

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D. P. DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI DI RUANG KOMODO
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



**OLEH
MARSELINDA ULU MANDU
NIM: PO. 5303201181214**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D. P. DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI DI RUANG KOMODO
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**OLEH
MARSELINDA ULU MANDU
NIM: PO. 5303201181214**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Marselinda Ulu Mandu, NIM: PO.5303201181236 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. D. P. Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nutrisi Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh



Marselinda Ulu Mandu
NIM : PO.5303201181214

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 25 Juli 2019

Pembimbing



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep
NIP: 198106302005012001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDU KASUS“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D. P. DENGAN GANGGUAN
PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISIDI RUANGAN
KOMODORSUD PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

Disusun Oleh :



Marselina Ulu Mandu

NIM: PO.5303201181214

Telah Diuji Pada Tanggal, 26 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Maria Agustina Making, S.Kep. Ns, M.Kep
NUPN : 0814088802

Penguji II



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep
NIP: 198106302005012001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP : 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH
NIP : 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marselina Ulu Mandu
Nim : PO.5303201181214
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 26 Juli 2019

Pembuat Pernyataan

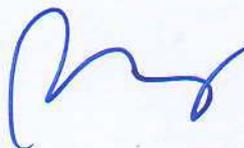


Marselina Ulu Mandu

NIM: PO.5303201181214

Mengetahui:

Pembimbing



Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep

NIP: 198106302005012001

BIODATA PENULIS

Nama : Marselinda Ulu Mandu
TempatTanggalLahir : Wesasawit, 20 Mei 1982
JenisKelamin : Perempuan
Alamat : Wesasuwit, Desa Kabune, Kecamatan Kakuluk Mesak
Kabupaten Belu.
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Wehor Tahun 1999
2. Tamat SMP Negeri Wedomu Tahun 2001
3. Tamat SPK Sta. Elisabeth Lela Tahun 2004
4. Pada Tahun 2018 Kuliah di Program Studi RPL
Jurusan Diploma III Keperawatan Politeknik
Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO

“JAWABAN SEBUAH KEBERHASILAN
ADALAH
TERUS BELAJAR DAN TAK KENAL PUTUS ASA”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Tn. D. P. dengan HIV AIDS di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga Kepada :

1. Ibu Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep, sebagai pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberi bimbingan, masukan serta memberikan dorongan semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
2. Ibu Maria Agustina Making, S.Kep. Ns, M.Kep., selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep, Ns selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

6. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
7. Seluruh staf ruangan Komodo yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
9. Bapak Adrianus Mauk Fahik, suamiku tercinta, Rival, Rendy, Raty, Rolan anak-anakku tersayang yang telah mendukung penulis sampai menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
10. Bapak Amandus Sama Leto dan Mama Blandina Balok, Ayah dan Ibu terkasih yang telah mendukung penulis sampai menyelesaikan studi Diploma III keperawatan.
11. Saudara, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian laporan Karya Tulis ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan “Laporan Karya Tulis Ilmiah” ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan D-III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah

Nama: Marselinda Ulu Mandu
NIM : PO.5303201181214

Latar Belakang: Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Nutrisi diartikan sebagai zat dalam makanan yang dibutuhkan oleh organisme terutama manusia untuk dapat tumbuh dan berkembang. Seseorang dengan masalah kebutuhan nutrisi dapat mengalami gangguan pada pertumbuhan fisik dan psikologis. Salah satu penyakit yang dapat menyebabkan gangguan nutrisi adalah HIV/AIDS. Dengan pendekatan studi kasus melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. **Tujuan penulisan:** Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. **Hasil:** Pengkajian yang ditemukan pada Tn. D. P. yaitu: pasien mengatakan nafsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg, Pasien mengatakan sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut, keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 : (1,65 \times 1,65) = 17,2$. Status gizi kurang. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Tn. D. P. diantaranya: 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat, 2) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. Intervensi yang ditegakkan untuk **diagnosa 1:** 1) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Atur posisi pasien sebelum makan, 3) Bantu dan temani pasien saat makan melalui NGT, 4) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien, 5) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, 6) Monitor adanya penurunan berat badan, 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit, 8) Monitor kadar hemoglobin. **diagnosa 2:** 1) Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4) Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5) Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 6) Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 7) Anjurkan pasien banyak minum air putih. 8) Kolaborasi pemberian terapi. Implementasi yang ditegakkan untuk **diagnosa 1:** 1) Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal yaitu . berat badan 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 / (1,65 \times 1,65) = 17,2$ hasilnya 17,2. Status gizi kurang. 2) Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. 3)

