

LAMPIRAN

Lampiran 1

	POLTEKKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Persetujuan Judul KTI/LTA	Revisi	
		Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : CAESARIA ALLOHMAH

NIM : 1914401049

Judul yang diajukan

1. ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI
PADA PASIEN HEPATITIS DI RUANG RAWAT KELAS 1 RS BHAYANGKARA
POLDA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2022

2.

3.

Judul yang disetujui

1. ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI
PADA PASIEN HEPATITIS DI RUANG RAWAT KELAS 1 RS BHAYANGKARA
POLDA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2022

Bandar Lampung, 09 Februari 2022

Pembimbing Utama

Dr. APRIMA, S.Kp., M.Kes
NIP. 196404291988032001

Pembimbing Pendamping

TORI RIHANTORO, S.Kp., M.Kep
NIP. 197111291999021001

Lampiran 2

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. Yunizar

Umur : 55 Tahun

Ruang Rawat : Kelas 1 E1

Rumah Sakit : RS BHATANGKARA POLDA LAMPUNG

Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa tentang tujuan dari asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan bahwa data yang didapatkan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan pembelajaran, maka dengan ini saya menyatakan ~~bersedia~~/tidak-bersedia-*) sebagai subyek asuhan.

Bandar Lampung, 09 Februari 2022

Mahasiswa,


CAESARIA ARROHMAN

Pasien


Ny. YUNIZAR

Mengetahui,
Pembimbing/Lahan/CI


SUPRIHATIN, S.Kep., N.s

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 3

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN NUTRISI---AKIBAT PATOLOGI SISTEM PENCERNAAN..

DENGAN DIAGNOSA MEDIS HEPATITIS B.....

DI RUMAH RAWAT KELAS I RS BHA TANGKARA POLDA
BATANG LAMPUNG TAHUN 2022



Nama : CAESARIA ARLOHMAH

NIM : 1914401049

POLTEKKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN
2022

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : CAESARA ARROHMAH
NIM : 19144010419 Tgl Pengkajian : 09 Februari 2022
Ruangrawat : KELAS I No. Register : 012065

A. IDENTITAS KLIEN

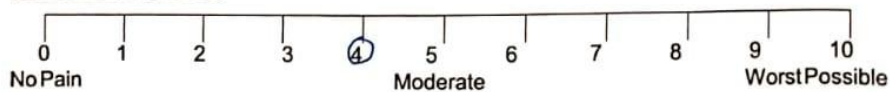
1. Nama : Hy. Y
2. Umur : 55 tahun
3. Jenis kelamin : L / (P)
4. Pendidikan : SMA
5. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
6. Tgl masuk RS : 07 Februari 2022 Waktu : 19.00 WIB
7. Dx. Medis : Hepatitis B
8. Alamat : Rerum beringin raya

B. RIWAYAT KESEHATAN

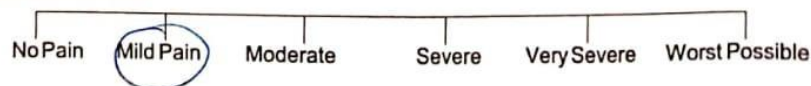
Cara Masuk : ☒ Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transferruangan
Masuk ke Ruangan pada tanggal : 07 Februari Waktu : 20.00 WIB
Diantar Oleh : () sendiri ☒ Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya
Masuk dengan menggunakan : () Berjalan ☒ Kursi Roda () Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan
Status Mental saat masuk : () Kesadaran : Composmentis
() GCS : E 4 M 6 V 5
Tanda Vital Saat Masuk : TD 140/85 mmHg
Nadi 92 x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah () Kuat
RR 22 x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

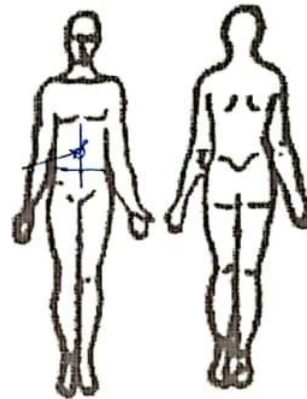


Status Lokalis :

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 _____

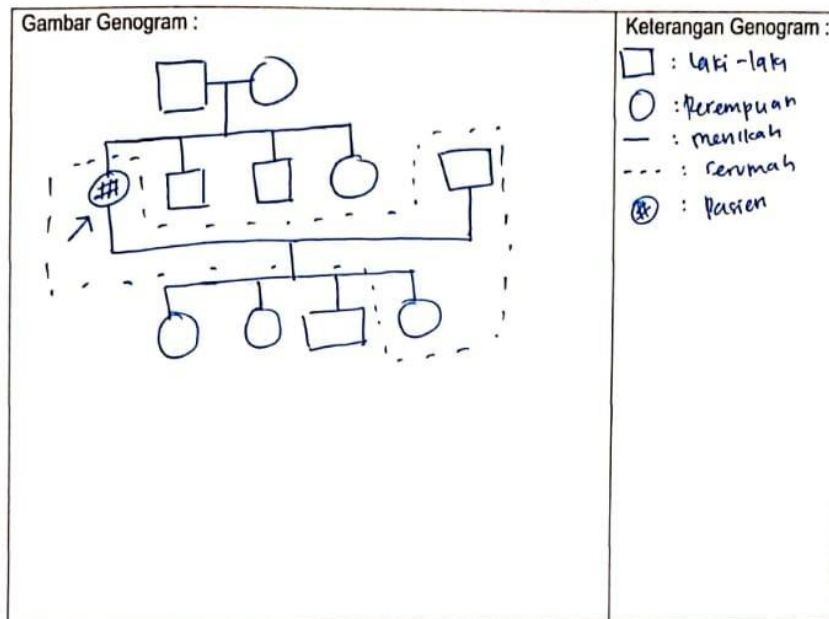
Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak
Jelaskan:



