

## LAMPIRAN 1 Asuhan Keperawatan

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H GASTRITIS DENGAN RISIKO GANGGUAN PEMENUHAN NUTRISI : KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH DI RUMAH SAKIT AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

#### A. PENGKAJIAN

##### 1. Pengumpulan Data

###### a. Identitas Klien

Nama	: Tn. H
Tanggal lahir/Usia	: 2 Agustus 1994/28 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Golongan Darah	: Pasien tidak mengetahui
Diagnosa Medis	: Gastritis
Nomor Register	: 00870709
Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 10 April 2023, 13.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 11 April 2023, 10.00 WIB
Alamat	: Bumi Priangan Persada, Blok D52, Desa Baros, Kec. Arjasari, Kab. Bandung

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. I  
Umur : 58 Tahun  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Tidak bekerja  
Alamat : Bumi Priangan Persada, Blok D52,  
Desa Baros, Kec. Arjasari, Kab.  
Bandung  
Hubungan dengan pasien : Ibu mertua

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan mual muntah sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit.

b) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan 2 minggu sebelumnya pasien mengonsumsi daging sapi secara berlebihan yang mengakibatkan pasien mual dan muntah setelahnya, lalu pasien pergi ke IGD rumah sakit lain dan dilakukan tes laboratorium yang menunjukkan adanya infeksi namun tidak dirawat. Pada tanggal 10 April 2023, pasien memutuskan untuk datang ke IGD RS Al-Ihsan karena merasa tidak ada perubahan yang signifikan dimana pasien terus merasa

mual dan mengalami muntah ketika makan dan minum, sehingga nafsu makan pasien menurun.

c) Keluhan utama saat dikaji

Saat dikaji pasien mengeluh tidak ada asupan makanan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, setiap kali pasien makan akan langsung muntah, pasien mengeluh nyeri pada bagian ulu hati. Nyeri semakin terasa setelah pasien muntah dan berkurang jika pasien berbaring dengan posisi menekuk perut, nyeri yang dirasakan seperti ditekan yang mengakibatkan mual, nyeri tidak menyebar dan hilang timbul dengan skala nyeri 3 dari 0-10.

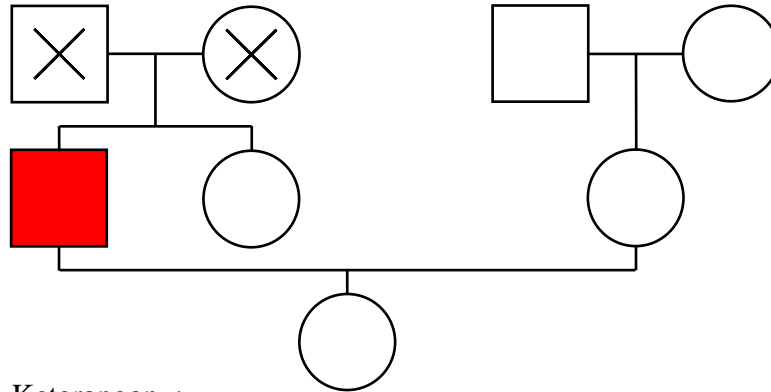
2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi minimal 2 gelas per hari, kebiasaan makan sehari-harinya terjaga, tidak mengonsumsi makanan pedas maupun asam secara berlebihan, jadwal makan yang tetap, atau mengonsumsi obat-obatan yang tergolong OAINS, pasien mengatakan tidak mudah stress dan tidak pernah mengalami kondisi seperti ini sebelumnya.





3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki riwayat penyakit, begitu pun keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menurun seperti diabetes atau pun penyakit menular seperti HIV dan AIDS.

4) Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Pasien

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Sebelum sakit	Sesudah sakit
1.	Nutrisi		
	Makan:		
	Jenis	Nasi, lauk pauk, sayur	Bubur, sayur, buah
	Frekuensi	3x/ hari	3x/ hari
	Porsi	1 porsi habis	½ porsi tidak habis
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Muntah, tidak nafsu makan
	Minum:		
	Jenis	Air putih dan kopi	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas/hari	1 gelas/hari
	Jumlah	2000 cc	200 cc
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Mual, muntah
2.	Personal hygiene		
	Mandi:		
	Frekuensi	3x/ hari	1x/ hari
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Pasien lemas
	Keramas:		
	Frekuensi	1x/ 2 hari	Belum keramas
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Pasien lemas

Gosok gigi:		
Frekuensi	2x/ hari	1x/ hari
Keluhan	Tidak ada keluhan	Mual
Gunting kuku:		
Frekuensi	1x/ 2 minggu	Kuku masih pendek
keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
3.	Eliminasi	
BAB:		
Frekuensi	Setiap hari	Terakhir pada 9 April 2023
Konsistensi	Lembek	Lembek
Warna	Kuning	Kuning
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
BAK:		
Frekuensi	5-7x/ hari	3x/ hari
Warna	Jernih	Kuning
Keluhan	Tidak ada	BAK sedikit
4.	Istirahat	
Tidur siang:		
Waktu	Tidak pernah tidur siang	13.00 – 15.00
Kualitas	Tidak pernah tidur siang	Nyenyak
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Tidur malam:		
Waktu	22.00 – 04.30	22.00 – 04.30
Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
Keluhan	Tidak ada keluhan	Serting terjaga karena nyeri di ulu hati
5.	Aktivitas lain	
Olahraga:		
Frekuensi	Jogging	Tidak berolahraga
Durasi	1x/ minggu	Tidak ada
Keluhan	30 menit	Tidak ada
Gaya hidup:	Tidak ada	Lemas
	Perokok aktif	Pasien tidak merokok

e. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan umum: pasien terlihat lemas

