

LAMPIRAN

Lampiran 1 Matrik Kegiatan

[illegible]

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Dinkes



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN

Jl. Basuki Rahmad Gedung Terpadu Graha Bhakti Praja Lt. 1 dan 2 Ponorogo, Jawa Timur Kode Pos 63418

Telepon 0352-481438 Faximile 0352-484550
 Laman dinkes.ponorogo.go.id, Pos-el dinkes@ponorogo.go.id

Ponorogo, 14 April 2025

Nomor : 400.7/KRP/96/405.09/2025
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Jambon
 Kabupaten Ponorogo
 Di
 P O N O R O G O

Menindaklanjuti surat dari Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang Nomor: PP.06.02/F.XIII.15.6/249/2025 tanggal 26 Maret 2025 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini diberikan Rekomendasi di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo sebagai tempat penelitian kepada mahasiswa berikut :

Nama : Esa Nurrahmah
 NIM : P17250223028
 Judul : Asuhan Keperawatan Lansia Penderita Hipertensi Dengan Risiko Jatuh
 Di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo
 Pelaksana : 1 (Satu) Bulan (Menyesuaikan Jadwal Puskesmas)

Demikian untuk menjadi perhatian, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 Kepala Dinas Kesehatan

Dyah Ayu Puspitaningarti, SKM,M.Kes
 Pembina Utama Muda (IV/c)
 NIP. 197602062002122012

Tembusan :

1. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang
2. Arsip

Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO DINAS KESEHATAN PUSKESMAS JAMBON Jalan Merdeka No. 1, Jambon, Ponorogo, Jawa Timur 63456, Telp. 0352-7540164 Laman puskesmas.ponorogo.go.id/jambon, Pos-el : puskesmasjambon17@gmail.com
Jambon, 10 Mei 2025	
Nomor : 000.9.6.1/KH/ 258 /405.09.32/2025 Lampiran : - Perihal : Ijin Penelitian	
KEPADA Yth. Ketua Prodi D III Keperawatan Ponorogo Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Di - PONOROGO Dengan Hormat, Menindak lanjuti Surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo tertanggal : 14 April 2025 Nomor : 400.7/KRP/96/405.09/2025 perihal Surat Ijin Penelitian, maka dengan ini Kami memberikan ijin untuk melakukan penelitian kepada Mhs Prodi D III Keperawatan Ponorogo Kemenkes Malang atas nama :	
Nama Judul Pelaksanaan	: Esa Nurrahmah : "Asuhan Keperawatan Lansia Penderita Hipertensi Dengan Resiko Jatuh Di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon" : 1 (Satu) Bulan Menyesuaikan Jadwal Puskesmas
Mengetahui,  KEPALA PUSKESMAS JAMBON <u>Mohamad Budi Setiawan, S.Kep.,Ners</u> NIP. 19730418 199603 1 001	



Lampiran 4 Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JAMBON**

Jln Merdeka No. 1, Jambon, Ponorogo, Jawa Timur 63456, Telp. 0352-7540164,
Laman puskesmas.ponorogo.go.id/jambon, Pos-el : puskesmasjambon17@gmail.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 000.9.6/KH/259.7/405.09.32/2025

Yang bertanda Tangan di Bawah ini :

Nama : MOHAMAD BUDI SETIAWAN, S.Kep.,Ners
NIP : 19730418 199603 1 001
Pangkat/ Golongan : IIIId
Jabatan : Kepala Puskesmas Jambon
Dengan ini menyatakan bahwa :
Nama : Esa Nurrahmah
NIM : P17250211035
Pendidikan : DIII Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang

Telah menyelesaikan kegiatan penelitian di Puskemas Jambon dengan judul Asuhan Keperawatan Lansia Penderita Hipertensi dengan Resiko Jatuh di Wilayah Kerja Puskesmas Jambon dari tanggal 14 April 2025 sampai dengan tanggal 10 Mei 2025. Selama penelitian di Puskesmas Jambon mahasiswa yang bersangkutan telah melakukan penelitian dengan baik.

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini di buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Jambon, 10 Mei 2025
Kepala Puskesmas Jambon



MOHAMAD BUDI SETIAWAN, S.Kep.,Ners
Penata Keperawatan
NIP. 19730418 199603 1 001

Lampiran 5 Lembar Persetujuan

38

Lampiran 3 Lembar Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN
(Informed Consent)

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi bekerjasama dalam karya tulis (studi kasus) yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PENDERITA HIPERTENSI DENGAN RISIKO JATUH DI WILAYAH PUSKESMAS JAMBON KABUPATEN PONOROGO".

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerjasama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan karya tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan-kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan pelayanan keperawatan.

