LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Studi Pendahuluan Kesbangpol

Universitas Bhakti Kencana

Jl.Pembangunan No.112 Tarogong Kidul Kab.Garut 44151
(0262) 2248380 - 2800993
bku.ac.id psdku.garut@bku.ac.id

No : 782/03.FKP.LPPM-K.GRT/III/2026 Garut, 05 Maret 2026
Lampiran : -
Perihal : Studi Pendahuluan

KepadaYth.
Badan Kesatuan Bangsa & Politik (Bakesbangpol)
Di Tempat

Assalamualaikumwr.wb.

Berdasarkan kurikulum Prodi D III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut T.A 2025.2026 mahasiswa/I dituntut untuk melaksanakan penelitian berupa karya tulis ilmiah sebagai salah satu dari tiga pilar dalam Pendidikan di Perguruan Tinggi dan sebagai tugas akhir Pendidikan di UBK Garut.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk kesediaannya memberikan izin studi pendahuluan kepada Mahasiswa/I kami yang terlampir dibawah ini :

Nama : MUHAMAD REYHAN
NIM : 231FK06069

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Hormat Kami
Ketua Panitia

Santi Rinjani, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0430058904

Lampiran 2. Surat Studi Pendahuluan UPTD PPSGL Satpel Griya Lansia Garut

Universitas Bhakti Kencana

Jl.Pembangunan No.112 Tarogong Kidul Kab.Garut 44151
(0262) 2248380 - 2800993
bku.ac.id psdku.garut@bku.ac.id

No : 806/03.FKP.LPPM-K.GRT/III/2026
Lampiran : -
Perihal : Studi Pendahuluan

Garut, 05 Maret 2026

KepadaYth.
UPTD PPSGL SATPEL Griya Lansia Garut
Di Tempat

Assalamualaikumwr.wb.

Berdasarkan kurikulum Prodi D III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut T.A 2025.2026 mahasiswa/I dituntut untuk melaksanakan penelitian berupa karya tulis ilmiah sebagai salah satu dari tiga pilar dalam Pendidikan di Perguruan Tinggi dan sebagai tugas akhir Pendidikan di UBK Garut.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk kesediaannya memberikan izin studi pendahuluan kepada Mahasiswa/I kami yang terlampir dibawah ini :

Nama : MUHAMAD REYHAN
NIM : 231FK06069

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Hormat Kami
Ketua Panitia

Santi Rinjani, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 0430058904

Lampiran 3. Surat Keterangan Permohonan Data Awal

PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Patriot No.10A, Telp. (0262) 2247473 Garut, Jawa Barat 44151

SURAT KETERANGAN PERMOHONAN DATA AWAL

Nomor : 072/0588-Bakesbangpol/III/2026

a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementrian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementrian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168)

2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.

b. Memperhatikan : Surat dari Universitas Bhakti Kencana Garut, Nomor 779/03.FKP.LPPM-K.GRT/III/2026 Tanggal 05 Maret 2026

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK, memberikan Surat Keterangan Penilitian kepada:

1. Nama / NPM /NIM/ NIDN	:	MUHAMAD REYHAN/ 231FK06069
2. Alamat	:	Kp. Terus Gunung RT/RW 001/001, Ds. Banjarwangi, Kec. Banjarwangi, Kab. Garut
3. Tujuan	:	Permohonan Data Awal
4. Lokasi/ Tempat	:	SATPEL Griya Lansia Garut
5. Tanggal Permohonan Data Awal/ Lama Permohonan Data Awal	:	10 Maret 2026 s/d 10 April 2026
6. Bidang/ Status/ Judul Permohonan Data Awal	:	Pemberian Jus Mentimun dalam Asuhan Keperawatan Gerontik pada Lansia dengan Hipertensi untuk Menurunkan Tekanan Darah di PPSGL Satpel Griya Lansia
7. Penanggung Jawab	:	Santi Rinjani, S.Kep., Ners., M.Kep
8. Anggota	:	-

Yang bersangkutan berkewajiban melaporkan hasil Permohonan Data Awal ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Permohonan Data Awal. Serta Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Tembusan, disampaikan kepada:
1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Ketua Universitas Bhakti Kencana Garut;
3. Arsip.

Drs. H. NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Lampiran 4. Surat Permohonan Jadi Responden

SURAT PERMOHONAN JADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu Responden

di

Tempat

Dengan hormat.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut :

Nama : Muhamad Reyhan

Akan melakukan penelitian dengan judul " Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

Dalam penelitian ini, saya mohon bantuan Bapak/Ibu untuk dapat menjadi responden penelitian dengan memberikan keterangan yang sejujur – jujurnya sesuai dengan proses pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara/observasi. Kerahasiaan keterangan Bapak/Ibu berikan akan saya jaga sebaik-baiknya. Pertanyaan dalam wawancara/observasi ini tidak bermaksud untuk memberikan penilaian terhadap status Bapak/Ibu.

Saya sangan menghargai kesediaan Bapak/Ibu untuk meluangkan waktu dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, mohon kesediaannya untuk mendatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disediakan.

Kesediaan Bapak/Ibu sangat saya hargai. Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Muhamad Reyhan

Lampiran 5. Lembar Persetujuan (*Infomed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela, tanpa paksaan dari pihak manapun.

Garut,...April 2026

Responden

Lampiran 6. Format Askep Keperawatan Gerontik

FORMAT ASKEP KEPERAWATAN GERONTIK

1. Pengkajian
    a. Identitas klien : nama, ruangan, tempat tanggal lahir/umur, jenis kelamin, klasifikasi umur, status, agama, suku, tingkat pendidikan, lama tinggal di panti.
    b. Keluarga yang dapat dihubungi : nama, hubungan dengan klien, jenis kelamin, nomor handphone, alamat.
    c. Riwayat keluarga : genogram serta keterangan.
    d. Riwayat pekerjaan : pekerjaan sebelumnya serta sumber pendapatan.
    e. Riwayat rekreasi : hobi / minat, keanggotaan organisasi, liburan / perjalanan.
    f. Kegiatan khusus : kebiasaan ritual, lainnya.
    g. Riwayat kesehatan :
        1) Keluhan yang dirasakan saat ini: nyeri dada, pusing/sakit kepala, batuk, demam, sesak napas, darah tinggi, gula darah tinggi, diare gatal-gatal, jantung berdebar, nyeri sendi, penglihatan kabur, dan lainya.
        2) Keluhan yang dirasakan dalam tiga (3) bulan terakhir: nyeri dada, pusing/sakit kepala, batuk, demam, sesak napas, darah tinggi, gula darah tinggi, diare gatal-gatal, jantung berdebar, nyeri sendi, penglihatan kabur, dan lainya.
        3) Penyakit yang diderita dalam tiga tahun terakhir: penyakit jantung, hipertensi, penyakit paru, penyakit tulang, nyeri sendi (ostheoarhritis)/reumatik, katarak, glaukoma, penyakit kulit, diabetus melitus, dan lainnya.

4) Tanda-tanda vital dan antropometri: suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, berat badan, tinggi badan.
5) Riwayat kesehatan alergi : ya/tidak.
6) Riwayat obat-obatan yang sedang dikonsumsi : nama obat dan dosis.

h. Pemeriksaan fisik

1) Kepala : kebersihan kepala, kerontokan rambut, bentuk kepala, warna rambut, ada atau tidaknya benjolan atau nyeri tekan, serta keluhan lainnya.
2) Mata : konjungtiva anamis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, strabismus ya atau tidak, penglihatan kabur, normal, rabun jauh, atau rabun dekat, pakai kacamata ya atau tidak, adanya peradangan atau tidak, memiliki riwayat katarak ya atau tidak, serta keluhan lainnya.
3) Hidung : bentuk hidung simetris atau tidak, adanya peradangan atau tidak, fungsi penciuman terganggu atau normal, serta keluhan lainnya.
4) Mulut dan tenggorokan : kebersihan bersih atau tidak, mukosa kering atau lembab, stomatis ya atau tidak, gigi karies, ompong, atau tidak, apahkah ada radang gusi, ada atau tidaknya kesulitan mengunyah dan menelan, fungsi pengecapan terganggu atau normal, serta keluhan lainnya.
5) Telinga : kebersihan telinga bersih atau tidak, adanya peradangan atau tidak, fungsi pendengaran terganggu atau normal, dan keluhan lainnya.
6) Leher : adanya pembesaran tiroid atau tidak, kaku kuduk ya atau tidak, serta keluhan lainnya.
7) Dada : bentuk dada (normal chest, barrel chest, pigeon chest, atau yang lainnya, retraksi interkostal ya atau tidak, ada atau tidaknya

wheezing atau ronkhi dan suara jantung tambahan, serta keluhan lainnya.

8) Abdomen : bentuk abdomen datar atau distensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, bising usus berapa kali permenit, serta keluhan lainnya.
9) Genitalia : kebersihan bersih atau tidak, ada atau tidaknya hemoroid atau hernia, serta keluhan lainnya.
10) Ekstremitas : adanya kelemahan atau tidak, kekuatan otot (skala 1-5), postur tubuh skollosis, lordosis, atau tegap (normal), rentang gerak maksimal atau terbatas, deformitas ya atau tidak, tremor ya atau tidak, ada atau tidaknya edema, pakai alat bantu ya atau tidak, refleks (biceps, triceps, knee, achiles), serta keluhan lainnya.
11) Integumen : kebersihan bersih atau tidak, warna kulit pucat atau tidak, kelembapan kering atau lembap, serta keluhan lainnya.

2. Pengkajian psikososial
   a. Hubungan dengan orang lain di dalam panti: tidak dikenal, sebatas kenal, mampu berinteraksi, mampu kerjasama.
   b. Kebiasaan lansia berinteraksi dengan lansia lain di dalam panti : selalu, sering, jarang, tidak pernah.
   c. Stabilitas emosi : labil, stabil, iritabel, atau datar.
   d. Motivasi penghuni panti : kemauan sendiri atau terpaksa.
   e. Frekuensi kunjungan keluarga : 1 kali/bulan, 2 kali/bulan, atau tidak pernah.
3. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan
   a. Kebiasaan merokok : > 3 batang, < 3batang, atau tidak merokok.
   b. Pola pemenuhuhan kebutuhan nutrisi : frekuensi makan (1 kali sehari, 2 kali sehari, 3 kali sehari, tidak teratur), jumlah makan yang dihabiskan (1 porsi habis, ½ porsi yang dihabiskan, < ½ porsi yang dihabiskan), makanan tambahan (dihabiskan, tidak dihabiskan, kadang-kadang diihabiskan), pola pemenuhan cairan (< 3 gelas dalam sehari, > 3 gelas dalam sehari).
4. Pengkajian aktivitas dan istirahat

a. Jumlah waktu tidur : < 4 jam, 4-6 jam, > 6 jam.
b. Gangguan tidur berupa : insomnia, sering terbangun, sulit mengawali, tidak ada gangguan.
c. Penggunaan waktu luang : santai, diam saja, keterampilan, kegiatan keagamaan.