Tanda-tanda vital

Suhu : 37,3°C

Nadi : 65x/menit

RR : 20x/menit

Tekanan darah : 112/73 mmHg

SpO<sub>2</sub> : 99%

Antropometri

BB sebelum sakit : 71 kg

BB sesudah sakit : 68 kg

TB : 177 cm

IMT sebelum sakit: 22,6 (normal)

IMT sesudah sakit: 21,7 (normal)

## 2) Sistem Pernapasan

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat sekret, tidak ada polip, tidak ada perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada sinus. Bentuk dada normal chest, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, saat diperkusi pada paru terdengar bunyi sonor, pada saat dilakukan pemeriksaan auskultasi suara napas vesikuler, irama napas teratur, tidak ada sputum, tidak ada batuk, tidak sianosis.

## 3) Sistem Kardiovaskular

Saat diinspeksi, bentuk dada normal chest simetris, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba kuat. Pada saat diperkusi pada jantung posisi jantung dalam batas normal, tidak terjadi pembesaran jantung, batas jantung ics 2-3, batas jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas

bawah jantung ics 4-5 dan saat diauskultasi terdengar bunyi jantung s1s2 lup dub, crt kembali <3 detik

4) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir pasien kering dan pucat, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada mulut dan bibir pasien. Saat dilakukan palpasi tidak terdapat pembesaran hati, terdapat nyeri tekan pada bagian ulu hati, pada saat di auskultasi terdengar bising usus 31 x/menit

5) Sistem Perkemihan

Warna urin kuning, tidak terdapat hematuria, tidak ada distensi bladder

6) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada poliuri, polidipsi, dan polifagia

7) Sistem Persyarafan

Kesadaran: composmentis, GCS 15 (E: 4, M: 6, V: 5)

8) Sistem Integumen

Tidak ada sianosis, tidak ada bekas luka lecet maupun jahitan, warna kulit kecoklatan, tidak terdapat edema pada kaki mau pun tangan, saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada kaki mau pun tangan pasien bisa merasakan benda halus, benda tajam, pasien bisa menggerakkan kaki dan tangannya, dan turgor kulit kembali > 2 detik

9) Sistem muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas

Bentuk tangan simetris kiri dan kanan, jumlah jari 10 tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, kekuatan otot tangan 5 | 5 serta pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan

b) Ekstremitas bawah

Bentuk kaki simetris kiri dan kanan, jumlah jari kaki 10, tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, kekuatan otot kaki 5 | 5

10) Sistem Penglihatan

Pada saat diinspeksi posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sclera berwarna putih, pupil isokor, tidak ada tanda radang

11) Sistem Wicara dan THT

Pasien tidak ada kesulitan dalam berbicara serta dapat mendengar suara perawat dengan jelas

f. Data Psikososial

1) Status emosi

Pasien gelisah karena nyeri, namun pasien dapat mengontrolnya

2) Kecemasan

Pasien tampak cemas karena kondisinya

3) Pola koping

Pasien tidak merasa putus asa untuk sembuh dan tetap berusaha untuk menerima perawatan yang diberikan oleh rumah sakit demi



kesembuhannya. Jika ada masalah pun pasien akan memberi tahu kepada keluarganya.

4) Pola komunikasi

a) Verbal

Pasien dapat menyampaikan apa yang ingin disampaikan dengan baik secara verbal kepada keluarga, perawat, dokter, dan tenaga medis serta pihak rumah sakit lainnya.

b) Non verbal

Pasien memahami apa yang perawat katakan dengan respon mengangguk serta memerhatikan lawan bicara dengan seksama

5) Konsep diri

a) Body image

Pasien mengatakan bahwa dirinya menyukai bentuk tubuhnya

b) Ideal diri

Pasien berharap dirinya bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas kembali

c) Peran diri

Pasien adalah seorang suami bagi istrinya, seorang ayah bagi anaknya, dan seorang kakak bagi adiknya

d) Identitas diri

Pasien adalah seorang laki-laki berusia 28 tahun

e) Harga diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa malu atau pun lemah karena kondisinya saat ini

g. Data Sosial

1) Pendidikan dan pekerjaan

Pasien berpendidikan S1 dan sekarang merupakan seorang karyawan swasta

2) Sosial

Pasien mengatakan hubungannya dengan lingkungan sekitarnya baik

3) Faktor sosiokultural

Pasien mengatakan bahwa adat istiadat serta kebiasaan keluarganya tidak bertentangan dengan dunia kesehatan

h. Data Spiritual

1) Makna hidup

Pasien mengatakan bahwa hidup ini sangat bermakna juga berharga, pasien sangat bersyukur meskipun saat ini sedang diberi rasa sakit.

2) Pandangan terhadap sakit

Pasien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya sekarang adalah cobaan dari Allah SWT padanya. Agar ia senantiasa untuk selalu sabar dan ikhlas.

3) Keyakinan akan kesembuhan

Pasien mengatakan ia tidak putus asa dan yakin dapat sembuh dari penyakit yang sedang dideritanya saat ini.