Ponorogo, 21 - 09 - 2025



Responden

CS

Lampiran 6 SOP Jalan Tandem

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR JALAN TANDEM

 Kemenkes Poltekkes Malang	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR JALAN TANDEM	No. Dokumen: No. Revisi: Tanggal Terbit: Petugas/Pelaksana: Perawat, Dosen, CI, Mahasiswa
Pengertian	Latihan jalan Tandem merupakan suatu tes dan juga latihan yang dilakukan dengan cara berjalan menentukan garis lurus dalam posisi tumit kaki menyentuh jari kaki yang lainnya sejauh 3 meter	
Tujuan	1. Melatih sikap atau posisi tubuh 2. Mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh 3. Menentukan kemampuan dari individu untuk mengkoordinasikan gerakan motoriknya	
Persiapan Alat	Penanda untuk garis lurus dan meteran	
Persiapan perawat	1. Beri salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan prosedur 3. Memberitahu dan menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan 4. Mengatur posisi pasien yang nyaman	
Persiapan Lingkungan	1. Jaga privasi pasien 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman	
Pelaksanaan	1. Klien berdiri tegak dan nyaman dengan kedua kaki 2. Pandangan klien mengarah ke kaki(mata terbuka) 3. Latihan dimulai, klien diminta untuk berjalan pada jalure (satu garis lurus dengan menempatkan kaki kanan menyetuh tumit kiri dan berjalan sejauh 3 meter) 4. Dilakukan sebanyak 10 kali bolak balik kemudian istirahat	

Sumber (Gemini & Yusmaneti, 2022)

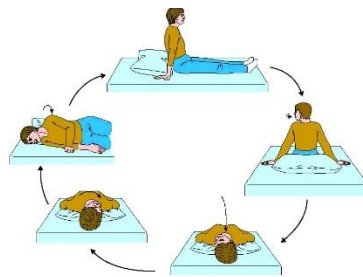
Lampiran 7 SOP Epley Maneuver

LEMBAR SOP

Epley maneuver (canalith repositioning procedure) adalah serangkaian latihan gerakan kepala yang digunakan untuk meredakan gejala vertigo. Gerakan ini dapat dilakukan sendiri oleh penderita ketika serangan vertigo datang. Gerakan pada Epley maneuver dapat dilakukan dengan atau tanpa bantuan orang lain, termasuk dokter maupun tenaga medis.

Jadwal yang dianjurkan untuk latihan *Epley Maneuver*

Waktu	Latihan	Durasi
Pagi	1-5 kali pengulangan	10 menit
Sore	1-5 kali pengulangan	10 menit



Langkah-langkah dari latihan *Epley Maneuver*

1. Duduklah di tempat tidur dengan kaki lurus dan kepala menoleh 45° ke sisi kanan.
2. Lalu berbaringlah telentang dengan cepat dengan posisi kepala menggantung di tepi tempat tidur. Tunggu hingga sekitar 1 menit atau sampai pusing mereda.
3. Putar kepala ke kiri dan tunggu hingga sekitar 1 menit atau sampai pusing mereda.
4. Miringkan tubuh ke sisi kiri dan tunggu kembali sekitar 1 menit atau sampai pusing mereda.
5. Duduklah kembali di tepi tempat tidur pelan-pelan dan tundukkan kepala dengan dagu menempel ke dada selama 15 menit.
6. Ulangi langkah-langkah di atas sebanyak 1-5 kali.

Sumber (Suyamto & Muyassaroh, 2022)

Lampiran 8 Instrumen Ontario Modified Stratify

NO	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai
1.	Riwayat jatuh	- Apakah pasien datang ke puskesmas karena jatuh? - Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?	Ya/tidak Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=6
2.	Status mental	- Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) - Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang) - Apakah pasien mengalami agitas? (ketakutan, gelisah dan cemas)	Ya/tidak Ya/tidak Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=14
3.	Penglihatan	- Apakah pasien memakai kacamata? - Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram? - Apakah pasien mengalami glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/tidak Ya/tidak Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=1

NO	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai
4.	Kebiasaan berkemih	- Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya/tidak	Ya=2
5.	Transfer (dari tempat tidur ke kursi roda dan kembali ke tempat tidur)	- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) - Memerlukan sedikit bantuan (1 orang/ dalam pengawasan) - Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang) - Tidak dapat duduk dengan sempurna, perlu bantuan total	0 1 2 3	
6.	Mobilitas	- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) - Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik) - Menggunakan kursi roda - Imobilisasi	0 1 2 3	Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3 maka skor = 0 Jika nilai total 4-6 maka skor = 7

Kategori

0-5 : risiko rendah

6-16 : risiko sedang

17-30 : risiko berat

Sumber : (Anjelina, 2022)

Lampiran 9 Hasil Evaluasi

No	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai	HARI KE						
					1	2	3	4	5	6	7
1	Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang ke puskesmas karena jatuh?	Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=6	T	T	T	T	T	T	T
		Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?	Ya/tidak		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2	Status mental	Apakah pasien delirium? {tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)	Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=14	T	T	T	T	T	T	T
		Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang) Apakah pasien mengalami agitas?(ketakutan, gelisah dan cemas)	Ya/tidak Ya/tidak		T Y	Y Y	T Y	T Y	T Y	T Y	T Y
3	Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=1	T	T	T	T	T	T	T
		Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?	Ya/tidak		T	T	T	T	T	T	T

