

**FORMAT PENGKAJIAN LANSIA  
ADAPTASI TEORI MODEL CAROL A MILLER**

---

Nama wisma :

Tanggal Pengkajian :

**1. IDENTITAS :**

**KLIEN**

Nama : .....

Umur : .....

Agama : .....

Alamat asal : .....

Tanggal datang : ..... Lama Tinggal di Panti .....

**2. DATA :**

**KELUARGA**

Nama : .....

Hubungan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....Telp :  
.....

**3. STATUS KESEHATAN SEKARANG :**

Keluhan utama:

Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan:

Obat-obatan:

**4. AGE RELATED CHANGES(PERUBAHAN TERKAIT PROSES MENUA) :**

**FUNGSI FISILOGIS**

**1. Kondisi Umum**

Ya



Tidak

|                       |   |       |
|-----------------------|---|-------|
| Kelelahan             | : |       |
| Perubahan BB          | : |       |
| Perubahan nafsu makan | : |       |
| Masalah tidur         | : |       |
| Kemampuan ADL         | : |       |
| <b>KETERANGAN</b>     | : | ..... |
|                       |   | ..... |

**2. Integumen**

|                       |   |           |              |
|-----------------------|---|-----------|--------------|
|                       |   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
| Lesi / luka           | : |           |              |
| Pruritus              | : |           |              |
| Perubahan pigmen      | : |           |              |
| Memar                 | : |           |              |
| Pola penyembuhan lesi | : |           |              |
| <b>KETERANGAN</b>     | : | .....     |              |
|                       |   | .....     |              |

**3. Hematopoetic**

|                            |   |           |              |
|----------------------------|---|-----------|--------------|
|                            |   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
| Perdarahan abnormal        | : |           |              |
| Pembengkakan kel.<br>Limfe | : |           |              |
| Anemia                     | : |           |              |
| <b>KETERANGAN</b>          | : | .....     |              |

**4. Kepala**

|                  |   |           |              |
|------------------|---|-----------|--------------|
|                  |   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
| Sakit kepala     | : |           |              |
| Pusing           | : |           |              |
| Gatal pada kulit | : |           |              |

kepala

**KETERANGAN** : .....

**5. Mata**

**Ya**

**Tidak**

Perubahan :

penglihatan

Pakai kacamata :

Kekeringan mata :

Nyeri :

Gatal :

Photobia :

Diploia :

Riwayat infeksi :

**KETERANGAN** : .....

.....

**6. Telinga**

**Ya**

**Tidak**

Penurunan :

pendengaran

Discharge :

Tinitus :

Vertigo :

Alat bantu dengar :

Riwayat infeksi :

Kebiasaan :

membersihkan telinga

Dampak pada ADL : .....  
**KETERANGAN** : .....  
.....

**7 Hidung sinus**

|                    | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|--------------------|-----------|--------------|
| Rhinorrhea :       |           |              |
| Discharge :        |           |              |
| Epistaksis :       |           |              |
| Obstruksi :        |           |              |
| Snoring :          |           |              |
| Alergi :           |           |              |
| Riwayat infeksi :  |           |              |
| <b>KETERANGA</b> : | .....     |              |
| <b>N</b>           | .....     |              |

**8. Mulut, tenggorokan**

|                     | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|---------------------|-----------|--------------|
| Nyeri telan :       |           |              |
| Kesulitan menelan : |           |              |
| Lesi :              |           |              |
| Perdarahan gusi :   |           |              |
| Caries :            |           |              |
| Perubahan rasa :    |           |              |
| Gigi palsu :        |           |              |
| Riwayat Infeksi :   |           |              |
| Pola sikat gigi :   | .....     |              |
| <b>KETERANGAN</b> : | .....     |              |

.....