4) Kemampuan beribadah saat sakit

Selama sakit pasien selalu berusaha untuk beribadah 5 waktu. Pasien pun selalu berdoa, mengaji dan berdzikir. Serta keluarganya selalu mendukung dan mendoakan pasien

i. Data Penunjang

10 April 2023

Data	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Darah rutin			
Hemoglobin	15.7	g/dL	13.0 – 18.0
Leukosit	<b>14340</b>	sel/ $\mu$ L	3800 – 10600
Eritrosit	5.17	juta/ $\mu$ L	4.5 – 6.5
Hematokrit	46.7	%	40 – 52
Trombosit	230000	sel/ $\mu$ L	150000 – 440000
Kimia klinik			
Gula darah			
Glukosa Darah Sewaktu	157	mg/dL	70 - 200
Imunologi			
Rapid Antigen Covid-19	Negatif		

13 April 2023

Data	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
Darah rutin			
Hemoglobin	15.0	g/dL	13.0 – 18.0
Leukosit	6230	sel/ $\mu$ L	3800 – 10600
Eritrosit	5.89	juta/ $\mu$ L	4.5 – 6.5
Hematokrit	44.6	%	40 – 52
Trombosit	218000	sel/ $\mu$ L	150000 – 440000
Imunologi			
Widal			
Salmonella Typhi H	1/80		Negatif
S. Paratyphi AH			
S. Paratyphi BH	Negatif		Negatif

S. Paratyphi CH	Negatif	Negatif
Salmonella Typhi O	Negatif	Negatif
S. Paratyphi AO	1/160	Negatif
S. Paratyphi BO		
S. Paratyphi CO	Negatif	Negatif
	Negatif	Negatif
	1/80	Negatif

j. Terapi

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
Ondansetron	3 x 4 mg	IV	Obat yang digunakan sebagai profilaksis dan untuk mengobati gejala mual dan muntah
Pantoprazole	2 x 40 mg	IV	Obat yang digunakan untuk mengobati gejala akibat peningkatan asam lambung
Levofloxacin	1 x 500 ml	IV	Obat anitibiotik kuinolon yang digunakan untuk mengatasi penyakit yang disebabkan karena infeksi bakteri
Sukralfat	3 x 500 mg	Oral	Obat yang digunakan untuk mengatasi gastritis, tukak lambung, atau ulkus duodenum
Braxidin	3 x 5 mg	Oral	Obat yang digunakan untuk mengatasi gejala yang timbul akibat tukak lambung yang berfungsi sebagai antispasmodic yang bekerja dengan cara melemaskan otot pada saluran cerna
Ringer Laktat	20 TPM	IV	RL digunakan untuk mengganti cairan yang hilang

2. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: Pasien mengeluh sudah mengalami mual muntah semenjak 3 hari	Infeksi bakteri H. pylori ↓ Melekat pada epitel lambung ↓	Hipovolemi

<p>sebelum masuk rumah sakit DO: - intake pasien kurang dari kebutuhan tubuh - intake output pasien tidak stabil - mukosa bibir kering - turgor kulit kembali &gt; 2 detik</p>	<p>Menghancurkan lapisan mukosa lambung ↓ Menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin ↓ Menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ Erosi mukosa lambung ↓ Mukosa lambung kehilangan integritas jaringan ↓ Dorongan ekspulsi isi lambung ke mulut ↓ Muntah ↓ Hipovolemi</p>	
<p>2. DS: Pasien mengeluh setiap makan dan minum selalu dimuntahkan kembali DO: - TD: 112/73 mmHg - Nadi: 65x/menit - RR: 20x/menit - Suhu: 37,3°C - BB sebelum sakit: 71 kg - BB setelah sakit: 68 kg - IMT sebelum sakit: 22,6 (normal) - IMT setelah sakit: 21,7 (normal) - bising usus 31x/menit - leukosit 14340 sel/<math>\mu</math>L - pasien tidak dapat menghabiskan 1 porsi makan</p>	<p>Infeksi bakteri H. pylori ↓ Melekat pada epitel lambung ↓ Menghancurkan lapisan mukosa lambung ↓ Menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin ↓ Menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ Erosi mukosa lambung ↓ Mukosa lambung kehilangan integritas jaringan ↓ Dorongan ekspulsi isi lambung ke mulut ↓ Muntah ↓</p>	<p>Risiko defisit nutrisi</p>

Risiko defisit nutrisi			
3.	DS: Pasien mengeluh nyeri pada epigastrium dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan nyerinya tidak menyebar dan terasa seperti ditekan DO: - tampak meringis - nadi: 65x/menit	Infeksi bakteri H. pylori ↓ Melekat pada epitel lambung ↓ Menghancurkan lapisan mukosa lambung ↓ Menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin ↓ Menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin ↓ Inflamasi ↓ Nyeri epigastrium ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
4.	DS: Pasien mengatakan ketika tidur di malam hari sering terbangun karena nyeri DO: - Skala nyeri 3 (0-10)	Nyeri akut ↓ Merangsang aktivasi sistem retikulasi (RAS) ↓ Terbangun ketika tidur ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

## B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif d.d muntah
2. Risiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan
3. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis: inflamasi d.d mengeluh nyeri di ulu hati
4. Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d terbangun ketika tidur