5. Pengkajian eliminasi :
   a. Pola eliminasi BAB : Frekuensi bab, 1 kali sehari, 2 kali sehari. Konsistensi, encer, keras, lembek, atau normal. Gangguan BAB : inkontensia, konstipasi, diare, lainnya.
   b. Pola eliminasi BAK : Frekuensi BAK, 1-3 kali sehari, 4-6 kali sehari, atau > 6 kali dalam sehari. Warna urine : kuning jernih, putih jernih atau kuning keruh. Gangguan BAK : inkontensia urine, retensi urine, lainnya.
6. Pengkajian pola higiene
   a. Mandi : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai sabun atau tidak.
   b. Sikat gigi : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai pasta gigi atau tidak.
   c. Sikat gigi : 1x dalam sehari, 2x dalam sehari, memakai pasta gigi atau tidak.
7. Pengkajian paripurna pasien geriatri (p3g)
   a. *Activity of Daily Living* (ADL)
   b. *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL)
   c. Risiko Jatuh
   d. *Geriatric Depression Scale* (GDS)
   e. *Mini-Cog* dan *Clock Drawing Test* (CDT)
   f. *Mini Mental State Examiation* (MMSE)
   g. *Abbreviated Mental Test* (AMT)
   h. *Mini Nutrional Assesment* (MNA)

8. Analisa data

Data Subjektif / Objektif	Etiologi	Masalah Keperawatan
Ds : Do :		
Ds : Do :		

9. Diagnosa keperawatan gerontik : .....

   .....

   .....

   Prioritas diagnosa keperawatan : .....

   .....

   .....

10. Rencana asuhan keperawatan gerontik :

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)

11. Implementasi

Tanggal/Waktu	No. Dx	Implementasi

12. Evaluasi

Tanggal/waktu	No. Dx	Evaluasi
		S: O: A: P:

Lampiran 7. Format Pengkjian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)

Nomor Register

INSTRUMEN
Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)



Nama Pasien : _____

Umur : _____

Alamat : _____

_____

Nama Pemeriksa : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2017

RINGKASAN HASIL PEMERIKSAAN PASIEN

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	*Activity of Daily Living (ADL)* dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi	
2.	*Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* Lawton	
3.	Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia	
4.	*Geriatric Depression Scale (GDS)*	
5.	*Mini Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT4)**	
6.	*Mini Mental State Examination* (MMSE)*	
7.	*Abbreviated Mental Test (AMT)**	
8.	*Mini Nutritional Assessment (MNA)*	

PENILAIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) DENGAN INSTRUMEN INDEKS BARTHEL MODIFIKASI

Tanggal: .....
Nama : .....Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
1	Mengendalikan rangsang BAB	0 1 2	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu) Terkendali teratur	
2	Mengendalikan rangsang BAK	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri	
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bias duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengencangkan sabuk)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: mengancing baju) Mandiri	
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	
Skor Total				

Skor Modifikasi Barthel Indeks (Nilai AKS):

20 : Mandiri (A)
12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)
9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)
5 – 8 : Ketergantungan berat (C)
0 - 4 : Ketergantungan total (C)

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING(IADL) LAWTON

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

	Skor	Hasil
Dapat menggunakan telepon		
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1	
Menghubungi beberapa nomor yang diketahui	1	
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1	
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0	
Mampu pergi ke suatu tempat		
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1	
Mengatur perjalanan sendiri	1	
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menyertai	0	
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0	
Dapat berbelanja		
Mengatur semua kebutuhan belanja sendiri	1	
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0	
Sama sekali tidak mampu belanja	0	
Dapat menyiapkan makanan		
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1	
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0	
Menyiapkan makanan tetapi tidak mengatur diet yang cukup	0	
Perlu disiapkan dan dilayani	0	
Dapat melakukan pekerjaan rumah tangga		
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1	
Mengerjakan pekerjaan ringan sehari-hari (merapikan tempat tidur, mencuci piring)	1	
Perlu bantuan untuk semua perawatan rumah sehari-hari	1	
Tidak berpartisipasi dalam perawatan rumah	0	
Dapat mencuci pakaian		
Mencuci semua pakaian sendiri	1	
Mencuci pakaian yang kecil	1	
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0	
Dapat mengatur obat - obatan		
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1	
Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0	
Dapat mengatur keuangan		
Mengatur masalah finansial (tagihan, pergi ke bank)	1	
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi penting	1	
Tidak mampu mengambil keputusan finansial atau memegang uang	0	
Total		

Skoring IADL	
Dikerjakan oleh orang lain	0
Perlu bantuan sepanjang waktu	1
Perlu bantuan sesekali	2
Independen/mandiri	3-8

PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

Tanggal: ……

Nama: …….. Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

NO	RISIKO	SKALA	HASIL
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3	
3	Kebingungan setiap saat (contoh:pasien yang mengalami demensia)	3	
4	Nokturia/Inkontinen	3	
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/*Acute confusional state*)	2	
6	Kelemahan umum	2	
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2	
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2	
9	Osteoporosis	1	
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11	Usia 70 tahun ke atas	1	
Jumlah			

Tingkat risiko :

- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor ≥ 4 → Lakukan intervensi risiko tinggi

INSTRUMEN

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan **perasaan Anda selama dua minggu terakhir.**

No	Pertanyaan			Skor
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	YA	**TIDAK**	
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat /kesenangan anda?	**YA**	TIDAK	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	**YA**	TIDAK	
4	Apakah anda sering merasa bosan?	**YA**	TIDAK	
5	Apakah anda mempunyai semangat baik setiap saat?	YA	**TIDAK**	
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	**YA**	TIDAK	
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar hidup anda?	YA	**TIDAK**	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	**YA**	TIDAK	
9	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	**YA**	TIDAK	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	**YA**	TIDAK	
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	YA	**TIDAK**	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	**YA**	TIDAK	
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	YA	**TIDAK**	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	**YA**	TIDAK	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	**YA**	TIDAK	
TOTAL SKOR				

Panduan pengisian instrumen GDS

a. Jelaskan pada pasien bahwa pemeriksa akan menanyakan keadaan perasaannya dalam **dua minggu terakhir,** tidak ada jawaban benar salah, **jawablah ya atau tidak** sesuai dengan perasaan yang paling tepat akhir-akhir ini.
b. Bacakan pertanyaan nomor 1 – 15 sesuai dengan kalimat yang tertulis, tunggu jawaban pasien. Jika jawaban kurang jelas, tegaskan lagi apakah pasien ingin menjawab ya atau tidak. Beri tanda (lingkari) jawaban pasien tersebut.
c. Setelah semua pertanyaan dijawab, hitunglah **jumlah jawaban yang bercetak tebal**. Setiap jawaban (ya/tidak) yang bercetak tebal diberi nilai satu (1).
d. Jumlah skor diantara **5-9** menunjukkan kemungkinan besar ada gangguan depresi.
e. Jumlah skor **10** atau lebih menunjukkan ada gangguan depresi

INSTRUMEN

PEMERIKSAAN *MINI COG* DAN *CLOCK DRAWING TEST*

Cara pemeriksaan:

1. Mintalah pasien untuk mendengarkan dengan cermat, mengingat, dan kemudian mengulangi tiga kata yang tidak berhubungan (bola, melati, kursi) yang akan disampaikan oleh pemeriksa.
2. Instruksikan pasien untuk menggambar jam pada selembar kertas kosong atau berikan pasien dengan lingkaran yang telah disediakan pada selembar kertas
3. Pasien diminta untuk menggambar jam yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (pukul 11.10).
4. Minta pasien untuk menyebutkan kembali tiga kata yang telah disebutkan di awal pemeriksaan.
5. Bila pasien tidak mampu menyebutkan kata-kata yang pertama kali diucapkan pada awal pemeriksaan, maka tidak perlu ditanyakan kembali. Karena hal tersebut telah menunjukkan hendaya kognitif.

Cara pemeriksaan *Clock Drawing Tes Skor 4* (*CDT 4*):

1. Mintalah responden untuk menggambar sebuah jam bundar lengkap dengan angka-angkanya dan jarum jamnya yang menunjukkan pukul sebelas lewat sepuluh menit (11.10)
2. Siapkan bahan:
   - Selembar kertas putih kosong, atau selembar kertas dengan gambar lingkaran, untuk pasien yang tidak mampu menggambar lingkaran)
   - Pensil tanpa penghapus

Penilaian Skor penilaian *Clock Drawing Test Skor 4* (modifiksi) (CDT4) :

- Beri Skor 1 (satu) untuk masing –masing poin di bawah ini jika benar :

Poin Penilaian :	Hasil Penilaian
1. Gambar lingkaran utuh	
2. Menulis angka lengkap 1-12	
3. Angka berurutan dan tepat letaknya	
4. Jarum jam menunjukkan pukul 11.10	

- Jika poin tersebut dilakukan tidak sesuai maka diberikan skor 0

Interpretasi hasil pemeriksaan *Mini Cog* dan *Clock Drawing Test* (CDT4)

- Dikatakan curiga fungsi kognitifnya menurun apabila tidak dapat mengingat satu atau lebih kata yang diberikan sebelumnya dan atau tidak mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4)
- Tetapi apabila dapat mengingat tiga kata yang diberikan sebelumnya dan atau mampu menggambar jam dengan sempurna (skor 4) : kemungkinan fungsi kognitif dalam batas normal

LEMBAR PEMERIKSAAN *CLOCK DRAWING TEST*

Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....



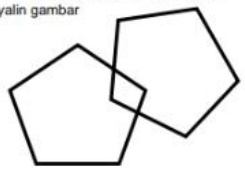
Hasil Penilaian :

Mini Cog :

Clock Drawing Test (CDT4) :

INSTRUMEN
EVALUASI STATUS MENTAL MINI (MMSE)

Nomor identifikasi :
Nama Responden :..... Umur : ..... Tahun: .....
Pendidikan : ..... Dominansi hemisfer : kinan / kidal*
Pemeriksa : ..... Tgl .....

BUTIR	TES	NILAI MAKS	NILAI
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5	
	REGISTRASI		
3	Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden diminta mengulanginya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturutan. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau responden diminta mengeja terbalik kata " WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	
	MENGINGAT KEMBALI (*RECALL*)		
5	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	
	BAHASA		
6	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	
7	Responden diminta mengulang kalimat:" **tanpa kalau dan atau tetapi"**	1	
8	Responden diminta melakukan perintah: " Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai".	3	
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: "Pejamkanlah mata anda"	1	
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	
11	Responden diminta menyalin gambar 	1	
	Skor Total	**30**	

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis:

Sadar	**Somnolen**	**Stupor**	**Koma**

Catatan pemeriksa:
.....
.....