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	0
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan			
	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			0
	a. Normal/Bedrest/immobiletdkdptbergerak sendiri		0	
	b. Lemah tidak bertenaga		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20	
6	Status Mental			0
	a. Sadar penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
	JUMLAH SKOR		20	-----

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

- () Tampak Sehat ☒ Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang
 () Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

Pasien tampak pucat

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

- () Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya :
- () Minum air putih : L/hari () Kopi () teh () Soda () Minuman bersuplemen
- Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb : x/hr () Makanan, diet tertentu :
- () Merokok, Jenis : Jumlah : btg/hari Merokok sejak usia : thn, lama : thn
- Jenis rokok : Keinginan berhenti merokok : () Ada () Tidak ada
- Upaya Berhenti merokok : () Pernah () Belum pernah

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri.

() Menangis

() Memendam perasaan

() Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : ☒ rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan : Pemeriksaan pada hepatitis

() Kunjungan ke Faskes : ☒ rutin () Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : RS

() Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BPS

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

() Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain :

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ?

Jika pernah, kapan..... Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi ?.....

Jika pernah, kapan..... Dioperasi karena

Catatan lain :

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani : (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah

Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?,
Alasannya :

Catatan lain :

2. Pola Metabolik – Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : ☒ Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti

Berapa banyak ? ... 3. 800g / hari (ukuran Rmh Tangga)

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu ☒ Kadang kadang () Sangat Jarang

Jenis Sayur Yg paling disukai : sayur kangkung

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai : tidak ada

Olahan sayur yg sering : () rebus () masak santan ☒ tumis () bakar () Goreng

Konsumsi Lauk : ☒ Selalu () Kadang kadang

Jenis lauk Yg paling disukai : ikan laut

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : telur

Olahan lauk yg sering dikonsumsi : ☒ rebus () masak santan () tumis () bakar () Goreng

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai : tidak ada

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap nya : () 1-2 x/hr ☒ 3 x/hr () > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : () Selalu ☒ Kadang kadang

Rasa kudapan yg paling disukai : ☒ manis () asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : ☒ 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.

Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat ☒ kue/roti/donat () bakso/somay/mi
& sejenisnya () kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda &
minuman sejenisnya

Catatan lain :

Thy. Y mengatakan sejak 3 hari terakhir makan, Makanan 800 ml bubur biasa ser oral
1/2 porsi, pasien mengeluh mual dan kembung terasa cepat
Penuh. IMT : 17,3 (kurus), BB : 58,8 kg (bb saat MI : 48 kg), TB : 165 cm.

LILA : 30 cm LILA normal : 28 cm.

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)

☒ 3 hari terakhir ☐ 24 jam terakhir

Jenis diet... diet harti II (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan: ☐ padat ☒ Bubur biasa ☐ Bubursaring ☐ Cair

Cara Pemberian: ☒ Oral ☐ Sonde ☐ Parenteral

Frekuensi pemberian : 3 x/hari Kudapan/camilan 3 x/hari

Kemampuan makan: ☒ mandiri ☐ bantuan ☐ tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

☐ satu porsi habis setiap kali makan ☐ 1/2 - 3/4 porsi ☒ < 1/2 porsi

Alasan tidak menghabiskan makan : mual saat makan

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : tidak ada, karena pasien makan biskuit kelapa

Catatan lain :

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

☐ Gangguan menelan ☐ Gangguan mengunyah ☐ Gangguan mengecap ☒ Mual
☒ Muntah ☐ Nyeri gigi/caries ☐ Terpasang peralatan medis ☐ Penurunan kesadaran
☒ Anoreksia/tidak nafsu mkn ☐ Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan
☒ Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu rasa cepat penuh saat makan
☐ Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain :

- ❖ Energi Metabolik

☐ merasa lemah ☐ merasa tenaga menurun ☒ mudah lelah
☐ tidak mampu melakukan aktifitas ☐ tidak ada tenaga

Catatan lain :

- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (Hanya untuk klien dg kesadaran penuh)
 () Merasa BB normal () Merasa BB Lebih () Merasa sangat gemuk ☒ Merasa kurus

Catatan lain :

