

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Studi Kasus

JADWAL KEGIATAN STUDI KASUS

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)																									
		Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Pengajuan Judul KIAN																										
2	Pengurusan Izin Studi Kasus																										
3	Pengumpulan Data																										
4	Pelaksanaan Asuhan Keperawatan																										
5	Pengolahan Data																										
6	Analisis Data																										
7	Penyusunan Laporan KIAN																										
8	Sidang Hasil Studi Kasus																										
9	Revisi Laporan KIAN																										
10	Pengumpulan KIAN																										

Keterangan : warna hitam (proses penelitian)

Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Penelitian

REALISASI ANGGARAN BIAYA STUDI KASUS

No	Kegiatan	Besar Biaya (Rp)
A. Persiapan Penelitian		
1	Pengurusan izin studi kasus	Rp 0,00
B. Pelaksanaan		
1	Instrumen pelaksanaan studi kasus	Rp 50.000,00
2	Transportasi dan akomodasi	Rp 500.000,00
3	Pengolahan dan analisis data	Rp 0,00
C. Hasil dan Pelaporan		
1	Penyusunan laporan	Rp 500.000,00
2	Penggandaan laporan	Rp 0,00
3	Revisi laporan	Rp 200.000,00
4	Biaya tak terduga	Rp 300.000,00
Jumlah		Rp 1.550.000,00

Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara Calon Responden

Di -

Ruang Mint Panti Jompo Khusus Hakushimasou

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Profesi Ners semester I Poltekkes Kemenkes Denpasar bermaksud melakukan studi kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Gangguan Menelan dengan Pemberian *Toromeiku* pada Lansia Disfagia di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang”**, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi profesi ners. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi penelitian ini. Informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan akan sangat dijaga kerahasiannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Osaka,
Peneliti

2024

Ni Ketut Desy Adnyani
NIM. P07120324013

Lampiran 4 Informed Consent (PSP)

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA STUDI KASUS**

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara, kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam studi kasus ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah dengan seksama dan dipersilahkan bertanya apabila ada hal yang kurang jelas.

Judul	Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi dengan Pemberian <i>Toromeiku</i> pada Lansia Disfagia di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang
Peneliti Utama	Ni Ketut Desy Adnyani
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Peneliti Lain	-
Lokasi Penelitian	Ruang Mint Panti Jompo Khusus Hakushimsou, Prefektur Osaka, Jepang
Sumber pendanaan	Swadana

Studi Kasus ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan risiko aspirasi dengan pemberian *toromeiku* pada lansia disfagia di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang. Jumlah peserta sebanyak 2 orang dengan syarat lansia dengan disfagia yang memiliki risiko aspirasi, lansia dengan disfagia yang bersedia menjadi responden dalam pemberian asuhan keperawatan, lansia tanpa gangguan kognitif berat yang mampu memberikan persetujuan (*informed consent*), lansia tanpa gangguan komunikasi berat yang dapat menghambat pengumpulan data akurat.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Imbalan yang akan diberikan berupa *oyatsu (snack)*. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta penelitian ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara pada penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada studi kasus atau menghentikan kepesertaan dari studi kasus kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara untuk berhenti sebagai peserta studi kasus tidak akan mempengaruhi mutu dan akses /kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta penelitian ini, Bapak/Ibu/ Saudara diminta untuk menandatangani formulir ‘Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Sebagai Peserta Penelitian/Wali’ setelah Bapak/Ibu/Saudara benar-benar paham mengenai studi kasus ini. Bapak/Ibu/Saudara akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya penelitian terdapat perkembangan baru yang dapat mempengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara untuk kelanjutan kepesertaan dalam penelitian, peneliti akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silakan hubungi peneliti: Ni Ketut Desy Adnyani dengan **no HP 081238442319**.