INSTRUMEN

ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

		Salah = 0	Benar = 1
A	Berapakah umur Anda?		
B	Jam berapa sekarang?		
C	Di mana alamat rumah Anda?		
D	Tahun berapa sekarang?		
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		
I	Tahun berapa Anda lahir?		
j	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		
	Jumlah skor:		
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas		

Cara Pelaksanaan:

1. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
3. Interpretasi :
   - Skor 8-10 menunjukkan **normal**,
   - skor 4-7 gangguan ingatan **sedang** dan
   - skor 0-3 gangguan ingatan **berat**

INSTRUMEN

***MINI NUTRIONAL ASSESSMENT* (MNA)**

I. SKRINING

Tanggal :

Nama: Jenis kelamin :

Umur :

Berat badan (kg) : Tinggi badan (cm) :

FORM SKRINING*

	Hasil Penilaian
A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan	
B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ? 0 = kehilangan BB > 3 kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilangan BB	
C. Kemampuan melakukan mobilitas ? 0 = di ranjang saja atau di kursi roda 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/ jalan-jalan ke luar 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa	
D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ? 0 = ya 2 = tidak	
E. Mengalami masalah neuropsikologis? 0 = dementia atau depresi berat 1 = demensia sedang (moderate) 2 = tidak ada masalah psikologis	
F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ? 0 = IMT < 19 kg/m^2 1 = IMT 19 - 21 2 = IMT 21 – 23 3 = IMT > 23	
SUB TOTAL	

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai $\geq$ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika $\leq$ 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

II. PENILAIAN

FORMULIR PENILAIAN **

	Hasil Penilaian
G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)? 0 = tidak 1 = ya	
H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari 0 = ya 1 = tidak	
I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit? 0 = ya 1 = tidak	
J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	
K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein? • Sedikitnya 1 porsi *dairy* produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak • 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya / tidak • Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak 0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabnya ya 0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya 1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya	
L. Apakah anda mengkonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ? 0 = tidak 1 = ya	
M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ? 0.0 = kurang dari 3 gelas 0.5 = 3 – 5 gelas 1.0 = lebih dari 5 gelas	
N. Bagaimana cara makan ? 0 = harus disuapi 1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	
O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ? 0 = merasa malnutrisi 1 = tidak yakin mengenai status gizi 2 = tidak ada masalah gizi	

	Hasil Penilaian
P. Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ? 0 = tidak sebaik dia 0.5 = tidak tahu 1.0 = sama baiknya 2.0 = lebih baik	
Q. Lingkar lengan atas (cm)? 0 = < 21 cm 0.5 = 21 – 22 cm 1,0 = ≥22 cm	
R. Lingkar betis (cm) ? 0 < 31 cm 1 > 31 cm	
SUB TOTAL	

****PENILAIAN SKOR:**

I.Skor Skrining □

II.Skor Penilaian □

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30)

17 - 23.5 : risiko malnutrisi □

Kurang dari 17 malnutrisi □

Lampiran 8. Standar Prosedur Operasional (SPO) Jus Mentimun

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN JUS MENTIMUN
Pengertian	Jus mentimun adalah minuman sehat yang dibuat dengan memblender atau memeras timun, kaya akan air (96%), antioksidan, serta nutrisi seperti vitamin K, kalium, dan silikon. Jus ini sangat efektif menghidrasi tubuh, melancarkan pencernaan, menurunkan tekanan darah, membantu penurunan berat badan, serta meningkatkan kesehatan kulit.
Tujuan	Tujuan mengonsumsi jus mentimun adalah untuk mengatasi tekanan darah sistolik dan diastolik, nyeri kepala, gelisah, cemas, dan demam berkurang. Jus mentimun memiliki kemampuan untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Kandungan air dan kalium dalam mentimun membantu menarik natrium ke dalam sel dan berperan dalam pelebaran pembuluh darah, sehingga dapat mengurangi tekanan darah tinggi.
Indikasi	1.Sebagai sumber hidrasi alami 2.Gangguan ginjal tertentu 3.Baik untuk kesehatan jantung 4.Membantu kesehatan pencernaan 5.Sebagai antioksidan 6.Membantu menjaga kesehatan kulit 7.Penderita hipertensi
Kontraindikasi	1. penderita penyakit ginjal 2. masalah pencernaan / perut sensitif

	3. alergi mentimun / labu-labuan 4. interaksi obat pengencer darah
Persiapan alat dan bahan	Alat 1.Timbangan 2.Pisau 3.Blender 4.Gelas ukur 5.Saringan 6.Mangkuk 7.Gelas saji Bahan 1.Mentimun 200 gram 2.Air masak 100 ml
Tahapan prainteraksi	1. Menyiapkan SOP tindakan jus mentimun 2. Periksa identitas lansia dan konfirmasi kesehatannya 3. Minta persetujuan lansia untuk dilakukan tindakan pemberian jus mentimun 4. Melakukan cuci tangan
Tahap orientasi	Sikap 1. Menyambut Klien dengan sopan dan ramah

(memberi salam dengan memandang klien

2. Memperkenalkan diri kepada klien

(memperkenalkan diri sebagai peneliti dengan menyebut nama sambil berjabat tangan atau memberi sentuhan kepada klien dengan ramah)

3. Menjelaskan tujuan pemberian jus tomat

4. Menunjukkan sikap percaya diri dan tenang selama tindakan

5. Ciptakan Suasana yang nyaman dan tenang

6. Posisikan lansia dengan duduk nyaman dan tegak

7. Lakukan pengukuran tekanan darah sebelum pemberian jus

8. Jelaskan kembali bahwa ini bukan pengganti obat melainkan, terapi pendukung

Persiapan

9. Klien

10. Lingkungan

11. Alat dan bahan (peralatan)

Proses pembuatan dan pelaksanaan jus mentimun dapat gikuti langkah langkah seperti berikut :

1.Siapkan mentimun 200 gram

2.Siapkan air masak 100 ml

3. Siapkan blender

Prosedur Pelaksanaan

1. Inform consent dan melakukan pemeriksaan

	-Riwayat medis -Tanyakan tentang riwayat hipertensi dan pengobatan yang sedang dijalani -Tanyakan alergi terhadap mentimun /labu-labuan aatau makanan lain -Pengukuran tekanan darah -Ukur tekanan darah pasien (sistolik dan diastolik) sebelum pemberian jus mentimun - Catat hasil pengukuran untuk evaluasi selanjutnya -Pemeriksaan status nutrisi -tanyakan tentang pola makan dan asupan garam pasien -Evaluasi status hidrasi pasien -Pemeriksaan kesehatan umum -tanyakan tentang gejala lain yang mungkin ada (misalnya mual, pusing atau nyeri dada 4. Cuci mentimun sampai bersih 5. Kupas mentimun lalu potong-potong kecil 6. Masukan mentimun ke blender lalu tambahkan air 100 ml 7. kemudian disaring agar terpisah air dan ampasnya
	8.jus mentimun siap untuk diberikan kepada responden
	9. intruksikan langsung diminum secepatnya dan minum secara perlahan 10. anjurkan untuk minum setiap hari 2x setiap pagi sebelum makan selama 7 hari

Tahap terminasi	Evaluasi dan tindakan lanjut 1. Cek kondisi akhir Klien setelah meminum jus mentimun, cek kembali TTV untuk melihat adnya perubahan atau alergi terhadap pasien 2. Mengakhiri tindakan dengan Salam terapeutik dengan klien 3. Melakukan cuci tangan setelah prosedur selesai
Dokumentasi	Dokumentasi 1.mencatat identitas klien, tanggal dan waktu pelaksaan tindakan, serta respon klien setelah diberikan terapi 2. Mencantumkan paraf dan nama jelas perawat pada catatan keperawatan

Mengetahui

Pembimbing Utama	Pembimbing Serta
Ns. Iman Nurjaman, M.Kep	Ridwan Riadul Jinan, SKM., M.Si
NIDN.418099005	NIDN.04240889404

Lampiran 9. Lembar Kemajuan

Nama	Muhamad Reyhan
NPM	231FK06069
Program Studi/ Semester	D3 Keperawatan / Semester 6
Rubi	Keperawatan Gerontik
Tema/Judul TA	Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Hipertensi Di UPTD Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia (PPSGL) Garut Tahun 2026
Jalur	**KTI**
Pembimbing	**1. Ns. Iman Nurjaman, M.Kep**
	2. Ridwan Riadul Jinan, SKM., M.Si

Capaian/Progres Sampai Saat ini:

PENDAHULUAN

Telah menyelesaikan BAB I yang mencakup latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian. Latar belakang membahas hipertensi pada lansia sebagai salah satu masalah kesehatan yang berkaitan dengan perubahan fisiologis selama proses penuaan, khususnya penurunan elastisitas pembuluh darah. Berdasarkan data di UPTD Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia (PPSGL) Garut tahun 2026, hipertensi menjadi salah satu masalah kesehatan dengan jumlah kasus tertinggi. Oleh karena itu, pemberian jus mentimun dipilih sebagai salah satu terapi nonfarmakologis pendamping dalam membantu mengontrol tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

METODE PENELITIAN

Telah menyelesaikan BAB II yang mencakup konsep lansia, konsep hipertensi, faktor risiko, klasifikasi, patofisiologi, pathway hipertensi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, konsep Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, konsep terapi mentimun (*Cucumis sativus*), serta konsep asuhan keperawatan lansia dengan hipertensi.

Pada bagian pathway telah dilakukan revisi dengan mengganti diagnosis Risiko Penurunan Curah Jantung menjadi Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif. Alur pathway menggambarkan hubungan hipertensi dengan peningkatan resistensi pembuluh darah serebral, penurunan aliran darah ke otak, penurunan perfusi jaringan otak, hingga munculnya risiko perfusi serebral tidak efektifTelah menyelesaikan BAB III dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus. Subjek penelitian terdiri dari 2

orang lansia dengan hipertensi yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian dilakukan dengan mengintegrasikan tahapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Intervensi yang diberikan berupa jus mentimun sebanyak 200 ml, 2 kali sehari selama 7 hari. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pengukuran tekanan darah, dan dokumentasi.

PROSEDUR PENELITIAN

Telah menyelesaikan tahap persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi penelitian. Tahap persiapan meliputi penyusunan proposal, instrumen penelitian, lembar observasi, informed consent, serta persiapan pelaksanaan intervensi. Tahap pelaksanaan dilakukan dengan pengkajian kondisi kedua responden, pengukuran tekanan darah, pemberian jus mentimun sesuai prosedur, pemantauan kondisi responden, dan pendokumentasian hasil selama tujuh hari.

HASIL PENELITIAN

Telah menyelesaikan BAB IV yang meliputi gambaran lokasi penelitian, hasil studi kasus pada responden 1 dan responden 2, serta pembahasan. Hasil pelaksanaan menunjukkan adanya perubahan tekanan darah pada kedua responden setelah diberikan jus mentimun selama tujuh hari. Responden pertama mengalami perubahan tekanan darah dari 160/90 mmHg menjadi 140/80 mmHg, sedangkan responden kedua dari 150/90 mmHg menjadi 140/80 mmHg. Selain itu, kualitas tidur kedua responden menunjukkan perbaikan dan selama pelaksanaan tidak ditemukan kejadian jatuh maupun tanda gangguan neurologis.

Diagnosis keperawatan yang menjadi fokus dalam pelaksanaan asuhan meliputi Gangguan Pola Tidur (D.0055), Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017), dan Risiko Jatuh (D.0143) sesuai kondisi masing-masing responden.

PEMBAHASAN

Telah menyelesaikan pembahasan mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada kedua responden. Pembahasan menguraikan perubahan kondisi responden selama pemberian jus mentimun serta keterkaitannya dengan asuhan keperawatan yang diberikan. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perubahan tekanan darah ke arah yang lebih terkontrol, perbaikan kualitas tidur, tidak ditemukannya tanda gangguan neurologis, serta tidak terjadi kejadian jatuh selama pelaksanaan intervensi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Telah menyelesaikan BAB V yang berisi kesimpulan dan saran berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan gerontik pada dua lansia dengan hipertensi. Kesimpulan disusun berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi selama pemberian jus mentimun. Saran ditujukan bagi penulis, institusi pendidikan, lahan praktik, serta lansia agar hasil karya tulis ilmiah dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penerapan terapi nonfarmakologis pendamping pada lansia dengan hipertensi.