**9 Leher**

.

|               | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|---------------|-----------|--------------|
| Kekakuan :    |           |              |
| Nyeri tekan : |           |              |
| Massa :       |           |              |
| <b>KET</b> :  | .....     |              |
|               | .....     |              |

**10 Pernafasan**

.

|                     | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|---------------------|-----------|--------------|
| Batuk :             |           |              |
| Nafas pendek :      |           |              |
| Hemoptisis :        |           |              |
| Wheezing :          |           |              |
| Asma :              |           |              |
| <b>KETERANGAN</b> : | .....     |              |
|                     | .....     |              |

**11. Kardiovaskuler**

|                              | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|------------------------------|-----------|--------------|
| <i>Chest pain</i> :          |           |              |
| Palpitasi :                  |           |              |
| <i>Dipsnoe</i> :             |           |              |
| <i>Paroximal nocturnal</i> : |           |              |
| <i>Orthopnea</i> :           |           |              |
| Murmur :                     |           |              |

*Edema* : |

**KETERANGAN** : .....

.....

**12. Gastrointestinal**

|                            | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|----------------------------|-----------|--------------|
| <i>Disphagia</i> :         |           |              |
| <i>Nausea / vomiting</i> : |           |              |
| <i>Hemateemesis</i> :      |           |              |
| Perubahan nafsu makan :    |           |              |
| Massa :                    |           |              |
| <i>Jaundice</i> :          |           |              |
| Perubahan pola BAB :       |           |              |
| Melena :                   |           |              |
| Hemorrhoid :               |           |              |
| Pola BAB :                 |           | .....        |
| <b>KETERANGAN</b> :        |           | .....        |
|                            |           | .....        |

**13. Perkemihan**

|                   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|-------------------|-----------|--------------|
| <i>Dysuria</i> :  |           |              |
| Frekuensi :       |           | .....        |
| Hesitancy :       |           |              |
| Urgency :         |           |              |
| Hematuria :       |           |              |
| <i>Poliuria</i> : |           |              |
| Oliguria :        |           |              |

|                   |   |       |
|-------------------|---|-------|
| Nocturia          | : |       |
| Inkontinensia     | : |       |
| Nyeri berkemih    | : |       |
| Pola BAK          | : | ..... |
| <b>KETERANGAN</b> | : | ..... |
|                   |   | ..... |

**14. Reproduksi (laki-laki)**

|                         |   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b> |
|-------------------------|---|-----------|--------------|
| Lesi                    | : |           |              |
| <i>Discharge</i>        | : |           |              |
| <i>Testicular pain</i>  | : |           |              |
| <i>Testicular massa</i> | : |           |              |
| Perubahan gairah sex    | : |           |              |
| Impotensi               | : |           |              |

**Reproduksi (perempuan)**

|                            |   |       |
|----------------------------|---|-------|
| Lesi                       | : |       |
| Discharge                  | : |       |
| <i>Postcoital bleeding</i> | : |       |
| Nyeri pelvis               | : |       |
| Prolap                     | : |       |
| Riwayat menstruasi         | : | ..... |
| Aktifitas seksual          | : |       |
| <i>Pap smear</i>           | : |       |
| <b>KETERANGAN</b>          | : | ..... |
|                            |   | ..... |

**15. Muskuloskeletal**

|                       | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b>   |
|-----------------------|-----------|----------------|
| Nyeri Sendi           | :         |                |
| Bengkak               | :         |                |
| Kaku sendi            | :         |                |
| Deformitas            | :         |                |
| <i>Spasme</i>         | :         |                |
| Kram                  | :         |                |
| Kelemahan otot        | :         |                |
| Masalah gaya berjalan | :         |                |
| Nyeri punggung        | :         |                |
| Pola latihan          | :         | .....          |
| Dampak ADL            | :         | .....          |
| <b>KETERANGAN</b>     | :         | .....<br>..... |

**16. Persyarafan**

|                   | <b>Ya</b> | <b>Tidak</b>   |
|-------------------|-----------|----------------|
| <i>Headache</i>   | :         |                |
| <i>Seizures</i>   | :         |                |
| <i>Syncope</i>    | :         |                |
| Tic/tremor        | :         |                |
| Paralysis         | :         |                |
| Paresis           | :         |                |
| Masalah memori    | :         |                |
| <b>KETERANGAN</b> | :         | .....<br>..... |