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti tentang studi kasus ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta studi kasus.**

Peserta/Subyek Studi Kasus/Wali

Wali

Tanggal: / /

Tanggal: / /

**Hubungan dengan Peserta/ Subyek
Studi Kasus:** _____

(Wali dibutuhkan bila calon peserta/subyek studi kasus adalah anak <14 tahun, lansia, tuna grahita, pasien dengan kesadaran kurang – koma)

Peneliti

Tanggal: / /

Tanda tangan saksi diperlukan pada formulir *consent* ini hanya bila

- ☐ Peserta studi kasus memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan, tetapi tidak dapat membaca/tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Wali dari peserta studi kasus tidak dapat membaca/tidak dapat bicara atau buta
- ☐ Komisi Etik secara spesifik mengharuskan tanda tangan saksi pada studi kasus ini (misalnya untuk penelitian risiko tinggi dan atau prosedur penelitian invasive)

Catatan:

Saksi harus merupakan keluarga peserta studi kasus, tidak boleh anggota tim studi kasus

Saksi:

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta studi kasus atau walinya dan persetujuan untuk menjadi peserta penelitian diberikan secara sukarela.

Saksi

Tanggal: / /

(Jika tidak diperlukan tanda tangan saksi, bagian tanda tangan saksi ini dibiarkan kosong)

Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur (SOP) Penggunaan *Toromeiku*

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGUNAAN <i>TOROMEIKU</i>	
Tahap Pra Interaksi	
1	Mencuci tangan
2	Memeriksa riwayat penyakit yang diderita pasien
3	Menyiapkan alat, meliputi sarung tangan, makanan dan/atau minuman berupa cairan, gelas, bubuk <i>toromeiku</i> , sendok takar, pengaduk (<i>whisk</i>).
Tahap Orientasi	
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
2	Menjelaskan tujuan, mekanisme, prosedur yang akan dilakukan
3	Menyampaikan kontrak waktu
4	Menanyakan kesiapan pasien
5	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
Tahap Kerja	
1	Mencuci tangan
2	Memakai sarung tangan
3	Siapkan makanan dan/atau minuman berupa cairan yang akan diberikan
4	Mengukur jumlah pemberian <i>toromeiku</i> dengan sendok takar sesuai dengan ketebalan yang diinginkan
5	Tambahkan <i>toromeiku</i> (bahan pengental) ke dalam cairan sambil diaduk rata dengan <i>whisk</i> selama 30 detik untuk mencegah adanya gumpalan
6	Untuk minuman berupa susu dan kopi memerlukan waktu yang lebih lama untuk mengental diamkan setidaknya 5 menit setelah diaduk sebelum diberikan kepada pasien
7	Cairan yang sudah dikentalkan siap diberikan kepada pasien

Tahap Terminasi	
1	Beritahu pasien bahwa tindakan telah selesai
2	Evaluasi perasaan pasien, simpulkan hasil kegiatan, beri umpan balik
3	Rapikan alat
4	Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya
5	Salam penutup
Dokumentasi	
1	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

Lampiran 6 Pengkajian Aktivitas Hidup Sehari-Hari, Kognitif, Mental dan Risiko Jatuh pada Pasien Kelolaan I (Ny. S)

1. Hasil Pengkajian Aktivitas Hidup Sehari-hari (*Indeks Katz*)

No	Aktivitas	Mandiri	Terantung
1	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.		✓
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		✓
3	Ke Toilet Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri. Tergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		✓
4	Berpindah Mandiri:		✓

	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.		
5	Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri. Tergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		✓
6	Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		✓
Total Skor			0

Analisa Hasil:

Nilai A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.
Nilai B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
Nilai C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
Nilai D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
Nilai F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
Nilai G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Simpulan:

Hasil pengkajian aktivitas hidup sehari-hari dengan *indeks katz* menyatakan bahwa pasien kelolaan I (Ny. S) memiliki total skor 0 sehingga termasuk dalam kategori nilai G yaitu ketergantungan pada keenam fungsi, yaitu mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah, kontinen, dan makan.

2. Hasil Pengkajian Fungsi Intelektual (*Short Portable Mental Status Questionnaire/SPMSQ*)

Skor		No	Pertanyaan	Jawaban
B	S			
✓		1	Tanggal berapa sekarang?	6 November 2024
✓		2	Hari apa sekarang?	Rabu
✓		3	Apa nama tempat ini?	Panti Jompo Hakushimasou
✓		4	Dimana alamat tempat tinggal sebelumnya?	Kota Minoo
✓		5	Berapa umur ibu?	85 tahun
✓		6	Ibu lahir dimana?	Osaka
	✓	7	Siapa presiden sekarang?	Lupa
	✓	8	Siapa presiden sebelumnya?	Lupa
✓		9	Siapa nama ibu kandung?	Yagi Kazuko
	✓	10	Coba hitung mundur dari 20 dikurangi 3 dan seterusnya	Pasien tidak mampu melakukannya
Jumlah kesalahan total				3

