

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran. 1. Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran. 2. Bukti Bimbingan KTI

Lampiran. 3. Asuhan Keperawatan

Lampiran. 4. Daftar Riwayat Hidup

Persetujuan Setelah Penjelasan
(Informed Consent)

Yth : Orang tua Pasien

Perkenalkan nama saya Diah Safitri. Saya mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan maka salah satu syarat yang ditetapkan kepada saya adalah menyusun sebuah karya tulis ilmiah. Asuhan keperawatan yang akan saya lakukan berjudul "Penerapan Tindakan Manajemen Nutrisi Untuk Mengatasi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Pada Pasien Anak Dengan *Febris Typoid*" dengan intervensi keperawatan manajemen nutrisi.

Tujuan asuhan keperawatan ini adalah untuk mengatasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Adapun manfaat pemberian tindakan keperawatan manajemen nutrisi secara garis besar adalah supaya nutrisi pasien seimbang dengan teratasnya gangguan kebutuhan nutrisi.

Tindakan keperawatan yang akan saya lakukan ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Partisipasi anda dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak akan digunakan dalam hal-hal yang merugikan anda dalam bentuk apapun. Data yang didapatkan dari asuhan keperawatan ini akan dijamin kerahasiaannya, dan data tersebut hanya akan saya gunakan untuk kepentingan penyusunan karya tulis ilmiah, pendidikan, dan ilmu pengetahuan.

Penanggung jawab peneliti adalah :

Diah Safitri
Jurusan Diploma III Keperawatan FIK Unissula
Jl. Kaligawe Km.4, Semarang
Hp. 081392128181

Sudah mendengar dan memahami penjelasan yang telah disampaikan, dengan ini saya menyatakan

SETUJU/TIDAK SETUJU

Untuk itu sebagai subjek dalam asuhan keperawatan ini.

Saksi
Nama Terang :
Alamat :


ANIS

Semarang, 01 Mei 2019

Nama Terang :
Alamat :


ASIH
Semarang

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

FIK UNISSULA

2019

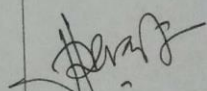
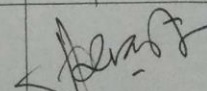
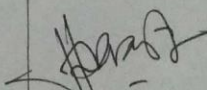
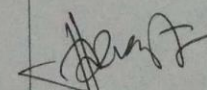
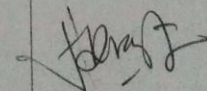
NAMA : Diah Safitri

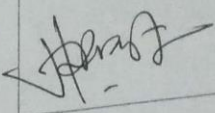
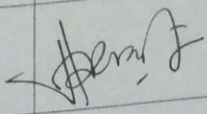
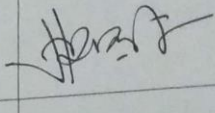
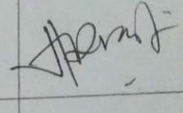
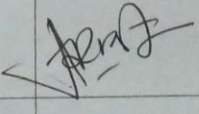
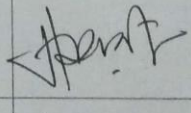
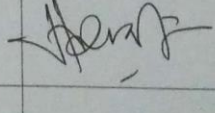
JUDUL KTI : Penerapan Tindakan Manajemen Nutrisi Untuk Mengatasi

Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan

Tubuh Pada Pasien Dengan *Febris Typoid*

PEMBIMBING : Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep. An

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Sabtu 30 Maret 2019	Konsul Judul		
Selasa 02 April 2019	Konsul BAB I		
Selasa 09 April 2019	Revisi BAB I Konsul BAB II		
Rabu 10 April 2019	Revisi BAB II		
Senin 15 April 2019	Revisi BAB I II		