**. SPIRITUAL :**

| <b>Psikososial</b>                    | <b>YA</b> | <b>Tidak</b> |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Cemas :                               |           |              |
| Depresi :                             |           |              |
| Ketakutan :                           |           |              |
| Insomnia :                            |           |              |
| Kesulitan dalam mengambil keputusan : |           |              |
| Kesulitan konsentrasi :               |           |              |
| Mekanisme koping :                    | .....     | .....        |
|                                       | .....     | .....        |
|                                       | .....     | .....        |
|                                       | .....     | .....        |
| Persepsi tentang kematian :           | .....     | .....        |
| Dampak pada ADL :                     | .....     | .....        |
| <b>Spiritual</b>                      |           |              |
| • Aktivitas ibadah :                  | .....     | .....        |
| • Hambatan :                          | .....     | .....        |
| <b>KETERANGAN</b>                     |           |              |
| :                                     | .....     | .....        |

**6. LINGKUNGAN**

- Kamar :.....
- Kamar mandi :.....
- Dalam rumah.wisma :.....
- Luar rumah :.....

7. **NEGATIVE FUNCTIONAL CONSEQUENCES**


1. **Kemampuan ADL**

**Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)**

| No | Kriteria   | Dengan Bantuan | Mandiri | Skor Yang Didapat |
|----|--|----------------|---------|-------------------|
| 1  | Makan  | 5              | 10      |                   |
| 2  | Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya       | 5-10           | 15      |                   |
| 3  | Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)         | 0              | 5       |                   |
| 4  | Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)   | 5              | 10      |                   |
| 5  | Mandi  | 0              | 5       |                   |
| 6  | Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda) | 0              | 5       |                   |
| 7  | Naik turun tangga  | 5              | 10      |                   |
| 8  | Mengenakan pakaian   | 5              | 10      |                   |
| 9  | Kontrol bowel (BAB)  | 5              | 10      |                   |
| 10 | Kontrol Bladder (BAK)  | 5              | 10      |                   |

2. **Aspek Kognitif dengan MMSE (Mini Mental Status Exam)**

| No | Aspek Kognitif | Max | Nilai Klien | Kriteria  |
|----|----------------|-----|-------------|---|
| 1  | Orientasi      | 5   |             | Menyebutkan dengan benar :<br>Tahun :<br>Hari :<br>Musim :<br>Bulan :<br>Tanggal :  |
| 2  | Orientasi      | 5   |             | Dimana sekarang kita berada ?<br>Negara :<br>Panti :<br>Propinsi :<br>Wisma :<br>Kabupaten/kota :                                     |
| 3  | Registrasi     | 3   |             | Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab :<br>1) Kursi<br>2) Meja<br>3) Kertas |
| 4  | Perhatian dan  | 5   |             | Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7   |

|             |           |    |  |  |
|-------------|-----------|----|--|--|
|             | kalkulasi |    |  | sampai 5 tingkat.<br>Jawaban :<br>1). 93<br>2). 86<br>3). 79<br>4). 72<br>5). 65   |
| 5           | Mengingat | 3  |  | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)  |
| 6           | Bahasa    | 9  |  | Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).<br>1) .....<br>2) .....<br>3) Minta klien untuk mengulangi kata berikut :<br>“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi )<br>Klien menjawab :<br>4) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.<br>▪ Ambil kertas ditangan anda<br>▪ Lipat dua<br>▪ Taruh dilantai<br>5) Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.<br>“Tutup mata anda”<br>6) Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk<br> |
| Total nilai |           | 30 |  |  |

**Interpretasi hasil:**

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0- 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan : .....

**3. Tes Keseimbangan**

***Time Up Go Test***

| No | Tanggal Pemeriksaan | Hasil TUG (detik) |
|----|---------------------|-------------------|
|----|---------------------|-------------------|

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| 1                         |  |  |
| 2                         |  |  |
| 3                         |  |  |
| Rata-rata Waktu TUG       |  |  |
| <b>Interpretasi hasil</b> |  |  |

**Interpretasi hasil:**

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

|             |   |
|-------------|---|
| >13,5 detik | Resiko tinggi jatuh   |
| >24 detik   | Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan                        |
| >30 detik   | Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL |

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson: 1991)