		Apakah pasien mengalami glaucoma, katarak atau degenerasi macula?	Ya/tidak		T	T	T	T	T	T	T
4	Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya/tidak	Ya=2T	T	T	T	T	T	T	T
5	Transfer (dari tempat tidur ke kursi roda dan kembali ke tempat tidur)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlah nilai transfer dan mobilitas jika nilai total 0-3 maka skor=0 Jika nilai total 4-6 maka skor=7	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
		Memerlukan sedikit bantuan (1 orang atau dalam pengawasan)	1		T	T	T	T	T	T	T
		Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2		T	T	T	T	T	T	T
		Tidak dapat duduk dengan sempurna, perlu bantuan total	3		T	T	T	T	T	T	T
6	Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
		Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1		T	T	T	T	T	T	T
		Menggunakan kursi roda	2		T	T	T	T	T	T	T
		Imobilisasi	3		T	T	T	T	T	T	T
TOTAL SKOR					20	20	20	20	6	6	6
INTERPRETASI					Tinggi	Tinggi	Tinggi	Tinggi	Sedang	Sedang	Sedang

Lampiran 10 Lembar Jadwal Kegiatan Harian

JADWAL KEGIATAN HARIAN

NO	WAKTU	KEGIATAN	TTD
1.	Hari ke-1	1. Melakukan BHSP 2. Melakukan pengkajian 3. Menganalisis data dan merumuskan diagnosis keperawatan 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Monitor tanda-tanda risiko jatuh 6. Edukasi Kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, komplikasi Hipertensi 7. Pengisian Instrumen <i>Ontario Modified Stratify</i> 8. Observasi apakah ada risiko jatuh ringan, sedang atau berat 9. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
2.	Hari ke-2	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi keluhan pusing dan risiko jatuh 3. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
3.	Hari ke-3	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi keluhan pusing dan risiko jatuh 3. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
4.	Hari ke-4	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi keluhan pusing dan risiko jatuh 3. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
5.	Hari ke-5	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi keluhan pusing dan risiko jatuh 3. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
6.	Hari ke-6	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Mengobservasi keluhan pusing dan risiko jatuh	

		3. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	
7.	Hari ke-7	1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor tanda-tanda risiko jatuh 3. Pengisian Instrumen <i>Ontario Modified Stratify</i> 4. Observasi apakah risiko jatuh sudah berkurang atau teratasi 5. Mengajarkan cara melakukan jalan tandem dan <i>epley maneuver</i>	

Lampiran 11 Asuhan Keperawatan



FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
POLTEKKES KEMENKES MALANG
PRODI D3 KEPERAWATAN (KAMPUS KAB. PONOROGO)
Jl.Dr.Ciptomangunkusumo No.82A Ponorogo Jawa Timur

A. BIODATA

1. PASIEN

Nama : Ny M
 Usia : 65 tahun
 Pendidikan : SD
 Agama : Islam
 Status : Kawin
 Perkawinan : Kawin
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Ds. J Kec. J Kab. P

2. KELUARGA

Nama : Tn. S
 Usia : 71 tahun
 Pendidikan : SD
 Agama : Islam
 Status : Kawin
 Perkawinan : Kawin
 Pekerjaan : Jualan
 Alamat : Ds. J Kec. J Kab. P

B. STATUS KESEHATAN SEKARANG	
1. KELUHAN UTAMA: Klien mengatakan nyeri (pusing) seperti tertusuk-tusuk dan berputar, berjalan sempoyongan terkadang seperti akan jatuh dan kadang berjalan dengan berpegangan pada benda sekitar	
2. PENGKAJIAN STATUS UMUM LANSIA (SPICES)	
a. Sleep Disorder (Gangguan Tidur) Apakah pasien mempunyai gangguan tidur?Tidak Apabila iya:	
Jenis gangguan tidur	
Berapa frekuensi dalam satu bulan	
Kapan	
Berapa jam frekuensi tidur pasien	
b. Problem Eating (Masalah Nutrisi) Apakah pasien mempunyai gangguan pemenuhan nutrisi?Tidak	

Apabila iya:		
Jenis gangguan		
Berapa frekuensi dalam 1 bulan		
Kapan		
Berapa frekuensi makan pasien/hari		
c. Incontinence (Incontinensia) Apakah pasien mempunyai masalah eliminasi?Tidak Apabila iya: ☒ Alvi ☒ Uri		
Jenis gangguan		
Berapa frekuensi dalam 1 bulan		
Kapan		
d. Convulsion (Kebingungan) Apakah pasien mempunyai masalah convulsi (kebingungan)?Tidak Apabila iya:		
Jenis gangguan		
Berapa frekuensi dalam 1 bulan		
Kapan		
e. Evidence fall (kejadian jatuh) Apakah pasien mempunyai riwayat jatuh?Iya Apabila iya:		
Kapan		2 bulan terakhir
Berapa frekunesinya dalam 1 bulan		1 kali
Apa penyebabnya		Pusing
f. Skine breakdown (kerusakan kulit) Apakah pasien mempunyai riwayat kerusakan kulit?Tidak Apabila iya:		
Kapan		
Jenis masalahnya		
Apa penyebabnya		
Apakah sekarang masih menderita		
Gambarkan luas kerusakan kulit		
3. KEMANDIRIAN LANSIA DENGAN INDEX KATZ Beri tanda cawang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pilihan anda. Yang telah disesuaikan dengan keadaan sebenarnya.		
Aktifitas	Mandiri (Skore 1)	Dibantu (Skore 0)
Mandi	Melakukan mandi secara mandiri atau memerlukan bantuan hanya untuk bagian tertentu saja misalnya punggung atau bagian yang mengalami gangguan ✓ ☐	Perlu bantuan lebih dari satu bagian tubuh, perlubantuan total ☐
Berpakaian	Bisa memakai pakaian sendiri,kadang perlu bantuan untuk menalikan sepatu. ✓ ☐	Perlu lebih dalam berpakaian atau bahkan perlubantuan total. ☐