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Kamis 18 April 2019	Revisi BAB I II		
Rabu 24 April 2019	Revisi BAB I Konsul BAB III		
Jum'at 26 April 2019	Revisi BAB I		
Minggu 29 April 2019	Revisi BAB II Revisi BAB III		
Jum'at 03 Mei 2019	ASKEP		
Selasa 07 Mei 2019	Revisi BAB I II III		
Jum'at 10 Mei 2019	Revisi BAB II, III Revisi ASKEP Konsul BAB IV, V		
Senin 13 Mei 2019			

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.B
DENGAN FEBRIS TYPHOID DI RUANG BAITUNNISA I

Nama Mahasiswa : Diah Safitri
Tempat Praktek : Rumah Sakit Islam Sultan Agung
Tanggal Pengkajian : 01 Mei 2019

A. IDENTITAS DATA

1. Klien

Nama : An.B
Tempat / Tanggal lahir : Semarang, 13 November 2009
Usia : 9 tahun
Pendidikan : Sekolah Dasar (SD)
Alamat : Semarang
Agama : Islam
Tanggal Masuk : 30 April 2019
No. CM : 01117263

2. Peranggung Jawab

Nama Ayah / Ibu : Tn. R / Ny. A
Pekerjaan Ayah : Swasta
Pekerjaan Ibu : Swasta
Pendidikan terakhir ayah : SLTA
Pendidikan terakhir Ibu : SLTA
Agama : Islam
Alamat : Semarang
Suku / bangsa : Jawa, Indonesia

B. KELUHAN UTAMA

Orang tua klien mengatakan anaknya Panas selama 3 hari

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Klien mengatakan pusing, suhu tubuh panas $38,2^{\circ}\text{C}$, tidak nafsu makan, diare 5x pada hari kedua perawatan. Keluhan muncul 3 hari sebelum klien masuk rumah sakit. Waktu munculnya keluhan secara bertahap dari yang awalnya hanya pusing lalu suhu tubuh menjadi panas kemudian menggigil. Ibu klien mengatakan kemungkinan keluhan itu muncul disebabkan karena klien kelelahan.

2. Karakteristik

P : Febris Typoid

A : Mual seperti ingin muntah

R : Abdomen

S : Skala 3

T : Hilang Timbul

D. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Ibu klien mengatakan tidak ada keluhan saat hamil, ANC di bidan terdekat dengan rumahnya, bayi lahir post-matur, saat hamil ibu klien tidak mengonsumsi obat-obatan dan hanya minum vitamin yang diberikan oleh bidan.

2. Natal : Ibu klien mengatakan bersalin di bidan, persalinan secara spontan. Berat badan lahir 3.300 gr / 3.3 Kg.

3. Post natal : Kondisi Kesehatan saat lahir baik

Pemeriksaan Apgar Score

Tanda	Nilai			Score
	0	1	2	
A (Appearance)	Biru / Pucat	Tubuh Kemerahan Ekstremitas biru	Tubuh dan ekstremitas Kemerahan	2
P (Pulse)	Tidak ada	<100 x / menit	>100 x / menit	2
G (Grimace)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Menangis	2
A (Activity)	Lumpuh	Fleksi Lemah	Aktif	2
R (Respiratory)	Tidak ada	Lemah Merintih	Tangisan	2
			Total	10