### C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1.	Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif d.d muntah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x7 jam diharapkan tidak terjadi kekurangan volume cairan dengan kriteria hasil: - Membran mukosa bibir lembab - Turgor kulit normal Intake output seimbang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output)</li> <li>2. Kaji sumber kehilangan cairan</li> <li>3. Pengukuran tekanan darah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah dan tipe cairan pengganti ditentukan dari keadaan cairan. Penurunan volume cairan mengakibatkan menurunnya produksi urin. Monitor dilakukan dengan ketat pada produksi urin &lt; 600 ml/hari merupakan tanda-tanda terjadinya syok hipovolemi</li> <li>2. Kehilangan cairan dan muntah dapat disertai dengan keluarnya natrium melalui oral yang juga akan meningkatkan risiko gangguan elektrolit</li> <li>3. Hipotensi dapat terjadi pada kondisi hypovolemia. Hal tersebut menunjukkan manifestasi terlibatnya sistem kardiovaskular untuk</li> </ol>

				melakukan kompensasi mempertahankan tekanan darah
			4. Kaji warna kulit, suhu, sianosis, nadi perifer, dan diaphoresis secara teratur	4. Mengetahui adanya pengaruh peningkatan tahanan perifer
			5. Hitung kebutuhan cairan	5. Untuk mengetahui jumlah cairan yang dibutuhkan oleh pasien
			6. Berikan asupan cairan oral	6. Untuk mempertahankan intake cairan pada pasien
			7. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral	7. Untuk mempertahankan intake cairan pada pasien
			Tindakan kolaborasi: pertahankan pemberian secara IV	Jalur yang paten penting untuk pemberian cairan cepat dan memudahkan perawat dalam melakukan kontrol intake dan output cairan
2.	Risiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x7 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien adekuat dengan kriteria hasil: - Makan habis 1 porsi - Nafsu makan baik	1. Kaji status nutrisi dan pola makan pasien 2. Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama 3. Puaskan klien sama	1. Sebagai dasar untuk menentukan intervensi 2. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 3. Menurunkan rangsangan lambung,



	- Bb stabil/meningkat		selama fase akut	sehingga mencegah muntah
			4. Berikan minum peroral secara bertahap, jika fase akut berkurang	4. Untuk merangsang kerja gaster secara bertahap
			5. Berikan makan peroral secara bertahap, mulai dari makanan saring	5. Mencegah terjadinya iritasi pada mukosa lambung
			6. Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein	6. Kafein dapat merangsang aktivitas gaster
			7. Berikan terapi multivitamin dan antasid sesuai program medik	7. Untuk meningkatkan nafsu makan dan mnghilangkan mual
3.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis: inflamasi d.d mengeluh nyeri di ulu hati	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x7 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: - Pasien rileks - Keluhan nyeri menurun - Skala nyeri menurun	1. Monitor TTV  2. Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya  3. Berikan makanan sedikit tapi sering	1. Untuk mengetahui respon pasien terhadap keluhan  2. Untuk menentukan intervensi dan mengetahui efek terapi  3. Makanan sebagai penetralisasi asam lambung

---

			4. Atur posisi tidur yang nyaman bagi pasien	4. Posisi yang nyaman dapat menurunkan nyeri
			5. Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti pedas, asam, dan mengandung gas	5. Makanan yang merangsang dapat mengiritasi mukosa lambung
			6. Anjurkan melakukan teknik relaksasi napas dalam, mendengarkan musik, membaca, atau menonton	6. Teknik relaksasi dapat mengalihkan perhatian pasien sehingga dapat menurunkan nyeri
			7. Berikan terapi analgetik dan antasid	7. Untuk menghilangkan nyeri lambung





---










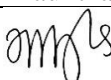
4.	Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d terbangun ketika tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x7 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil: - Keluhan sering terbangun berkurang - Kebutuhan istirahat tidur terpenuhi	1. Identifikasi pola tidur	1. Sebagai dasar untuk menentukan implementasi yang akan dilakukan
			2. Identifikasi faktor pegganggu tidur	2. Sebagai dasar untuk menentukan intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien
			3. Modifikasi lingkungan	3. Lingkungan yang tidak nyaman seperti kebersihan,









---










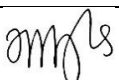
			pencapaian, tingakt kebisingan, akan memengaruhi kenyamanan pasien saat tidur
	4.	Jelaskan pentingnya tidur saat sakit	4. Istirahat tidur bagi seseorang yang sakit sangat penting sebab tidur akan meningkatkan daya tahan terhadap infeksi dan mempercepat pemulihan










#### D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN





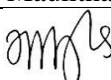





Tanggal dan Jam	Dx	Implementasi	Paraf
11 April 2023 10.00 WIB	1, 3	Monitor TTV E/: Suhu : 37,3°C Nadi : 65x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 112/73 mmHg SpO <sub>2</sub> : 99%	 Maulitha
10.15 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dengan skala 3, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan hilang timbul	 Maulitha
10.17 WIB	2	Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama E/: BB : 68 kg	 Maulitha
10.18 WIB	2	Kaji status nutrisi dan pola makan pasien E/: BB : 68 kg TB : 177 cm IMT : 21,7 (normal)	 Maulitha