**4. Kecemasan, GDS**

**Pengkajian Depresi**

| No  | Pertanyaan  | Jawaban |     |       |
|-----|---|---------|-----|-------|
|     |   | Ya      | Tdk | Hasil |
| 1.  | Anda puas dengan kehidupan anda saat ini                                | 0       | 1   |       |
| 2.  | Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan              | 1       | 0   |       |
| 3.  | Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong                             | 1       | 0   |       |
| 4.  | Anda sering merasa bosan  | 1       | 0   |       |
| 5.  | Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu                        | 0       | 1   |       |
| 8.  | Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda                     | 1       | 0   |       |
| 7.  | Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu                            | 0       | 1   |       |
| 8.  | Anda sering merasakan butuh bantuan                                     | 1       | 0   |       |
| 9.  | Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal | 1       | 0   |       |
| 10. | Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda                 | 1       | 0   |       |
| 11. | Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa                        | 0       | 1   |       |
| 12. | Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda                             | 1       | 0   |       |
| 13. | Anda merasa diri anda sangat energik /                                  | 0       | 1   |       |

|               |  |   |   |  |
|---------------|--|---|---|--|
|               | bersemangat  |   |   |  |
| 14.           | Anda merasa tidak punya harapan                          | 1 | 0 |  |
| 15.           | Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda | 1 | 0 |  |
| <b>Jumlah</b> |  |   |   |  |

(*Geriatric Depressoion Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*)

**Interpretasi :**

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

**5. Status Nutrisi**

**Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:**

| No                 | Indikator  | score | Pemeriksaan |
|--------------------|--|-------|-------------|
| 1.                 | Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi | 2     |             |
| 2.                 | Makan kurang dari 2 kali dalam sehari  | 3     |             |
| 3.                 | Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu   | 2     |             |
| 4.                 | Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya                        | 2     |             |
| 5.                 | Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras          | 2     |             |
| 6.                 | Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan  | 4     |             |
| 7.                 | Lebih sering makan sendirian   | 1     |             |
| 8.                 | Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya                 | 1     |             |
| 9.                 | Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir                                     | 2     |             |
| 10.                | Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri        | 2     |             |
| <b>Total score</b> |  |       |             |

(*American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001*)

\*centang pada kolom pemeriksaan jika ditemukan indikator pada lansia

**Interpretasi:**

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

**6. Hasil pemeriksaan Diagnostik**

| No | Jenis pemeriksaan Diagnostik | Tanggal Pemeriksaan | Hasil |
|----|------------------------------|---------------------|-------|
|    |                              |                     |       |
|    |                              |                     |       |
|    |                              |                     |       |
|    |                              |                     |       |

**7. Fungsi sosial lansia****Apgar Keluarga Dengan Lansia**

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

| No | Uraian   | Fungsi      | Skor |
|----|--|-------------|------|
| 1. | Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya                       | Adaptation  |      |
| 2. | Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya                     | Partnership |      |
| 3. | Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru                | Growth      |      |
| 4. | Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai | Affection   |      |
| 5. | Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama   | Resolve     |      |

|   |       |  |
|---|-------|--|
| <p><b>Kategori Skor:</b><br/>         Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab:<br/>         1). Selalu : skor <b>2</b><br/>         2). Kadang-kadang : <b>1</b><br/>         3). Hampir tidak pernah : skor <b>0</b></p> <p><b>Intepretasi:</b><br/>         &lt; 3 = Disfungsi berat<br/>         4 - 6 = Disfungsi sedang<br/>         &gt; 6 = Fungsi baik</p> | Total |  |
|---|-------|--|

*Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005*

Lampiran 4

### **LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya mahasiswa Program Studi Profesi Ners STIKes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto :

Nama :

NIM :

Dengan ini saya selaku mahasiswa yang akan mengadakan penelitian dengan judul **“Study kasus Asuhan Keperawatan Hipertensi dengan Masalah Nyeri Kepala Di Beji Pasuruan”**. Untuk kepentingan di atas, maka saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Demikian permohonan saya, atas kesediaan dan kerjasamanya saya sampaikan terima kasih.

Mojokerto, Februari 2022

Peneliti



Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Dengan sukarela menyetujui ikut serta sebagai partisipan dengan catatan suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini, saya percaya yang saya tulis ini dijamin kerahasiaannya.