4. Sebelumnya klien pernah dirawat di Rumah Sakit dengan Penyakit typhoid dan Lambung

5. Klien tidak pernah mengonsumsi obat-obatan lain selain obat-obatan yang diresepkan oleh dokter

6. Klien tidak mempunyai alergi obat-obatan maupun makanan

7. 3 minggu sebelum klien masuk rumah sakit, klien sempat jatuh dari sepeda

8. Imunisasi : Ibu klien mengatakan imunisasi anaknya lengkap

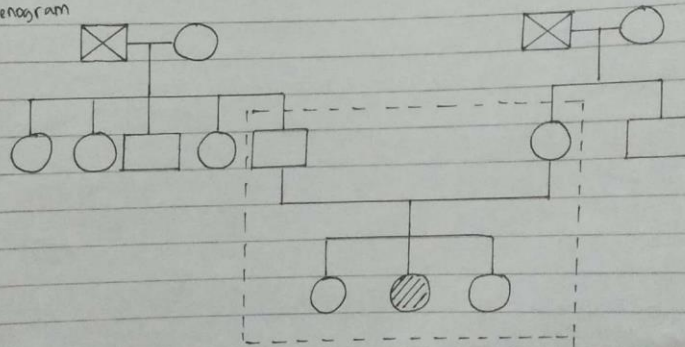
Jadwal Imunisasi

Umur (Bulan)	Jenis Imunisasi
< 24 jam	Hepatitis B
1 bulan	BCG, OPV 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, OPV 2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, OPV 3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, OPV 4
9 bulan	Campak
18 bulan	DPT-HB-Hib, Campak (lanjutan)

E. RIWAYAT KELUARGA

Didalam anggota keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita klien saat ini.

Genogram



Keterangan :

-  : Laki-Laki
-  : Perempuan
-  : Laki-Laki meninggal
-  : Garis keturunan
-  : Garis pernikahan
-  : Klien
-  : Tinggal dalam satu rumah

F. RIWAYAT SOSIAL

Klien diasuh oleh kedua orangtuanya, klien termasuk orang yang periang dan mudah bergaul dengan teman seusianya. Lingkungan rumah cukup bersih sehingga ancaman bahaya penyakit kemungkinan sedikit.

6. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

Diagnosa Medis : Febris Typhoid

H. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

1. Persepsi Kesehatan / Persepsi Kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit saat ini klien pernah dirawat dengan penyakit yang sama yaitu typhoid sehingga klien harus dirawat selama beberapa hari di rumah sakit dan menyebabkan anak absen dari sekolah. Ayah klien seorang perokok namun tidak pernah merokok didekat anaknya.

2. Nutrisi / Metabolik

Orang tua klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien tidak selera makan jika tidak disuapin. Jika disuapin klien makan 3-4 x sehari. Selama sakit klien tidak nafsu makan, klien mengalami penurunan berat badan dari BB sebelum sakit 26kg menjadi 25kg selama sakit. Klien tidak mempunyai masalah menelan, klien juga tidak mempunyai alergi makanan apapun. Diet yang disarankan yaitu makanan lunak yang tinggi protein, mineral, vitamin, kalori, dan rendah serat.

3. Pola Eliminasi

a. Pola BAB : Sebelum masuk rumah sakit pola BAB klien tidak bermasalah, namun selama dirawat klien mengalami diare 5x pada hari kedua perawatan dan diare 1x pada hari ketiga dengan konsistensi cair.

b. Pola BAK : Tidak ada masalah pada pola BAK klien.

4. Aktivitas / Latihan

a. Mobilitas

Klien mandi 2x sehari, klien selalu menjaga kebersihan diri, bermain dengan teman seusianya selepas pulang sekolah. Klien mampu mandi dan berpakaian sendiri.

b. Bernafas

RR : 25x/menit, sesak nafas (-), tidak ada batuk dan sputum, klien tidak terpasang alat bantu pernafasan / selang oksigen.

5. Tidur / Istirahat

Orang tua klien mengatakan sebelum sakit pola tidur klien baik, klien tidur dalam rentang waktu 6-8 jam/hari, selama dirawat klien tidak merasakan kepuasan dalam tidurnya, klien tidur 2 jam dan mudah terbangun.

6. Kognitif / Perseptual

Pendengaran, penglihatan, pengecap, dan perabaan klien baik. Klien tidak memahami tentang sakit dan cara perawatannya. Respon klien saat diajak bicara sangat baik, anak menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat, anak menjawab dengan suara liris namun jelas.