Pernyataan

Data Yang dilaporkan benar telah dilakukan dan telah melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing 1 dan 2.

Mahasiswa,

(Muhamad Reyhan)

Garut, April 2026

Mengetahui

Pembimbing 1	Pembimbing 2
Ns.Iman Nurjaman, M.Kep	**Ridwan Riadul Jinan, SKM., M.Si**
NIDN : 418099005	**NIDN : 04240889404**

Lampiran 10. Media Edukasi (Poster)



Lampiran 11. Standar Acara Penyuluhan (SAP)

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

Pokok Bahasan	: Hipertensi pada lansia dan pemberian Jus Mentimun
Sub Pokok Bahasan	: Pengertian, Faktor Risiko, Manfaat, Alat dan bahan, Langkah-langkah
Sasaran	: Lansia dengan hipertensi
Waktu	: 15 - 30 menit
Tempat	: di UPTD PPSGL Satpel Griya Lansia Kabupaten Garut
Tanggal	: April 2026
Pelaksana	: Muhamad Reyhan
Diagnosa keperawatan	: Perfusi perifer tidak efektif

A. Tujuan Intruksional Unum

1. Menjelaskan definisi dari hipertensi.
2. Menjelaskan faktor risiko yang dapat menimbulkan .hipertensi
3. Menjelaskan pengertian dari pemberian Jus Mentimun
4. Menyebutkan manfaat dari pemberian Jus Mentimun
5. Menyebutkan alat dan bahan dalam pembuatan dari pemberian Jus Mentimun
6. Menyebutkan langkah-langkah dalam pembuatan dari pemberian Jus Mentimun

B. Tujuan Intruksional Khusus

1. Klien mampu menyebutkan pengertian hipertensi
2. Klien mampu menyebutkan faktor risiko yang dapat menyebabkan hipertensi
3. Klien mampu menyebutkan pengertian dar pemberian jus mentimun

4. Klien mampu menyebutkan manfaat dari pemberian jus mentimun
5. Klien mampu menyebutkan alat dan bahan yang digunakan dalam pembuatan Jus Mentimun
6. Klien mampu menyebutkan langkah-langkah dalam pembuatan dari Jus Mentimun

C. Materi

1. Definisi Hipertensi : Menurut WHO (2025), hipertensi adalah kondisi ketika tekanan dalam pembuluh darah arteri meningkat secara terus-menerus, yakni sistolik >140 mmHg atau diastolik >90 mmHg.
2. Faktor risiko hipertensi : Faktor risiko menurut WHO (2025) Meliputi usia lanjut, genetik, kelebihan berat badan atau obesitas, tidak aktif secara fisik, konsumsi tinggi garam berlebih, merokok, minum terlalu banyak alkohol.
3. Definisi Jus Mentimun : adalah terapi komplementer (pendamping) yang memanfaatkan kandungan mineral dan air yang tinggi untuk membantu menurunkan tekanan darah secara alami. Jus mentimun bekerja dengan cara melebarkan pembuluh darah melalui kandungan kalium dan magnesium. Ini membantu dinding pembuluh darah lebih rileks sehingga aliran darah lebih lancar
4. Manfaat jus mentimun : manfaat jus mentimun mulai dari menjaga tekanan darah hingga kesehatan kulit, berkat kandungan airnya yang tinggi (sekitar 95%) serta kekayaan mineral dan vitaminya , menurunkan tekanan darah, meningkatkan perfusi perifer dengan membuat pembuluh darah lebih elastis dan jantuk berdetak teratur, efek diuretik membantu ginjal membuang kelebihan cairan dan garam melalui urin, melancarkan pencernaan, membantu kesehatan kulit, menurunkan berat badan.
5. Alat dan Bahan pembuatan jus mentimun : Alat, Timbangan, pisau, blender, gelas ukur, saringan, mangkuk, gelas saji, bahan. Mentimun 200 gram, air masak 100 ml
6. Langkah-langkah pembuatan jus mentimun : siapkan mentimun 200gram, siapkan air masak 100ml, cuci mentimun sampai bersih, kupas mentimun lalu potong-potong kecil, masukan mentimun ke blender lalu tambahkan air masak 100 ml, kemudian di saring agar terpisah air dan ampasnya, tuangkan

kepada gelas saji, jus mentimun siap diminum 2x sehari dalam 7 hari

D. Kegiatan Belajar Mengajar

Tahap	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Media	Waktu
Pembukaan	1. Membuka dengan salam 2. Memperkenal kan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan 4. Mengenali pengetahuan peserta sebelum dilakukan penyuluhan	1. Mendengarkan 2. Memperhatikan 3. Menjawab pertanyaan 4. Bertanya	Poster dengan metode ceramah	5 menit
Penyajian	1. Menjelaskan definisi dari hipertensi. 2. Menjelaskan faktor risiko yang dapat	1. Mendengarkan 2. Memberi tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang	Poster dengan metode ceramah	15 menit

	menimbulkan .hipertensi 3. Menjelaskan pengertian dari jus mentimun 4. Menyebutkan manfaat dari jus mentimun 5. Menyebutkan alat dan bahan dalam pembuatan dari jus mentimun 6. Menyebutkan langkah-langkah dalam pembuatan jus mentimun	dimengerti		
Penutup	1. Menggali pengetahuan pasien setelah penyuluhan 2. Menutup dengan salam	1. Menjawab pertanyaan 2. Memberi tanggapan baik	Poster dengan metode ceramah	10 menit

E. Metode : Ceramah

F. Media/alat bantu pengajaran : Poster

G. Evaluasi

- Evaluasi dilakukan dengan cara tanya jawab terkait materi yang sudah disampaikan
- Kriteria evaluasi

1. Evaluasi struktur Materi yang disajikan mudah dimengerti oleh peserta penyuluhan dan media yang digunakan dalam penyuluhan semua lengkap dan dapat digunakan dalam penyuluhan
2. Evaluasi proses Klien dapat mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan dari awal sampai selesai dan berpartisipasi aktif selama kegiatan berlangsung.
3. Evaluasi hasil Adanya peningkatan pengetahuan klien terkait informasi yang sudah disampaikan dan adanya perubahan sikap dan perilaku terhadap materi penyuluhan yang di sampaikan

Lampiran 12. Laporan Bimbingan

https://bku.siakadcloud.com/uploads/bku/settingsim/250.jpg

REKAP PERCAKAPAN BIMBINGAN

Judul Proposal : PEMBERIAN JUS MENTIMUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH

Sesi / Bahasan : ke-1 /
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0424088404 - RIDWAN RIADUL JINAN

Mahasiswa
Rabu, 15 April 2026, 12:12:04 Assalamualaikum pak bab 1 konsul

Sesi / Bahasan : ke-1 / Bab 1
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0418099005 - Ns. IMAN NURJAMAN, M.Kep

Sabtu, 11 April 2026, 13:33:52 bapak mau konsul bab 1

Sesi / Bahasan : ke-2 / Bab 1
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0418099005 - Ns. IMAN NURJAMAN, M.Kep

Sabtu, 11 April 2026, 13:35:13 bapak mau revisi bab 1

Sesi / Bahasan : ke-2 /
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0424088404 - RIDWAN RIADUL JINAN

Rabu, 15 April 2026, 12:16:57 Assalamualaikum pak mau konsul bab 1

Sesi / Bahasan : ke-3 / Bimbingan bab 2 dan 3
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0424088404 - RIDWAN RIADUL JINAN

Rabu, 6 Mei 2026, 17:36:28 bimbingan bab 2 dan 3

Sesi / Bahasan : ke-3 / bab 1
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0418099005 - Ns. IMAN NURJAMAN, M.Kep

Sabtu, 11 April 2026, 13:37:10 bapak mau revisi bab 1 lagi

Sesi / Bahasan : ke-4 / Bimbingan bab 2 dan 3
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0424088404 - RIDWAN RIADUL JINAN

Kamis, 7 Mei 2026, 11:22:57 Bimbingan bab 2 dan 3

Sesi / Bahasan : ke-4 / Bab 1
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0418099005 - Ns. IMAN NURJAMAN, M.Kep

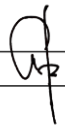
Diakses oleh: M RIMAD REYHAN, pada 07 Mei 2026 15:24:14 WIB | bku.siakadcloud.com/siakad/list_bimbinganajukonsulta di/printall/1582

Sabtu, 11 April 2026, 13:38:36
masih revisi bab 1



Sesi / Bahasan : ke-5 / Bimbingan Bab 2 dan 3
Mahasiswa : 231FK06069 - MUHAMAD REYHAN **Pembimbing** : 0418099005 - Ns. IMAN NURJAMAN, M.Kep

Rabu, 6 Mei 2026, 13:34:09
bimbingan bab 2 dan 3



Pembimbing

Rabu, 6 Mei 2026, 15:19:09
ACC Lengkapi draft dan lampiran

Dicetak oleh: M ERAMAD REYHAN, pada 07 Mei 2026 15:24:14 WIB | bku.siakadcloud.com/siakad/list_bimbinganajukonsulta d/printall/1582

Lampiran 13. Uji etik

Fakultas Keperawatan
Bhakti Kencana
University

Jl. Soekarno Hatta No 754 Bandung
022 7830 760, 022 7830 768
bku.ac.id contact@bku.ac.id

No : 044/KEPK_UBK_GRT/05/2026 Garut, 27 April 2026
Lampiran : -
Perihal : Surat Keputusan Uji Etika

Kepada Yth.
Pimpinan **PUSAT PELAYANAN SOSIAL GRIYA LANSIA (PPSGL) GARUT TAHUN 2026**
Di Tempat

Assalamualaikum wr.wb.

Berdasarkan kurikulum Universitas Bhakti Kencana (UBK) Garut Tahun Akademik 2025/2026 Mahasiswa/I dituntut untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai salah satu tugas akhir dan merupakan satu dari tiga pilar dalam pendidikan Perguruan Tinggi. Untuk menjamin keamanan penelitian KTI di UBK Garut harus melalui Uji Etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) dari penelitian yang akan dilaksanakan.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka setelah dilaksanakan Uji Etik Penelitian tersebut kami menyatakan penelitian Mahasiswa/I kami dibawah ini :

Nama	:	Muhamad Reyhan
NIM	:	231FK06069
Judul KTI	:	PEMBERIAN JUS MENTIMUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI UNTUK MENURUNKAN TEKANAN DARAH DI UPTD PUSAT PELAYANAN SOSIAL GRIYA LANSIA (PPSGL) GARUT TAHUN 2026
Kesimpulan	:	***LOLOS UJI ETIK*** untuk bisa dilanjutkan ketahap penelitian