Membantu memberikan pasien makan melalui NGT. 4) Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 5) Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit yaitu: kulit kering dan turgor kulit baik. **diagnosa 2:** 1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi misalnya dengan menahan BAB (buang air besar), makan makanan yang tidak berserat misalnya: coklat, daging merah, cofein dan pisang. 2) Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien yaitu untuk melancarkan proses BAB (buang air besar). 3) Menjelaskan pada klien untuk mengkonsumsi makanan berserat misalnya wortel, kentang, bayam, kangkung, buncis, brokoli. 4) Menganjurkan untuk meningkatkan latihan aktivitas yang optimal. 5) Menganjurkan pasien banyak minum air putih. Evaluasi **Diagnosa 1:** Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, **Diagnosa 2:** Pasien mengatakan sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. Perawat perlu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif

Kata kunci: *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi.*

DAFTAR ISI

HalamanJudul	
Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penulisan.....	iv
Biodata Penulis.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak.....	ix
Daftar Isi	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Dasar Nutrisi	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	14
2.3 Konsep Dasar Penyakit.....	22
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	25
3.1 Hasil Studi Kasus	25
3.2 Pembahasan	32
BAB 4 PENUTUP	37
4.1 Kesimpulan	37
4.2 Saran	39
DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN	42

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting. Nutrisi diartikan sebagai zat dalam makanan yang dibutuhkan oleh organisme terutama manusia untuk dapat tumbuh dan berkembang. Seseorang dengan masalah kebutuhan nutrisi dapat mengalami gangguan pada pertumbuhan fisik dan psikologis. Salah satu penyakit yang dapat menyebabkan gangguan nutrisi adalah HIV/AIDS (Tarwoto dan Wartonah, 2006).

Penyakit HIV/AIDS merupakan suatu penyakit yang terus berkembang dan menjadi masalah global yang melanda dunia. Menurut data WHO (World Health Organization) tahun 2012, penemuan kasus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) didunia pada tahun 2012 mencapai 2,3 juta kasus, dimana sebanyak 1,6 juta penderita meninggal karena AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) dan 210.000 penderita berusia di bawah 15 tahun (WHO, 2012).

Berdasarkan data Ditjen P2PL (Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan), statistik kasus HIV/AIDS yang dilaporkan dari tahun 2011-2012 mengalami peningkatan, yaitu pada tahun 2011 kasus baru HIV sebesar 21.031 kasus, kemudian meningkat menjadi 21.511 kasus pada tahun 2012. Begitu juga dengan AIDS dari tahun 2011 sebanyak 37.201 kasus, meningkat menjadi 42.887 kasus pada tahun 2012. Proporsi factor risiko penderita HIV/AIDS melalui hubungan heteroseksual merupakan cara penularan dengan persentase tertinggi sebesar 77,75%, diikuti oleh penasin atau *injecting drug user* (IDU) sebesar 9,16% dan dari ibu ke anak sebesar 3,76% (Kemenkes, RI, 2012).

Kasus infeksi HIV/AIDS di Nusa Tenggara Timur (NTT) digambarkan sebagai berikut; jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun 2001-2015 selalu ada kasus baru, pada tahun 2011 kasus HIV sebanyak 247 dari AIDS sebanyak 234.

Sedangkan pada tahun 2012 kasus baru HIV sebanyak 261 kasus dan kasus baru AIDS sebanyak 257 dengan jumlah kematian sebanyak 84 kasus. Selanjutnya pada tahun 2013 kasus baru HIV sebanyak 178 kasus dan kasus baru AIDS sebanyak 283 kasus, Pada tahun 2014 kasus baru HIV sebanyak meningkat menjadi 219 kasus dan pada tahun 2015 penderita HIV menjadi 1.865 kasus kasus baru AIDS sebanyak 257 dengan jumlah dan AIDS menjadi 2.343 kasus (Data Dinkes Propinsi NTT, 2015).

Data yang ditemukan di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, selama periode Januari sampai dengan pertengahan Juli 2019 jumlah penderita HIV-AIDS sebanyak 15 orang (Data rekam medis ruang Komodo, 2019).

Berdasarkan masalah diatas, perawat mempunyai peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi dalam pemberian terapi, asupan cairan dan nutrisi, dan pelaksanaan tindakan dalam menangani masalah keperawatan yang dialami pasien. Menanggapi permasalahan diatas penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D. P. dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Nutrisi di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
2. Menentukan diagnosa keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan

pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3. Mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran terutama tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi.