Ke toilet	Bisa pergi ke toilet sendiri, membuka, melakukan BAB BAK sendiri. ✓ ☐	Perlu bantuan dalam eliminasi ☐
Berpindah	Bisa berpindah tempat sendiri tanpa bantuan, alat bantu gerak diperkenankan ✓ ☐	Perlu bantuan dalam berpindah dari bed ke kursiroda, bantuan dalam berjalan ☐
Kontinen	Bisa mengontrol eliminasi ☐	Inkontinensia sebagian atau total baik bladder maupun bowel ☐
Makan	Bisa melakukan makan sendiri. Makanan dipersiapkan oleh oranglain diperbolehkan ✓ ☐	Perlu bantuan dalam makan, nutrisi parenteral ☐

Total Skore:

Interpretasi Hasil:

☐

Kemandirian Tinggi ✓

Kemandirian Rendah

4. SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Beri tanda cawang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pilihan anda. Yang telah disesuaikan dengan keadaan sebenarnya.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini?	✓	
2.	Hari ini hari apa?	✓	
3.	Apa nama tempat ini?	✓	
4.	Dimana alamat anda?	✓	
5.	Berapa umur anda?	✓	
6.	Kapan anda lahir? (minimal tahun)	✓	
7.	Siapa presiden indonesia sekarang?	✓	
8.	Siapa presiden indonesia sebelumnya?	✓	
9.	Siapa nama ibu anda?	✓	
10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap mengurangi 3 dari setiap angka baru secara menurun.	✓	
Nilai total:		10	
Interpretasi hasil:			
☐ Fungsi Intelektual utuh ✓			
☐ Kerusakan intelektual ringan			

☐	Kerusakan intelektual sedang		
☐	Kerusakan intelektual berat		

5. INVENTARIS DEPRESI BECK (IDB)
 Beri tanda cawang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pilihan anda. Yang telah disesuaikan dengan keadaan sebenarnya

SKOR	URAIAN
a. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menggapainya.
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.
1	Saya merasa sedih/ galau
0 ✓	Saya tidak merasa sedih/galau
b. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan.
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0 ✓	Saya tidak begitu pesimis dan kecil hati tentang masa depan
c. Rasa kegagalan	
3	Saya benar-benar gagal sebagai orang tua (suami istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang semua yang dapat saya lihat hanyalah kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0 ✓	Saya tidak merasa gagal
d. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya.
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0 ✓	Saya tidak merasa tidak puas
e. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk dan tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk/tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.
0 ✓	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
f. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0 ✓	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
g. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati

0 ✓	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri.			
h. Menarik Diri dari Sosial				
3	Saya telah kehilangan minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka			
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan memiliki sedikit perasaan pada mereka			
1	Saya kurang berminat pada orang lain darai pada sebelumnya			
0 ✓	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain			
i. Keragu-raguan				
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali			
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan			
1	Saya berusaha membuat keputusan			
0 ✓	Saya membuat keputusan yang baik			
j. Perubahan gambaran diri				
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan			
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak tertarik.			
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua			
0 ✓	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari biasanya			
k. Kesulitan Kerja				
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali			
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu			
1 ✓	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu			
0	Saya bisa bekerja kira-kira sebaik sebelumnya			
l. Keletihan				
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu			
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu			
1	Saya merasa lelah dari yang sebelumnya			
0 ✓	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya			
m. Anoreksia				
3	Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali			
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang			
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya			
0 ✓	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya			
Interpretasi hasil:				
	Depresi tidak ada atau minimal		Depresi sedang	
	Depresi ringan ✓		Depresi berat	
6. PENGKAJIAN APGAR Beri tanda cawang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pilihan anda. Yang telah disesuaikan dengan keadaan sebenarnya				
No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-Kadang (1)	Tidak pernah (0)
1.	A: Adaptasi	✓		

	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.			
2.	P: Patnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	✓		
3.	G: Growth Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya, menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	✓		
4.	A: Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih dan mencintai	✓		
5.	R: Resolve Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon	✓		
Jumlah				
Interpretasi Hasil: ☐ Disfungsi keluarga yang parah (tidak baik) ☒ Disfungsi keluarga sedang (kurang baik) ☐ Fungsi keluarga baik ✓				
7. PENGKAJIAN KESEIMBANGAN "TIME UP AND GO (TUG) Beri tanda cawang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pilihan anda. Yang telah disesuaikan dengan keadaan sebenarnya				
No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)		
1.	22-05-2025	20 detik		
Rata-Rata waktu TUG				
Interpretasi Hasil: ☐ Low risk of falling (resiko jatuh rendah) ☒ Low to moderate risk for falling (resiko jatuh rendah hingga sedang) ☐ Moderate to high risk for falling (resiko jatuh sedang sampai tinggi) ✓ ☐ Impaired mobility and is at high risk of falling (gangguan mobilitas dan berisiko tinggi jatuh)				