7. Persepsi Diri / Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan menerima apapun bentuk tubuhnya

b. Identitas

Klien senang dengan kodratnya sebagai perempuan. Klien adalah anak kedua dari 3 bersaudara, klien berusia 9 tahun, pendidikan klien Sekolah Dasar (SD)

c. Peran

Klien adalah adik dari kakaknya dan kakak dari adiknya. Peran klien adalah seorang anak dari kedua orang tuanya. Saat di sekolah klien berperan sebagai seorang pelajar dan pada saat di rumah klien selalu mengajak main adiknya sekaligus menjaganya.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan kondisinya saat ini lemah dan hanya bisa berbaring di tempat tidur. Klien tidak bisa berkumpul dengan teman seusianya.

e. Harga Diri

Klien merasa kesepian karena tidak bisa berkumpul dan bermain dengan teman-temannya.

8. Peran / Hubungan

Interaksi klien dengan anggota keluarga lainnya seperti ayah, ibu, kakak dan adiknya sangat baik. Biasanya selepas pulang sekolah anak selalu bermain dengan teman seusianya. Sejak dini klien diajarkan selalu disiplin dalam hal apapun oleh kedua orang tuanya.

9. Seksualitas / Reproduksi

Pada umur 9 tahun klien membutuhkan seorang yang selalu mencintai dan menyayangi dirinya (terutama keluarganya). Klien belum mengalami masa haid.

10. Koping / Toleransi Stres

Selama dirawat klien tidak menangis, namun terkadang klien merasa cemas dan takut ketika perawat akan melakukan tindakan pada dirinya.

11. Nilai / Kepercayaan

Klien selalu hormat kepada orang yang lebih tua darinya, perilaku klien sangat sopan terhadap orang tua maupun orang lain. Klien mengamati agama yang dianut oleh kedua orang tuanya, yaitu agama Islam.

1. PEMERIKSAAN FISIK (Head to toe)

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Tanda-tanda Vital : T : $38,2^{\circ}\text{C}$, N : 90x/menit, RR : 25x/menit
3. Antropometri : BB : 25 kg, TB : 120cm, LILA : 18cm, LK : 32cm, LP : 56cm
4. Kepala : Bentuk kepala mesocephal, rambut panjang, kotor berketombe, warna rambut hitam
5. Mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, respon pupil normal
6. Hidung : Kedua lubang hidung simetris, tidak ada pembesaran polip, tidak ada sekret, cuping hidung (-)
7. Mulut : Bibir kering, pecah-pecah, sianosis, lidah sedikit kotor, pada tenggorokan tidak ada gangguan menelan
8. Telinga : Kedua telinga simetris, pendengaran baik, ada sedikit serumen
9. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
10. Dada : Retraksi dinding dada terlihat, tidak ada nyeri tekan
11. Jantung
 - a. Inspeksi : Ictus cordis terlihat
 - b. Palpasi : Ictus cordis teraba
 - c. Perkusi : Bunyi redup
 - d. Auskultasi : Terdengar lup dup
12. Paru-paru
 - a. Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada ruam
 - b. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - c. Perkusi : Sonor
 - d. Auskultasi : Vesikuler
13. Abdomen
 - a. Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada ruam
 - b. Auskultasi : bising usus terdengar 20 x/menit
 - c. Perkusi : Tympani
 - d. Palpasi : ada sedikit nyeri tekan
14. Punggung : Tidak ada ruam, tidak ada lebam, tidak ada nyeri tekan
15. Genitalia : Genitalia bersih
16. Ekstremitas
 - a. Atas : Terpasang infus pada tangan kiri
 - b. Bawah : Tidak ada masalah / gangguan mobilisasi
17. Kulit : Kulit teraba hangat, kering, warna kulit sawo matang
18. Neurologis : Pola berfikir klien baik, klien dapat menjawab pertanyaan dari perawat dengan baik dan jelas.

