

# LAMPIRAN

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI WICARA (TERAPI AIUEO)**

### **1. Definisi**

Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan berbahasa bicara, gangguan menelan. Salah satu bentuk terapi rehabilitasi gangguan afasia adalah dengan memberikan terapi AIUEO. Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal. Penyesuaian ruangan di daerah laring terjadi dengan menaikkan dan menurunkan laring, yang akan mengatur jumlah transmisi udara melalui rongga mulut dan rongga hidung melalui katup velofaringeal dan merubah posisi mandibula (rahang bawah) dan lidah.

### **2. Tujuan :**

- Memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain
- Meningkatkan fleksibilitas rahang

### **3. Alat dan Bahan**

- APD: handscoon, pelindung wajah (*face shield*)

### **4. Langkah-langkah**

- a) Menyiapkan alat dan bahan
- b) Mengawali kontrak waktu dan tujuan dengan klien
- c) Mencuci tangan, memakai APD
- d) Bersama dengan klien melakukan terapi:
  - Menjulurkan lidah keluar sekuat mungkin
  - Menjulurkan lidah ke arah hidung
  - Menggembungkan pipi bergantian kanan dan kiri
  - Pengucapan kata A didorong sekuat mungkin
  - Pengucapan kata I didorong sekuat mungkin
  - Pengucapan kata U didorong sekuat mungkin

- Pengucapan kata E didorong sekuat mungkin
- Pengucapan kata O didorong sekuat mungkin

Terapi dilakukan dalam waktu 5 menit dengan 3 kali pengulangan pengucapan AIUEO dengan klien.

- e) Bila sudah, rapikan alat dan bahan lalu cuci tangan
- f) Akhiri kontrak dengan klien

Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Judul

|                                                                                   |                                                                                                                                                |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
|  | <b>POLTEKES TANJUNGPINANG</b><br><b>KEMENKES RI PRODI D III</b><br><b>KEPERAWATAN TANJUNGPINANG</b><br><b>Formulir</b><br><b>Penilaian KTI</b> | Kode    |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Tanggal |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Revisi  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Halaman |  |

**PENGALASAN TOPIK/AREA KEILMUAN DAN PEMBIMBING**  
**KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Sylvia Inyanti  
 NIM : 2214901082

Area/Topik yang diajukan

1. Asuhan Keperawatan gangguan kemampuan interaksi sosial pada  
pasien Alisia Wernicke di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Mardi  
Waluyo Kota Metro tahun 2025.
2. Asuhan Keperawatan gangguan kemampuan interaksi sosial dan genital  
pada pasien Alisia Wernicke di Ruang Flamboyan Rumah Sakit  
Mardi Waluyo Kota Metro tahun 2025.

*ms*  
*acc*  
*Prof.*

Nama pembimbing utama yang diusulkan

1. Dr. Aprina, S.Kep, N.Kes.
2. \_\_\_\_\_

Nama pembimbing pendamping yang diusulkan

1. Ns. Fardana Yumil Syura, M.Kep
2. \_\_\_\_\_

Bandar Lampung,  
 19 Januari 2025

Mahasiswa

*Sylvia Inyanti*

Sylvia Inyanti

## Lampiran 2 : Informed Consent

|                                                                                   |                                                                                                                |                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
|  | POLTEKES TANJUNGPINANG<br>KEMENKES RI PRODI D III<br>KEPERAWATAN TANJUNGPINANG<br>Formulir<br>Informed Consent | Kode                      |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | Tanggal                   |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | Revisi                    |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | HALAMAN: 1 dari 1 Halaman |  |

### INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *Kosiman Efendi*  
 Umur : *33 tahun*  
 Jenis Kelamin : *Laki-laki*  
 Alamat : *Besra No. 1, Dusun Bagan Raja*

Sebagai wakil dari keluarga pasien:

Nama : *Marpuah*  
 Umur : *51 tahun*  
 Jenis Kelamin : *Pemuaian*  
 Alamat : *Besra No. 1, Dusun Bagan Raja*

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang

Mahasiswa Praktikum

*[Signature]*  
 Silvia Inyanti

Bandar Lampung, Januari 2025  
 Keluarga Pasien

*[Signature]*

Mengetahui

Preseptor/ CI Klinik

*[Signature]*  
 Agustinus Kurniawan, S.Kep.Ns

### Lampiran 3 : Lembar Bimbingan Utama

|                                                                                   |                                                                                                                                                |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
|  | <b>POLITERES TANJUNGPINANG</b><br><b>KEMENKES RI PRODI DIII</b><br><b>KEPERAWATAN TANJUNGPINANG</b><br><b>Formulir</b><br><b>Penilaian KTI</b> | Kode    |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Tanggal |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Revisi  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Halaman |  |

#### LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Solita Inani  
 NIM : 2019901032  
 Pembimbing Utama : Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes  
 Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan berdasarkan Keperawatan Menakutkan Solusi Pada Pasien Penyakit  
Legionnaires & Bawang Putih dengan Burung Putih, Mendi dengan Virus Hanta 4 tahun 2020.

| No | Hari/<br>Tanggal | Catatan Pembimbing                    | Paraf Mhs                                                                            | Paraf pembimbing                                                                      |
|----|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 14 / 01 / 2021   | Pengisian judul LIA, Acc judul        |    |    |
| 2  | 16 / 02 / 2021   | Bimbingan BAB I & BAB II              |    |    |
| 3  | 17 / 03 / 2021   | Acc BAB I, II & Bimbingan BAB III     |    |    |
| 4  | 20 / 03 / 2021   | Acc BAB III                           |    |    |
| 5  | 21 / 03 / 2021   | Bimbingan BAB IV                      |   |   |
| 6  | 28 / 03 / 2021   | Revisi BAB IV pada bagian pembahasan  |  |  |
| 7  | 05 / 03 / 2021   | Acc BAB IV & Bimbingan BAB I          |  |  |
| 8  | 13 / 03 / 2021   | Acc BAB V, & Bimbingan daftar pustaka |  |  |
| 9  | 11 / 03 / 2021   | Acc Daftar pustaka                    |  |  |
| 10 | 06 / 05 / 2021   | Acc babur ke pembimbing 2             |  |  |
| 11 | 26 / 05 / 2021   | Acc Revisi                            |  |  |
| 12 | 26 / 05 / 2021   | Acc Catatan                           |  |  |

Bandar Lampung, 26 Mei 2021  
 Pembimbing Utama

  
 Dr. Aprina, S.Kp., M.Kes.  
 NIP. 196404291983032001

Lampiran : Lembar Bimbingan Pendamping

|                                                                                   |                                                                                                                                                |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
|  | <b>POLTEKES TANJUNGPINANG</b><br><b>KEMENKES RI PRODI D III</b><br><b>KEPERAWATAN TANJUNGPINANG</b><br><b>Formulir</b><br><b>Pembinaan KTI</b> | Kode    |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Tanggal |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Revisi  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                | Halaman |  |

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR**  
**PEMBIMBING PENDAMPING**

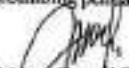
Nama Mahasiswa : S. Nita Ningsih  
 NIM : 221401055  
 Pembimbing Pendamping : Ns. Faidana Yasmil S., M.Kep  
 Judul Tugas Akhir : .....

