1 porsi. Selama di rawat pasien makan 3 kali sehari dan habis setengah porsi.

2) Pola Minum

Pasien mengatakan sebelum sakit sering minum air putih kurang lebih 6 gelas sehari terkadang sore hari pasien minum teh anget. Selama dirawat pasien kurang cukup minum air putih, minum air putih hanya 3-4 gelas sehari.

3) Pola Tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur malam pada jam 21.00 dan bangun jam 04.00. Saat dirawat pasien sulit untuk memulai tidur, dan terkadang terbangun di tengah malam.

4) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya BAB 1x sehari, yaitu pada pagi hari. Namun selama dirawat di RS belum bisa BAB selama 3 hari. Ny. H mengatakan sebelum sakit BAK biasanya 4-5 kali sehari, dan selama dirawat pasien BAK 3-4 kali sehari.

5) Aktivitas dan Istirahat

Pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama aktivitas yang cukup berat, hal ini dikarenakan penglihatan pasien yang berkurang dan keadaan tubuh yang sudah tidak kuat lagi. Pasien tidak terbiasa tidur siang, klien tidur malam pada jam 21.00 dan biasa bangun pada jam 04.00.

6) Rekreasi

Klien mengatakan terkadang pergi ziarah bersama keluarganya.

b. Psikologis

1) Keadaan Emosi

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang ke rumah dan berkumpul bersama anak dan cucu-cucunya.

c. Hubungan Sosial

1) Hubungan dengan anggota kelompok

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan pasien lain.

2) Hubungan dengan keluarga

Pasien mengatakan berhubungan sangat baik dengan keluarganya, dan ketikadi rumah Ny. H sering mengajak main dan bercanda dengan cucu-cucunya.

d. Spiritual/kultur

Pasien mengatakan selalu beribadah sholat 5 waktu dan saat dirawat Ny. H melaksanakan ibadah sholat 5 waktu hanya di tempat tidur.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Tingkat kesadaran : Composmentis

b. Tanda vital : TD : 160/100 mmHg, S : 37⁰ C, RR : 20 x/menit, N : 88 x/menit

c. Pengukuran BB : 60 kg dan TB : 155 cm

d. Pemeriksaan dan kebersihan perorangan : klien tampak bersih dan klien mengatakan selalu mandi 2x dalam sehari pada pagi dan sore.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Klien mengatakan kepalanya pusing berdenyut-denyut dan susah untuk tidur.

2) Integumen (kulit) : tidak terdapat lesi pada kulit klien, dan kulit klien sudah terlihat keriput

3) Kepala : klien mengatakan kepalanya terasa pusing

4) Mata : tidak ada gangguan pada mata dan tidak menggunakan kacamata

5) Telinga : pendengaran baik, keadaan telinga tampak bersih, tidak ada keluhan maupun benjolan pada telinga

6) Hidung dan sinus : lubang hidung terlihat bersih dan tidak ada sinus

- 7) Mulut dan tenggorokan : mulut tidak bau, mukosa bibir lembab
- 8) Leher : tidak ada benjolan dikelenjar tiroid, tidak ada kemerahan
- 9) Payudara : tidak ada benjolan dan nyeri tekan, ukuran puting simetris
- 10) Pernapasan : RR : 20x/menit, dan tidak ada suara wheezing
- 11) Kardiovaskular : perderakan dada simetris, irama jantung teratur
- 12) Gastrointestinal : klien memakan makanan yang diberikan dari rumah sakit, klien BAB sekali dalam sehari
- 13) Perkemihan : Klien mengatakan biasa buang air kecil di kamar mandi, frekuensi 3-4 x/hari
- 14) Muskuloskeletal : ROM klien baik/penuh, klien seimbang dalam berjalan, kemampuan menggenggam kuat, otot ekstremitas kanan dan kiri sama kuat, tidak ada kelainan tulang, atrofi dll.
- 15) Sistem endokrin : Klien mengatakan tidak menderita kencing manis, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

6. Pemeriksaan

a. Indeks Katz

NO	Aktivitas	Mandiri	Dengan bantuan
1.	Bathing	A	-
2.	Dressing	A	-
3.	Toileting	A	-
4.	Transferring	A	-
5.	Continenace	A	-
6.	Feeding	A	-

Ny. H dapat beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

b. SPSMQ

Pertanyaan	Benar	Salah
Tanggal berapa hari ini ?		√
Hari apa sekarang ?	√	
Apa nama tempat ini ?	√	
Dimana alamat anda ?	√	
Berapa umur anda ?	√	
Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)	√	
Siapa presiden Indonesia sekarang ?	√	
Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	√	
Siapa nama ibu anda ?	√	
Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	√	
JUMLAH	9	1