10.23 WIB	1	Hitung kebutuhan cairan E/: BB : 68 kg Kebutuhan cairan : 2460 ml/hari	 Maulitha
10.25 WIB	1	Kaji sumber kehilangan cairan E/: Pasien banyak kehilangan cairan karena muntah setiap minum, sehingga terhitung dari 100 ml air yang diminum, pasien memuntahkannya sekitar 50 ml	 Maulitha
10.30 WIB	1	Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral E/: Pasien mengerti dan akan berusaha untuk lebih banyak minum	 Maulitha
12.00 WIB	3, 1	Monitor TTV E/: Suhu : 37,5°C Nadi : 57x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 119/76 mmHg SpO <sub>2</sub> : 98%	 Maulitha
12.08 WIB	1	Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output) E/: Turgor kulit > 2 detik, membran mukosa pucat, kering, intake 700 ml, output 600 ml, IWL (+) 100	 Maulitha
12.10 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dengan skala 3, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan hilang timbul	 Maulitha
12.12 WIB	3	Anjurkan melakukan teknik relaksasi napas dalam, mendengarkan musik, membaca, atau menonton E/: Pasien mengerti dan dapat melakukan teknik napas	 Maulitha
12.15 WIB	1	Berikan asupan cairan oral E/: Pasien menghabiskan ½ gelas air putih	 Maulitha
12.18 WIB	2, 3	Berikan makan sedikit tapi sering E/: Pasien menghabiskan ½ porsi	 Maulitha
12.30 WIB	3	Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung,	 Maulitha










		seperti pedas, asam, dan mengandung gas E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan yang disediakan rumah sakit	
12.33 WIB	2	Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya minum air putih	 Maulitha
13.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi sukralfat 1x500 mg secara oral E/: Pasien dapat meminum obatnya tanpa hambatan	 Maulitha
12 April 2023 15.00 WIB	1, 3	Monitor TTV E/: Suhu : 38°C Nadi : 68x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 124/80 mmHg SpO <sub>2</sub> : 99%	 Maulitha
15.15 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dengan skala 3, nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi jarang dirasakan	 Maulitha
15.17 WIB	4	Identifikasi pola tidur E/: Pasien mengatakan semalam tidak dapat tidur dengan nyenyak	 Maulitha
15.19 WIB	4	Identifikasi faktor pengganggu tidur E/: Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena sering terbangun akibat nyeri ulu hati	 Maulitha
15.21 WIB	2	Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama E/: BB : 68 kg	 Maulitha
15.25 WIB	2	Kaji status nutrisi dan pola makan pasien E/: BB : 68 kg TB : 177 cm IMT : 21,7 (normal)	 Maulitha










15.28 WIB	1	Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output) E/: Turgor kulit < 2 detik, membrane mukosa pucat, kering, intake 700 ml, output 400 ml, IWL (+) 300	 Maulitha
15.29 WIB	1	Hitung kebutuhan cairan E/: BB : 68 kg Kebutuhan cairan : 2460 ml/hari	 Maulitha
15.30 WIB	1	Kaji sumber kehilangan cairan E/: Pasien masih muntah ketika diberi asupan, namun tidak separah hari sebelumnya	 Maulitha
15.32 WIB	1	Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral E/: Pasien mengerti dan akan berusaha untuk lebih banyak minum	 Maulitha
18.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi ondansetron 1x4 mg, pantoprazole 1x40 mg, sukralfat 1x500 mg, dan braxidin 1x5 mg. E/: Pasien menerima semua terapi farmakologi	 Maulitha
18.30 WIB	1	Berikan asupan cairan oral E/: Pasien menghabiskan ½ gelas air putih	 Maulitha
18.33 WIB	2, 3	Berikan makan sedikit tapi sering E/: Pasien menghabiskan ½ porsi	 Maulitha
18.50 WIB	3	Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti pedas, asam, dan mengandung gas E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan yang disediakan rumah sakit	 Maulitha
18.55 WIB	2	Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya meminum air putih	 Maulitha
20.15 WIB	4	Jelaskan pentingnya tidru saat sakit E/:	 Maulitha










		Pasien mengerti apa yang perawat jelaskan	
20.20 WIB	4	Modifikasi lingkungan E/: Kasur pasien diberishkan, lampu kamar pasien dimatikan dan izin kepada pasien disebelahnya agar tidak terlalu berisik	 Maulitha
20.30 WIB	3	Atur posisi tidur yang nyaman bagi pasien E/: Pasien mengatakan posisinya sudah nyaman dengan berbaring	 Maulitha
13 April 2023 15.00 WIB	1, 3	Monitor TTV E/: Suhu : 36,8°C Nadi : 68x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 119/81 mmHg SpO <sub>2</sub> : 98%	 Maulitha
15.15 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan nyeri di ulu hati dengan skala 1, nyeri sudah sangat menurun	 Maulitha
15.17 WIB	4	Identifikasi pola tidur E/: Pasien mengatakan tidurnya masih belum sepenuhnya nyenyak	 Maulitha
15.19 WIB	4	Identifikasi faktor pengganggu tidur E/: Pasien mengatakan tidurnya masih suka terbangun, namun tidak sering	 Maulitha
15.20 WIB	2	Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama E/: BB : 68,2 kg	 Maulitha
15.24 WIB	2	Kaji status nutrisi dan pola makan pasien E/: BB : 68,2 kg TB : 177 cm IMT : 21,7 (normal)	 Maulitha
15.25 WIB	1	Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output) E/: Turgor kulit < 2 detik, membrane mukosa lembab, intake 800 ml, output 400 ml, IWL (+) 400 ml	 Maulitha