Revisi Keperawatan gangguan Kebumihan intervensi awal Pada pasien  
hipertensi di Ruang Hematologi Rumah Sakit Mardiyah Kota Serang tahun 2025.

| No | Hari/<br>Tanggal | Catatan Pembimbing                     | Paraf Mhs                                                                            | Paraf<br>pembimbing                                                                   |
|----|------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 14 / 01 / 2025   | Acc Judul                              |    |    |
| 2  | 15 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca BAB I   |   |   |
| 3  | 16 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca BAB II  |  |  |
| 4  | 16 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca BAB III |  |  |
| 5  | 16 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca BAB IV  |  |  |
| 6  | 23 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca BAB V   |  |  |
| 7  | 23 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca Bab VI  |  |  |
| 8  | 29 / 01 / 2025   | Koreksi penulisan & tanda baca Bab VII |  |  |
| 9  | 06 / 02 / 2025   | Koreksi Spasi, paragraf - BAB I - V    |  |  |
| 10 | 08 / 02 / 2025   | Acc BAB I - V                          |  |  |
| 11 | 09 / 02 / 2025   | Acc Sidang                             |  |  |
| 12 | 20 / 02 / 2025   | Acc Revisi - Acc Cetak                 |  |  |

Bandar Lampung 20 02 2025

Pembimbing pendamping

  
 Ns. Faidana Yasmil S., M.Kep.  
 NIP. 199405242024042001

#### Lampiran 4 : Lembar Masukan dan Perbaikan

|                                                                                                                                  |                                                                     |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <br><b>Kemendes</b><br>Poltekkes Tanjung Karong | <b>POLTEKES KEMENKES<br/>TANJUNGPINRANG</b>                         | KODE :<br>TGL :                           |
|                                                                                                                                  | <b>Formulir<br/>Masukan &amp; Perbaikan KTI /<br/>Skripsi / LTA</b> | REVISI :<br>HALAMAN : 1 dari 1<br>Halaman |

**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN**

Nama : Siti Nur Isyom  
 NIM : 201402012  
 Prodi : D III Keperawatan Tanjungpinang  
 Tanggal : 14 Mei 2015  
 Judul LTA : Ruahan Keperawatan dengan menggunakan Kelembutan intervensi awal pada pasien kronis stroke dengan hemiparesis kanan akibat infark serebrum yang lebih lanjut

[illegible]

Bandar Lampung, 4 Juni 2025

Kelua Penguji

Angebot, Preisfall

Anggota Penguji II

~~Vilnius, Lithuania, Laima Blazė Nr. Pilsdarys Tiesos kaimas, Mergės g. 10, S. V. - OA-Var  
INCO 735148803 J001 NIP 10440529305404 J001 NIP 10440529305404 J001~~



Lampiran 5 : Lembar Asuhan Keperawatan

**STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA** *Asuhan Keperawatan, Sifat*

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN**  
**KEBUTUHAN** *Intervensi Sesuai* **AKIBAT PATOLOGI SISTEM** *Neurologi*  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS** *Stroke Wernicke*  
**DI** *Rt Nardi Watuye tahun 2021*



**Nama** : *Selvia Iqbal*  
**NIM** : *2214401082*

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI**  
**JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG**  
**PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG**

Lampiran 6 : Lembar Pengkajian Skala Jatuh pada Dewasa Hari 1

**Checklist Screening Risiko Jatuh Pasien Lansia**  
Berdasarkan Penilaian Skala Risiko Jatuh Ontario Modified Stratify – Sydney Seering

Tanggal : 3 Januari 2021  
Unit :

Nama : Mj M  
Nama Ibu Kandung :  
Tempat Tanggal Lahir :  
Alamat :

| Parameter                                                         | Screening                                                                                                   | Jawaban  | Keterangan Nilai                                                                                              | Skor |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Riwayat Jatuh                                                     | Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?                                                           | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 6                                                                                     | 0    |
|                                                                   | Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?                                       | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Status Mental                                                     | Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 14                                                                                    | 14   |
|                                                                   | Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang)                                    | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)                                            | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Penglihatan                                                       | Apakah pasien memakai kacamata?                                                                             | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 1                                                                                     | 1    |
|                                                                   | Apakah pasien mengeluh ada penglihatan buram?                                                               | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?                                          | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Kebiasaan berkemih                                                | Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nocturia)                  | Ya/Tidak | Ya - 2                                                                                                        | 0    |
| Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur) | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)                                                                | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. Jika nilai total 4-6, maka skor = 7 | 1    |
|                                                                   | Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) atau dalam pengawasan                                                  | 1        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)                                                                     | 2        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total                                                      | 3        |                                                                                                               |      |
| Mobilitas                                                         | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)                                                                | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 4-6, maka skor = 7                                      | 0    |
|                                                                   | Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)                                                            | 1        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Menggunakan kursi roda                                                                                      | 2        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Imobilisasi                                                                                                 | 3        |                                                                                                               |      |
| Total Skor                                                        |                                                                                                             |          |                                                                                                               | 13   |

Keterangan :

| Sekor | Risiko |
|-------|--------|
| 0-5   | Rendah |
| 6-16  | Sedang |
| 17-30 | Tinggi |

Petugas Skrining  
Silvia Iryani

Lampiran : Lembar Pengkajian Skala Jatuh pada Dewasa Hari ke 2

**Checklist Screening Risiko Jatuh Pasien Lansia**  
Berdasarkan Penilaian Skala Risiko Jatuh Ontario Modified Stratify – Sydney Scoring

|                                      |                                                                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tanggal : 8 Januari 2025<br>Unit : 1 | Nama : Nya-PA<br>Nama Ibu Kandung :<br>Tempat Tanggal Lahir :<br>Alamat : |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

| Parameter                                                         | Skrining                                                                                                    | Jawaban  | Keterangan Nilai                                                                                              | Skor |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Riwayat Jatuh                                                     | Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?                                                           | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 6                                                                                     | 0    |
|                                                                   | Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?                                       | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Status Mental                                                     | Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 14                                                                                    | 14   |
|                                                                   | Apakah pasien disorientasi? (tidak mengetahui waktu, tempat atau orang)                                     | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)                                            | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Penglihatan                                                       | Apakah pasien memakai kacamata?                                                                             | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya - 1                                                                                     | 1    |
|                                                                   | Apakah pasien mengeluh ada penglihatan buram?                                                               | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?                                          | Ya/Tidak |                                                                                                               |      |
| Kebiasaan berkemih                                                | Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturnal)                 | Ya/Tidak | Ya - 2                                                                                                        | 0    |
| Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur) | Mandiri (tidak menggunakan alat bantu jalan)                                                                | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. Jika nilai total 4-6, maka skor = 7 | 0    |
|                                                                   | Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) atau dalam pengawasan                                                  | 1        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)                                                                     | 2        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total                                                      | 3        |                                                                                                               |      |
| Mobilitas                                                         | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)                                                                | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. Jika nilai total 4-6, maka skor = 7 | 0    |
|                                                                   | Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)                                                            | 1        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Menggunakan kursi roda                                                                                      | 2        |                                                                                                               |      |
|                                                                   | Imobilisasi                                                                                                 | 3        |                                                                                                               |      |
| Total Skor                                                        |                                                                                                             |          |                                                                                                               | 14   |

Keterangan :

|       |        |
|-------|--------|
| Skor  | Risiko |
| 0-5   | Rendah |
| 6-16  | Sedang |
| 17-30 | Tinggi |

Petugas Skrining

Nama : Nya-PA

Lampiran : Lembar Pengkajian Skala Jatuh pada Dewasa Hari ke 3

**Checklist Screening Risiko Jatuh Pasien Lansia**  
Berdasarkan Penilaian Skala Risiko Jatuh Ontario Modified Stratify - Sydney Seering

Tanggal : 09 Januari 2025  
Unit :

Nama : Ny. M  
Nama Ibu Kandung :  
Tanggal Tanggal Lahir :  
Alamat :

| Parameter                                                         | Screening                                                                                                    | Jawaban  | Keterangan Nilai                                                                                                                                                                           | Skor |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Rwayat Jatuh                                                      | Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh?                                                            | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya = 6                                                                                                                                                                  | 0    |
|                                                                   | Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?                                        | Ya/Tidak |                                                                                                                                                                                            |      |
| Status Mental                                                     | Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat). | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya = 14                                                                                                                                                                 | 14   |
|                                                                   | Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang)                                     | Ya/Tidak |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas)                                             | Ya/Tidak |                                                                                                                                                                                            |      |
| Penglihatan                                                       | Apakah pasien memakai kacamata?                                                                              | Ya/Tidak | Salah satu jawaban ya = 1                                                                                                                                                                  | 1    |
|                                                                   | Apakah pasien mengeluh ada penglihatan buram?                                                                | Ya/Tidak |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?                                           | Ya/Tidak |                                                                                                                                                                                            |      |
| Kebiasaan berkemih                                                | Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nocturia)                   | Ya/Tidak | Ya = 1                                                                                                                                                                                     | 0    |
| Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur) | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)                                                                 | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. Jika nilai total 4-6, maka skor = 1. Jika nilai total 7-9, maka skor = 2. Jika nilai total 10-12, maka skor = 3. | 1    |
|                                                                   | Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) atau dalam pengawasan                                                   | 1        |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)                                                                      | 2        |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total                                                       | 3        |                                                                                                                                                                                            |      |
| Mobilitas                                                         | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)                                                                 | 0        | Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. Jika nilai total 4-6, maka skor = 1. Jika nilai total 7-9, maka skor = 2. Jika nilai total 10-12, maka skor = 3. | 0    |
|                                                                   | Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal / fisik)                                                             | 1        |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Menggunakan kursi roda                                                                                       | 2        |                                                                                                                                                                                            |      |
|                                                                   | Imobilisasi                                                                                                  | 3        |                                                                                                                                                                                            |      |
| Total Skor                                                        |                                                                                                              |          |                                                                                                                                                                                            | 10   |