3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

() Tidak di kateterisasi urine (jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine)
 () Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : x/hr () Penggunaan bedpan / urinal diatas TT
 () Ke toilet : ☒ mandiri () dengan bantuan
 Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam
 () Ya, untuk keperluan
☒ Tidak, karena
 Warna urine : () kuning jernih () Keruh () berbusa () Merah terang ☒ Merah pekat
 () bekuan darah
 Bau urine : ☒ normal () busuk () anyir
 Masalah dalam pengeluaran urine : () Nyeri () Aliran tersendat () enuresis () Incontinensia
 () retensi parsial/total () urine menetes () mencedan () keluar pasir-pasir
 () Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang hari
 Kebersihan kateter : () bersih () tampak kotor
 Keluhan klien terhadap kateter terpasang : () nyeri () panas () perih () tidak nyaman
 Aliran urine dlm selang kateter : () lancar () tersendat
 Warna urine dalam urine bag/selang kateter : () kuning jernih () kuning pekat () keruh
 () berkabut/granulasi () merah terang () merah pekat
 Volume urine bag dalam 3 jam terakhir ml
 Volume urine bag dalam 6 jam terakhir ml
 Volume urine bag dalam 8 jam terakhir ml
 Volume urine bag dalam 24 jam terakhir ml
 Volume cairan irigasi (jika dilakukan irigasi blas) dalam 24 jam terakhir ml.
 Tetesan irigasi tts/menit

Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktivitas sehari-hari

Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Kegiatan Sosial/kemasyarakatan : -

Masalah kesehatan anggota gerak :

() kelemahan ekstremitas.....

() kekakuan ekstremitas.....

() kontraktur area.....

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet):

☒ mandiri () bantuan sebagian () bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak: () kruk () walker () tripod () tongkat

Catatan lain :

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari: ☒ 6–8 jam/hari () < 6–8 jam/hari () > 6–8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur: ☒ segar () tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini: ☒ 6–8 jam/hari () < 6–8 jam/hari () > 6–8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur: () mimpi buruk () pikiran tidak tenang ☒ nyeri

() lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan ☒ suhu ruangan tidak nyaman

() pengunjung/pembezuik banyak

Penggunaan alat/zat bantu tidur: () musik relaksasi () hipnoterapi

() obat-obatan, jenisnya.....

Catatan lain :

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

() penurunan tajam penglihatan () kacamata bantu () penurunan tajam pendengaran

() alat bantu dengar () penurunan tajam penciuman

() rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

() rasa kebas, kesemutan area.....

() rasa nyeri, karakteristik.....

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir... SMA

Kemampuan mengambil keputusan : (☒) mampu () ragu-ragu () tidak mampu
mengambil keputusan () buta aksara () buta angka

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (☒) mampu () Tidak mampu,
Jangka Panjang : (☒) mampu () tidak mampu

Catatan lain :

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

❖ Pekerjaan : Ibu rumah tangga

❖ Situasi keluarga : (☒) baik () bercerai ()

❖ Keanggotaan kelompok sosial :

❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :
.....

❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : Klien suka dengan dirinya sebelum sakit, sekarang
Klien merasa kuno.

❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri)

Catatan lain :

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga : Ibu Gun Isti

❖ Peran klien dalam masyarakat : -

❖ Peran klien dalam pekerjaan : Ibu rumah tangga

- ❖ Kepuasan terhadap peran: ☒ puas () tidak puas
- ❖ Perubahan peran: ☒ tidak () ya, yaitu.....
Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman?
() Tidak
() Ya, uraikan.....
- ❖ Pola hubungan
 - ❖ Hubungan dengan keluarga: ☒ baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan masyarakat: ☒ baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan pekerjaan: ☒ baik () masalah,
 - ❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll): ☒ baik
() masalah,
- Catatan lain :
.....
.....
.....
.....
.....

9. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

- ❖ Reproduksi & Seksualitas
 - ❖ Apakah klien saat ini mengalami: ☒ Menopause () amenorrhea () dishmenorhea
() impotensi () penurunan libido () Nyeri
 - ❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi: () tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
..... dan telah digunakan selama Bln / tahun.
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
 - ❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual? () Tidak
() Ya, jika ya, jelaskan
- Catatan lain :
.....
.....
.....
.....
.....

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? () tidak ada () ada, yaitu.....
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : () Kecemasan () Takut () Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ? uraikan.....
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? () selalu efektif () tidak selalu efektif () tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? () Tidak () mengetahui, yaitu.....
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? () ya () tidak, karena.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih () gelisah () menyendiri () tatapan kosong () banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya / etnik : *klien beragama Islam / bersuku padang.*
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
.....
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
.....
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : () tidak () Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan / budaya atau agamanya ? () tidak () Ya, jelaskan.....

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD : *100/85* mmHg, Nadi : *92* x/menit () kuat () lemah
() Teratur () Tidak teratur RR : *22* x/mnt () teratur () tidak
Teratur, Irama nafas : () normal () Cheyne Stokes () Biot
() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL: ☒ Compos mentis ☐ Delirium ☐ Somnolent ☐ Stupor ☐ Koma

1. Kepala: Bentuk kepala bulat, bersih, tidak ada lesi, konjungtiva anemis,
mata tidak cekung, sklera tampak ikterik, mukosa bibir
kering, ruat, tidak ada lesi

2. Leher: Tidak ada peningkatan vena jugularis preakut.

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi: Suara tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada penggunaan
otot bantu napas.

b. Palpasi: tidak ada krepitan

c. Perkusi: Palus jantung normal, suara paru sonor pada semua
area lapang paru

d. Auskultasi: BJ 2 bunyi (up-down), tidak ada bunyi, jantung normal,
suara vaskuler paru semua area lapang paru.