15.29 WIB	1	Kaji sumber kehilangan cairan E/: Pasien terkadang masih muntah ketika makan dan minum	 Maulitha
15.33 WIB	1	Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral E/: Pasien mengerti dan akan berusaha untuk lebih banyak minum	 Maulitha
18.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi ondansetron 1x4 mg, pantoprazole 1x40 mg, sukralfat 1x500 mg, dan braxidin 1x5 mg. E/: Pasien menerima semua terapi farmakologi	 Maulitha
18.30 WIB	1	Berikan asupan cairan oral E/: Pasien menghabiskan ½ gelas air putih	 Maulitha
18.33 WIB	2, 3	Berikan makan sedikit tapi sering E/: Pasien menghabiskan ½ porsi	 Maulitha
18.50 WIB	3	Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti pedas, asam, dan mengandung gas E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan yang disediakan rumah sakit	 Maulitha
18.55 WIB	2	Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan dan minuman yang disediakan rumah sakit	 Maulitha
20.15 WIB	4	Jelaskan pentingnya tidru saat sakit E/: Pasien mengerti apa yang perawat jelaskan	 Maulitha
20.20 WIB	4	Modifikasi lingkungan E/: Kasur pasien diberishkan, lampu kamar pasien dimatikan dan izin kepada pasien disebelahnya agar tidak terlalu berisik	 Maulitha
20.30 WIB	3	Atur posisi tidur yang nyaman bagi pasien E/:	 Maulitha







		Pasien mengatakan posisinya sudah nyaman dengan berbaring	
14 April 2023 08.00 WIB	3, 1	Monitor TTV E/: Suhu : 37,1°C Nadi : 58x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 121/78 mmHg SpO <sub>2</sub> : 98%	 Maulitha
08.15 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri	 Maulitha
15.17 WIB	4	Identifikasi pola tidur E/: Pasien mengatakan tidurnya sudah nyenyak	 Maulitha
08.17 WIB	2	Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama E/: BB : 68,3 kg	 Maulitha
08.18 WIB	2	Kaji status nutrisi dan pola makan pasien E/: BB : 68,3 kg TB : 177 cm IMT : 21,8 (normal)	 Maulitha
08.20 WIB	1	Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output) E/: Turgor kulit < 2 detik, membrane mukosa lembab, intake 800 ml, output 300 ml, IWL (+) 500 ml	 Maulitha
08.30 WIB	1	Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral E/: Pasien mengerti dan akan berusaha untuk lebih banyak minum	 Maulitha
12.00 WIB	3, 1	Monitor TTV E/: Suhu : 37,5°C Nadi : 57x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 119/76 mmHg SpO <sub>2</sub> : 98%	 Maulitha
12.10 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/:	 Maulitha


		Pasien mengatakan nyeri di ulu hati sudah berkurang dengan skala 0 (0-10)	
12.15 WIB	1	Berikan asupan cairan oral E/: Pasien menghabiskan 1 gelas air putih	 Maulitha
12.18 WIB	2, 3	Berikan makan sedikit tapi sering E/: Pasien menghabiskan 1 porsi	 Maulitha
12.30 WIB	3	Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti pedas, asam, dan mengandung gas E/: Pasien mengatakan akan menjaga pola makannya ketika sudah pulang nanti	 Maulitha
12.33 WIB	2	Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein E/: Pasien mengatakan akan mengurangi kebiasaan minum kopinya	 Maulitha
13.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi ondansetron 1x4 mg, pantoprazole 1x40 mg, sukralfat 1x500 mg, braxidin 3x5 mg E/: Pasien menerima semua terapi farmakologi	 Maulitha
15 April 2023 15.00 WIB	3, 1	Monitor TTV E/: Suhu : 36,7°C Nadi : 63x/menit RR : 20x/menit Tekanan darah : 120/78 mmHg SpO <sub>2</sub> : 99%	 Maulitha
15.15 WIB	3	Kaji dan catat keluhan nyeri termasuk lokasi, intensitas, dan lamanya E/: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri	 Maulitha
15.17 WIB	2	Timbang berat badan pasien setiap hari dengan alat ukur yang sama E/: BB : 68,4 kg	 Maulitha
15.18 WIB	2	Kaji status nutrisi dan pola makan pasien E/: BB : 68,4 kg TB : 177 cm IMT : 21,8 (normal)	 Maulitha


15.20 WIB	1	Monitor status cairan (turgor kulit, membran mukosa, dan urin output) E/: Turgor kulit < 2 detik, membran mukosa lembab, intake 850 ml, output 500 ml, IWL (+) 350	 Maulitha
15.30 WIB	1	Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral E/: Pasien mengerti dan akan berusaha untuk lebih banyak minum	 Maulitha
17.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi sukralfat 1x500 mg E/: Pasien menerima pemberian terapi farmakologi	 Maulitha
18.00 WIB	3	Kolaborasi pemberian terapi farmakologi ondansetron 1x4 mg, pantoprazole 1x40 mg, braxidin 3x5 mg E/: Pasien menerima semua terapi farmakologi	 Maulitha
18.30 WIB	1	Berikan asupan cairan oral E/: Pasien menghabiskan 1 gelas air putih	 Maulitha
18.33 WIB	2, 3	Berikan makan sedikit tapi sering E/: Pasien menghabiskan 1 porsi	 Maulitha
18.50 WIB	3	Jelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti pedas, asam, dan mengandung gas E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan yang disediakan rumah sakit	 Maulitha
18.55 WIB	2	Jelaskan agar pasien menghindari minuman yang mengandung kafein E/: Pasien mengatakan selama di rumah sakit hanya memakan makanan dan minuman yang disediakan rumah sakit	 Maulitha
20.30 WIB	3	Atur posisi tidur yang nyaman bagi pasien E/: Pasien mengatakan posisinya sudah nyaman dengan berbaring	 Maulitha