Analisa Hasil

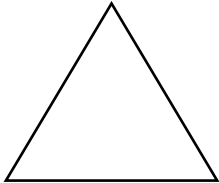
Jumlah kesalahan 0 – 2	: Fungsi intelektual utuh
Jumlah kesalahan 3 – 4	: Kerusakan intelektual ringan
Jumlah Kesalahan 5 – 7	: Kerusakan intelektual sedang
Jumlah Kesalahan 8 – 10	: Kerusakan intelektual berat

Simpulan

Hasil pengkajian fungsi intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) menyatakan bahwa pasien kelolaan I (Ny. S) memiliki kerusakan intelektual ringan dengan 3 kesalahan.

3. Hasil Pengkajian Fungsi Kognitif (*Mini-Mental State Exam/MMSE*)

Nilai Maksimum	Nilai Pasien	Pertanyaan
		Orientasi
5	5	Tahun berapa? Musim apa? Tanggal berapa? Hari apa? Bulan apa?
5	5	Sekarang ada dimana: Negara? Prefektur? Kota? Panti Jompo? Lantai?
		Registrasi
3	3	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, misalnya: (bola, kursi, sepatu). Satu detik untuk tiap benda. Kemudian mintalah responden mengulang ketiga nama benda tersebut.

		Berilah nilai 1 untuk setiap jawaban yang benar, bila masih salah ulangi penyebutan ketiga nama tersebut sampai responden dapat mengatakannya dengan benar:
		Atensi
5	1	Hitunglah berturut-turut selang 7 angka mulai dari 100 ke bawah. Berhenti setelah 5 kali hitungan (93-86-79-72-65).
		Mengingat
3	2	Tanyakan kembali nama ketiga benda yang telah disebut di atas.
		Bahasa
2	2	Apakah nama benda ini? Perlihatkan pensil dan arloji
1	1	Ulangi kalimat berikut " <i>pan gayu ga suki desu</i> "
3	2	Laksanakan 3 perintah ini Peganglah selembar kertas dengan tangan kirimu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakkan di lantai
1	1	Bacalah dan laksanakan perintah berikut " <i>te o agete kudasai</i> "
1	1	Tulislah sebuah kalimat!
1	1	Tirulah gambar ini! 
Total Skor	24	

Analisa Hasil

Skor 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

Skor 18-23 : Gangguan kognitif ringan.

Skor 0-17 : Gangguan kognitif berat.

Simpulan

Hasil pengkajian fungsi kognitif dengan *Mini-Mental State Exam* (MMSE) menyatakan bahwa pasien kelolaan I (Ny. S) termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif dengan jumlah skor 24.

4. Hasil Pengkajian Status Mental (*Geriatric Depression Scale/GDS*)

No	Keadaan Yang Dialami Selama Seminggu	Nilai Respon		Skor Pasien
		Ya	Tidak	
1	Apakah anda sebelumnya puas dengan kehidupan anda?	0	1	0
2	Apakah anda telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi anda?	1	0	1
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kurang?	1	0	0
4	Apakah anda sering merasa bosan?	1	0	0
5	Apakah anda masih memiliki semangat hidup?	0	1	0
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	1	0	0
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	0	1	0
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	1	0	1
9	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru?	1	0	0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan orang lain?	1	0	0

11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang menyenangkan?	0	1	0
12	Apakah anda merasa tidak berharga?	1	0	0
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	0	1	0
14	Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan?	1	0	0
15	Apakah anda merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	1	0	1
Total Skor				3

Analisa Hasil

- Skor 0-4 : Normal
 Skor 5-8 : Depresi Ringan
 Skor 9-11 : Depresi Sedang
 Skor 12-15 : Depresi Berat

Simpulan

Hasil pengkajian status mental dengan Geriatric Depression Scale (GDS) menyatakan bahwa pasien kelolaan I (Ny. S) memiliki status mental normal dengan jumlah skor 3.