8. PENGKAJIAN NUTRISI (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT) Beri tanda cawang (✓) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan sesuai dengan keadaan sebenarnya		
PENGKAJIAN PENAPISAN		
a. Apakah ada penurunan asupan makanan dalam jangka waktu 3 bulan oleh karena kehilangannafsu makan, masalah pencernaan, kesulitan menelan / mengunyah ?		
• Nafsu makan sangat berkurang	: 0	
• Nafsu makan sedikit berkurang (sedang)	1	
• Nafsu makan biasa saja	: 2	✓
b. Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir ?		
• Penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir lebih dari 3 kg.	0	
• Tidak tahu	: 1	
• Penurunan berat badan 1-3 kg	: 2	
• Tidak ada penurunan berat badan	: 3	✓
c. Mobilitas ?		
• Harus berbaring di tempat tidur atau menggunakan kursi roda	0	
• Bisa keluar dari tempat tidur atau kursi roda, tetapi tidak bisa keluar rumah	: 1	
• Bisa keluar rumah	: 2	✓
d. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir ?		
• Ya	0	✓
• Tidak	: 1	
e. Masalah neuropsikologis ?		
• Dimensia berat atau depresi berat	0	
• Dimensia ringan	: 1	
• Tidak ada masalah psikologis	: 2	✓
f. Indek masa tubuh atau berat badan dalam "kg"/tinggi badan dalam "m"		
• IMT < 19	0	

• IMT antara 19 - < 21	: 1	
• IMT antara 21- <23	: 2	✓
• IMT 23 atau lebih	: 3	
Skore penapisan total : 11 Skore ≥ 11 “tidak berisiko”, tidak perlu melengkapi form pengkajian. ✓ ☐ Skore < 11 “kemungkinan malnutrisi”, lanjutkan pengkajian ☐		
PENGKAJIAN (ASSESSMENT)		
g. Hidup mandiri, tidak tergantung pada orang lain, bukan di rumah sakit atau panti werda ?		
• Tidak	: 0	
• Ya	: 1	
h. Minum obat lebih dari 3 macam dalam 1 hari ?		
• Ya	: 0	
• Tidak	: 1	
i. Terdapat ulkus dikubitus atau luka tekan atau luka di kulit		
• Ya	: 0	
• Tidak	: 1	
j. Berapa kali pasien makan lengkap dalam 1 hari ?		
• 1 kali	: 0	
• 2 kali	: 1	
• 3 kali	: 2	
k. Konsumsi bahan makanan terutama sumber bahan makanan yang diketahui sumber protein (asupan protein) ?		
• Sedikitnya 1 penukar dari produk susu (susu, keju yogurt) per hari :(ya/tidak)		
• Dua penukar atau lebih dari kacang-kacangan atau telur per minggu : (ya/tidak)		
• Daging, ikan atau unggas setiap hari : (ya/tidak)		
• Jika 0-1 pertanyaan dijawab “ya	: 0	
• Jika 2 pertanyaan di jawab “ya”	: 0,5	
• Jika 3 pertanyaan di jawab “ya”	: 1	
l. Apakah mengkonsumsi 2 penukar atau lebih, buah atau sayur per hari		
• Tidak	0	
• Ya	: 1	
m. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, the, susu,.....) yang diminum per hari		
• Kurang dari 3 gelas per hari	0	
• Antara 3 – 5 gelas per hari	: 0.5	
• Lebih dari 5 gels per hari	: 1	
n. Cara makan ?		
• Tidak dapat makan tanpa bantuan makan	0	
• Makan sendiri dengan sedikit kesulitan	: 1	
• Dapat makan sendiri tanpa masalah	: 2	
o. Pandangan pasien terhadap status gizinya ?		
• Merasa dirinya kekurangan makan kurang gizi	0	
• Tidak dapat menilai/tidak yakin status gizinya	: 1	

• Merasa tidak ada masalah dengan status gizinya	: 2	
p. Dibandingkan dengan orang lain yang seumur, bagaimana pasien menilai status kesehatannya ?		
• Tidak sebaik mereka	: 0	
• Tidak tahu	: 0,5	
• Sama baik	: 1	
• Lebih baik	: 2	
q. Lingkar lengan atas (LILA dalam cm)		
• LILA < 21 cm	: 0	
• LILA antara 21 < 22 cm	: 0,5	
• LILA ≥ 22	: 1	
r. Lingkar Betis (LB) dalam cm		
• LB < 31 cm	: 0	
• LB ≥ 31 cm	: 1	
Interpretasi hasil : ☐ Status nutrisi normal ☐ Resiko malnutrisi ☐ Malnutrisi		
9. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TO Beri tanda cawang (✓) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan sesuai dengan keadaan sebenarnya		
a. PEMERIKSAAN BERAT BADAN 45 Kg		
b. PEMERIKSAAN TINGGI BADAN BERDASARKAN ESTIMASI :		
1) Tinggi lutut	$(2.02 \times 42) - (0.04 \times 79) + 64,19$ $84,84 - 3,16 + 64,19$ $= 145,87$ Pria = $(2.02 \times \text{tinggi lutut (cm)}) \times$ $(0.04 \times \text{Umur (Tahun)}) +$ 64.19 Wanita = $(1.83 \times \text{tinggi lutut (cm)}) \times$ $(0.04 \times \text{Umur (Tahun)}) +$ 84.88	
2) Panjang Depa	$118,24 + (0,28 \times 150) - (0,17 \times 79)$ $118,24 + 42 - 13,43$ $= 146$ Pria = $118,24 + (0.28 \times \text{Panjang Depa}) \times$ $(0,07 \times \text{Umur}) \text{ cm}$ Wanita = $63.18 + (0.63 + \text{Panjang Depa}) \times$ $(0,17 \times \text{Umur}) \text{ cm}$	
c. KEPALA		YA
Sakit kepala	:	✓
Pusing	:	✓
Gatal pada kulit kepala	:	✓
KETERANGAN LAIN	:	.....
d. MATA		YA
Perubahan penglihatan	:	✓
Pakai kacamata	:	✓