Keterangan :

| Skor  | Risiko |
|-------|--------|
| 0-5   | Rendah |
| 6-16  | Sedang |
| 17-30 | Tinggi |

Perugas Skrining  
  
( Nama Kognom )

Lampiran 7 : Lembar Keterangan Telah Melakukan Asuhan Keperawatan

|                                                                                   |                                                                                                                |                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
|  | POLTEKES TANJUNGPINANG<br>KEMENKES RI PRODI D III<br>KEPERAWATAN TANJUNGPINANG<br>Formulir<br>Informed Consent | Kode                      |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | Tanggal                   |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | Revisi                    |  |
|                                                                                   |                                                                                                                | HALAMAN: 1 dari 1 Halaman |  |

***SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Sabrina Yuniyanti

NIM : 2004401032

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 01 Januari 2025 s/d 01 Januari 2025 ; bulan Januari , Tahun 2025 di Ruang Klinik

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan

Bandar Lampung, .... Januari 2025

Mengetahui

Preseptor/CI Klinik

  
Agatha Indira, S.Kep.Ns

## FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

### I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Silvi iryanti

NIM : 2214401082

Tgl Pengkajian: 7 januari 2025

Ruang rawat : Flamboyan

No. Register: 00558859

#### A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny. M

2. Umur : 81 tahun

3. Jenis kelamin : L P

4. Pendidikan : SM

5. Pekerjaan : IRT

6. Tgl masuk RS : 06/01/2025 Waktu 16.20 WIB

7. Dx. Medis : Afasia wernicke + disartria ec susp SNH akut dementia d.d alzeheimer diseatse. HT.DM tipe 2

8. Alamat : Brata Asri Dsn Bangun Rejo 10/04 Way Jepara

#### B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : ( ☒ ) Melalui IGD ( ☐ ) Melalui Poliklinik ( ☐ ) Transfer ruangan\_

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 07 Januari 2025 Waktu : 11.30 WIB

Diantar Oleh : ( ☐ ) sendiri ( ☒ ) Keluarga ( ☐ ) Petugas Kesehatan ( ☐ ) Lainnya \_\_\_\_\_

Masuk dengan menggunakan : ( ☐ ) Berjalan ( ☒ ) Kursi Roda ( ☐ ) Brankar ( ☐ ) Kruk ( ☐ ) Walker

( ☐ ) Tripod ( ☐ ) Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_

Status Mental saat masuk : ( ☐ ) Kesadaran : Composmentis

( ☐ ) GCS : E 4 M 5 V 6

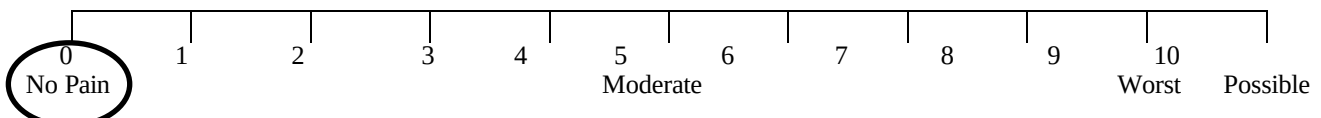
Tanda Vital Saat Masuk : TD 148/78 mmHg

Nadi 92 /menit ( ☒ ) **teratur** ( ☐ ) Tidak teratur ( ☐ ) Lemah ( ☐ ) Kuat

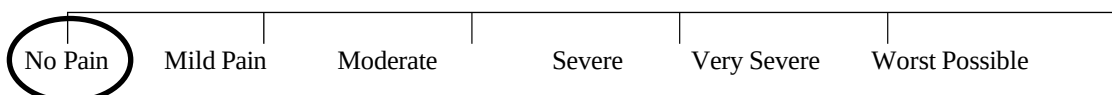
RR 20 x/menit ( ☒ ) **teratur** ( ☐ ) Tidak teratur

Nyeri :

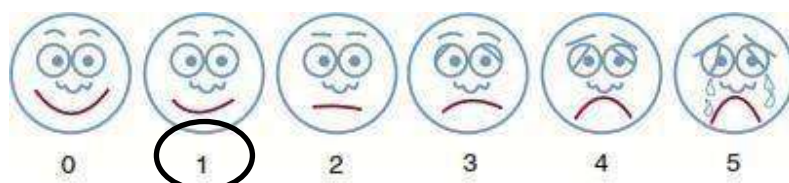
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale



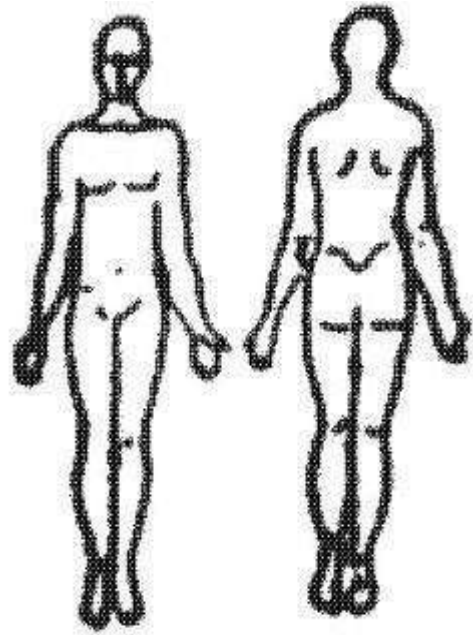


### Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

C – Contusion  
L – Lacerations  
R – Rashes  
S – Scars  
\*Parasite (scabies/lice)  
D – Decubitus  
T – Tattoo  
B – Bruises  
X – Body Piercing  
P – Pain  
O – Other \_\_\_\_\_

Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak  
Jelaskan:



### Penilaian Risiko Jatuh

| NO | PENGKAJIAN                                              | SKALA |    | NILAI | KET |
|----|---------------------------------------------------------|-------|----|-------|-----|
| 1  | Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir         | Tidak | 0  | 0     |     |
|    |                                                         | Ya    | 25 |       |     |
| 2  | Diagnosa medis sekunder > 1                             | Tidak | 0  | 15    |     |
|    |                                                         | Ya    | 15 |       |     |
| 3  | Alat Bantu Jalan                                        |       |    | 15    |     |
|    | a. Bedrest dibantu perawat                              |       | 0  |       |     |
|    | b. Penopang / Tongkat / Walker                          |       | 15 |       |     |
|    | c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture             |       | 30 |       |     |
| 4  | Apakah pasien menggunakan infus                         | Tidak | 0  | 20    |     |
|    |                                                         | Ya    | 20 |       |     |
| 5  | Gaya berjalan / pindah                                  |       |    | 10    |     |
|    | a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri |       | 0  |       |     |
|    | b. Lemah tidak bertenaga                                |       | 10 |       |     |
|    | c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)          |       | 20 |       |     |
| 6  | Status Mental                                           |       |    | 15    |     |
|    | a. Sadar penuh                                          |       | 0  |       |     |
|    | b. Keterbatasan daya ingat                              |       | 15 |       |     |
|    | JUMLAH SKOR                                             |       |    | 75    |     |

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh

SKOR

Δ KODE

0 - 24

HIJAU

>25

KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : mendadak pelupa dan bicara pelo