5. Hasil Pengkajian Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale/MFS*)

No	Faktor Risiko	Skala		Nilai
1	Riwayat jatuh: apakah pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	0
		Ya	25	
2	Diagnosa sekunder: Apakah memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0	15
		Ya	15	
3	Alat bantu jalan:			0
	- Bed rest/dibantu perawat		0	
	- Kruk/tongkat/walker		15	

	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30	
4	Terapi intravena: Apakah saat ini terpasang infus?	Tidak	0	0
		Ya	20	
5	Gaya berjalan/cara berpindah			0
	- Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0	
	- Lemah (tidak bertenaga)		10	
	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)		20	
6	Status mental			0
	- Menyadari kondisi dirinya		0	
	- Mengalami keterbatasan daya ingat		15	
Total Skor			15	

Analisa Hasil

Skor ≥ 45 : Risiko tinggi
 Skor 25-44 : Risiko sedang
 Skor 0-24 : Risiko rendah

Simpulan

Hasil pengkajian risiko jatuh dengan *Morse Fall Scale* (MFS) menyatakan bahwa pasien kelolaan I (Ny. S) termasuk dalam kategori risiko jatuh rendah dengan skor 15

Lampiran 7 Pengkajian Aktivitas Hidup Sehari-Hari, Kognitif, Mental dan Risiko Jatuh pada Pasien Kelolaan II (Ny. W)

6. Hasil Pengkajian Aktivitas Hidup Sehari-hari (*Indeks Katz*)

No	Aktivitas	Mandiri	Terantung
1	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.		✓
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung: Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		✓
3	Ke Toilet Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri. Tergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		✓
4	Berpindah Mandiri:		✓

	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan.		
5	Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri. Tergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		✓
6	Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Tergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	
Total Skor		1	

Analisa Hasil:

Nilai A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.
Nilai B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
Nilai C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
Nilai D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
Nilai F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
Nilai G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Simpulan:

Hasil pengkajian aktivitas hidup sehari-hari dengan *indeks katz* menyatakan bahwa pasien kelolaan II (Ny. W) memiliki total skor 1 sehingga termasuk dalam kategori nilai F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

7. Hasil Pengkajian Fungsi Intelektual (*Short Portable Mental Status Questionnaire/SPMSQ*)

Skor		No	Pertanyaan	Jawaban
B	S			
	✓	1	Tanggal berapa sekarang?	Lupa
	✓	2	Hari apa sekarang?	Lupa
✓		3	Apa nama tempat ini?	Panti Jompo Hakushimasou
	✓	4	Dimana alamat tempat tinggal sebelumnya?	Lupa
✓		5	Berapa umur ibu?	45 tahun
✓		6	Ibu lahir dimana?	Osaka
	✓	7	Siapa presiden sekarang?	Lupa
	✓	8	Siapa presiden sebelumnya?	Lupa
✓		9	Siapa nama ibu kandung?	Hibi Emiko
	✓	10	Coba hitung mundur dari 20 dikurangi 3 dan seterusnya	Pasien tidak mampu melakukannya
Jumlah kesalahan total				6

Analisa Hasil

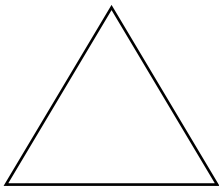
Jumlah kesalahan 0 – 2	: Fungsi intelektual utuh
Jumlah kesalahan 3 – 4	: Kerusakan intelektual ringan
Jumlah Kesalahan 5 – 7	: Kerusakan intelektual sedang
Jumlah Kesalahan 8 – 10	: Kerusakan intelektual berat

Simpulan

Hasil pengkajian fungsi intelektual dengan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) menyatakan bahwa pasien kelolaan II (Ny. W) memiliki kerusakan intelektual sedang dengan 6 kesalahan.

8. Hasil Pengkajian Fungsi Kognitif (*Mini-Mental State Exam/MMSE*)

Nilai Maksimum	Nilai Pasien	Pertanyaan
		Orientasi
5	3	Tahun berapa? Musim apa? Tanggal berapa? Hari apa? Bulan apa?
5	3	Sekarang ada dimana: Negara? Prefektur? Kota? Panti Jompo? Lantai?
		Registrasi
3	3	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, misalnya: (bola, kursi, sepatu). Satu detik untuk tiap benda. Kemudian mintalah responden mengulang ketiga nama benda tersebut.