Kekeringan mata	:		✓
Nyeri	:		✓
Gatal	:		✓
Photobobia	:		✓
Diplopia	:		✓

Riwayat infeksi	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
e. TELINGA		YA	TIDAK
Penurunan pendengaran	:		✓
Discharge	:		✓
Tinitus	:		✓
Vertigo	:		
Alat bantu dengar	:		✓
Riwayat infeksi	:		✓
Kebiasaan membersihkan Telinga	:		✓
Dampak pada ADL	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
f. HIDUNG SINUS		YA	TIDAK
Rhinorrhea	:		✓
Discharge	:		✓
Epistaksis	:		✓
Obstruksi	:		✓
Snoring	:		✓
Alergi	:		✓
Riwayat infeksi	:		
KETERANGAN LAIN	:	.....	
g. MULUT TENGGOROKAN		YA	TIDAK
Nyeri telan	:		✓
Kesulitan menelan	:		✓
Lesi	:		✓
Perdarahan gusi	:		✓
Caries	:		✓
Perubahan rasa	:		✓
Gigi palsu	:		✓
Riwayat Infeksi	:		✓
Pola sikat gigi	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
h. LEHER		YA	TIDAK
Kekakuan	:	✓	
Nyeri tekan	:		✓
Massa	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
i. PERNAFASAN		YA	TIDAK
Batuk	:		✓
Nafas pendek	:		✓
Hemoptisis	:		✓
Wheezing	:		✓
Asma	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
j. KARDIOFASKULER		YA	TIDAK

<i>Chest pain</i>	:		✓
Palpitasi	:		✓

<i>Dipsnoe</i>	:		✓
<i>Paroximal nocturnal</i>	:		✓
<i>Orthopnea</i>	:		✓
Murmur	:		✓
<i>Edema</i>	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
k. GASTROINTESTINAL		YA	TIDAK
<i>Disphagia</i>	:		✓
<i>Nausea / vomiting</i>	:		✓
<i>Hematemesis</i>	:		✓
Perubahan nafsu makan	:		✓
Massa	:		✓
<i>Jaundice</i>	:		✓
Perubahan pola BAB	:		✓
Melena	:		✓
Hemorrhoid	:		✓
Pola BAB	:		✓
KETERANGAN LAIN	:	.....	
l. PERKEMIHAN		YA	TIDAK
<i>Dysuria</i>	:		✓
Frekuensi	:		✓
Hesitancy	:		✓
Urgency	:		✓
Hematuria	:		✓
<i>Poliuria</i>	:		✓
Oliguria	:		✓
Nocturia	:		✓
Inkontinensia	:		✓
Nyeri berkemih	:		
Pola BAK	:		
KETERANGAN LAIN	:	.....	
m. REPRODUKSI (Laki-laki)		YA	TIDAK
Lesi	:		
Discharge	:		
Testicular pain	:		
Testicular massa	:		
Perubahan gairah sex	:		
Impotensi	:		
KETERANGAN LAIN	:	.....	
n. REPRODUKSI (Perempuan)		YA	TIDAK
Lesi	:		✓
Discharge	:		✓
<i>Postcoital bleeding</i>	:		✓
Nyeri pelvis	:		✓
Prolap	:		✓
Riwayat menstruasi	:		✓

Aktifitas seksual	:		✓
<i>Pap smear</i>	:		✓

KETERANGAN LAIN :	.....	
o. MUSKULOSKELETAL	YA	TIDAK
Nyeri Sendi :		✓
Bengkak :		✓
Kaku sendi :		✓
Deformitas :		✓
Spasme :		✓
Kram :		✓
Kelemahan otot :		✓
Masalah gaya berjalan :		✓
Nyeri punggung :		✓
Pola latihan :		✓
Dampak ADL :		✓
KETERANGAN LAIN :	.....	
p. PERSYARAFAN	YA	TIDAK
Headache :	✓	
Seizures :		✓
Syncope :		✓
Tic/tremor :		✓
Paralysis :		✓
Paresis :		✓
Masalah memori :		✓
KETERANGAN LAIN :	..... .....	

C. RIWAYAT PENGGUNAAN OBAT-OBATAN

1. Apakah pasien mempunyai riwayat mengkonsumsi obat sebelumnya ?

☐ Ada riwayat ☐ Tidak ada riwayat ✓

Jika ada riwayat, sebutkan jenis obatnya ?

.....