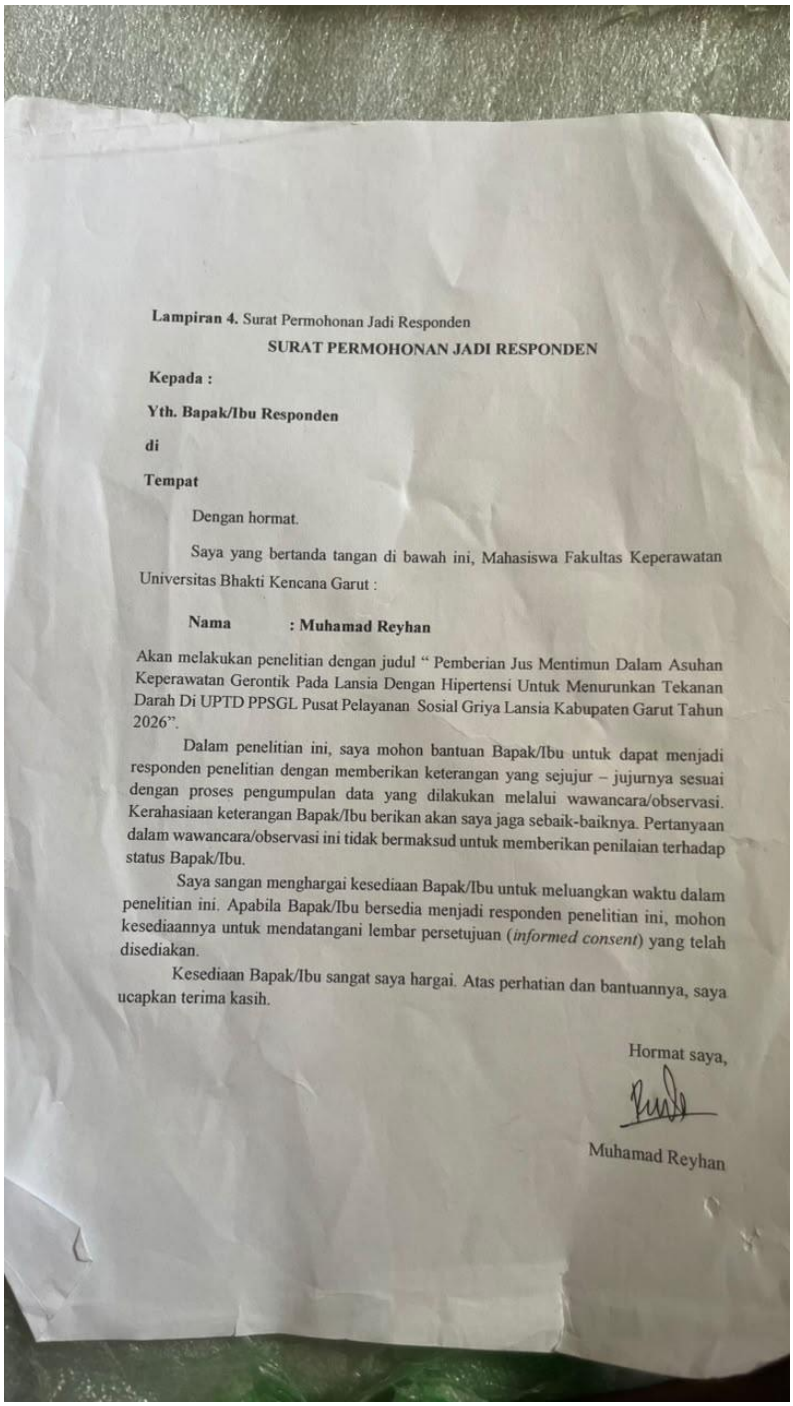
Demikian surat pernyataan ini kami sampaikan dan dapat digunakan semabagaimana mestinya.
Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Penelaah KEPK UBK Garut

Ridwan Riadul Jinan, SKM., M.Si.
NIDN : 0424088404

Lampiran 14. Surat Permohonan Jadi Responden



Lampiran 4. Surat Permohonan Jadi Responden

SURAT PERMOHONAN JADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu Responden

di

Tempat

Dengan hormat.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut :

Nama : Muhamad Reyhan

Akan melakukan penelitian dengan judul " Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

Dalam penelitian ini, saya mohon bantuan Bapak/Ibu untuk dapat menjadi responden penelitian dengan memberikan keterangan yang sejujur – jujurnya sesuai dengan proses pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara/observasi. Kerahasiaan keterangan Bapak/Ibu berikan akan saya jaga sebaik-baiknya. Pertanyaan dalam wawancara/observasi ini tidak bermaksud untuk memberikan penilaian terhadap status Bapak/Ibu.

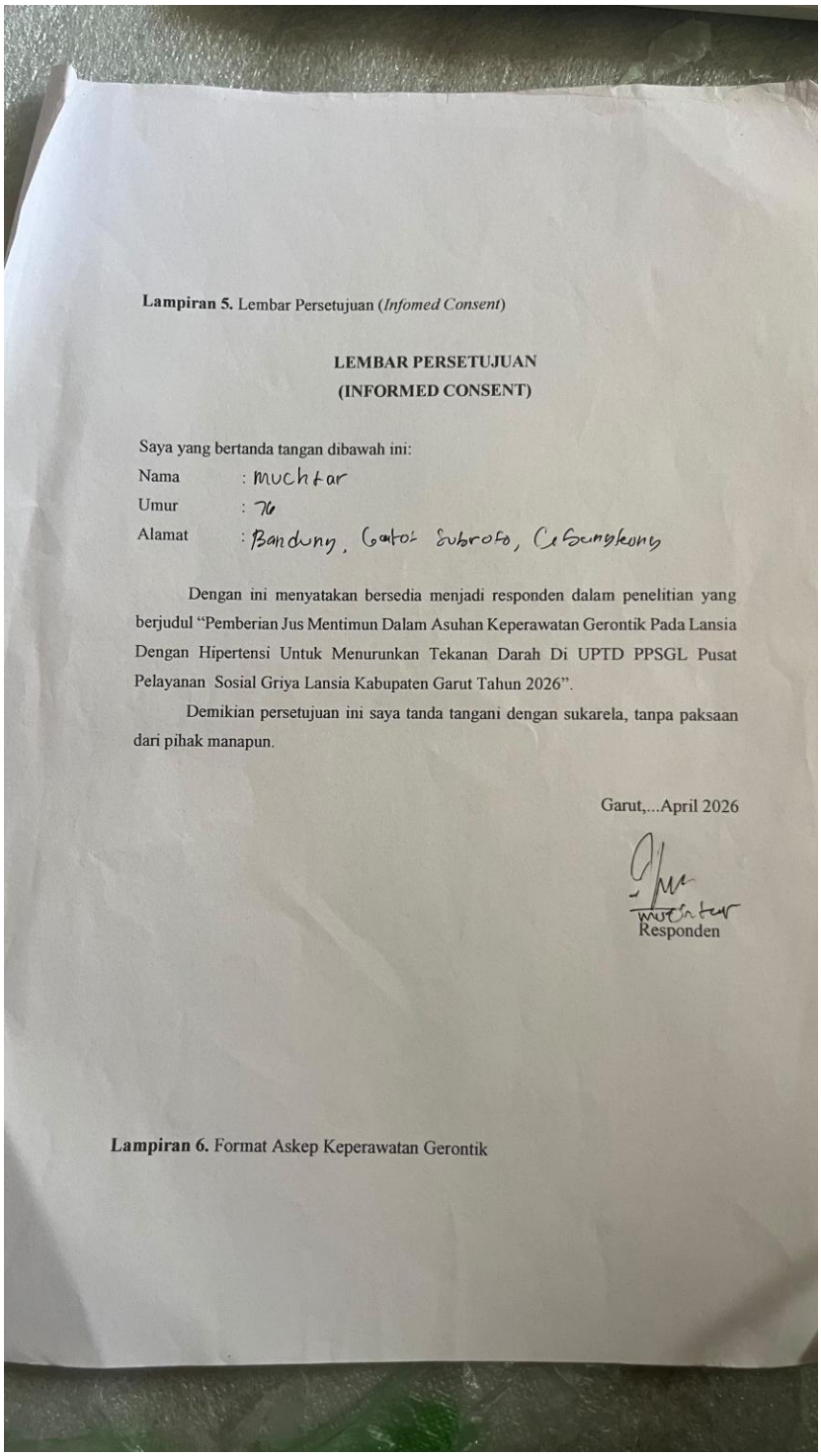
Saya sangan menghargai kesediaan Bapak/Ibu untuk meluangkan waktu dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, mohon kesediaannya untuk mendatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disediakan.

Kesediaan Bapak/Ibu sangat saya hargai. Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Muhamad Reyhan

Lampiran 15. Lembar Persetujuan



Lampiran 5. Lembar Persetujuan (*Infomed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Muchtar
Umur : 76
Alamat : Bandung, Gatot Subroto, Cisangkang

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

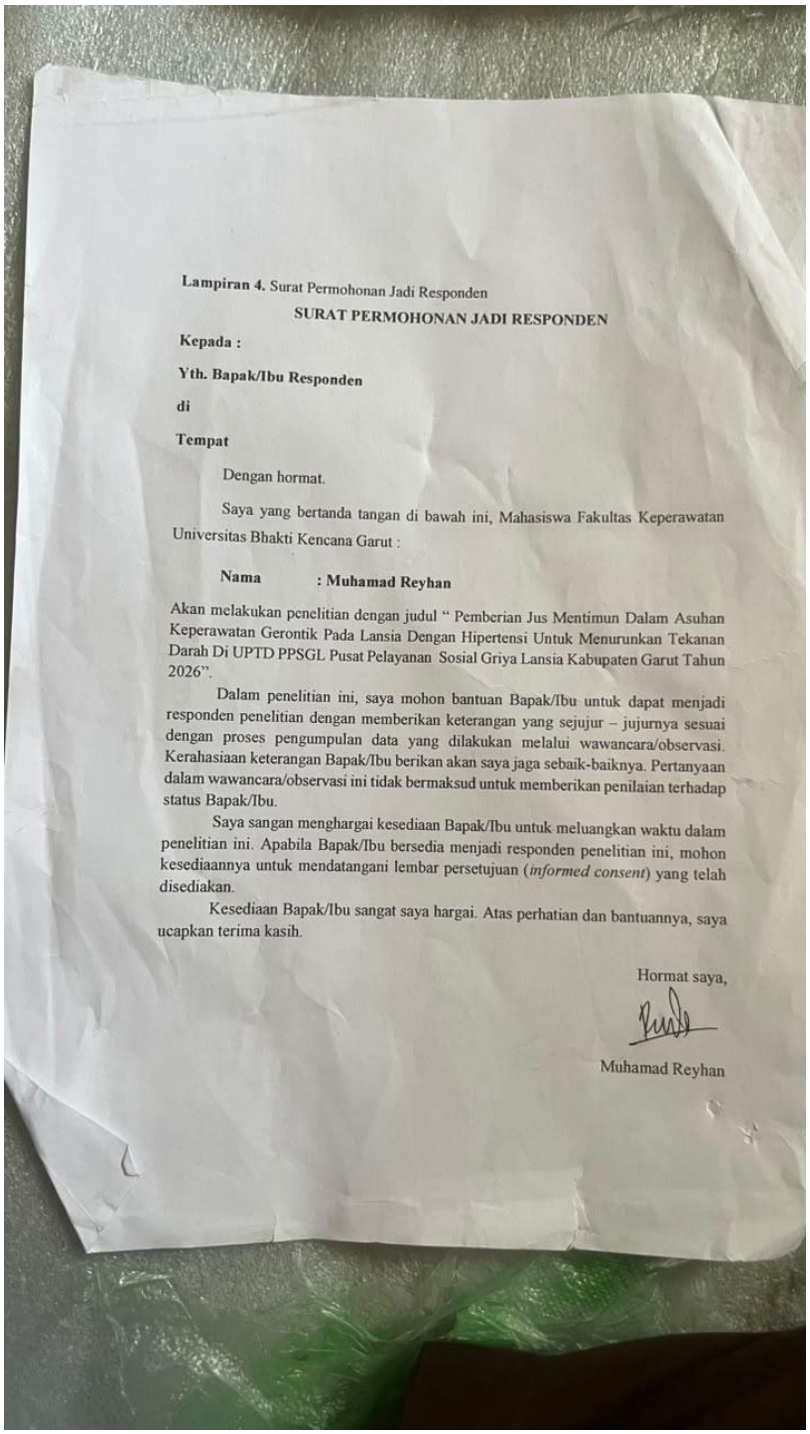
Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela, tanpa paksaan dari pihak manapun.