J. Therapy

1. Sammol	3x 1/2	per oral	(Po)
2. Zink	1x1 tablet	per oral	(Po)
3. Lbio	3x1 sach	per oral	(Po)
4. Domperidone	3x1 cth	per oral	(Po)
5. Ceftriaxone	20 tetes per menit (tpm)	Intra vena	(IV)
6. Infus 2 A 1/2 H	20 tetes per menit (tpm)	Intra vena	(IV)

K. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGY			
Darah Rutin 1			
Hemoglobin	13.3	10.7 - 14.7	g/dl
Hematokrit	38.9	33 - 45	%
Leukosit	10.57	4.5 - 13.5	ribu /ul
Trombosit	354	184 - 488	ribu /ul
IMUNOSEROLOGI			
Widal			
Salmonella Typhi O	Positif 1/160	Negatif	-
Sal. Paratyphi A O	Negatif	Negatif	-
Sal. Paratyphi B O	Positif 1/320	Negatif	-
Sal. Paratyphi C O	Positif 1/320	Negatif	-
Salmonella Typhi H	Positif 1/160	Negatif	-
Sal. Paratyphi A H	Negatif	Negatif	-
Sal. Paratyphi B H	Positif 1/320	Negatif	-
Sal. Paratyphi C H	Negatif	Negatif	-

L. Analisa Data

Tanggal & Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi
01 Mei 2019 Jam 08.00 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya tidak nafsu makan, mual, diare 5x sehari pada hari kedua Perawatan dengan konsistensi cair, jika makan tidak pernah habis, makan 2 sendok dengan nasi, lauk & sayur, klien mengalami penurunan berat badan. BB sebelum sakit 26 kg, BB selama sakit 25 kg. DO : Klien tampak lemah, bibir kering dan pecah-pecah, konjungtiva anemis. Antropometri : BB : 25 kg, TB : 120 cm LILA : 18 cm, LO : 56 cm LK : 32 cm. Biokimia : HB : 13,3 gr/dL HT : 38,9 % Leukosit : 10.57ribu/^{ul} Trombosit : 354ribu/^{ul} Clinical sign : Lemah, konjungtiva anemis, bibir kering Pecah-pecah dan kulit kering. TTV : T : 38,2 °C RR : 25 x/menit, H'g 90 x/menit. Diet : Makanan lunak, tinggi Protein, mineral & vitamin	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Kurang asupan makanan (anoreksia)
01 Mei 2019 Jam 08.15 WIB	DS : Ibu klien mengatakan anaknya Panas tidak kunjung turun dalam beberapa hari DO : Kulit terasa hangat TTV : T : 38,2 °C, H : 90 x/menit RR : 25 x/menit.	Hypertermi	Penyakit (febris typhoid)

M. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh b.d Kurang asupan makanan (anoreksia)
2. Hipertermi b.d Penyakit (Febris Typoid)

N. INTERVENSI

Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
01 Mei 2019 Jam 09-00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh btl kurang asupan makanan (anoreksia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi, dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda- tanda mal nutrisi 2. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 3. Menunjukkan perubahan nafsu makan dari 2 sendok menjadi 1 porsi	1. Tentukan status gizi pasien 2. Identifikasi adanya alergi 3. Bantu pasien dalam menentukan pedoman makanan yang cocok untuk Memenuhi kebutuhan nutrisi 4. Ciptakan lingkungan yang optimal (bersih, berventilasi) 5. Pastikan makanan disajikan masih hangat saat di konsumsi 6. Anjurkan keluarga membawa makanan favorit klien 7. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi 8. Monitor kecenderun- gan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan	       