2. Apakah pasien mengkonsumsi obat saat ini ?

☐ Iya ✓ ☐ Tidak

Jika ada riwayat, sebutkan jenis obatnya ?

Amlodipin 5 mg

.....

ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	Ds: - Klien mengatakan ada Riwayat jatuh 1 kali dalam 2 bulan terakhir karena pusing - Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu - Klien mengatakan takut akan terjadi jatuh berulang Do: - Klien terlihat berjalan sempoyongan - Klien terlihat kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar - Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 20 dengan kategori risiko jatuh tinggi - TTV : TD : 170/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C	Riwayat Jatuh	Risiko Jatuh
2.	Ds : - Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk dan berputar R: kepala S: 5 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas - Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu Do : - Klien terlihat berjalan sempoyongan dan kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar - Klien terlihat menyeringai menahan sakit - Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric</i>	Peningkatan Tekanan Vaskuler Serebral	Nyeri Akut

	<i>rating scale</i>) didapat skor 5 dengan nyeri sedang • TTV : TD: 170/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C		
--	---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	TANGGAL	DIAGNOSA	TANGGAL TERATASI	PARAF
1.	22-04-2025	Risiko Jatuh d.d Riwayat jatuh 1 kali dalam 2 bulan terakhir	28-04-2025	
2.	22-04-2025	Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral		

NO	DIAGNOSA	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Risiko jatuh	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan risiko jatuh teratasi dengan kriteria hasil : 1. Riwayat jatuh menurun 2. Status mental membaik 3. Penglihatan membaik 4. Kebiasaan berkemih menurun 5. Transfer dari tempat tidur ke kursi roda dan kembali ke tempat tidur membaik 6. Mobilitas membaik	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 6. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci 7. Pasang handrail tempat tidur 8. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 10. Gunakan alat bantu jalan 11. (mis. kursi roda, walker) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 13. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

	Nyeri akut	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal Terapeutik 4. Berikan teknik non farmakologi 5. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 8. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	------------	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	HARI/ TANGGAL	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1.	Selasa 22-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pengkajian 2. Melakukan pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital 3. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 4. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 5. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 6. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 7. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 8. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 9. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	15.30	S • Klien mengatakan ada Riwayat jatuh 1 kali dalam 2 bulan terakhir karena pusing • Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu • Klien mengatakan takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Klien terlihat berjalan sempoyongan • Klien terlihat kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar • Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 20 dengan kategori risiko jatuh tinggi • TTV : TD : 170/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi
2.	Selasa 22-04-2025	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan	16.00	S • Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing

			NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing		Q : tertusuk -tusuk dan berputar R: kepala S: 5 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas • Klien mengatakan memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu O • Klien terlihat berjalan sempoyongan dan kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar • Klien terlihat menyeringai menahan sakit • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 5 dengan nyeri sedang • TTV : TD: 170/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan
1.	Rabu 23-02-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang	15.30	S • Klien mengatakan takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Klien terlihat berjalan sempoyongan

			tidak licin 5. Mengajukan berkesentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri		- Klien terlihat kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar - Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 20 dengan kategori risiko jatuh tinggi - TTV : TD : 160/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi
2.	Rabu 23-02-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk <i>mengurangi rasa pusing</i>	16.00	S - Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk dan berputar R: kepala S: 5 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O - Klien terlihat berjalan sempoyongan dan kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar - Klien terlihat menyeringai menahan sakit - Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 5 dengan nyeri sedang

					TTV : TD: 160/100 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan
1.	Kamis 24-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	15.30	S - Klien mengatakan takut melakukan jalan tandem secara mandiri O - Klien terlihat berjalan sempoyongan - Klien terlihat kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar - Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 20 dengan kategori risiko jatuh tinggi - TTV : TD : 150/90 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi
2.	Kamis 24-04-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	16.00	S Klien mengatakan nyeri (pusing)

			2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing		P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk dan berputar R: kepala S: 4 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O • Klien terlihat berjalan sempoyongan dan kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar • Klien terlihat menyeringai menahan sakit • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 4 dengan nyeri sedang • TTV : TD: 150/90 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan
1.	Jumat 25-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	15.30	S • Klien mengatakan takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Klien terlihat berjalan sempoyongan • Klien terlihat kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar

			5. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri		• Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 20 dengan kategori risiko jatuh tinggi • TTV : TD : 150/90mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi
2.	Jumat 25-04-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing	16.00	S • Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk dan berputar R: kepala S: 4 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O • Klien terlihat berjalan sempoyongan dan kadang berjalan berpegangan pada benda sekitar • Klien terlihat menyeringai menahan sakit • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 4 dengan nyeri sedang • TTV : TD: 150/90 mmHg

					N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan
1.	Sabtu 26-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	15.30	S • Klien mengatakan tidak takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 6 dengan kategori risiko jatuh sedang • TTV : TD : 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi P Lanjutkan intervensi
2.	Sabtu 26-04-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik	16.00	S • Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk R: kepala S: 3

			5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing		T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 3 dengan nyeri ringan • TTV : TD: 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi sebagian P Intervensi dilanjutkan
1.	Minggu 27-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5. Mengajarkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6. Mengajarkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	15.30	S • Klien mengatakan tidak takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 6 dengan kategori risiko jatuh tinggi • TTV : TD : 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi P