		Berilah nilai 1 untuk setiap jawaban yang benar, bila masih salah ulangi penyebutan ketiga nama tersebut sampai responden dapat mengatakannya dengan benar:
		Atensi
5	0	Hitunglah berturut-turut selang 7 angka mulai dari 100 ke bawah. Berhenti setelah 5 kali hitungan (93-86-79-72-65).
		Mengingat
3	1	Tanyakan kembali nama ketiga benda yang telah disebut di atas.
		Bahasa
2	2	Apakah nama benda ini? Perlihatkan pensil dan arloji
1	1	Ulangi kalimat berikut “oniku ga suki desu”
3	2	Laksanakan 3 perintah ini Peganglah selembar kertas dengan tangan kirimu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakkan di lantai
1	1	Bacalah dan laksanakan perintah berikut <i>“te o agete kudasai”</i>
1	1	Tulislah sebuah kalimat!
1	1	Tirulah gambar ini! 
Total Skor	18	

Analisa Hasil

Skor 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

Skor 18-23 : Gangguan kognitif ringan.

Skor 0-17 : Gangguan kognitif berat.

Simpulan

Hasil pengkajian fungsi kognitif dengan *Mini-Mental State Exam* (MMSE) menyatakan bahwa pasien kelolaan II (Ny. W) termasuk dalam kategori gangguan kognitif ringan dengan jumlah skor 18.

9. Hasil Pengkajian Status Mental (*Geriatric Depression Scale/GDS*)

No	Keadaan Yang Dialami Selama Seminggu	Nilai Respon		Skor Pasien
		Ya	Tidak	
1	Apakah anda sebelumnya puas dengan kehidupan anda?	0	1	0
2	Apakah anda telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi anda?	1	0	1
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kurang?	1	0	0
4	Apakah anda sering merasa bosan?	1	0	0
5	Apakah anda masih memiliki semangat hidup?	0	1	0
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	1	0	0
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	0	1	0
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	1	0	1
9	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru?	1	0	0
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan orang lain?	1	0	0

11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang menyenangkan?	0	1	0
12	Apakah anda merasa tidak berharga?	1	0	0
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	0	1	0
14	Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan?	1	0	0
15	Apakah anda merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	1	0	0
Total Skor				2

Analisa Hasil

- Skor 0-4 : Normal
 Skor 5-8 : Depresi Ringan
 Skor 9-11 : Depresi Sedang
 Skor 12-15 : Depresi Berat

Simpulan

Hasil pengkajian status mental dengan Geriatric Depression Scale (GDS) menyatakan bahwa pasien kelolaan II (Ny. W) memiliki status mental normal dengan jumlah skor 2.

10. Hasil Pengkajian Risiko Jatuh (*Morse Fall Scale/MFS*)

No	Faktor Risiko	Skala		Nilai
1	Riwayat jatuh: apakah pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	0
		Ya	25	
2	Diagnosa sekunder: Apakah memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0	15
		Ya	15	
3	Alat bantu jalan:			0
	- Bed rest/dibantu perawat		0	
	- Kruk/tongkat/walker		15	

	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30	
4	Terapi intravena: Apakah saat ini terpasang infus?	Tidak	0	0
		Ya	20	
5	Gaya berjalan/cara berpindah			0
	- Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0	
	- Lemah (tidak bertenaga)		10	
	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)		20	
6	Status mental			0
	- Menyadari kondisi dirinya		0	
	- Mengalami keterbatasan daya ingat		15	
Total Skor			15	

Analisa Hasil

Skor ≥ 45 : Risiko tinggi
 Skor 25-44 : Risiko sedang
 Skor 0-24 : Risiko rendah

Simpulan

Hasil pengkajian risiko jatuh dengan *Morse Fall Scale* (MFS) menyatakan bahwa pasien kelolaan II (Ny. W) termasuk dalam kategori risiko jatuh rendah dengan skor 15.