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Pasien datang ke igd RS. Mardi Waluyo diantar oleh keluarga pada tanggal 6 januari 2025 pukul 16:20. Pasien datang dengan keluhan tiba-tiba mengalami disorientasi, kebingungan, dan tidak mengerti pembicaraan, mendadak pelupa, dan bicara pelo. Saat pengkajian pasien mengeluh pusing / sakit kepala dibagian atas kepala, dan mengatakan kelemahan pada ekstremitas kanan. Pasien mengatakan tidak nafsu makan sejak dirawat. Porsi makan hanya abis sepecepat saja.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami : pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi yang dialami

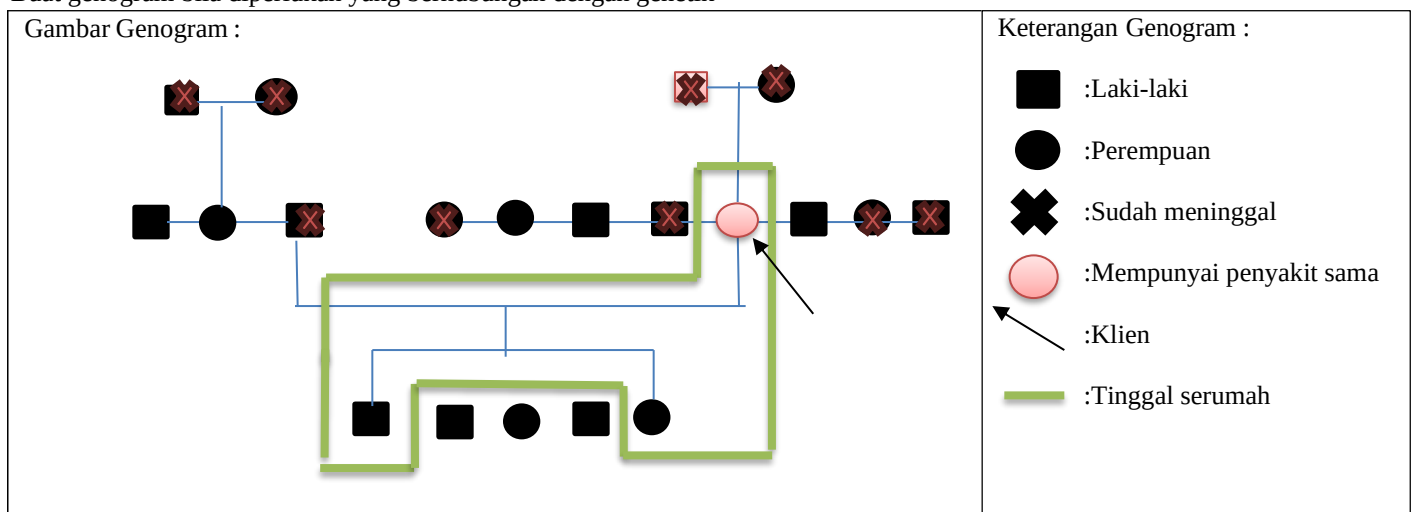
5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

| NAMA OBAT/HERBAL | FREKUENSI | NAMA OBAT/HERBAL | FREKUENSI | MASIH DIGUNAKAN/TIDAK |
|------------------|-----------|------------------|-----------|-----------------------|
| -                | -         | -                | -         | -                     |
| -                | -         | -                | -         | -                     |
| -                | -         | -                | -         | -                     |

6. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: hipertensi dan diabetes tipe 2

7. Riwayat penyakit keluarga: diabetes melitus tipe 2

8. Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



Ket: pasien mengatakan memiliki penyakit keturunan yaitu Diabetes, yang dituruni oleh ayah pasien. Pasien tinggal serumah dengan anak pertama laki-laki dan anak bungsunya perempuan serta suaminya.

### C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

#### Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

( ) Tampak Sehat ( ) Tampak Sakit Ringan ( ✓ ) Tampak sakit sedang ( ) Tampak Sakit Berat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

Keluarga pasien menjaga pola makan pasien untuk mencegah hipertensi dan diabetes tipe 2



## **A. Kategori Fisiologi**

### **1. Respirasi**

Tidak ada gangguan dengan RR: 20X/menit

### **2. Sirkulasi**

Tidak ada gangguan dengan CRT < 2 detik

### **3. Nutrisi**

Menjalani diet standart yaitu diet rendah garam habis 1 porsi makan dan minum 10 gelas perhari

### **4. Eliminasi**

Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap, tidak ada gangguan eliminasi.

BAK: 7-10x/hari warna kuning keruh.

BAB: 1x/hari tergantung makan dengan fases berbentuk normal, lunak, dengan warna fases normal coklat.

### **5. Aktivitas dan Istirahat**

Mengeluh kelemahan pada ekstermitas bagian kanan, saat bergerak berjalan terlihat tertatih. Menggeluh kemampuan beraktivitas menurun dan sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Menggeluh lelah dan merasa kurang tenaga

### **6. Neurosensori**

Sakit kepala atau pusing, NII optikus: pandangan pasien kabur

### **7. Reproduksi & Seksualitas**

Pasien seorang single parents

## A. Psikologis

### 1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

Tidak ada keluhan

## B. Pemeriksaan Fisik

### 1. Keadaan Umum :

☐

Tampak sakit berat

☒

Tampak sakit sedang

☐

Tampak sakit ringan

☐

Sehat dan Bugar

### 2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : compoamentis

### 3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 5 V 6

### 4. Vital Sign :

Tekanan Darah : 148/78 mmHg

Nadi : 92 x/menit

reguler/irreguler/**kuat**/sedang/lemah

Respirasi : 20 x/menit

**normal**/kusmaul/cheynestokes/Biot

### 5. Integumen : ( ) ikterik ( ) Edema Anarsaka ( ) Diaporesis ( ☒ )Pucat ( ) Cyanosis

### 6. Kepala & Leher

Wajah : wajah simetris, pasien tampak pucat

Hidung : tidak terdapat lesi dan sekret, tidak ada polip

Mata : konjungtiva anemis, reflek pupil anisokor

Bibir & Mukosa Mulut : mulut terlihat bersih, membran mukosa kering, tidak ada caries

Leher : tidak terdapat pembesaran tiroid

Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada pembesaran vena jugularis

### 7. Thorax (Jantung & Paru-paru) Jantung

Inspeksi : ictus kurdis tidak nampak

Palpasi : denyut jantung 92x/menit (reguler), irama teratur, teraba kuat

Perkusi : perkusi jantung redup

Auskultasi : suara BJ1 dan BJ2 terdengar tunggal

#### Paru-Paru :

Inspeksi : frekuensi napas 20x/menit (normal) tidak terdapat retraksi dinding

Palpasi : fremitus kanan dan kiri sama

Perkusi : bunyi sonor

Auskultasi : suara nafas vaskuler, tidak terdapat suara tambahan

### 8. Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen simetris, kulit sawo matang, tidak terdapat benjolan, tidak ada luka

Auskultasi : frekuensi bising usus 12x/menit

Palpasi : tidak ada penumpukan cairan, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan

Perkusi : terdengar suara timpani

### 9. Genetalia & Rectum :

tidak terdapat keluhan, tidak ada hemoroid

8. Kekuatan otot :

|         |         |
|---------|---------|
| 4 4 4 4 | 4 4 4 4 |
| 3 3 3 3 | 4 4 4 4 |

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : terganggu

Motorik : terdapat kelemahan pada ekstremitas bagian kanan

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Tricep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_

Tendo Achilles : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Abdomen : \_\_\_\_\_

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Brudzinsky I: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Brudzinsky II : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Chadok : \_\_\_\_\_ Hoffman Turner : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Laseque : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Kaku Kuduk : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ sss

12 Syaraf Kranial : (N1 – NXII) t :

NI : (olfaktorius): pasien mampu membedakan aroma minyak kayu putih atau parfum

NII: (optikus): pandangan pasien kabur

NIII: (okulomotorius): pasien mampu mengangkat kelopak mata

NIV: (troklearis): pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah

NV: (trigeminus): pasien mampu mengunyah

NVI: (abdosens): pasien mampu menggerakkan mata kesamping

NVII: (facialis): pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata

NVIII: (vestibulotroklearis): pendengaran pasien terganggu

NIX: (glossofaringeus): pasien mampu membedakan manis dan asin

NX: (vagus): pasien mampu menelan

NXI: (aksesorius): pasien mampu menggerakkan bahu

NXII: (hipoglossus): pasien mampu menjulurkan lidah

\*\* Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan: sistol kaki kanan/sistol tangan kanan=  $100/148=0,7$