## E. EVALUASI KEPERAWATAN

<b>Tanggal dan Jam</b>	<b>Dx</b>	<b>Catatan Perkembangan</b>	<b>Paraf</b>
16 April 2023 11.00 WIB	1	S: Pasien mengatakan sudah tidak muntah lagi ketika makan atau minum O: - Membran mukosa bibir lembab - Turgor kulit normal - Intake 800, output 800, IWL (=) - Nadi: 88x/menit A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	 Maulitha
16 April 2023 11.00 WIB	2	S: Pasien mengatakan dirinya sudah dapat makan tanpa perasaan mual dan sudah tidak muntah O: - Makan habis 1 porsi - BB: 68,4 kg - Bising usus 16x/menit A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	 Maulitha
16 April 2023 11.00 WIB	3	S: Pasien mengatakan nyeri pada bagian perutnya sudah berkurang dan sudah tidak terasa dengan skala nyeri 0 dari 0-10 O: - Pasien tampak rileks - Skala nyeri menurun - Nadi: 66x/menit A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	 Maulitha
16 April 2023 11.00 WIB	4	S: Pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan ketika tidur sudah tidak terbangun karena sakit O: - Pasien dapat memenuhi kebutuhan istirahat tidurnya A: Masalah teratasi P: intervensi dihentikan	 Maulitha

## LAMPIRAN 2 Standar Operasional Prosedur

 <b>RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT</b>	<b>MEMBERI MAKAN PERORAL</b>		
	<b>No. Dokumen : 445/SPO.3418/Bidper</b>	<b>No Revisi : 04</b>	<b>Halaman : 1 dari 2</b>
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>Tanggal Terbit : 04 Maret 2019</b>	Ditetapkan oleh, Plt. Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jawa Barat  <b>H. Undang Komerudin, dr., SpAn., KIC</b> Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
<b>PENGERTIAN</b>	Adalah suatu kegiatan memberikan nutrisi berupa makanan kepada pasien melalui oral / mulut untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah dalam melaksanakan tindakan keperawatan memberi nutrisi berupa makanan kepada pasien per oral untuk memenuhi kebutuhannya.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
<b>PROSEDUR</b>	<p><b>1. PERSIAPAN</b></p> <p>a. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Makanan sesuai diet pasien pada tempatnya.</li> <li>2) Air minum pada tempatnya.</li> <li>3) Serbet makan/tissue.</li> <li>4) Bengkok (bila diperlukan).</li> <li>5) Meja makan pasien.</li> </ol> <p>b. Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien atau keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2) pasien diposisikan kepala lebih tinggi / setengah duduk.</li> </ol> <p>c. Persiapan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Skherm disekitar pasien ditutup, bedplang tempat tidur pasien dibuka agar memudahkan perawat bekerja maksimal.</li> </ol> <p><b>2. PELAKSANAAN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan sebelum tindakan.</li> <li>b. Cocokan nama pasien dengan gelang identitas.</li> <li>c. Pasang serbet makan dibawah dagu pasien.</li> <li>d. Ucapkan <i>bismillahirrohmanirohiim</i> dan pasien dibimbing untuk berdoa sebelum makan.</li> <li>e. Suapi pasien makanan dengan tidak terburu-buru.</li> <li>f. Beri minum setelah selesai makan.</li> <li>g. Bersihkan daerah sekitar mulut dengan tissue atau serbet makan.</li> <li>h. Ucapkan <i>alhamdulillah</i> dan doa setelah makan.</li> <li>i. Alat-alat dikembalikan ke tempat semula.</li> <li>j. Cuci tangan setelah tindakan.</li> </ol> <p><b>3. EVALUASI</b></p> <p>Observasi reaksi pasien setelah makan meliputi mual, muntah atau perasaan tidak nyaman.</p>		

 <b>RSUD AL-IHSAN</b> <b>PROVINSI JAWA BARAT</b>	<b>MEMBERI MAKAN PERORAL</b>		
	<b>No. Dokumen :</b> <b>445/SPO.3418/Bidper</b>	<b>No Revisi :</b> <b>04</b>	<b>Halaman :</b> <b>2 dari 2</b>
<b>PROSEDUR</b>	<b>4. DOKUMENTASI</b> Dokumentasikan tindakan dalam catatan rekam medik pasien meliputi : jam pelaksanaan, porsi makan dan reaksi setelah makan.		
<b>DOKUMEN TERKAIT</b>	Status Pasien		
<b>INSTALASI TERKAIT</b>	1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif		