4. Abdomen

a. Inspeksi: Perut tampak tidak simetris, tampak pembengkakan pada
kuadran II atas

b. Auskultasi: Suara bising usus 8 x/menit

c. Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada ulu hati, teraba pembesaran
paru limpa

d. Perkusi: Perkusi pekak pada kuadran II.

5. Punggung & Tulang Belakang: Tidak ada lesi, tulang simetris

6. Genitalia & Rektum: tidak dilakukan pemeriksaan.

7. Ekstremitas Atas & Bawah: Tidak terdapat kelemahan pada ekstremitas

8. Kekuatan otot:

5	5
5	5

9. Pemeriksaan Khusus:

a. Neurologi

Sensorik: _____

Motorik: _____

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:

Nervus I: _____

Nervus III: _____

Nervus IV: _____

Nervus V: _____

Nervus VI: _____

Nervus VII: _____

Nervus VIII: _____

Nervus IX: _____

Nervus X: _____

Nervus XI: _____

Nervus XII: _____

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI): Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen: Kanan _____

Kiri _____

- Ulkus DM: Lokasi _____

Gambar:

P: Peripheral _____
 E: Extend or Size: _____
 D: Depth or Tissue Loss: _____
 I: Infection and Sensation: _____
 S: Severe: _____

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)

Hematologi { Hemoglobin 13,1% (12-16 gr%), Hematokrit 37% (38-47 %), Eritrosit 4,2 x 10¹² (4,2-5,4 x 10¹²)
 MCV 87 (80-96 fl), MCH 30 (27-31 pg), MCHC 35 (32-36 g/dl), Leukosit 10.300 ul (4.500-10.700 ul), Basofil 0% (0-1%), Eosinofil 1 (1-3%), Neutrofil batang 2% (2-6%),
 Neutrofil segmen 77% (50-70%), Limfosit 14% (20-40%), Monosit 6% (2-8%),
 Trombosit 367.000 x 10⁹ ul (150-400 x 10⁹ ul).

Imunologi { Hbs Ag (Kualitatif): (+) Rapid Tes Ag: (+)
 Kimia darah { Bilirubin 18,3 mg/dl (0,2-1,0 mg/dl), GDS 98 mg/dl (<200 mg/dl).
 * dalam kurung adalah nilai batas normal.

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Ceftriaxon	1 gram / 12 jam / IV			
Ondansetron	13 gr / 8 jam / IV			
Omeprazole	5 gr / 12 jam / IV			
Dextrose	20 tpm / IV FD			
Ringer Laktat	20 tpm / IV FD			
Curcuma	Oral / 3 x 1			
Frutol	20 tpm / IV FD			
Hepamers	4 amp / 24 jam			
Ulsafat	4 x 2			

Keterangan :- RL : DS : Frutol 20 tpm.

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien :		Jenis Kelamin : L / P	No. Register :	Tanggal Penilaian Risiko :	
PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian 1/3 permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt berkomunikasi ketidaksiyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaksiyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	9
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering	9
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan	3
Mobilitas	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	9
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan 1/3 porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/3 porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tdk memerlukan suplementasi nutrisi.	2
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		3
Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi 					20

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ty. Y
 Dx. Medis : Hepatitis B
 Ruang : Kelas 1
 No. MR : 012065

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	09-02-2022 08.15	DS : - mengeluh mual sejak 9 hari yg lalu - mengatakan mual(t) saat makan - pasien mengeluh nyeri pada ulu hati - pasien mengatakan cepat kenyang - pasien mengatakan merasa kumisan DO : - pasien tampak kurus - mukosa bibir kering, pucat - porsi makan tidak habis (hanya 1/2) - BB sebelum sakit : 58 kg - saat ini : 48 kg (BBW 58,2 kg) - IMT : 17,3 (kurang) - TB : 165 cm, LRA : 20 cm.	Defisit nutrisi	kegagalan makan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme karena anoreksia, mual dan muntah.
2.	09-02-2022 08.20	DS : - mengeluh mual - pasien mengatakan sudah muntah 3x 4x - pasien mengatakan tidak nafsu makan karena mual DO : - Pasien tampak pucat - TTV : TD : 140/85 mmHg M : 80x/menit RR : 22x/menit S : 36,8°C	Nausea	Peregangan kapsul limpa (splenomegali)

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. Y
Dx. Medis : Hepatitis B
Ruang : kelas 1
No. MR : 012065

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3.	09-02-2022	kurang nyeri DS: - mengeluh kulit kemerahan - pasien mengeluh nyeri pada ulu hati dan perut kanan atas - pasien mengatakan nyeri hilang timbul, tidak menyakitkan dan sering muncul saat minum kembung - mengatakan riwayat gastritis DO: - Tampak gestah - Skala nyeri 4 - TTV TD: 140/85 N: 80x/menit RR: 22x/menit S: 36.8°C	nyeri akut	agen pencedera fisiologis (inflamasi hepar).
4.	09-02-2022	DS: - mengatakan minum 3 gelas/hari ± 660 cc - mengatakan makan 5x ± 1000 cc/hari, KAP 2x/hari ± 376 cc DO: - muntah 4x ± 400 cc - makan $\frac{1}{4}$ porsi - mukosa bibir kering dan pucat - turgor kulit elastis - balance cairan = 0 cc/24 jam.	Risiko Hipovolemia	Kehilangan cairan akut (muntah).