Garut,...April 2026

Muchtar
Responden

Lampiran 6. Format Askep Keperawatan Gerontik

Lampiran 16. Surat Permohonan Jadi Responden



Lampiran 4. Surat Permohonan Jadi Responden

SURAT PERMOHONAN JADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu Responden

di

Tempat

Dengan hormat.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut :

Nama : Muhamad Reyhan

Akan melakukan penelitian dengan judul " Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

Dalam penelitian ini, saya mohon bantuan Bapak/Ibu untuk dapat menjadi responden penelitian dengan memberikan keterangan yang sejujur – jujurnya sesuai dengan proses pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara/observasi. Kerahasiaan keterangan Bapak/Ibu berikan akan saya jaga sebaik-baiknya. Pertanyaan dalam wawancara/observasi ini tidak bermaksud untuk memberikan penilaian terhadap status Bapak/Ibu.

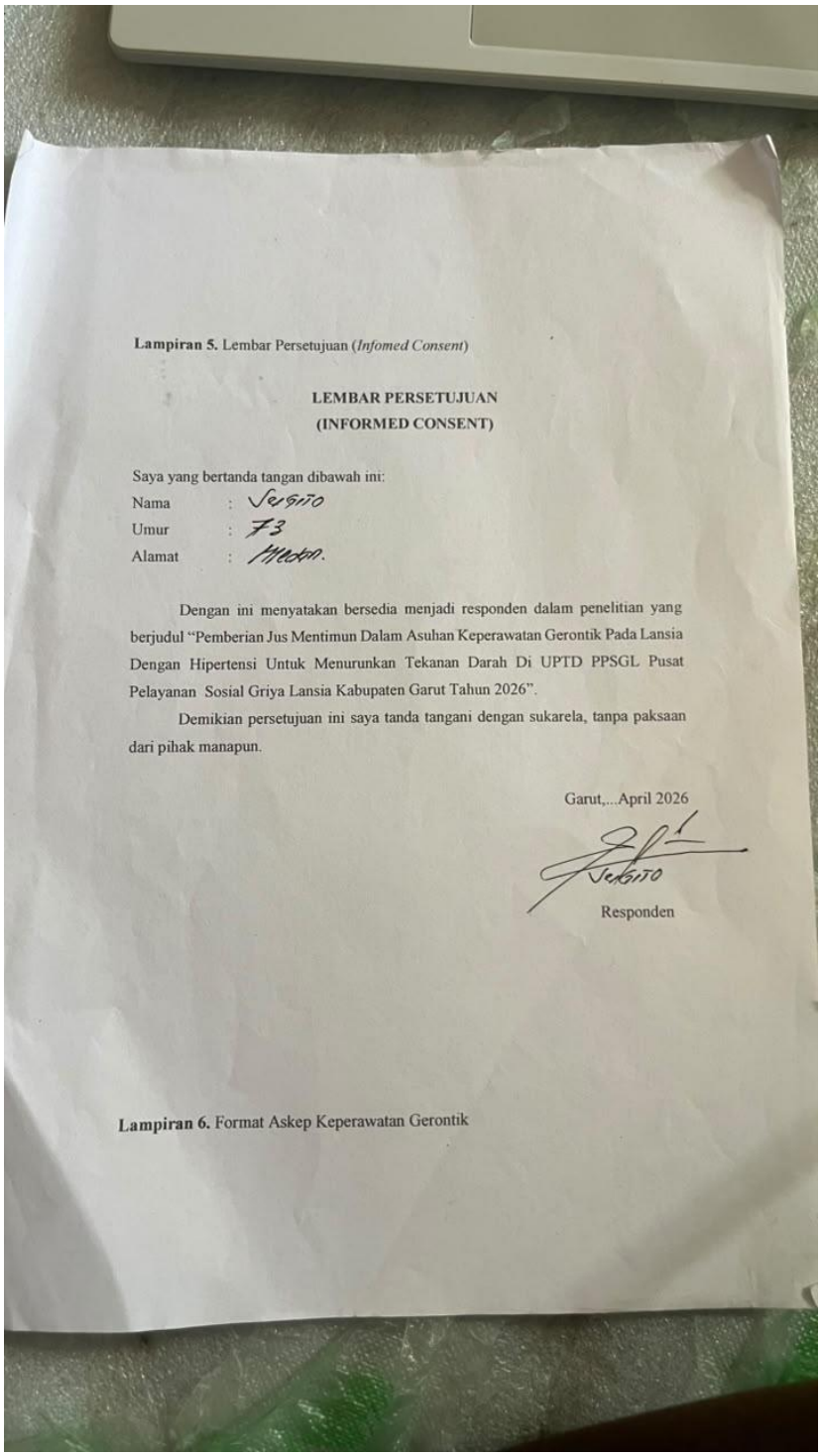
Saya sangan menghargai kesediaan Bapak/Ibu untuk meluangkan waktu dalam penelitian ini. Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, mohon kesediaannya untuk mendatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang telah disediakan.

Kesediaan Bapak/Ibu sangat saya hargai. Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Muhamad Reyhan

Lampiran 17. Lembar Persetujuan



Lampiran 5. Lembar Persetujuan (*Infomed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sugito
Umur : 73
Alamat : Mekar.

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Pemberian Jus Mentimun Dalam Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Dengan Hipertensi Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di UPTD PPSGL Pusat Pelayanan Sosial Griya Lansia Kabupaten Garut Tahun 2026".

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela, tanpa paksaan dari pihak manapun.

Garut,...April 2026

Sugito

Responden

Lampiran 6. Format Askep Keperawatan Gerontik

Lampiran 18. P3G Responden 1



Nomor Register

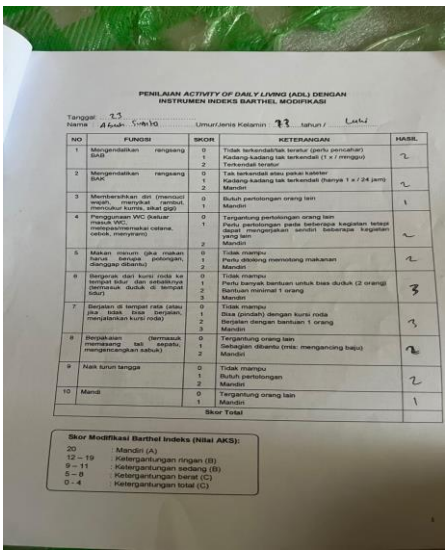
INSTRUMEN
Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri
(P3G)

Nama Pasien : Allah Sabar
Umur : 73
Alamat : medan, Sumatra utara
Nama Pemeriksa : Ns. Rahmah

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2017

NGKASAN HASIL PEMERIKSAAN PASIEN

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	*Activity of Daily Living (ADL) dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi*	
2.	*Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Lawton*	
3.	*Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia*	
	Geriatric Depression Scale (GDS)	
	*Mini Cog dan Clock Drawing Test (CDT4)**	
	*Mini Mental State Examination (MMSE)**	
	*Abbreviated Mental Test (AMT)**	
	Mini Nutritional Assessment (MNA)	

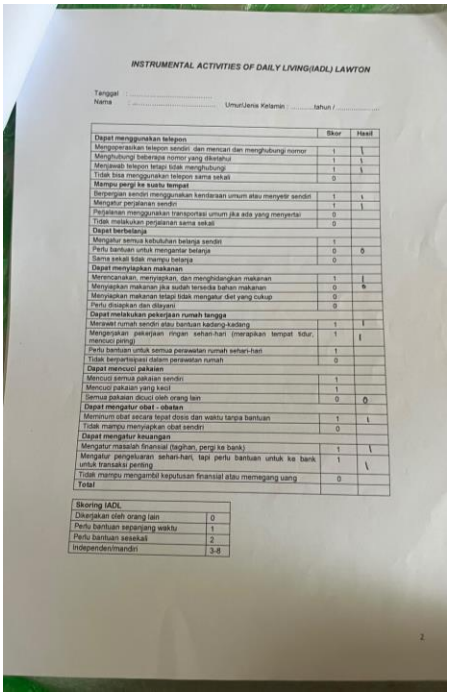


PENILAIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) DENGAN INSTRUMEN INDEKS BARTHEL MODIFIKASI

Tanggal : 23
Nama : Allah Sabar Umur/Jenis Kelamin : 73 tahun / Laki

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN	HASIL
1	Mengendalikan rangsang BAB	0 1 2	Tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) Kadang-kadang tak terkendali (1 x / minggu) Terkendali teratur	2
2	Mengendalikan rangsang BAK	0 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1 x / 24 jam) Mandiri	2
3	Membersihkan diri (mencuci wajah, menyikat rambut, mencukur kumis, sikat gigi)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	1
4	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain Mandiri	2
5	Makan minum (jika makan harus berupa potongan, dianggap dibantu)	0 1 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri	2
6	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri	3
7	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri	3
8	Berpakaian (termasuk memasang tali sepatu, mengancingkan baju)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: mengancing baju) Mandiri	2
9	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri	2
10	Mandi	0 1	Tergantung orang lain Mandiri	1
			Skor Total	

Skor Modifikasi Barthel Indeks (Nilai AKS):
20 : Mandiri (A)
12 – 19 : Ketergantungan ringan (B)
9 – 11 : Ketergantungan sedang (B)
5 – 8 : Ketergantungan berat (C)
0 - 4 : Ketergantungan total (C)

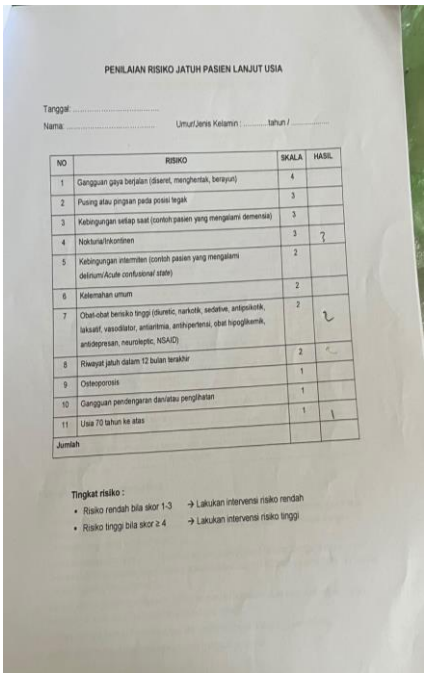


INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING(IADL) LAWTON

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

	Skor	Hasil
Dapat menggunakan telepon		
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1	1
Menghubungi beberapa nomor yang diketahui	1	1
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1	1
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0	
Mampu pergi ke suatu tempat		
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1	1
Mengatur perjalanan sendiri	1	1
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menyertai	0	
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0	
Dapat berbelanja		
Mengatur semua kebutuhan belanja sendiri	1	
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0	0
Sama sekali tidak mampu belanja	0	
Dapat menyiapkan makanan		
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1	1
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0	0
Menyiapkan makanan telapi tidak mengatur diet yang cukup	0	
Perlu disiapkan dan dilayani	0	
Dapat melakukan pekerjaan rumah tangga		
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1	1
Mengerjakan pekerjaan ringan sehari-hari (merapikan tempat tidur, mencuci piring)	1	1
Perlu bantuan untuk semua perawatan rumah sehari-hari	1	
Tidak berpartisipasi dalam perawatan rumah	0	
Dapat mencuci pakaian		
Mencuci semua pakaian sendiri	1	
Mencuci pakaian yang kecil	1	
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0	0
Dapat mengatur obat - obatan		
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1	1
Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0	
Dapat mengatur keuangan		
Mengatur masalah finansial (tagihan, pergi ke bank)	1	1
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi penting	1	1
Tidak mampu mengambil keputusan finansial atau memegang uang	0	
Total		