Mojokerto,

Partisipan

( )

## Lampiran 6

### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR ( SOP )** **Teknik Mengatasi Nyeri Atau Relaksasi Nafas Dalam**

#### **Pengertian :**

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri

Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :

1. Posisikan pasien dengan tepat
2. Pikiran beristirahat
3. Lingkungan yang tenang

#### **Tujuan :**

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

#### **Indikasi :**

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis

#### **Prosedur pelaksanaan :**

- A. Tahap prainteraksi
  1. Membaca status pasien
  2. Mencuci tangan
  3. Meyiapkan alat
- B. Tahap orientasi
  1. Memberikan salam teraupetik
  2. Validasi kondisi pasien
  3. Menjaga perivacy pasien
  4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
- C. Tahap kerja
  1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada ynag kurang jelas

2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik
3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
4. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya
5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat ( 1-2 menit )
6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kai dan rasakan kehangatannya
8. Instruksiakan pasien untuk mengulani teknik-teknik ini apa bial ras nyeri kembali lagi
9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri

#### D. Tahap terminasi

1. Evaluasi hasil kegiatan
2. Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya
3. Akhiri kegiatan dengan baik
4. Cuci tangan

#### E. Dokumentasi

1. Catat waktu pelaksanaan tindakan
2. Catat respons pasien
3. Paraf dan nama perawat jaga

Lampiran 6

## **STANDART OPERASIONAL PROEDUR PELAKSANAAN KOMPRES**

### **PROSEDUR KOMPRES**

Pengertian kompres

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan.

Jenis kompres :

1. kompres panas
2. kompres dingin

Tujuan pemberian kompres

a. kompres panas

- 1) memperlancar sirkulasi darah
- 2) mengurangi rasa sakit
- 3) memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang pada klien
- 4) merangsang peristaltik usus

Indikasi pemberian kompres

a. Kompres panas

- 1) klien yang kedinginan(suhu tubuh yang rendah)
- 2) klien dengan perut kembung
- 3) klien yang punya penyakit peradangan, seperti radang persendian
- 4) sepasme otot
- 5) adanya abses, hematoma

**Prosedur pelaksanaan**

**Cara pemberian kompres panas**

**1. Kompres panas basah**

**Persiapan alat :**

- a. Kom berisi air hangat sesuai kebutuhan (40-46c)
- b. Bak seteril berisi dua buah kasa beberapa potong dengan ukuran yang sesuai
- c. Kasa perban atau kain segitiga
- d. Pengalas
- e. Sarung tangan bersih di tempatnya
- f. Bengkok dua buah (satu kosong, satu berisi larutan sodium)
- g. Waslap 4 buah/tergantung kebutuhan
- h. Pinset anatomi 2 buah
- i. Korentang

## **2. Prosedur**

- 1) Dekatkan alat-alat kedekat klien
- 2) Perhatikan privacy klien
- 3) Cuci tangan
- 4) Atur posisi klien yang nyaman
- 5) Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres
- 6) Kenakan sarung tangan lalu buka balutan perban bila diperban. Kemudian, buang bekas balutan ke dalam bengkok kosong
- 7) Ambil beberapa potong kasa dengan pinset dari bak seteril, lalu masukkan ke dalam kom yang berisi cairan hangat.
- 8) Kemudian ambil kasa tersebut, lalu bentangkan dan letakkan pada area yang akan dikompres
- 9) Bila klien menoleransi kompres hangat tersebut, lalu ditutup/dilapisi dengan kasa kering. Selanjutnya dibalut dengan kasa perban atau kain segitiga
- 10) Lakukan prasat ini selama 15-30 menit atau sesuai program dengan anti balutan kompres tiap 5 menit
- 11) Lepaskan sarung tangan
- 12) Atur kembali posisi klien dengan posisi yang nyaman
- 13) Bereskan semua alat-alat untuk disimpan kembali
- 14) Cuci tangan

15) dokumentasikan tindakan ini beserta responnya

**Hal yang perlu diperhatikan:**

1. Kain kasa harus diganti pada waktunya dan suhu kompres di pertahankan tetap hangat
2. Cairan jangan terlalu panas, hindarkan agar kulit jangan sampai kulit terbakar
3. Kain kompres harus lebih besar dari pada area yang akan dikompres
4. Untuk kompres hangat pada luka terbuka, peralatan harus steril. Pada luka tertutup seperti memar atau bengkak, peralatan tidak perlu steril karena yang penting bersih.
5. Kompres panas kering menggunakan buli-buli panas