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. Y
Dx. Medis : Hepatitis B
Ruang : Rawat kelas I
No. MR : 012065

HARI KE-1 : Tanggal 09-02-2022

1. Defisit nutrisi b.d. kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik karena anoreksia, mual, muntah.
2. Nausea b.d. peregangan pada kapsul limpa (splenomegaly).
3. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (inflamasi hepar).
4. Risiko hipovolemia b.d. kehilangan cairan aktif (muntah).

HARI KE-2 : Tanggal 10-02-2022

1. Defisit nutrisi b.d. kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik karena anoreksia, mual, muntah.
2. Nausea b.d. peregangan pada kapsul limpa (splenomegaly).
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi hepar).
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal 11-02-2022

1. Defisit nutrisi b.d. kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik karena anoreksia, mual, muntah.
2. Nausea b.d. peregangan pada kapsul limpa (splenomegaly).
3. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (inflamasi hepar).
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	09/2022/02	Defisit nutrisi b.d. Kegagalan Masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik karena anoreksia, mual dan muntah. DS: - pasien mengeluh mual sejak 4 hari yll. - mengatakan mual (+) saat makan - mengeluh nyeri pada ulu hati - pasien mengaku cepat kenyang - pasien mengatakan berat kurang. DO: - pasien tampak lemas - tidak makan - BB status saat ini : 58 kg - AB status : 98 kg - CIBW : 88,8 kg - IMT : 17,3 - TB : 165 cm	Selanjutnya lakukan asuhan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : - porsi makan yang diberikan meningkat - perasaan cepat kenyang menurun - berat badan membaik - IMT membaik - nafsu makan membaik	observasi : - dan klasifikasi status nutrisi - monitor asupan makan - monitor BB Terapeutik : - berikan suplemen makanan - berikan - berikan porsi sesuai program diet yang - kolaborasi - diskusikan dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan nutrisi yang dibutuhkan.	- mengetahui status nutrisi - memantau porsi makan yang diberikan pasien apakah membaik atau tidak. - memantau status gizi - meningkatkan nafsu makan - mengurangi mual - memberikan pengetahuan pada pasien tentang makanan yang sesuai - porsi diet - mengidentifikasi - Berguna membuat program diet sesuai kebutuhan pasien.	 caesirya

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.	09/2022/02	Hyponatremia htd. Proses inflamasi (Infamasi hipertiroid) DS: - Rengen mengeluh nyeri pada ulu hati dan perut bagian atas - Mengatakan nyeri yang timbul, hebat, mengedar, dan sering mual - Mengatakan nyeri semakin meningkat - Glukosa HbA1c - Nyeri dan Glukosa HbA1c DO: - Tampak gelisah - Skala nyeri 4 - TTV TD: 140/80 mmHg N: 80 x/menit K: 22 x/menit S: 36.8°C	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - keluhan nyeri menurun - Glukosa HbA1c - Nyeri menurun	Observasi: - Identifikasi lokasi, onset, kualitas, durasi, frekuensi, karakteristik intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi penyebab nyeri Temporali: - agitasi keliru nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (keluarga) - Relaksasi napas dalam Edukasi: - jelaskan periode, penyebab dan pencegahan nyeri Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.	- Mencegah timbulnya karaktersistik nyeri - Mencegah timbulnya skala nyeri - Mencegah timbulnya nyeri - Mencegah timbulnya nyeri - Mencegah timbulnya nyeri - Mencegah timbulnya nyeri - Mencegah timbulnya nyeri	C.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	10/02/2022	1. Nausea b.d. Pergerakan kardiak limpa (splenomegali) DS: pasien mengeluh mual Subah mual 4x Mengatakan tidak nafsu makan karena mual. NO: - tampak pucat - TTV TD: 140/85 mmHg N: 80x/menit RR: 22x/menit S: 36,8°C.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x 24 jam, Nausea menurun, dengan kriteria hasil: - Berasap ingin makan - pucat menurun - nafsu makan membaik	Observasi: - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi dampak mual terhadap hidup - Identifikasi faktor penyebab mual - Monitor mual Terapeutik: - Kembangkan faktor lingkungan penyebab mual - Berikan makanan dalam jumlah kecil - Edukasi - Anjurkan sering berbantuan mual - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antiemetik	- mengetahui kapan mual muncul - mengetahui pengaruh mual - menghindari faktor penyebab mual - mengetahui kapan munculnya mual - mengurangi mual - mengurangi mual saat makan - menghindari mual - mengurangi perasaan mual - menghindari mual	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.	09/2022 07	Hiperamint bid. Proses inflamasi (Infamasi hiper) DS: - Regin mengeluh nyeri pada ulu hati dan perut bagian atas - Mengatakan nyeri yang timbul, hebat, mengedar, dan sering mual - Mengatakan nyeri semakin meningkat saat makan - Nyeri HZ - Nyeri dan sulit tidur karena nyeri. DO: - Timpat tekan - Skala nyeri 4 - TVV TD: 140/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 22x/menit S : 36.8°C	Sekolah diberikan asuhan keperawatan selama 5x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Eliminasi full & teratur	Dorsasi: - Identifikasi lokasi, onset, kualitas, durasi, frekuensi, karakteristik intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi penyebab nyeri Temporali: - agitasi keliru nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (keluarga & relasasi napas dalam) Edukasi: - jelaskan periode, penyebab dan pencegahan nyeri Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	- Mencegah infeksi karadensihi nyeri - mencegah nyeri skala nyeri - mencegah nyeri akut nyeri - mengurangi nyeri - menghilangkan efek samping nyeri - mengurangi nyeri	C. [Signature]