					Lanjutkan intervensi
2.	Minggu 27-04-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing	16.00	S • Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk R: kepala S: 3 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 3 dengan nyeri ringan • TTV : TD: 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi sebagian P Intervensi dilanjutkan
1.	Senin 28-04-25	11.00 15.00	1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Memberikan kuesioner <i>Ontario modified stratify</i> 3. Mengajarkan jalan tandem untuk meningkatkan keseimbangan 4. Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5. Mengajarkan berkonsentrasi untuk	15.30	S • Klien mengatakan tidak takut melakukan jalan tandem secara mandiri O • Skor risiko jatuh berdasarkan instrument ontario modified stratify didapatkan skor 6 dengan kategori risiko jatuh sedang • TTV :

			menjaga keseimbangan tubuh 6. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri		TD : 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi P Intervensi dihentikan
2.	Senin 28-04-25	11.00 15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 4. Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi nafas dalam 6. Mengajarkan <i>epley maneuver</i> untuk mengurangi rasa pusing	16.00	S • Klien mengatakan nyeri (pusing) P : Nyeri karena pusing Q : tertusuk -tusuk R: kepala S: 2 T: nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah saat dilakukan untuk beraktivitas O • Skor nyeri yang didapat berdasarkan NRS (<i>numeric rating scale</i>) didapat skor 2 dengan nyeri ringan • TTV : TD: 140/80 mmHg N : 80x/menit RR: 20x/menit S : 36,5 C A Masalah teratasi sebagian P Intervensi dihentikan

Lampiran 12 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Esa Hurohmah
 NIM : P17250223028
 Dosen Pembimbing : Gondes widya Hendrawati S.kep. Ns. M.kep
 Judul : Atuhan keperawatan lansia penderita Hipertensi dengan Risiko Jatuh di Wilayah Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	24/12 ²⁴		Acc Judul KTI	
2.	27/12 ²⁴	I	Pengarahan Bab I - tatacara membuat LBM a. Justifikasi b. Introduksi c. Kronologi d. Solusi	
3.	31/12 ²⁴	I	1. Batas ke hrt 4 cm 2. Justifikasi lansi dipindahkan ke paragraf Pertama 3. Menambah teori hipertensi dengan risiko jatuh 4. tujuan bagi pasien di spesifikkan ii 5. ditambah pengkajian gerontik 6. tambah judul tabel dan sumber iii 7. kriteria ekskusi dikurangi	
4.	07/1 ²⁰²⁵		i 1. Judul harus rata 2. titik harus dibelakang kurung atau dibelakang titik ii 3. Menambah diagnosis dan b.d iii 4. kriteria ekskusi - menggunakan alat bantu jalan dihapus 5. pendekatan studi kasus ditambahkan.	

5.	09/1 ²⁵	II III	1. identitas klien digarisbawahi 2. Penyajian data ditambahkan dengan cara opa 3. menambahkan lampiran.	
6.	5/3 ²⁵		Acc Proposal	
7.	19/3 ²⁵	ALL BAB	Seminar proposal Revisi dan saran dari dosen penguji (Bapak Agus Wihit Suwanto S.Kep Ns, M.Kep) 1. Menambah prevalensi ht lansia secara global 2. manfaat praktis bagi pasien ditambahkan "secara mandiri" 3. tulislah kti diganti proposal kti 4. kriteria inklusi ditambahkan pasien pernah berkunjung ke puskesmas Revisi dan saran dari dosen pembimbing (Ibu Bandes Widya Hendrawati, S.Kep Ns, M.Kep)	
8.	19/3 ²⁵		1. merapikan daftar isi 2. daftar ungkapan tidak di bold 3. merapikan daftar pustaka 4. menambahkan prevalensi hipertensi jambon 5. leaflet tulisannyu dibesarkan	
9.	29/3 ²⁵		Acc Revisi proposal Dpt Agus Wihit Suwanto, S.Kep Ns, M.Kep	
10.	25/3 ²⁵		Revisi 1. bahasa asing cetak miring 2. data jambon ditambah tahun 3. lembar landscape terbalik 4. Acc revisi proposal	
11.	25-3-25		Acc Revisi proposal	

Lampiran 13 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP
(CURRICULUM VITAE)



Nama	:	Esa Nurrahmah
Tempat, Tanggal Lahir	:	Ponorogo, 05 Agustus 2003
Alamat	:	Jl. Sunan Bonang Rt/Rw 03/02 Ds. Ngabar Kec. Siman Kab. Ponorogo
Agama	:	Islam
Nama Ayah	:	Kusno
Nama Ibu	:	Heni Hanifah
No Telp	:	085748198746
Email	:	esanurrahmah1@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TA Al-Manaar Pondok Pesantren Wali Songo Ngabar, Lulus Tahun 2009
2. MI Mamba'ul Huda Al-Islamiyah PPWS , Lulus Tahun 2015
3. MTS Wali Songo Putri PPWS , Lulus Tahun 2018
4. MAS Wali Songo Putri PPWS, Lulus Tahun 2021
5. Sedang menyelesaikan Pendidikan di Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi Diploma III Keperawatan Kampus VI Ponorogo Tahun 2022-2025