Tingkat intelektual jumlah salah 1 : fungsi intelektual utuh

7. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
HEMATOLOGY			
Darah Rutin 1			
Hemoglobin	12.4	11.7-15.5	g/dl
Hematokrit	39.0	33-45	%
Leukosit	9.02	3.6-11.0	ribu/uL
Trombosit	351	150-440	ribu/uL
Golongan darah	AB/positif		-
KIMIA			
Cholesterol	213	<200	mg/dl
Trigliserid	193	<160	mg/dl
HDL kolesterol direct	41	37-92	mg/dl

LDL cholesterol direct	157	60-130	mg/dl
Uric Acid	4.1	2.6-5.7	mg/dl

TERAPY

1. valesco 80 mg 1x1
2. Nerbeser C100 0-01
3. aspilet 80 mg 1x1
4. diprozolam 0,5 mg 0-0-1
5. Paracetamol 3x
6. RL 20tpm
7. Ondancentron 3x4 mg

B. Analisa Data

NO.	Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>S : klien mengatakan kepalanya merasa pusing sampai berdenyut-denyut, susah tidur dan merasa kaku dibagian lehernya.</p> <p>O: klien tampak lemas dan menahan pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : klien mengatakan nyeri kepala saat beraktivitas, - Q : seperti ditusuk-tusuk, - R : di bagian kepala, - S: skala nyeri 5 (nyeri sedang), - T : terus menerus <p>TTV : TD : 160/100 mmHg, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, S : 37⁰ C</p>	<p>Nyeri akut b.d agens</p> <p>cedera biologi</p>

C. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut b.d agen cedera biologi

D. Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan KH	NIC
Nyeri akut b.d agen cedera biologi	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan nyeri klien berkurang ataupun hilang dengan KH :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri mencari bantuan);b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri;c. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	<ul style="list-style-type: none">a. Observasi tanda-tanda vital.b. Beri posisi nyaman rasionalnya agar pasien dalam posisi yang nyaman.c. Berikan massage punggung dengan dzikir, rasionalnya untuk menurunkan tekanan darah dan nyeri dapat berkurang.d. Mengukur tekanan darah setelah diberikan terapi.

E. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa	Implementasi	Respon Klien
6/3/2018 Jam 09.00 WIB	Nyeri akut b.d agen cedera biologi	1. Observasi tanda-tanda vital	S : klien mengatakan bersedia di TTV O : TTV : TD : 160/100 mmHg, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, S : 37 ⁰ C.
Jam 09.10 WIB		2. Memberi posisi nyaman	S : klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi duduk. O : klien tampak duduk dengan rileks.
Jam 09.15 WIB		3. Memberikan massage punggung dengan dzikir	S : klien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi
Jam 09.25 WIB		4. Mengukur tekanan darah setelah diberikan terapi.	O : klien tampak kooperatif S : - O : klien tampak kooperatif dengan hasil TD : 156/96 mmHg
7/3/2018 Jam 09.05 WIB	Nyeri akut b.d agen cedera biologi	1. Observasi tanda-tanda vital	S : klien mengatakan bersedia di TTV O : TTV : TD : 154/98 mmHg, N : 95 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,7 ⁰ C.
Jam 09.15 WIB		2. Memberi posisi nyaman	S : klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk. O : klien tampak duduk dengan rileks.
Jam 09.20 WIB		3. Memberikan massage punggung dengan dzikir	S : klien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi
Jam 09.30 WIB		4. Mengukur tekanan darah setelah diberikan terapi.	O : klien tampak kooperatif S : -

			O : klien tampak kooperatif dengan hasil TD : 149/94 mmHg
8/3/2018 Jam 10.00 WIB	Nyeri akut b.d agen cedera biologi	1. Observasi tanda-tanda vital	S : klien mengatakan bersedia di TTV O : TTV : TD : 148/98 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,5 ⁰ C.
Jam 10.10 WIB		2. Memberi posisi nyaman	S : klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi duduk. O : klien tampak duduk dengan rileks.
Jam 10.15 WIB		3. Memberikan massage punggung dengan dzikir	S : klien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi
Jam 10.25 WIB		4. Mengukur tekanan darah setelah diberikan terapi.	O : klien tampak kooperatif S : - O : klien tampak kooperatif dengan hasil TD : 143/95 mmHg

F. Evaluasi

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	Ttd
8/3/2018	Nyeri akut b.d agen cedera biologi	S : klien mengatakan pusingnya sudah berkurang dan terkadang hilang timbul, sudah bisa untuk tidur dan lehernya sudah tidak kaku lagi O : klien tampak lebih segar - P : klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang saat beraktifitas maupun tidak	

		<ul style="list-style-type: none">- Q : seperti ditusuk-tusuk- R : di bagian kepala- S: skala nyeri 2- T : hilang timbul <p>TTV : TD : 148/98 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 21 x/menit, S : 36,5⁰ C.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi pasien pulang</p>	
--	--	--	--