Kiri: sistol kaki kiri/sistol tangan kiri=  $110/148=0,8$

- Monofilamen : Kanan \_\_\_\_\_  
Kiri \_\_\_\_\_

- Ulkus DM : Lokasi: tidak ada ulkus

- Gambarkan status lokalis ulkus:

P : Peripheral \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E : Extend or Size : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

D : Depth or Tissue Loss : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ I : Infection and Sensation : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

S : Severe : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*\* Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

## E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

### 1. Hasil Laboratorium:

- 07/01/2025: kimia klinik = GDS H 272 mg/dL
- 08/01/2025: kimia klinik= GDS 308 mg/dL
- 09/01/2025: kimia klinik= GDS 202 mg/dL

### 2. Hasil CT Scan:

Kesan:

- oedema cerebri
- atrophy cerebri
- infrak dilobus frontotemporoparietooccipitalis birateral dan thalamus lateral

Hasil Laboratorium Tanggal: 07/01/2025

| Pemeriksaan          | flag | Hasil   | Unit    | Rujukan           |
|----------------------|------|---------|---------|-------------------|
| Lekosit              |      | 5.600   | /uL     | 4.400 – 11.300    |
| Eritrosit            |      | 4.4     | Juta/uL | 4.1 – 5.1         |
| Hemoglobin           |      | 12 – 8  | gr %    | 12 - 16           |
| Hematokrit           |      | 38      | gr %    | 35 - 47           |
| MCV                  |      | 87      | fL      | 80 - 100          |
| MCH                  |      | 29      | pg      | 26 - 34           |
| MCHC                 |      | 34      | gr %    | 32 - 36           |
| RDW- SD              |      | 44.5    | fL      | 35 - 47           |
| RDW- CV              |      | 12.1    | %       | 11.5 – 14.5       |
| NPV                  |      | 8.7     | fL      | 7.2 – 11.1        |
| Trombosit            |      | 263.000 | ribu/uL | 150.000 – 450.000 |
| ..Differential count |      |         |         |                   |
| Esiofil              |      | 2       | %       | 1 – 3             |
| Basofil              |      | 1       | %       | 0 – 1             |
| Neutrofil batang     | L    | 0       | %       | 2 – 6             |
| Neutrofil segmen     |      | 67      | %       | 40 – 70           |
| Limfosit             | L    | 25      | %       | 30 – 40           |
| Monosit              |      | 5       | %       | 2 – 10            |
| Blast                |      | 0       | %       | 0                 |
| Promielosit          |      | 0       | %       | 0                 |
| NRL                  | H    |         | %       | 0 - 35            |
| NRBC#                | -    | -       | %       | 0 - 999           |
| IPF                  |      | -       |         | 0.9 – 10.0        |

## KIMIA KLINIK

|           |   |     |       |
|-----------|---|-----|-------|
| GDS:      | H | 252 | mg/dL |
| Ureum     |   | 27  | mg/dL |
| Kreatinin |   | 0.7 | mg/dL |
| Kolestrol | H | 273 | mg/dL |

**E. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)**

| <b>NAMA</b>               | <b>DOSIS<br/>RUTE PEMBERIAN</b> | <b>MULAI<br/>PEMBERIAN</b>                             | <b>INDIKASI<br/>(lihat DOI)</b>                                      | <b>EFEK SAMPING<br/>(lihat DOI)</b>                         |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Metformin                 | 500mg tablet                    | 3x1 sehari<br>Setelah makan                            | Mengontrol & menurunkan kadar gula darah pada penderita diabet tipe2 | Gastrointestinal, diare, mual, muntah                       |
| Simvastik                 | 20mg tablet                     | 1x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Mengurangi risiko infark miokard akut, stroke                        | Flu, sulit tidur, nyeri sendi, konstipasi                   |
| Pacetik (PCT)             | 500mg tablet                    | 3x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Meringankan rasa sakit kepala, sakit gigi, demam                     | gatal                                                       |
| Ericaf Regular            | 10mg tablet                     | 3x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Mengatasi serangan migrain akut                                      | Mual, muntah, sakit kepala, diare                           |
| Nacl                      | 500ml                           | 1x1 sehari                                             | Mengatasi cairan, dehidrasi berat, syok, hipovolemi                  | Pembengkakan, demam, takikardia                             |
| Clopidogrel               | 75mg tablet                     | 1x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Mencegah penggumpalan darah penderita stroke                         | Nyeri dada, hipotensi, batuk, sesak                         |
| Cilostazol                | 100mg                           | 2x1 sehari<br>1jam sebelum makan<br>2jam sesudah makan | Mengobati klaudikasio intermiten akibat penyakit                     | Sakit kepala, diare, palpitasi                              |
| Bisoprolol                | 2,5mg                           | 1x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Mengatasi hipertensi angina pektoris, aritmia, chf                   | Pingsan, tangan kaki dingin, sesak                          |
| Fonylin MR                | 60mg tablet                     | 1x1 sehari<br>Bersama saat makan pagi                  | Mengontrol gula darah pada penderita dm tipe 2                       | Mual, muntah, diare, rasa tidak nyaman lambung              |
| Glibenklamid (obat rumah) | 5mg                             | 1x1 sehari<br>Sesudah makan                            | Mengendalikan kadar gula di dalam tubuh akibat dari diabetes tipe 2  | Mual, mulas, perut terasa penuh, dan penambahan berat badan |
| Amlodipin (obat rumah)    | 10mg                            | 1x1 sehari<br>Sesudah/sebelum makan                    | Menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi                   | Kantuk, pusing, lelah, sakit perut, mual, kulit memerah     |