Skoring IADL	
Dikerjakan oleh orang lain	0
Perlu bantuan sepanjang waktu	1
Perlu bantuan sesekali	2
Independen/mandiri	3-8



PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

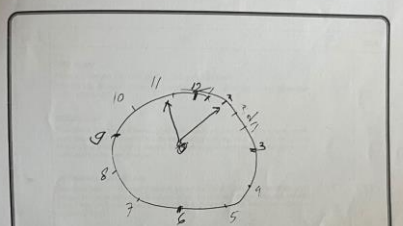
Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

NO	RISIKO	SKALA	HASIL
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3	
3	Kebingungan setiap saat (contoh:pasien yang mengalami demensia)	3	
4	Nokturia/Inkontinen	3	?
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/*Acute confusional state*)	2	
6	Kelemahan umum	2	
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2	2
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2	
9	Osteoporosis	1	
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11	Usia 70 tahun ke atas	1	1
Jumlah			

Tingkat risiko :
- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor ≥ 4 → Lakukan intervensi risiko tinggi

LEMBAR PEMERIKSAAN *CLOCK DRAWING TEST*

Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....



Hasil Penilaian :

Mini Cog :

Clock Drawing Test (CDT4) :

INSTRUMEN
EVALUASI STATUS MENTAL MINI (MMSE)

Nomor identifikasi :
Nama Responden ..... Umur : ..... Tahun: .....
Pendidikan ..... Dominansi hemisfer : kinan / kidal*
Pemeriksa ..... Tgl .....

BUTIR	TES	NILAI MAKS	NILAI
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	1
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) (tanyakan pada responden)	5	1
	REGISTRASI		
3	Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden diminta mengulangnya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	1
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Pengurangan 100 dengan 7 secara berturutan. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau responden diminta mengja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahw=2 nilai)	5	2
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	1
	BAHASA		
6	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	2
7	Responden diminta mengulang kalimat: " **tanpa kalau dan atau tetapi**"	1	1
8	Responden diminta melakukan perintah: " Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai".	3	1
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya: "Pejamkanlah mata anda"	1	1
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	1
11	Responden diminta menyalin gambar	1	1
	Skor Total	**30**	

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis skala:

Sadar	Somnolen	Stupor	Koma
✓			

Catatan pemeriksa:
.....
.....

INSTRUMEN
ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

		Salah = 0	Benar = 1
A	Berapakah umur Anda?		✓
B	Jam berapa sekarang?		✓
C	Di mana alamat rumah Anda?		✓
D	Tahun berapa sekarang?		✓
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		✓
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		✓
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		✓
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		✓
I	Tahun berapa Anda lahir?		✓
J	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		✓
	Jumlah skor:		
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas		Baik

Cara Pelaksanaan:

1. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
3. Interpretasi :
   - Skor 8-10 menunjukkan **normal**,
   - skor 4-7 gangguan ingatan **sedang** dan
   - skor 0-3 gangguan ingatan **berat**

II. PENILAIAN
FORMULIR PENILAIAN **

	Hasil Penilaian
G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)? 0 = tidak 1 = ya	0
H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari 0 = ya 1 = tidak	1
I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit? 0 = ya 1 = tidak	1
J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	2
K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein? • Sedikitnya 1 porsi *dairy* produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak • 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya / tidak • Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak 0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabnya ya 0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya 1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya	0,5
L. Apakah anda mengkonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ? 0 = tidak 1 = ya	1
M. Berapa banyak cairan (air ,jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ? 0.0 = kurang dari 3 gelas 0.5 = 3 – 5 gelas 1.0 = lebih dari 5 gelas	1,0
N. Bagaimana cara makan ? 0 = harus disuapi 1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	2
O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ? 0 = merasa malnutrisi 1 = tidak yakin mengenai status gizi 2 = tidak ada masalah gizi	2

INSTRUMEN

MINI NUTRIONAL ASSESSMENT (MNA)

I. SKRINING

Tanggal :

Nama: Jenis kelamin :

Umur :

Berat badan (kg) : Tinggi badan (cm) :

FORM SKRINING*

	Hasil Penilaian
A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan	2
B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ? 0 = kehilangan BB > 3 kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilangan BB	3
C. Kemampuan melakukan mobilitas ? 0 = di ranjang saja atau di kursi roda 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/ jalan-jalan ke luar 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa	2
D. Menderita stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ? 0 = ya 2 = tidak	2
E. Mengalami masalah neuropsikologis? 0 = dementia atau depresi berat 1 = demensia sedang (moderate) 2 = tidak ada masalah psikologis	2
F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ? 0 = IMT < 19 kg/m^2 1 = IMT 19 - 21 2 = IMT 21 – 23 3 = IMT > 23	3
SUB TOTAL	14

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai ≥ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika ≤ 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

	Hasil Penilaian
P. Jika dibandingkan dengan kesehatan orang lain yang sebaya/seumur, bagaimana anda mempertimbangkan keadaan anda dibandingkan orang tersebut ? 0 = tidak sebaik dia 0.5 = tidak tahu 1.0 = sama baiknya 2.0 = lebih baik	2,0
Q. Lingkar lengan atas (cm)? 0 = < 21 cm 0.5 = 21 – 22 cm 1,0 = ≥22 cm	1.0
R. Lingkar betis (cm) ? 0 : < 31 cm 1 : > 31 cm	1
SUB TOTAL	

****PENILAIAN SKOR:**

I.Skor Skrining ☐

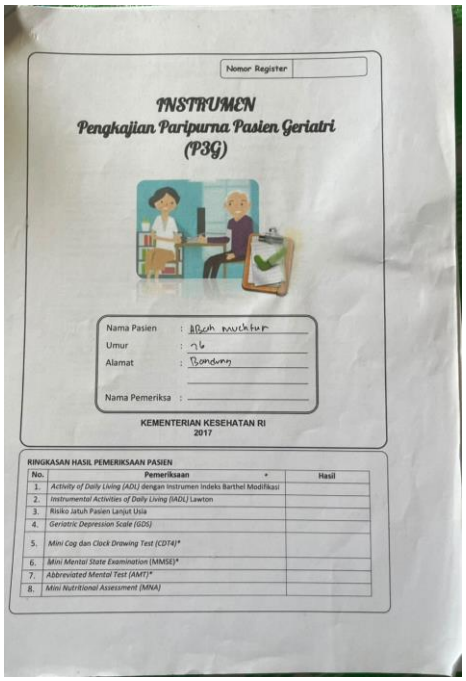
II.Skor Penilaian ☐

Skor total indikator malnutrisi (maksimum 30)

17 - 23.5 : risiko malnutrisi ☐

Kurang dari 17 malnutrisi ☐

Lampiran 19. P3G Responden 2



Nomor Register

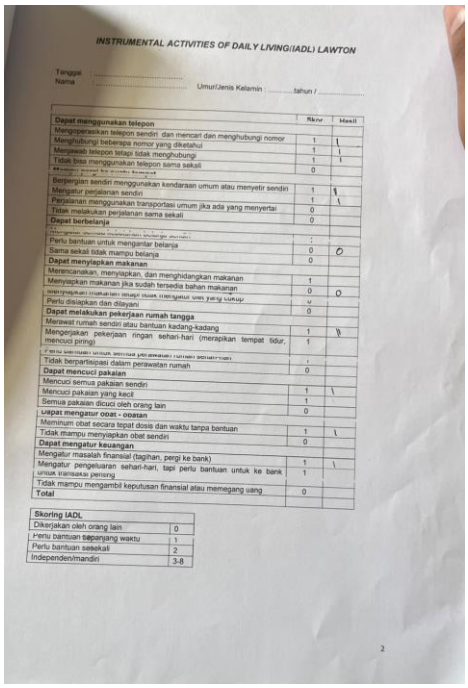
INSTRUMEN
Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri
(P3G)

Nama Pasien : Aboh mukhtar
Umur : 76
Alamat : Bandung
Nama Pemeriksa :

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2017

RINGKASAN HASIL PEMERIKSAAN PASIEN

No.	Pemeriksaan	Hasil
1.	*Activity of Daily Living (ADL)* dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi	
2.	*Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* Lawton	
3.	Risiko Jatuh Pasien Lanjut Usia	
4.	*Geriatric Depression Scale (GDS)*	
5.	*Mini Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT4)**	
6.	*Mini Mental State Examination (MMSE)**	
7.	*Abbreviated Mental Test (AMT)**	
8.	*Mini Nutritional Assessment (MNA)*	

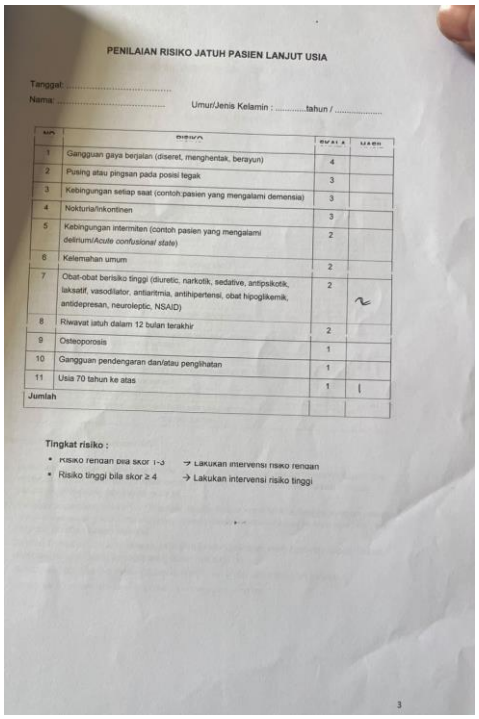


INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING(IADL) LAWTON

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

	Skor	Hasil
Dapat menggunakan telepon		
Mengoperasikan telepon sendiri dan mencari dan menghubungi nomor	1	\
Menghubungi beberapa nomor yang diketahui	1	\
Menjawab telepon tetapi tidak menghubungi	1	\
Tidak bisa menggunakan telepon sama sekali	0	
Berpergian		
Berpergian sendiri menggunakan kendaraan umum atau menyetir sendiri	1	\
Mengatur perjalanan sendiri	1	\
Perjalanan menggunakan transportasi umum jika ada yang menyertai	0	
Tidak melakukan perjalanan sama sekali	0	
Dapat berbelanja		
Mengelola kemandirian berbelanja sendiri		
Perlu bantuan untuk mengantar belanja	0	0
Sama sekali tidak mampu belanja	0	
Dapat menyiapkan makanan		
Merencanakan, menyiapkan, dan menghidangkan makanan	1	
Menyiapkan makanan jika sudah tersedia bahan makanan	0	0
Menghidangkan makanan tetapi tidak mengatur ses yang cukup	0	
Perlu disiapkan dan dilayani	0	
Dapat melakukan pekerjaan rumah tangga		
Merawat rumah sendiri atau bantuan kadang-kadang	1	\
Mengerjakan pekerjaan ringan sehari-hari (merapikan tempat tidur, mencuci piring)	1	\
Perlu bantuan untuk semua pekerjaan rumah tangga		
Tidak berpartisipasi dalam perawatan rumah	0	
Dapat mencuci pakaian		
Mencuci semua pakaian sendiri	1	\
Mencuci pakaian yang kecil	1	
Semua pakaian dicuci oleh orang lain	0	
Dapat mengatur obat - obatan		
Meminum obat secara tepat dosis dan waktu tanpa bantuan	1	\
Tidak mampu menyiapkan obat sendiri	0	
Dapat mengatur keuangan		
Mengatur masalah finansial (tagihan, pergi ke bank)	1	\
Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi perlu bantuan untuk ke bank untuk transaksi perisng	1	
Tidak mampu mengambil keputusan finansial atau memegang uang	0	
Total		