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	09/2022 /02	1	- mengukur BB dan menghitung IMT - memonitor asupan makan - memberikan snack bagi - Memberikan Suplemen makanan Curcuma tablet - memonitor asupan makan - menganjurkan porsi gubut saat makan.	S : - Pasien Mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan tidak menghamburkan porsi makannya (saya habis). - Pasien mengatakan merasa mual saat makan - Pasien mengeluh lemas. O : - IMT : 17,3 - BB : 48 kg - Pasien mendapat diet hati II - Pasien menghabiskan 1/4 porsi makan A : Defisit nutrisi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi status nutrisi - monitor asupan makan - ajarkan diet rendah lemak pada penyakit hepatitis - Memberi suplemen makanan Curcuma tablet - Anjurkan porsi gubut saat makan	W Quinn

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	09/2022 /02	2.	- mengidentifikasi keluhan mual - mengidentifikasi dampak mual - mengidentifikasi faktor penyebab mual - memantau mual - memberikan pengobatan infus yang - memberikan infus amprolium - memberikan isirahat dan tidur yang cukup.	S : - pasien mengatakan mual saat makan dan minum - pasien mengatakan mual saat makan - pasien muntah 4x O : - pasien tampak pucat - minum 3 gelas/hari - muntah 4x - terpasang VEP ke 20 trim A : Hausa P : lanjutkan Intervensi - monitor mual - kaji faktor lingkungan - berikan mual - anjurkan pasien sering memberikan mulut - anjurkan isirahat dan tidur yang cukup - kolaborasi pemberian antiemetik	C. L

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
5.	03/2022 /02	3.	- mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - menjelaskan periode, penyebab dan pemicu nyeri	S :- Pasien mengeluh nyeri pada ulu hati seperti gigitan-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri muncul saat beraktivitas dan bangun tidur. O :- Skala nyeri 4 - tampak gelisah - TTV TD : 140/85 mmHg CT : 80 x 60 mm RR : 22 x /menit S : 36,8°C A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - asarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri.	C. J

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	10/2022 02	1	- menghitung IMT - memonitor BB - memonitor asupan makan - mengidentifikasi status nutrisi - memberikan snack kecil - memberikan pentas diet pada hepatitis (rendah lemak) - memberikan curcuma tablet - menganjurkan porsi buah, sayur, serta makan	S: - pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik - pasien mengatakan mengerti mengenai diet yang dianjurkan D: - IMT : 17,3 - BB : 48 kg - pasien mampu menjelaskan ulang makanan yang dianjurkan dan obat dianjurkan pada hepatitis - 12.30 pasien mengonsumsi 1/2 porsi makan - 12.35 pasien mendapat suplemen makanan curcuma tablet A: Defisit nutrisi P: lakukan intervensi - identifikasi status nutrisi - monitor asupan makan - monitor BB - berikan makanan sesuai jumlah kalori dan nutrisi - berikan curcuma tablet - anjurkan porsi buah sayur serta makan.	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
5.	10/2022 02	2.	- memonitor mual - mengobservasi faktor lingkungan penyebab mual - memberikan injeksi Ondansetron 4 mg - memberikan injeksi Ondansetron 40 mg - memberikan ulasat simpan - menganjurkan sering memberikan muntah - menganjurkan istirahat yang cukup	S: pasien mengatakan masih mual - mengatakan mual muncul saat makan - mengatakan hari ini hanya muntah 1x O: - Pasien tampak pucat - Pasien minum 5 gelas (air) - terpasang IVP RL 20 tpm - dg. 30 mendapat injeksi Ondansetron dan ondansetron A: Hausan P: Lanjutkan intervensi - monitor mual - berikan snack pagi - anjurkan sering memberikan muntah - anjurkan istirahat yang cukup - Kolaborasi pemberian antiemetik.	

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
6.	10/2021	2.	- Identifikasi lokasi, karakeristik, luasultra, intensitas nyeri, - mengidentifikasi lokasi stadia nyeri - mengayarkan teknik relaksasi napas dalam	S: - Pasien mengatakan nyeri masih sering timbul saat berada di filter - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk, di bagian ulu hati. - Pasien mengatakan sudah bisa menggunakan teknik relaksasi napas dalam. D: skala nyeri 3 TD: 150/80 mmHg N: 80 x/menit PR: 20 x/menit S: 36,5°C A: Toleran P: lakukan intervensi - Identifikasi nyeri - Identifikasi stadia nyeri - Wangi teknik napas dalam.	<i>Wid</i>