## F. SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny. M

Jenis Kelamin : L/P

No. Register :00558859 Tanggal Penilaian Risiko : 07/01/2025

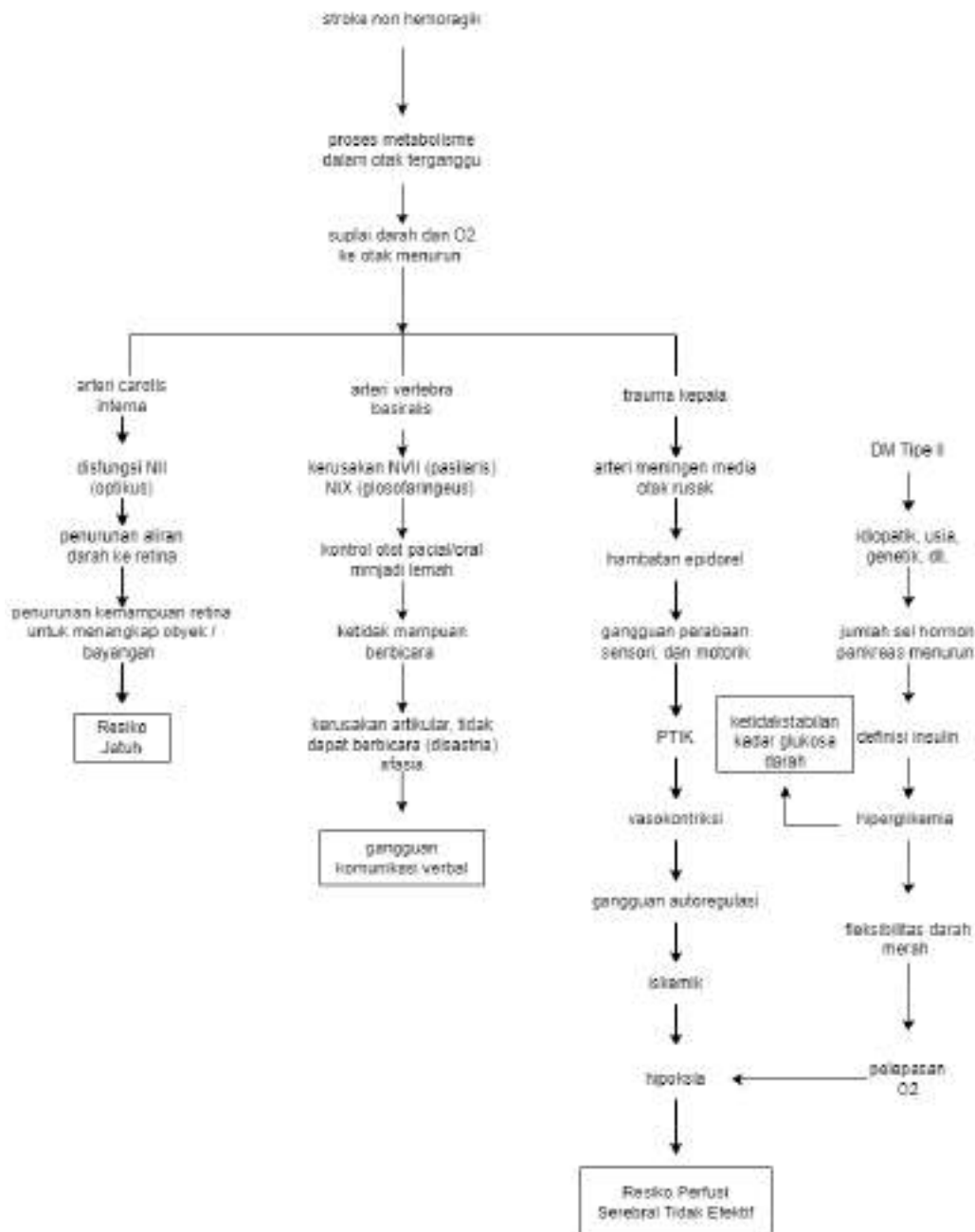
| PARAMETER               | TEMUAN                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                              | SKOR |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Persepsi Sensori</b> | 1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran                                  | 2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt menkomunikasikan ketidaknyamanan | 3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan | 4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.      | 3    |
| <b>Kelembaban</b>       | 1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah                                               | 2. Kulit Lembab                                                                                                                | 3. Kulit kadang-kadang lembab                                                                                                 | 4. Kulit kering                                                              | 3    |
| <b>Aktivitas</b>        | 1. Tergeletak di tempat tidur                                                                   | 2. Tidak bisa berjalan                                                                                                         | 3. Berjalan pada jarak terbatas                                                                                               | 4. Dapat berjalan sekitar ruangan                                            | 3    |
| <b>Mobilitas</b>        | 1. Tidak mampu bergerak                                                                         | 2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur                                                                         | 3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri                                                                                   | 4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan                                  | 4    |
| <b>Nutrisi</b>          | 1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari | 2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum                                  | 3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya                                                                             | 4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi. | 2    |
| <b>Gesekan</b>          | 1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah               | 2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya                                                                             | 3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan                                                                                         |                                                                              | 1    |
| <b>SKOR</b>             |                                                                                                 |                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                              | 16   |

Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)

**Skor : 15 – 18 berisiko 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi**



## G. Pathway Keperawatan



Sumber: (Nuralif Huda, 2019), (SDKI PPNI 2017)

## FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| NO | TANGGAL<br>JAM          | DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MASALAH<br>KEPERAWATAN                | ETIOLOGI                                        |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. | 07/01/2025<br><br>09.00 | <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien mengatakan tidak mampu mendengar dengan jelas</li> <li>2. pasien mengatakan kalimat tidak bermakna/jelas</li> <li>3. pasien mengatakan sering lupa</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bingung</li> <li>2. Pasien tampak menunjukkan respon tidak sesuai</li> <li>3. Sulit menyusun kalimat</li> </ol>                 | Gangguan komunikasi verbal            | Gangguan neuromuskuler                          |
| 2. | 07/01/2025<br><br>09.30 | <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh pusing dan sakit kepala</li> <li>2. Mual</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 148/78 mmHg</li> <li>2. Pasien terlihat lemas dan cemas</li> <li>3. CT Scan :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>. oedema cerebri</li> <li>. anthopy cerebri</li> <li>. infrak dilobus</li> </ul> </li> </ol> | Resiko perfusi serebral tidak efektif | Suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat |

## FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| NO | TANGGAL<br>JAM          | DATA                                                                                                                                                                                                                                                           | MASALAH<br>KEPERAWATAN              | ETIOLOGI                                             |
|----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 3. | 07/01/2025<br><br>09.59 | DS :<br>1. pasien mengatakan sering haus<br>2. pasien mengatakan memiliki riwayat dm<br>3. pasien mengatakan cepat mengantuk<br><br>DO :<br>1. pasien tampak lelah atau lesu<br>2. GDS: 272 mg/dL<br>3. pasien tampak menguap                                  | Ketidakstabilan kadar glukosa darah | Hipergikemia<br><br>Gangguan toleransi glukosa darah |
| 4. | 07/01/2025<br><br>10.15 | DS :<br>1. pasien mengatakan pandangan rabun<br>2. pasien mengatakan pendengaran sedikit terganggu<br><br>DO :<br>1. pasien terpasang gelang kuning<br>2. total score resiko jatuh (16)<br>3. menggunakan alat bantu berjalan<br>4. aktivitas sebagian dibantu | Resiko jatuh                        | Kekuatan otot menurun                                |

## DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. M  
Dx. Medis : Afasia Wernecke  
Ruang : Flamboyan  
No. MR : 00558859

### **HARI KE-1** : Tanggal 07/01/2025

1. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
4. Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun

### **HARI KE-2** : Tanggal 08/01/2025

1. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
4. Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun

### **HARI KE-3** : Tanggal 09/01/2025

1. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemia
4. Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun

## FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| No | Tanggal                | Diagnosa Keperawatan                                  | Tujuan ( SMART )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Paraf                                                                                                              |
|----|------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | 0701/2025<br><br>09:00 | Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler | <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara meningkat</li> <li>2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi membaik</li> <li>3. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik</li> <li>4. Pelo menurun</li> </ol> | <p>Promosi komunikasi: defisit bicara</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Memonitor tanda-tanda vital</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ol> <p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis dan bahasa isyarat)</li> <li>2. Kolaborasi pemberian terapi obat apa saja yang dikonsumsi</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui perkembangan tingkat kesadaran pasien</li> <li>2. Agar mengetahui tanda-tanda vital</li> <li>1. Untuk mengetahui keadaan diri yang sedang dirasakan pasien</li> <li>1. Agar pasien paham tujuan dari prosedur pemantauan</li> <li>1. Agar mempermudah berkomunikasi</li> <li>2. Agar mengetahui obat apa saja yang dikonsumsi</li> </ol> | <p>Mahasiswa</p>  <p>Silvia</p> |

## FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| No | Tanggal                 | Diagnosa Keperawatan                                                        | Tujuan ( SMART )                                                                                                                                                                                                                                                                           | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Paraf                                                                                                              |
|----|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | 07/01/2025<br><br>09.35 | Risiko perfusi serebral d.d suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat | <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lemas menurun</li> <li>2. Sakit kepala menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> <li>4. Cemas menurun</li> </ol> | <p>Pemantauan Neurologi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kesadaran (mis: menggunakan GCS)</li> <li>2. Monitor ttv</li> <li>3. Monitor sakit kepala</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis</li> <li>2. Hindari aktivitas yang dapat</li> <li>3. menyebabkan tekanan intracarnial</li> </ol> <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan &amp; prosedur Pemantauan</li> </ol> <p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian terapi obat dengan dokter</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar mengetahui perkembangan tingkat kesadaran</li> <li>2. agar mengetahui tanda-tanda vital</li> <li>3. agar mengetahui apakah pasien ada keluhan sakit kepala</li> </ol><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui peningkatan frekuensi neurologis</li> <li>2. agar tidak terjadinya tekanan intracranial</li> <li>3. agar pasien paham tujuan dari prosedur pemantauan</li> </ol><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. aagar mengetahui obat apa saja yang dikonsumsi</li> </ol> | <p>Mahasiswi</p>  <p>Silvia</p> |