Lampiran 8 Hasil Implementasi Keperawatan pada Ny.S

HASIL IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO ASPIRASI DENGAN PEMBERIAN *TOROMEIKU* PADA NY. S

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Respon	TTD
Rabu, 6 November 2024 11.00	- Mengidentifikasi makanan yang diprogramkan - Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	 Desy
11.30	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
12.00	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
12.00	- Memberikan makanan lunak - Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
12.00	Menganjurkan makan secara perlahan	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan	 Desy

	Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan	dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	
12.45	Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	<i>Th. Rusep</i> Desy
13.00	- Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Memonitor status pernapasan - Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum - Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	<i>Th. Rusep</i> Desy
13.30	- Mengajarkan strategi mencegah aspirasi - Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	<i>Th. Rusep</i> Desy
17.00	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	<i>Th. Rusep</i> Desy
17.30	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan	DS: -	<i>Th. Rusep</i> Desy

	pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	
17.30	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	Desy
18.15	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	Desy
Kamis, 7 November 2024 11.00	• Mengidentifikasi makanan yang diprogramkan • Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	Desy
11.30	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	Desy

12.00	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
12.00	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
12.00	• Menganjurkan makan secara perlahan • Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan • Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
12.45	• Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	 Desy
13.00	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada	 Desy

		residu yang tersisa di dalam mulut pasien	
13.30	- Mengajarkan strategi mencegah aspirasi - Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.00	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.30	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
17.30	- Memberikan makanan lunak - Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
18.15	- Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Memonitor status pernapasan - Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum - Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada	 Desy

		residu yang tersisa di dalam mulut pasien	
Kamis, 7 November 2024 11.00	- Mengidentifikasi makanan yang diprogramka - Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	Desy
11.30	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	Desy
12.00	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	Desy
12.00	- Memberikan makanan lunak - Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	Desy
12.00	- Menganjurkan makan secara perlahan - Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan - Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	Desy

12.45	Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	 Desy
13.00	- Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan - Memonitor status pernapasan - Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum - Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	 Desy
13.30	- Mengajarkan strategi mencegah aspirasi - Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.00	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.30	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
17.30	Memberikan makanan lunak	DS:	 Desy

	• Memberikan makanan hangat	Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	Desy
18.15	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	 Desy

Lampiran 9 Hasil Implementasi Keperawatan pada Ny.W

**HASIL IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
RISIKO ASPIRASI DENGAN PEMBERIAN
TOROMEIKU PADA NY. W**

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Respon	TTD
Rabu, 6 November 2024 11.00	• Mengidentifikasi makanan yang diprogramkan • Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, disertai batuk setelah makan dan minum sejak 2 hari yang lalu, pasien tampak lemah.	 Desy
11.30	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
12.00	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian toromeiku atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
12.00	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy

12.00	• Mengajarkan makan secara perlahan • Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	Desy
12.45	• Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	Desy
13.00	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	Desy
13.30	• Mengajarkan strategi mencegah aspirasi • Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	Desy
17.00	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	Desy

17.30	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
17.30	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
18.15	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	 Desy
Kamis, 7 November 2024 11.00	• Mengidentifikasi makanan yang diprogramkan • Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	 Desy
11.30	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy

	dan mulut sebelum makan		
12.00	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
12.00	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
12.00	• Menganjurkan makan secara perlahan • Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan • Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
12.45	• Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	 Desy
13.00	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal,	 Desy

	• Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	
13.30	• Mengajarkan strategi mencegah aspirasi • Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.00	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.30	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
17.30	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
18.15	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal,	 Desy

	Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	
Kamis, 7 November 2024 11.00	- Mengidentifikasi makanan yang diprogramka - Mengidentifikasi kemampuan menelan	DS: - DO: Pasien tampak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, makanan sering tertinggal di dalam mulut, pasien tampak lemah.	 Desy
11.30	- Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral - Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
12.00	Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i> atau bahan pengental.	DS: - DO: Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	 Desy
12.00	- Memberikan makanan lunak - Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
12.00	- Menganjurkan makan secara perlahan - Menyediakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan	DS: Pasien mengatakan mengerti untuk makan secara perlahan dan mengatakan kalau lingkungan sekitarnya sudah baik DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy

	• Memberikan obat oral dalam bentuk cair		
12.45	• Memberikan obat oral dalam bentuk cair	DS: - DO: Pasien minum obat dalam bentuk serbuk dibantu dengan pemberian cairan	 Desy
13.00	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	 Desy
13.30	• Mengajarkan strategi mencegah aspirasi • Mengajarkan teknik mengunyah atau menelan	DS: Pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.00	• Memposisikan fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral • Melakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan	DS: Pasien mengatakan bersedia melakukan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan DO: Pasien tampak kooperatif	 Desy
17.30	• Intervensi Inovasi Memodifikasi pemberian makanan atau cairan dengan pemberian <i>toromeiku</i>	DS: - DO:	 Desy

	atau bahan pengental.	Pasien tampak mampu menelan makanan dan minuman yang dikentalkan	
17.30	• Memberikan makanan lunak • Memberikan makanan hangat	DS: Pasien mengatakan tidak kesusahan untuk mengunyah makanan yang diberikan DO: Pasien tampak mampu menelan makanan lunak yang diberikan	 Desy
18.15	• Memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan • Memonitor status pernapasan • Memonitor bunyi napas terutama setelah makan/minum • Memeriksa mulut untuk residu pada akhir makan	DS: Pasien mengatakan tekstur makanan yang diberikan mudah untuk dikunyah dan ditelan, tidak ada mual maupun keinginan batuk saat makan DO: Tidak terjadi penurunan kesadaran, GCS: 15, Frekuensi napas normal, 20x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada residu yang tersisa di dalam mulut pasien	 Desy

Lampiran 10 Surat Persyaratan Administrasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
(0361) 710447
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIAN
PRODI PROFESI KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES DENPASAR**

NAMA : NI KETUT DESY ADNYANI
NIM : P07120324013

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	16/4 - 25		N. Rai Sukerni
2	PERPUSTAKAAN	16/4 - 25		I Gst Ayu Raka Ad
3	LABORATORIUM	16/4 - 25		Made. Nasrullah
4	HMJ	16/4 - 25		I Wn Aditya Pratomo
5	KEUANGAN	16/4 - 25		I. A Suabek B
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	16/4 - 25		I Made Sukarja

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Ilmiah Akhir Ners jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi

Denpasar,
Ketua Jurusan Keperawatan,



I Made Sukarja, S.Kep., Ners, M.Kep
NIP: 196812311992031020

Lampiran 11 Validasi Daftar Bimbingan SIAK

3/27/25, 4:26 PM
Data Skripsi Mahasiswa

Portal
Perkuliahan
Perkuliahan (mhs)
Laporan (Mhs)
Yudisium (Mhs)

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN
AKADEMIK

Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120324013
Nama Mahasiswa Ni Ketut Desy Adnyani
Info Akademik Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Semester : 2