Paraf

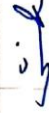
FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
7.	11/2022 02	1.	- monitor BB - menghitung IMT - monitor asupan makan - memberikan snack pagi - memberikan Curcuma tablet - melanjutkan porsi susu saat makan	S: - pasien mengatakan nafsu makan kembali - pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan # O: - pasien menghabiskan 1 porsi makan - IMT : 17,3 - BB : 48 kg A: Diet nutrisi P: lanjutkan intervensi - Identifikasi status nutrisi - monitor asupan makan - monitor BB - berikan Curcuma tablet	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
8.	11/2012 02	2.	- memonitor muka - memberikan injeksi ondansetron 4mg dan ondansetron 4mg - memberikan ulserat symp 4 - memberikan snack pagi - memonitor asupan makan	S :- Pasien mengatakan muka berkurang - Pasien mengatakan sudah tidak muntah D :- Pasien sudah tidak tampak pucat - 09.00 pasien mendapat injeksi Ondansetron dan Ondansetron - Pasien terkasang IV FORCE 20 tpm. A : Hausan P : lanjutkan observasi - Monitor muka - Kolaborasi pemberian antibiotik	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	11/2022 02	3.	- Mengidentifikasi nyeri - mengidentifikasi lokasi nyeri - mengulang kembali relaksasi napas dalam.	S : - Pasien mengatakan sudah baik menyatakan nyeri O : - TD : 120/85 mmHg T : 39 x 1menit PR : 20 x /menit S : 36,5°C A : nyeri akut P : masalah teratasi, hentikan intervensi	

Lampiran 4

	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : CAESARIA ALFREDHMAH
 NIM : 1914401049
 Pembimbing Utama : D. APRILHA, S.Kp, M.Kes
 Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NUTRISI PADA PASIEN HEPATITIS
 DI RUANG RAWAT KELAS I RS ISHA YANIKARA POLDA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Pabu, 9 Februari 2022	Acc Judul		
2	Selasa, 15 Februari 2022	Konsul BAB 1, 2, 3 - Perbaiki ruang lingkup, lengkapi SW+TH - sesuaikan capaian dengan panduan - Perbaiki Referensi		
3	Kamis, 24 Februari 2022	Konsul BAB 4 dan 5 - Implementasi dibuat per diagnosis - Tambahkan intervensi		
4	Jumat, 25 Februari 2022	Acc BAB I		
5	Selasa, 01 Maret 2022	- Tambahkan referensi bab II - Perbaiki penulisan sesuai panduan - Perbaiki abstrak, - tambahkan referensi		
6	Senin, 07 Maret 2022	Acc BAB II dan III		
7	Kamis, 10 Maret 2022	Konsul BAB IV - lengkapi data pengkajian - perbaiki analisa data		
8	Pabu, 23 Maret 2022	Acc BAB IV, Konsul bab V - Perbaiki kesimpulan, dan saran		
9	Kabu, 20 April 2022	Acc BAB V, lanjut Pemb. 2, Acc sidang		
10	Senin, 23 Mei 2022	Perbaiki abstrak dan askep, + B kan		
11	Kamis, 27 Mei 2022	Lampirkan askep tulis tangan		
12	Kamis, 02 Juni 2022	Acc Cetak		

Bandar Lampung, 20 April 2022
 Pembimbing Utama

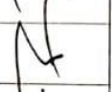
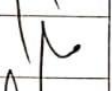
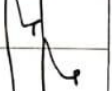
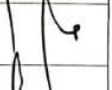

 D. APRILHA, S.Kp, M.Kes
 196404291988032001

Lampiran 5

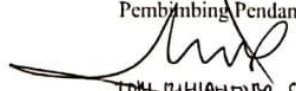
	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : CAESARIA ANTOHMAH
 NIM : 1914401049
 Pembimbing Pendamping : TOMI RIHANTORO, S.Kp., M.Kep.
 Judul Tugas Akhir :
 ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN FISIK PADA PASIEN HEPATITIS
 DI RUWATU RAWAT KELAS I RS BHAYANGKARA PULDA BANDAR LAMPUNG
 TAHUN 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	25 April 2022	Konsul BAB I - Perbaiki abstrak, latar belakang, penulisan, tujuan penelitian		
2	27 April 2022	ACC BAB I		
3	29 April 2022	Konsul BAB II dan III - Perbaiki penulisan huruf/istilah asing - tambahkan referensi pada intervensi		
4	29 April 2022	Konsul BAB II dan III - Tambahkan referensi, perbaiki penulisan		
5	9 Mei 2022	ACC BAB II dan III		
6	10 Mei 2022	Konsul BAB IV, - lengkapi pengkajian - Perbaiki askep, data harus sesuai pengkajian		
7	12 Mei 2022	ACC BAB IV		
8	14 Mei 2022	Konsul BAB V dan Dapus - Perbaiki penulisan dan Dapus sesuai format		
9	16 Mei 2022	ACC BAB V, lanjut sidang		
10	6 Juni 2022	ACC cetak		
11				
12				

Bandar Lampung, 16 Mei 2022.....
 Pembimbing Pendamping


 TOMI RIHANTORO, S.Kp., M.Kep
 197111291994021001

Lampiran 6

	POLTEKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : CAESARIA ARROHMAH
 NIM : 1914401049
 Tanggal : 19 Mei 2022
 Judul Penelitian : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KESEHATAN NUTRISI
 PADA PASIEN HEPATITIS DI RUANG RAWAT KELAS I
 RS BHATASUKARA POLOA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2022

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
	AL Murhan	
	Judul : H.B. + kanak-kanak sakit, hilangkan ruang rawat kelas I	✓
	Abstrak : Hindari teori + berapa lab	✓
	Daftar isi : Lamp + perca hal	✓
	Daftar tabel : Beri hal	✓
	Perbaiki penulisan Daftar	✓
	Pengkajian : Lengkap & koreksi	✓
	Intervensi : Ronda Lemah + Bed	✓
	Lampiran : Form pengkajian	✓
	LETORI	