Nama Klien : Ny. M  
Dx. Medis : Afasia Wernecke  
Ruang : Flamboyan  
No. MR : 00558859

| No | Tanggal    | Diagnosa Keperawatan                                   | Tujuan ( SMART )                                                                                                                                                                                                                                                             | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                          | Paraf                                                                                         |
|----|------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | 07/01/2025 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d. hiperglikemia | <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantuk menurun</li> <li>2. Pusing menurun</li> <li>3. Lelah atau lesu menurun</li> </ol> | <p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Monitor intake dan output</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasikan dengan tim medis jika ada tanda dan gejala hiperglikemia masih ada / memburuk</li> </ol> <p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter</li> </ol> <p>- mrtformin 3x1 500mg Tablet</p> <p>- fonylin MR 1x1 60mg tablet</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memantau GCS</li> <li>2. Memantau intake dan output cairan balance</li> <li>1. Memberikan penanganan lebih lanjut</li> <li>1. Menstabilkan atau mengontrol kadar glukosa pada pasien</li> </ol> | <br>Silvia |

### FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| No | Tanggal                 | Diagnosa Keperawatan                   | Tujuan ( SMART )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Intervensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Rencana Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Paraf                                                                                                                    |
|----|-------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | 07/01/2025<br><br>10.20 | Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun | <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot meningkat</li> <li>2. Pandangan meningkat</li> <li>3. tingkat kesadaran membaik</li> <li>4. gelang kuning tidak terpasang</li> <li>5. total score resiko jatuh (0)</li> </ol> | <p>Pencegahan jatuh</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh (mis: licin)</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang pagar ditempat tidur</li> <li>2. Atur tempat tidur terendah mungkin</li> </ol> <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar mengetahui faktor resiko jatuh</li> <li>2. Agar mengetahui faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh</li> </ol><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien tidak jatuh</li> <li>2. Agar pasien lebih nyaman</li> </ol><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien mengetahui cara menggunakan bel saat membutuhkan bantuan</li> </ol> | <p>Mahasiswi</p><br><br><p>Silvia</p> |



### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam                                   | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran.<br>Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 07/01/2025<br><br>09.00<br><br>12.00<br><br>14.00 | 1. Memonitor tingkat kesadaran dengan gcs<br>2. Memonitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan saturasi<br>3. Menanyakan keluhan sakit kepala<br>4. Meningkatkan frekuensi pemantauan neurologis<br>5. Menghindari aktivitas yang menyebabkan tekanan intracranial<br>6. Menjelaskan tujuan & prosedur pemantauan<br>7. Membarikan terapi obat dengan<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br><br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | S:<br>1. pasien mengeluh sakit kepala atau pusing<br><br>O:<br>1. Pasien tampak lemas dan gelisah<br>2. Kesadaran compomentis E4M6V5<br>3. TD: 148/78 mmHg<br>4. N: 92/mnt<br>5. S: 36,5 C<br>6. Spo2: 96 %<br>7. RR: 20x/mnt<br><br>A: Risiko perfusi serebral tidak efektif<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Lemas menurun<br>2. Sakit kepala menurun<br>3. Tekanan darah membaik | 1. Monitor tingkat kesadaran dengan gcs<br>2. Monitor tekanan darah, nadi, respirasi, dan saturasi<br>3. Monitor keluhan sakit kepala<br>4. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis<br>5. Hindari aktivitas yang menyebabkan tekanan intracranial<br>6. Jelaskan tujuan & prosedur pemantauan<br>7. Mengkolaborasi pemberian terapi obat dengan dokter<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br><br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | Mahasiswa Perawat<br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI**

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernecke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam                                   | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                       | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 08/01/2025<br><br>09.00<br><br>12.00<br><br>14.00 | 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan (TIK)<br>2. Memonitor tanda atau gejala peningkatan (TIK)<br>3. Memberikan posisi semi fowler<br>4. Menghindari pemberian IV hipotonik<br>5. Membarikan terapi obat dengan<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br><br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | S:<br>1. pasien mengatakan sakit kepala atau pusing berkurang<br><br>O:<br>1. Pasien tampak lemas dan gelisah<br>2. Kesadaran compomentis E4M6V5<br>3. TD: 140/90 mmHg<br>4. N: 95/mnt<br>5. S: 36,6 C<br>6. Spo2: 98 %<br>7. RR: 20x/mnt<br><br>A: Risiko perfusi serebral tidak efektif<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Lemas menurun<br>2. Sakit kepala menurun<br>3. Tekanan darah membaik | 1. Identifikasi penyebab peningkatan (TIK)<br>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan (TIK)<br>3. Berikan posisi semi fowler<br>4. Hindari pemberian IV hipotonik<br>5. Kolaborasi pemberian terapi obat dengan dokter<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br><br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | Mahasiswa Perawat<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                             | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 09/01/2025      | 1. Memonitor tanda atau gejala peningkatan (TIK)<br>2. Menghindari aktivitas yang dapat menyebabkan tekanan intra cranial<br>3. Memberikan posisi semi fowler<br>4. Menjelaskan tujuan & prosedur pemantauan<br>5. Memberikan terapi obat dengan<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | S:<br>1. pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala atau pusing<br><br>O:<br>1. Pasien tampak lemas dan gelisah<br>2. kesadaran compomentis E4M6V5<br>3. TD: 130/70 mmHg<br>4. N: 96/mnt<br>5. S: 36,0 C<br>6. Spo2: 98 %<br>7. RR: 20x/mnt<br><br>A: Risiko perfusi serebral tidak efektif<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Lemas menurun<br>2. Sakit kepala menurun<br>3. Tekanan darah membaik | 1. Monitor tanda atau gejala peningkatan (TIK)<br>2. Hindari aktivitas yang dapat menyebabkan tekanan intra cranial<br>3. Berikan posisi semi fowler<br>4. Jelaskan tujuan & prosedur pemantauan<br>5. Kolaborasi pemberian terapi obat dengan dokter<br><br>- Pacetik (paracetamol) 3x1 500mg tablet<br><br>- Ericaf reguler 3x1<br><br>- Clopidogrel 1x1 75mg tablet | Mahasiswi Perawat<br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                         | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                             | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 07/01/2025      | 1. Memonitor kecepatan, kuantitas, dan diksi bicara<br>2. Memonitor tanda-tanda vital<br>3. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi<br>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>5. Menggunakan metode alternatif (mis: menulis & bahasa isyarat)<br>6. Mengkolaborasi pemberian obat | S:<br>1. pasien mengatakan kalimat tidak bermakna/jelas<br>2. pasien mengatakan tidak mampu mendengar dengan jelas<br>3. pasien mengatakan sering lupa<br><br>O:<br>1. pasien tampak bingung<br>2. pasien tampak menunjukkan respon tidak sesuai<br>3. pasien sulit menyusun kalimat<br><br>A: Gangguan komunikasi verbal<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Kemampuan bicara meningkat<br>2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi membaik<br>3. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik<br>4. Pelo menurun | 1. Monitor kecepatan, kuantitas, dan diksi bicara<br>2. Memonitor tanda-tanda vital<br>3. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi<br>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>5. Menggunakan metode alternatif (mis: menulis & bahasa isyarat)<br>6. Mengkolaborasi pemberian obat | Mahasiswi Perawat<br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik



### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                       | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                             | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 08/01/2025      | 1. Memonitor kecepatan, kuantitas, dan diksi bicara<br>2. Memonitor tanda-tanda vital<br>3. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi<br>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>5. Menggunakan metode juru bicara, jika perlu<br>6. Merujuk ke ahli terapis wicara<br>7. Menganjurkan bicara perlahan | S:<br>1. pasien mengatakan tidak mampu mendengar dengan jelas sedikit berkurang<br>2. pasien mengatakan sering lupa<br>3. pasien mengatakan kalimat tidak bermakna/jelas berkurang<br><br>O:<br>1. pasien sudah tidak tampak bingung<br>2. pasien tampak menunjukkan respon tidak sesuai berkurang<br><br>A: Gangguan komunikasi verbal<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Kemampuan bicara meningkat<br>2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi membaik<br>3. Pelo menurun<br>4. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik | 1. Monitor kecepatan, kuantitas, dan diksi bicara<br>2. Monitor tanda-tanda vital<br>3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi<br>4. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br>5. Gunakan metode juru bicara, jika perlu<br>6. Rujuk ke ahli terapis wicara<br>7. Anjurkan bicara perlahan | Mahasiswi Perawat<br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                  | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                               | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                             | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 09/01/2025      | 1. Memonitor kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara<br>2. Memonitor tanda-tanda vital<br>3. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis<br>4. Mengulangi apa yang disampaikan pasien<br>5. Menganjurkan bicara perlahan<br>6. Mengkolaborasi ke ahli terapi wicara | S:<br>1. pasien mengatakan tidak mampu mendengar dengan jelas berkurang<br>2. pasien mengatakan sering lupa<br>3. pasien mengatakan kalimat tidak bermakna/jelas membaik<br><br>O:<br>1. pasien tampak bingung<br>2. pasien tampak menunjukan respon tidak sesuai sedikit membaik<br>3. pasien sulit menyusun kalimat sedikit membaik<br><br>A: Gangguan komunikasi verbal<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:<br>1. Kemampuan bicara meningkat<br>2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi membaik<br>3. Pelo menurun<br>4. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik | 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara<br>2. Monitor tanda-tanda vital<br>3. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis<br>4. Ulangi apa yang disampaikan pasien<br>5. Anjurkan bicara perlahan<br>6. Kolaborasi ke ahli terapi wicara | Mahasiswi Perawat<br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam                                   | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran.<br>Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 07/01/2025<br><br>09.00<br><br>12.00<br><br>14.00 | 1. Memonitor kadar glukosa darah<br>2. Memonitor intake dan output cairan<br>3. Mengkomunikasikan dengan tim medis jika ada tanda dan gejala hiperglikemia masih ada atau memburuk<br>4. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga<br>5. Memberikan terapi obat dengan<br><br>- metformin 3x1 500mg tablet<br><br>- fonylin mr 1x1 60mg tablet | S:<br>1. pasien mengatakan sering merasa haus<br>2. pasien mengatakan punya riwayat DM tipe 2<br>3. pasien mengeluh cepat mengantuk<br><br>O:<br>1. GDS: 272mg/dL<br>2. pasien tampak lelah/lesu<br>3. pasien sering tampak menguap<br><br>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil:<br>1. Mengantuk menurun<br>2. Pusing menurun<br>3. Lelah atau lesu menurun | 1. Memonitor kadar glukosa darah<br>2. Memonitor intake dan output cairan<br>3. Mengkomunikasikan dengan tim medis jika ada tanda dan gejala hiperglikemia masih ada atau memburuk<br>4. Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga<br>5. Memberikan terapi obat dengan<br><br>- metformin 3x1 500mg tablet sesudah makan<br><br>- fonylin mr 1x1 60mg tablet sesudah makan | Mahasiswi Perawat<br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik



### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam                                           | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 08/01/2025<br><br>09.00<br><br><br>12.00<br><br><br>14.00 | 1. Memonitor kadar glukosa darah<br>2. Memonitor tanda-tanda vital<br>3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia<br>4. Memberikan asupan cairan oral<br>5. Menganjurkan pengelolaan diabetes<br>6. Mengkolaborasi pemberian kalium, jika perlu<br>7. Memberikan obat dengan<br><br>- metformin 3x1 500mg tablet<br><br>- fonylin MR 1x1 60mg tablet | S:<br>1. pasien mengatakan gula darah pasien naik turun<br>2. pasien mengeluh cepat mengantuk<br><br>O:<br>1. TD: 140/90 mmHg<br>2. GDS: 308 mg/dL<br>3. pasien terbaring ditempat tidur<br><br>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil:<br>1. Mengantuk menurun<br>2. Pusing menurun<br>3. Lelah atau lesu menurun | 1. Monitor kadar glukosa darah<br>2. Monitor tanda-tanda vital<br>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia<br>4. Berikan asupan cairan oral<br>5. Anjurkan pengelolaan diabetes<br>6. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu<br>7. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter<br><br>- metformin 3x1 500mg tablet sesudah makan<br><br>- fonylin MR 1x1 60mg tablet sesudah makan | Mahasiswi Perawat<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 09/01/2025      | 1. Memnitor kadar glukosa darah, jika perlu<br>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia<br>3. Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk<br>4. Mengajukan pengelolaan diabet<br>5. Memberikan terapi obat dengan<br><br>-metformin 3x1 500mg tablet<br><br>-fonylin MR 1x1 60mg tablet | S:<br>1. pasien mengatakan penyakit diabetes keturunan<br>2. penglihatan kabur<br>3. mengeluh sering BAK<br><br>O:<br>1. pasien mengeluh sering haus<br>2. GDS: 202 mg/dL<br>3. diabetes tipe 2<br><br>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br><br>P: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil:<br>1. Mengantuk menurun<br>2. Pusing menurun<br>3. Lelah atau lesu menurun | 1. monitor kadar glukosa darah, jika perlu<br>2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia<br>3. konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk<br>4. ajurkan pengelolaan diabet<br>5. Kolaborasi terapi obat dengan dokter<br><br>- metformin 3x1 500mg tablet sesudah makan<br><br>- fonylin MR 1x1 60mg tablet sesudah makan | Mahasiswi Perawat<br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam                                                   | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                                               | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                                              | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                                                                 | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 07/01/2025<br><br>09.00<br><br><br><br>12.00<br><br><br><br>14.00 | 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh.<br>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat menyebabkan resiko jatuh (mis: licin).<br>3. Memasang pagar disamping tempat tidur.<br>4. Mengatur tempat tidur terendah.<br>5. Mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan. | S:<br>1. pasien mengatakan pandangan kabur<br>2. pasien mengatakan pendengaran sedikit terganggu<br><br>O:<br>1. pasien terpasang gelang kuning<br>2. total score resiko jatuh (16)<br>3. menggunakan alat bantu<br>4. aktivitas sebagian dibantu<br><br>A: Resiko jatuh<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:<br>1. Kekuatan otot meningkat<br>2. Pandangan membaik<br>3. Tingkat kesadaran membaik<br>4. Gelang kuning tidak terpasang<br>5. Total score resiko jatuh (0) resiko rendah | 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh.<br>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat menyebabkan resiko jatuh (mis: licin).<br>3. Memasang pagar disamping tempat tidur.<br>4. Mengatur tempat tidur terendah.<br>5. Mengajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan. | Mahasiswi Perawat<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

Nama Klien : Ny. M  
Dx. Medis : Afasia Werneck  
Ruang : Flamboyan  
No. MR : 00558859

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik

### FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Nama Klien : Ny. M  
 Dx. Medis : Afasia Wernicke  
 Ruang : Flamboyan  
 No. MR : 00558859

| Tanggal dan Jam | Implementasi Tindakan Keperawatan                                                                                                                                                                                                                                                      | HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN<br>(Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Instruksi PPA/DPJP termasuk instruksi pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci)                                                                                                                                                                                                     | Profesional Pemberi Asuhan                                                                                             | Review dan Verifikasi PPA/DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam) |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 09/01/2025      | 1. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera<br>2. Sediakan pencahayaan yang memadai<br>3. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau<br>4. Monitor tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS<br>5. Pasangkan pagar ditempat tidur<br>6. Posisikan tempat tidur terendah | S:<br>1. pasien mengatakan pandangan kabur<br>2. pasien mengatakan pendengaran sedikit terganggu<br><br>O:<br>1. pasien terpasang gelang kuning<br>2. total score resiko jatuh (16)<br>3. menggunakan alat bantu<br>4. aktivitas sebagian dibantu<br><br>A: Resiko jatuh<br><br>P:<br>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:<br>1. Kekuatan otot meningkat<br>2. Pandangan membaik<br>3. Tingkat kesadaran membaik<br>4. Gelang kuning tidak terpasang<br>5. Total score resiko jatuh (0) resiko rendah | 1. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera<br>2. Sediakan pencahayaan yang memadai<br>3. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau<br>4. Monitor tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS<br>5. Pasangkan pagar ditempat tidur<br>6. Posisikan tempat tidur terendah | Mahasiswi Perawat<br><br><br>Silvia |                                                                    |

Ket : Pada Kolom 3 dan 4 tulis ulang hasil catatan dan instruksi dr. Kolom 6 Review DPJP dilakukan oleh dosen pembimbing akademik atau instruktur klinik