Skripsi
Bimbingan
Jurnal Ilmiah
Seminar Proposal
Syarat Sidang
Sidang Skripsi

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Masukan Dosen	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen	Aksi
1	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Bimbingan pengajuan judul KIAN	Judul di Acc, intervensi sudah sesuai dengan kasus, lanjut penyusunan BAB I	14 Okt 2024	✓	
2	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan pengajuan judul KIAN	Judul di Acc, tidak harus pasien Stroke dengan Disfagia, cukup lansia dengan Disfagia saja, lanjutkan penyusunan BAB I	14 Okt 2024	✓	
3	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas BAB I	Rumusan masalah harus memuat 4W+1H, lanjutkan penyusunan BAB II	28 Okt 2024	✓	
4	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas BAB I	Tambahkan prevalensi lansia di dunia dan Jepang, tambahkan prevalensi pasien dengan risiko aspirasi, lanjutkan penyusunan BAB II	28 Okt 2024	✓	
5	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas revisian BAB I dan mengajukan BAB II	BAB I di Acc, tambahkan teori klasifikasi standar ketebalan toromeiku (bahan pengental), lanjutkan penyusunan BAB III	11 Nop 2024	✓	
6	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas revisian BAB I dan mengajukan BAB II	BAB I di Acc, tambahkan analisis minimal 5 jurnal dengan metode PICOT, lanjutkan penyusunan BAB III	11 Nop 2024	✓	
7	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas revisian BAB II dan mengajukan BAB III	BAB II di Acc, jelaskan intervensi inovasi secara terperinci, lanjutkan penyusunan BAB IV	20 Nop 2024	✓	
8	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas revisian BAB II dan mengajukan BAB III	BAB II di Acc, tambahkan intervensi inovasi yang diberikan pada rencana keperawatan, lanjutkan penyusunan BAB IV	21 Nop 2024	✓	
9	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas revisian BAB III dan mengajukan BAB IV	BAB III di Acc, sesuaikan dengan teori risiko aspirasi dan intervensi inovasi, lanjutkan penyusunan BAB V	28 Nop 2024	✓	
10	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas revisian BAB III dan mengajukan BAB IV	BAB III di Acc, berikan pembahasan secara fisiologis antara risiko aspirasi dan pemberian toromeiku sesuai dengan teori yang ada, lanjutkan penyusunan BAB V	28 Nop 2024	✓	
11	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas revisian BAB IV dan mengajukan BAB V	BAB IV di Acc, sesuaikan penulisan kesimpulan dan saran dengan panduan	4 Des 2024	✓	
12	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas revisian BAB IV dan mengajukan BAB V	BAB IV di Acc, simpulan sesuaikan dengan pembahasan, saran sesuaikan dengan kondisi di tempat studi kasus	4 Des 2024	✓	
13	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Membahas revisian BAB V	BAB V di Acc, lanjutkan pembuatan abstrak, ringkasan dan lampiran	9 Des 2024	✓	
14	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Membahas revisian BAB V	BAB V di Acc, lanjutkan penyusunan abstrak, ringkasan, dan lampiran	9 Des 2024	✓	
15	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Mengajukan revisian, abstrak, ringkasan dan lampiran	Judul abstrak Bahasa Inggris dicetak miring, sesuaikan jumlah kata penulisan abstrak dan ringkasan dengan panduan, lanjutkan penulisan KIAN lengkap (finishing)	19 Des 2024	✓	
16	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Mengajukan revisian, abstrak, ringkasan dan lampiran	Abstrak harus lengkap, penulisan kata asing dengan huruf hiragana, katakana maupun kanji ditulis dengan huruf latin, lanjutkan penulisan KIAN lengkap	19 Des 2024	✓	
17	196303241983091001 - Ners. I GUSTI KETUT GEDE NGURAH, S.Kep., M.Kes.	Mengajukan laporan KIAN lengkap	Laporan KIAN lengkap di Acc, persiapkan diri untuk ujian	23 Des 2024	✓	
18	197201091996031001 - Ns. I WAYAN SUARDANA, S.Kep., M.Kep.	Mengajukan laporan KIAN lengkap	Laporan KIAN lengkap di Acc, persiapkan diri untuk ujian	23 Des 2024	✓	

https://sim.poltekkes-denpasar.ac.id/siakad/siakad/index.php?page=data_ta
1/1

Lampiran 12 Surat Pernyataan Persetujuan Publikasi Repository

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Ketut Desy Adnyani
Nim : P07120324013
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2024
Alamat : Leoplace Pure White 109, Aogein, Kota Minoo, Prefektur
Osaka, Jepang
No Hp/Email : 081238442319/desyadnyani2@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Ilmiah Akhir Ners berupa Tugas Akhir dengan judul :
Asuhan Keperawatan Risiko Aspirasi dengan Pemberian *Toromeiku* pada Lansia
Disfagia di Panti Jompo Khusus Hakushimasou Prefektur Osaka Jepang.

1. Dan menyetujui menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Osaka, 13 Desember 2024

Yang Menyatakan



Ni Ketut Desy Adnyani

NIM. P07120324013

Lampiran 13 Dokumentasi Kegiatan Studi Kasus

DOKUMENTASI KEGIATAN STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO ASPIRASI DENGAN PEMBERIAN *TOROMEIKU* PADA NY. S & NY. W





Lampiran 14 Hasil Tes Turnitin

ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO ASPIRASI DENGAN
PEMBERIAN TOROMEIKU PADA LANSIA DISFAGIA DI PANTI
JOMPO KHUSUS HAKUSHIMASOU PREFEKTUR OSAKA
JEPANG.pdf

ORIGINALITY REPORT			
23%	12%	4%	19%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	13%	
2	positori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	2%	
3	www.alomedika.com Internet Source	1%	
4	pdfcoffee.com Internet Source	1%	
5	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%	
6	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%	
7	Submitted to Universitas Airlangga Student Paper	1%	
8	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%	
9	jurnal.lldikti4.or.id Internet Source	1%	
10	novi-herawati.blogspot.com Internet Source	1%	
www.macbooks.biz			

11 Internet Source 1 %

12 eprints.umpo.ac.id 1 %
Internet Source

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On

KA. UNIT PERPUSTAKAAN

JR RAHMAN, SKM., S.IPL., MA
IP. 19680917198903 1005