0. IMPLEMENTASI

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon klien	TTD
01 Mei 2019 jam 09.30 WIB	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b-d Kurang asupan makanan (anoreksia)	1. Menentukan status gizi pasien	DS : klien mengatakan mual, tidak nafsu makan, diare 5x sehari pada hari kedua perawatan dengan konsistensi cair, BB sebelum sakit 25 kg DO : klien tampak lemah, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, kulit kering. BB selama sakit 25 kg.	Dik
09-35 WIB		2. Mengidentifikasi adanya alergi makanan	DS : klien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan apapun DO : klien tidak mempunyai alergi	Dik
09-40 WIB		3. Membantu klien menentukan pedoman makanan yang cocok untuk memenuhi kebutuhan nutrisi	DS : klien makan 2 sendok makan dengan bubur ayam dan minum teh 1/2 gelas DO : klien mendapat diet makanan yang mengandung cukup cairan, kalori, dan tinggi protein	Dik
09-45 WIB		4. Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan (bersih, berventilasi)	DS : - DO : lingkungan tampak bersih, berventilasi dan terbebas dari bau yang menyengat	Dik
09-50 WIB		5. Memastikan makanan disajikan dengan hangat	DS : - DO : Makanan disajikan dan dikonsumsi pada saat masih hangat	Dik
10-00 WIB		6. Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit klien	DS : Ibu klien mengatakan selalu membawakan makanan favorit anaknya yaitu nasi dan lauk telur DO : Terlihat ibu klien membawakan makanan kesukaan klien.	Dik

Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon klien	TTO
10-15 WIB		7. Menawarkan makanan ringan yang padat gizi	DS : klien mengatakan menyukai buah apel dan jeruk DO : Klien terlihat makan 1 buah apel	<i>[Signature]</i>
13-00 WIB		8. Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan	DS : Ibu klien mengatakan anaknya mengalami penurunan berat badan selama sakit. BB sebelum sakit yaitu 26kg DO : BB selama sakit 25kg	<i>[Signature]</i>
02 Mei 2019 Jam 08-00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b-d kurang asupan makanan (anoreksia)	1. Menentukan status gizi pasien	DS : Klien mengatakan sudah tidak mau, BAB 1x dengan konsistensi lunak dan nafsu makan mulai meningkat DO : Klien tampak masih lemah, bibir kering, + kulit kering BB : 25kg	<i>[Signature]</i>
08-15 WIB		2. Membantu Klien dalam menentukan Pedoman makanan yang cocok untuk memenuhi kebutuhan nutrisi	DS : Klien mengatakan makan habis 1 porsi bubur, Susu 1/2 gelas DO : Klien mendapat diet makanan yang mengandung cukup cairan, kalori, + tinggi protein	<i>[Signature]</i>
08-20 WIB		3. Menciptakan lingkungan yang optimal saat mengkonsumsi makanan (bersih, berventilasi)	DS : - DO : Lingkungan bersih + berventilasi	<i>[Signature]</i>
08-25 WIB		4. Memastikan makanan disajikan saat masih hangat	DS : - DO : Makanan disajikan + dikonsumsi saat masih hangat	<i>[Signature]</i>

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon klien	TTD
08.35 WIB		5. Mengajukan keluarga untuk membawa makanan favorit klien	DS : Ibu klien mengatakan membawa makanan favorit klien yang berisi nasi, daging ayam, dan buah apel DO : Terlihat ibu klien membawa makanan kesukaan anaknya	Dulu
09.00 WIB		6. Menawarkan makanan ringan yang padat gizi	DS : - DO : Terlihat klien makan $\frac{1}{2}$ buah apel	Dulu
		7. Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan	DS : - DO : BB selama sakit 25 Kg.	Dulu
03 Mei 2019 Jam 08.30 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b-d kurang asupan makanan (anoreksia)	1. Menentukan status gizi pasien	DS : klien mengatakan sudah nafsu makan, makan habis 1 porsi dengan nasi, lauk & sayur. DO : BB : 25 Kg	Dulu
08.40 WIB		2. Membantu klien dalam menentukan pedoman makanan yang cocok untuk memenuhi kebutuhan nutrisi	DS : klien mengatakan makan habis 1 porsi dengan nasi, daging ayam goreng, sayur SOP, minum 1 gelas teh DO : klien mendapat diet makanan yang cukup cairan, tinggisi protein dan kalori	Dulu
08.50 WIB		3. Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan	DS : - DO : lingkungan terlihat bersih dan bebas dari bau yang menyengat	Dulu