## PROSEDUR MEMBERI MAKAN PER ORAL PADA PASIEN YANG TIDAK DAPAT MAKAN SENDIRI

1. **TUJUAN:**  
Memberikan makanan dan minuman kepada pasien tepat pada waktunya dan sesuai dengan kebutuhan atau diet pasien
2. **RUANG LINGKUP**  
Dilakukan pada pasien yang tidak bisa makan sendiri dan harus dibantu. Alat-alat makan disesuaikan dengan usia dan kebutuhan
3. **ACUAN**
  - a. Boyd Claire., (2015) *Clinical Skill for Nurses, Panduan Praktek Klinis Untuk Perawat*, alih basa Inke Kusumastuti., dr, Jakarta ., Erlangga
  - b. Kozier, B. & Erb, G. (2011). *Fundamentals of nursing: Concepts and procedures Vol 1*, 7th Edition. St Louis: Mosby Year Book.
  - c. Potter, P. A. & Perry, A.G (2005). *Fundamentals of nursing*. 2nd Edition. St Louis: Elsevier Mosby
  - d. Ratna Hidayati., Dkk ( 2014)., *Praktik Laboratorium Keperawatan.*, Jakarta ., Erlangga
4. **DEFINISI**  
Memberi makan per oral adalah menghadirkan makanan dan minuman kepada pasien yang tidak dapat makan sendiri dan harus disuapi
5. **PROSEDURE**
  - 5.1. **Tanggung jawab dan wewenang**
    - a. Penanggung jawab kurikulum membuat pemetaan dosen dan pembimbing
    - b. Koordinator mata ajaran Keperawatan Dasar yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur
    - c. Pembimbing Pendidikan/lahan praktek dan pengajar Kep Das bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai pencapaian pelaksanaan prosedur setiap mahasiswa secara objektif baik di laboratorium maupun di lahan praktek
    - d. Pembimbing pendidikan dan lahan praktek bertanggung jawab terhadap pelaksanaan SOP.
  - 5.2 **Pelaksanaan**
    - a. Pastikan kebutuhan nutrisi pasien dan yakinkan bahwa pasien tidak dapat makan sendiri
    - b. Persiapan pasien
      - 1) Sampaikan salam
      - 2) pasien diberi penjelasan bahwa sudah datang waktu makan
      - 3) pasien disiapkan dalam keadaan nyaman, bila memungkinkan duduk
    - c. Persiapan Alat  
Peralatan makan menurut kebutuhan (misalnya, serbet, piring, sendok, garpu, gelas minum, sedotan dan jika perlu pisau dan mangkuk untuk cuci tangan)
    - d. Persiapan Lingkungan  
Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dan menjauhkan alat-alat yang menurunkan selera makan

- e. Pelaksanaan prosedur
  - 1) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
  - 2) Dekatkan makanan dan minuman
  - 3) Berikan kesempatan kepada pasien untuk berdoa terlebih dahulu
  - 4) Serbet dibentangkan, di bawah dagu pasien
  - 5) Peserta didik duduk dengan posisi yang memudahkan pekerjaan
  - 6) pasien dilawari minum dulu, jika perlu dengan menggunakan sedotan
  - 7) Sajikan makanan sedikit demi sedikit sambil memperhatikan kemampuan mengunyah dan menelan
  - 8) Diantara makan perhatikan bila mana pasien membutuhkan air minum
  - 9) Setelah selesai makan pasien diberi minum
  - 10) Lanjutkan pemberian obat (Lihat SOP Obat) ( jika ada obat)
  - 11) Bersihkan mulut pasien dan sekitarnya dengan menggunakan serbet
  - 12) Tanyakan perasaan pasien setelah makan
  - 13) Bersihkan peralatan dan dikembalikan ke tempat semula
  - 14) Akhiri interaksi dengan mengucapkan salam
  - 15) Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- f. Dokumentasikan hasil tindakan seperti jumlah porsi makan yang dihabiskan, penyebab porsi makan tdk dihabiskan jika ada

#### 6. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN

- a. Absensi peserta didik dan Dosen
- b. Dokumentasi laporan
- c. Checklist SOP
- d. Buku pedoman pencapaian kompetensi

#### 7. DOKUMENTASI

- a. Daftar Checklist pemberian makan per oral
- b. Laporan tindakan pemberian makan per oral pada pasien

#### 8. PENGESAHAN

Disusun oleh:  
Tim Mata Kuliah Kap das

Diperiksa oleh:  
Ketua Prodi D III

Disetujui dan disahkan Oleh  
Ketua. Jurusan Keperawatan  
Bandung

Tanggal : 06 Nopember 2018

Tanggal: .....

Tanggal .....



### LAMPIRAN 3 Daftar Riwayat Hidup

#### BIODATA PENULIS



Nama : Maulitha Askira Rahmadiani

Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 3 April 2002

Jenis Kelamin : Perempuan



Agama : Islam

Alamat : Jl. Stasiun Cisondari RT01/RW03, Desa/Kec.  
Pasirjambu, Kab. Bandung




Riwayat Pendidikan :



1. TK Pratiwi II 2007-2008
2. SDN Pasirjambu III 2008-2014
3. SMPN 1 Pasirjambu 2014-2017
4. SMAN 1 Soreang 2017-2020
5. Poltekkes Kemenkes Bandung 2020-2023

## LAMPIRAN 4 Lembar Bimbingan

	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</b>	
	<b>LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH</b>	

Nama Mahasiswa	: Maulitha Arkira Rahmadanti
NIM	: 191320120042
Nama Pembimbing	: Bapak Dr. H. Asep Rahmani, S.Kp., M. Kes
Judul KTI	: Aruhan Keperawatan pada Pasien COVID-19 dengan Risiko Cedera Kulit Peremukaan Kulit Kurang dari kebutuhan Tubuh di Rumah DRIT At-Ruhan Provinsi Jawa Barat

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Selasa, 23 Mei 2023	Konsultasi Bab 4 + Bab 5			
2.	Kamis, 1 Juni 2023	Konsultasi Bab 4 + Bab 5 + Askep lampiran			
3.	Senin, 5 Juni 2023	Konsultasi KTI Full			

	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG</b>	
	<b>LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH</b>	

Nama Mahasiswa	Maulitha Aeking Rahmatiani
NIM	P19320120042
Nama Pembimbing	Daryak Al Hamdani, S. Pp., MRS
Judul KTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisis Persepsi pasien pasien diabetes dengan Kurva</li> <li>- Glikemasi Pemeriksaan Glukosa puasa dari kebutuhan tubuh</li> <li>- Di Rumah Obat Al Insulin Program Jarak Jarak</li> </ul>

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	08/06/23	penyakitnya psi full	Ace Zuzi S-ty KTI	