Bandar Lampung, 19 Mei 2022

TIM PENGUJI

Ketua

AL MURHAN, S.KM., M.Kes
 NIP. 19660101198031006

Anggota 1

TOHA RUMAHORO, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197111291994021001

Anggota 2
 (Moderator/Sekretaris)

ARROHMA, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196909291988032001

Lampiran 7

MENU DIET HATI II

Nama: Ny. Y

Ruang: Kelas 1

Tanggal: 09 Februari 2022

Jenis Diet: Diet Hati II

Menu	Berat	URT	Penukar
Pagi			
Nasi tim	300gr	1 ½ gelas	1 ½ karbohidrat
Telur ayam	55gr	1 butir	1 hewani
Sup jamur	110gr	Sekehendak	Sayuran
Jeruk	110gr	1 buah	1 buah
Snack pagi			
Puding maizena	25gr	5 sdm	½ karbohidrat
Jus pepaya	123gr	1 ptg besar	1 buah dan 1 gula
Siang			
Nasi tim	300gr	1 ½ gelas	1 ½ karbohidrat
Gadon daging	35gr	1 ptg sdg	1 hewani
Orak-arik tempe	25gr	2 ptg sdg	1 nabati
Tumis buncis	100gr	1 gls	1 sayuran
Pisang	50gr	1 buah	1 buah
Snack sore			
Puding maizena	25gr	5 sdm	½ karbohidrat
The manis	26gr	2 sdm	2 gula
Malam			
Nasi tim	300gr	1 ½ gls	1 ½ karbohidrat

Ikan asam manis	40gr	1 ptg sdg	1 hewani
Sup tahu	55gr	1 ptg besar	½ nabati
Tumis labu siam	100gr	1 gls	1 sayuran
Jus melon	110gr	1 ptg besar	1 buah
Snack malam			
Biskuit	20gr	2 buah besar	½ karbohidrat

Lampiran 8

DIET HATI PADA HEPATITIS



OLEH

CAESARIA ARROHMAH

1914401049

POLTEKKES TANJUNGGARANG

DII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
TAHUN 2022



DIET HATI merupakan diet yang diberikan pada pasien dengan penyakit pada hati yaitu hepatitis dan sirosis hati.

TUJUAN DIET HATI

1. Meningkatkan regenerasi jaringan hati dan mencegah kerusakan lebih lanjut dan/atau meningkatkan fungsi jaringan yang tersisa
2. Mencegah katabolisme protein
3. Mencegah penurunan berat badan atau meningkatkan berat badan bila kurang
4. Mencegah atau mengurangi asites, varises esophagus, dan hipertensi portal
5. Mencegah koma hepatic.



SYARAT DIET HATI

- 1) Tinggi karbohidrat, untuk mencegah pemecahan protein diberikan bertahap sesuai dengan kemampuan pasien yaitu 40-45 Kkal/KgBB
- 2) Lemak yang cukup, yaitu 20-25 % dari kebutuhan energi total dalam bentuk yang mudah dicerna atau dalam bentuk emulsi.
- 3) Tinggi protein, yaitu 1,25- 1,5 g/kgbb agar terjadi anabolisme protein.
- 4) Vitamin dan mineral diberikan sesuai dengan tingkat defisiensi. Bila perlu diberikan suplemen vitamin B kompleks, C dan K serta mineral seng dan zat besi bila ada anemia.
- 5) Rendah natrium, tergantung tingkat edema dan asites.
- 6) Cairan diberikan lebih dari biasa kecuali bila ada kontraindikasi.
- 7) Bentuk makanan lunak atau makanan biasa sesuai kemampuan saluran cerna.



MAKANAN YANG DIANJURKAN UNTUK PASIEN HEPATITIS

1. Nasi, kentang, roti, gula, tepung-tepungan yang dibuat bubur
2. Sayuran yang tidak banyak serat & tidak menimbulkan gas : bayam, labu kuning, labu siam, wortel, kacang Panjang dll.
3. Papaya, pisang, jeruk, melon, semangka, dll.



MAKANAN YANG DIBATASI

1. Daging tidak berlemak, ikan, ayam, hati yang dipanggang, diungkep, disemur, telur direbus/dadar.
2. Kopi encer, susu krim.
3. Garam dapur, margarin, mentega, minyak goreng, santan encer.



MAKANAN YANG DIHINDARI

1. Ketan, ubi, singkong, talas, kue gurih, & cake
2. Daging berlemak, daging asap, sosis, sarden, daging/ikan yang diawetkan, susu full cream, susu kental manis & hasil olahannya, keju, es krim.
3. Sayuran yang berserat & menimbulkan gas : kol, sawi, lobak, daun singkong, Nangka muda, kembang kol, buah-buahan yang tinggi serat, tinggi lemak, dapat menimbulkan gas seperti : Nangka, nanas, durian, kedondong
4. Minuman yang mengandung soda & alkohol : arak, bir, soft drink
5. Gorengan, santan kental, kelapa, tape, bumbu cabe, cuka, lada, kecap asin, saus tomat.