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon klien	TTD
09.00 WIB		4. Memastikan makanan disajikan dengan cara yang hangat	DS : - DO : Makanan dikonsumsi saat masih hangat	Julia
09.10 WIB		5. Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit klien sementara klien berada di rumah sakit	DS : Ibu klien mengatakan selalu membawakan makanan untuk anaknya Ibu klien membawakan nasi, lauk ayam goreng, telur. DO : Ibu klien membawakan makanan untuk klien	Julia
09.20 WIB		6. Menawarkan makanan ringan yang padat gizi	DS : - DO : Klien terlihat makan buah apel dan buah anggur	Julia
13.00 WIB		7. Memonitor kecenderungan terpacunya penurunan dan kenaikan berat badan	DS : - DO : BB : 25 kg.	Julia

P - EVALUASI

Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	EVALUASI	TTD
01 Mei 2019 Jam 13.00 dan 18.00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan (anoreksia)	S : klien mengatakan masih mual, muntah (-), nafsu makan masih menurun, diare 5 x pada pagi hari dengan konsistensi cair. klien makan siang habis 3 Sendok (nasi, lauk telur, sayur wortel) minum teh 1/2 gelas, dan 1/2 potong melon. Makan malam 3 Sendok (nasi, lauk ayam, dan sop), minum susu 1 gelas, buah semangka 1/4 Potong. O : klien tampak lemah, bibir kering, pecah-pecah, sianosis, & kulit kering. Tidak ada penurunan BB. BB : 25kg, LILA : 18cm, LD : 56cm, LK : 32cm A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan semua intervensi	<i>Dik</i>
02 Mei 2019 Jam 13.00 dan 18.00 WIB		S : klien mengatakan sudah tidak mual, nafsu makan mulai meningkat, diare 1 x dengan konsistensi lunak. klien makan siang habis 1/2 porsi (nasi tim, lauk ikan dan tempe, sayur sop), minum 1 gelas teh dan air putih 1/2 gelas, Buah 1/2 Potong buah melon. Makan malam habis 1/8 porsi (nasi tim, lauk ayam, sayur labu), minum 1 gelas Jus melon, 1 buah apel dan 1 roti. O : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Tentukan status gizi 2. Bantu klien dalam menentukan Pedoman makanan yang cocok 3. Anjurkan keluarga membawa makanan favorit klien 4. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi 5. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan & kenaikan berat badan	<i>Dik</i>

Tgl/Jam	Diagnosa keperawatan	EVALUASI	TTD
03 Mei 2019 Jam 13.00 dan 18.00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan (anoreksia)	S : klien mengatakan nafsu makannya semakin meningkat, klien sudah tidak mual, makan siang habis 1 porsi (nasi, lauk telur, tahu, sayur kentang) minum 1 gelas jus melon, 1 buah apel. Makan malam habis 1 porsi dengan nasi, lauk ikan, dan sayur bayam, minum 1 gelas susu dan 1/2 gelas air putih, 1 potong buah semangka dan 1 buah apel. D : KU baik, tidak ada penurunan BB. BB: 25 Kg, dan ada perubahan pola makan dari 2 sendok menjadi 1 porsi A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi monitor kecenderungan kenaikan dan penurunan BB	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Diah Safitri

Tempat, Tanggal Lahir : Mataram Udik, 07 Juni 1998

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat Rumah : Dusun 04 Bandung Jaya RT 04/ RW 02, Bandar
Mataram, Lampung Tengah, Lampung

Alamat Institusi : Jl. Kaligawe KM. 04 Semarang

Riwayat Pendidikan :

SMA Negeri 1 Seputih Mataram, Lampung	Lulus tahun 2016
SMP Negeri 1 Bandar Mataram, Lampung	Lulus tahun 2013
SD Negeri 2 Mataram Udik, Lampung	Lulus tahun 2010