Skoring IADL	
Dikerjakan oleh orang lain	0
Perlu bantuan sebagiang waktu	1
Perlu bantuan sebekat	2
Independen/mandiri	3-8



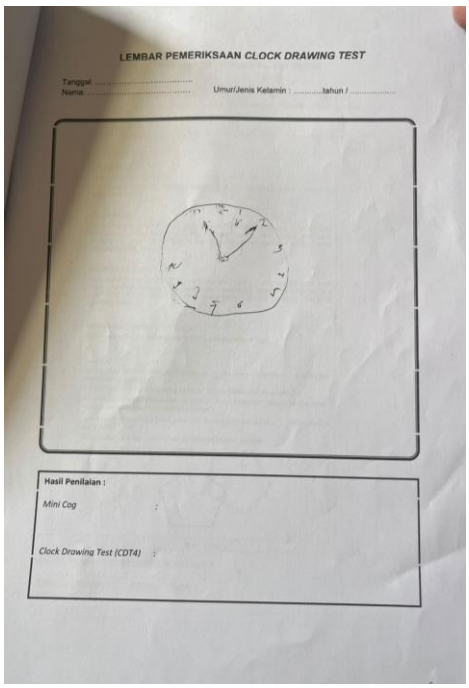
PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN LANJUT USIA

Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

No.	Risiko	Skala	Nilai
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2	Pusing atau pingsan pada posisi tegak	3	
3	Kebingungan setiap saat (contoh:pasien yang mengalami demensia)	3	
4	Nokturia/inkontinen	3	
5	Kebingungan intermiten (contoh pasien yang mengalami delirium/*Acute confusional state*)	2	
6	Kelemahan umum	2	
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretic, narkotik, sedative, antipsikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptic, NSAID)	2	~
8	Riwayat jatuh dalam 12 bulan terakhir	2	
9	Osteoporosis	1	
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11	Usia 70 tahun ke atas	1	\
Jumlah			

Tingkat risiko :

- Risiko rendah bila skor 1-3 → Lakukan intervensi risiko rendah
- Risiko tinggi bila skor ≥ 4 → Lakukan intervensi risiko tinggi



LEMBAR PEMERIKSAAN *CLOCK DRAWING TEST*

Tanggal: .....
Nama: ..... Umur/Jenis Kelamin : .....tahun / .....

Hasil Penilaian :

Mini Cog :

Clock Drawing Test (CDT4) :

INSTRUMEN
EVALUASI STATUS MENTAL MINI (MMSE)

Nomor identifikasi :
Nama Responden : ..... Umur : ..... Tahun: .....
Pendidikan : ..... Dominansi hemisfer : kinan / kidal*
Pemeriksa : ..... Tgl .....

BUTIR	TES	NILAI MAKS	NILAI
1	**ORIENTASI** Sekarang (hari) (tanggal) (bulan) (tahun) kan apa?	5	5
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (gedung), (ruang) banyakan pada responden)	5	5
3	**REGISTRASI** Pemeriksa menyebut 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal apel, uang, meja), responden diminta mengulangnya. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulang sampai responden dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	3
4	**ATENSI DAN KALKULASI** Pengurangan 100 dengan 7 secara berturutan. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau, responden diminta mengeja terbalik kata " WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; misalnya uyahwu=2 nilai)	5	5
5	**MENGINGAT KEMBALI (RECALL)** Responden diminta menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	3
6	**BAHASA** Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	2
7	Responden diminta mengulang kalimat " **tanpa kalau dan atau tetapi**"	1	1
8	Responden diminta melakukan perintah : " Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai"	3	3
9	Responden diminta membaca dan melakukan yang diperintah: "Pejamkanlah mata anda"	1	1
10	Responden diminta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	1
11	Responden diminta menyalin gambar	1	1
	Skor Total	30	

Tandailah tingkat kesadaran responden pada garis aksis:

Sadar	Somnolen	Stupor	Koma

Catatan pemeriksa:

7

INSTRUMEN
ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal : .....
Nama : ..... Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun / .....

		Salah = 0	Benar = 1
A	Berapakah umur Anda?		1
B	Jam berapa sekarang?		1
C	Di mana alamat rumah Anda?		1
D	Tahun berapa sekarang?		1
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		1
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		1
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		1
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		1
I	Tahun berapa Anda lahir?		1
J	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		1
	Jumlah skor:		
K	Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Galak 5. Cemas		

Cara Pelaksanaan:

1. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
2. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
3. Interpretasi :
   - Skor 8-10 menunjukkan **normal**,
   - skor 4-7 gangguan ingatan **sedang** dan
   - skor 0-3 gangguan ingatan **berat**

8

INSTRUMEN
MINI NUTRIONAL ASSESSMENT (MNA)

I. SKRINING

Tanggal :
Nama :
Umur : Jenis kelamin :
Berat badan (kg): Tinggi badan (cm) :

FORM SKRINING*

	Hasil Penilaian
A. Apakah anda mengalami penurunan asupan makanan dalam 3 bulan terakhir disebabkan kehilangan nafsu makan, gangguan saluran cerna, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = kehilangan nafsu makan berat (severe) 1 = kehilangan nafsu makan sedang (moderate) 2 = tidak kehilangan nafsu makan	2
B. Kehilangan berat badan dalam tiga bulan terakhir ? 0 = kehilangan BB > 3 kg 1 = tidak tahu 2 = kehilangan BB antara 1 – 3 kg 3 = tidak mengalami kehilangan BB	3
C. Kemampuan melakukan mobilitas ? 0 = di ranjang saja atau di kursi roda 1 = dapat meninggalkan ranjang atau kursi roda namun tidak bisa pergi/ jalan-jalan ke luar 2 = dapat berjalan atau pergi dengan leluasa	2
D. Mendertia stress psikologis atau penyakit akut dalam tiga bulan terakhir ? 0 = ya 2 = tidak	2
E. Mengalami masalah neuropsikologis? 0 = dementia atau depresi berat 1 = dementia sedang (moderate) 2 = tidak ada masalah psikologis	2
F. Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh) ? 0 = IMT < 19 kg/m² 1 = IMT 19 - 21 2 = IMT 21 – 23 3 = IMT > 23	
SUB TOTAL	

SKOR SKRINING

- Sub total maksimal : 14
- Jika nilai ≥ 12 – tidak mempunyai risiko, tidak perlu melengkapi form penilaian
- Jika < 11 – mungkin mengalami malnutrisi, lanjutkan mengisi form penilaian

9

II. PENILAIAN
FORMULIR PENILAIAN **

	Hasil Penilaian
G. Apakah anda tinggal mandiri ? (bukan di panti/Rumah Sakit)? 0 = tidak 1 = ya	0
H. Apakah anda menggunakan lebih dari tiga macam obat per hari 0 = ya 1 = tidak	1
I. Apakah ada luka akibat tekanan atau luka di kulit? 0 = ya 1 = tidak	1
J. Berapa kali anda mengonsumsi makan lengkap / utama per hari ? 0 = 1 kali 1 = 2 kali 2 = 3 kali	2
K. Berapa banyak anda mengonsumsi makanan sumber protein? • Sedikitnya 1 porsi dairy produk (seperti susu, keju, yogurt) per hari → ya/tidak • 2 atau lebih porsi kacang-kacangan atau telur per minggu → ya / tidak • Daging ikan atau unggas setiap hari → ya / tidak 0.0 = jika 0 atau hanya ada 1 jawabnya ya 0.5 = jika terdapat 2 jawaban ya 1.0 = jika terdapat 3 jawaban ya	0.5
L. Apakah anda mengkonsumsi buah atau sayur sebanyak 2 porsi atau lebih per hari ? 0 = tidak 1 = ya	1
M. Berapa banyak cairan (air, jus, kopi, teh, susu) yang dikonsumsi per hari ? 0.0 = kurang dari 3 gelas 0.5 = 3 – 5 gelas 1.0 = lebih dari 5 gelas	1.0
N. Bagaimana cara makan ? 0 = harus disuapi 1 = bisa makan sendiri dengan sedikit kesulitan 2 = makan sendiri tanpa kesulitan apapun juga	2
O. Pandangan sendiri mengenai status gizi anda ? 0 = merasa malnutrisi 1 = tidak yakin mengenai status gizi 2 = tidak ada masalah gizi	2

10

Lampiran 20. Dokumentasi











Lampiran 21. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI PENGUKURAN TEKANAN DARAH

No/Tanggal	Nama Pasien	Sebelum Terapi	Setelah Terapi	Respon

Lampiran 22 Turnitin

kti-ehan-12345-beres

ORIGINALITY REPORT

7%	6%	2%	1%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.bku.ac.id Internet Source	4%
2	eprints.stikesrshusada.ac.id Internet Source	1%
3	Submitted to Sultan Agung Islamic University Student Paper	1%
4	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	1%
5	m.merdeka.com Internet Source	1%
6	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes	On	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	On		

Lampiran 23 Biodata Penulis



A. Data Pribadi

Nama Lengkap	: Muhamad Reyhan
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 18 September 2004
Jenis Kelamin	: Laki- Laki
Agama	: Islam
Alamat	: Kp Terusgunung, Kec Banjarwangi, Kab Garut

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah/Ibu	: Ahmad Solehadin / Dedah Maryati
Pekerjaan	: Wiraswasta / Wiraswasta
Alamat	: Kp Terusgunung, Kec Banjarwangi, Kab Garut

C. Riwayat Pendidikan

Tahun 2008-2009	: PAUD Mutiara Hati

Tahun 2009-2011 : TK Alfalah

Tahun 2011-2017 : SDN 03 Banjarwangi

Tahun 2017-2020 : SMPN 01 Banjarwangi

Tahun 2020-2023 : SMAN 16 Garut

Tahun 2023-2026 : Universitas Bhakti Kencana Garut

D. Riwayat Organisasi

Tahun 2024-2025 : Ketua UKM Futsal UBK Garut

Tahun 2023 : Anggota UKM Mapala UBK Garut

E. Moto

"Life can be heavy, especially if you try to carry it all at once. Part of growing up and moving into new chapters of your life is about catch and release"

-Taylor Swift-