3. Bagi RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Nutrisi

2.1.1 Pengertian Nutrisi

Nutrisi adalah zat-zat gizi dan zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnya serta mengeluarkan sisanya. Nutrisi dapat dikatakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat gizi dan zat lain yang terkandung, aksi, reaksi, dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (Tarwoto & Wartonah, 2006).

Menurut Alimul (2015), Nutrisi merupakan proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh. Fungsi utama nutrisi adalah untuk memberi energi bagi aktivitas tubuh, membentuk struktur kerangka dan jaringan tubuh, serta mengatur berbagai proses kimia di dalam tubuh (Mubarak, 2008).

Nutrisi juga dapat diartikan sebagai elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi, seperti: karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin, dan mineral (Potter and Perry, 2010).

2.1.2 Elemen Nutrisi

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006), elemen nutrient/zat gizi terdiri atas: Karbohidrat, Protein, Lemak, Vitamin, Mineral dan Air.

Karbohidrat, lemak, dan protein disebut energi nutrient karena merupakan sumber energi dari makanan; sedangkan vitamin, mineral, dan air merupakan substansi penting untuk membangun, mempertahankan, dan mengatur metabolisme jaringan tubuh.

Fungsi zat gizi adalah:

- a. Sebagai penghasil energi bagi fungsi organ, gerakan, dan kerja fisik.
- b. Sebagai bahan dasar untuk pembentukan dan perbaikan jaringan.
- c. Sebagai pelindung dan pengatur.

1. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama. Hampir 80% energi dihasilkan dari karbohidrat. Setiap 1 gram karbohidrat menghasilkan 4 kilokalori (kcal). Karbohidrat yang disimpan dalam hati dan otot berbentuk glikogen dengan jumlah yang sangat sedikit. Glikogen adalah sintesis dari glukosa. Pemecahan energi selama masa istirahat/puasa. Kelebihan energi karbohidrat berbentuk asam lemak.

a. Jenis karbohidrat

Berdasarkan susunan kimianya karbohidrat digolongkan menjadi tiga jenis yaitu monosakarida, disakarida, dan polisakarida.

b. Fungsi karbohidrat

- 1) Sumber energi yang murah.
- 2) Sumber energi utama bagi otak dan saraf.
- 3) Membuat cadangan tenaga tubuh.
- 4) Pengaturan metabolisme lemak.
- 5) Untuk efisiensi penggunaan protein.
- 6) Memberikan rasa kenyang.

c. Sumber karbohidrat

Sumber karbohidrat umumnya adalah makanan pokok, umumnya berasal dari tumbuh-tumbuhan seperti beras, jagung, kacang, sagu, singkong, dan lain-lain. Sedangkan pada karbohidrat hewani berbentuk glikogen.

d. Metabolisme karbohidrat

Proses dari makanan sampai dapat digunakan oleh tubuh melalui pencernaan, absorpsi, dan metabolisme.

2. Protein

Protein berfungsi sebagai pertumbuhan, mempertahankan dan menggantikan jaringan tubuh. Setiap 1 gram protein menghasilkan 4 kkal. Bentuk sederhana dari protein adalah asam amino. Asam amino disimpan dalam jaringan dalam bentuk hormone dan enzim. Asam amino esensial tidak dapat disintesis dalam tubuh tetapi harus didapat dari makanan. Jenis asam amino esensial diantaranya lisin, triptofan, fenilalanin, leusin.

Berdasarkan susunan kimianya, protein dapat dibagi menjadi tiga golongan yaitu: protein sederhana, protein bersenyawa dan turunan atau devirat dari protein.

a. Fungsi Protein

- 1) Untuk keseimbangan cairan yaitu dengan meningkatkan tekanan osmotik koloid, keseimbangan asam.
- 2) Pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan.
- 3) Pengaturan metabolisme dalam bentuk enzim dan hormon.
- 4) Sumber energi di samping karbohidrat dan lemak.
- 5) Dalam bentuk kromosom, protein berperan sebagai tempat menyimpan dan meneruskan sifat-sifat keturunan dalam bentuk genes

b. Sumber Protein

- 1) Protein hewani yaitu protein yang berasal dari hewan seperti susu, daging, telur, hati, udang, ikan, kerang, ayam, dan sebagainya.
- 2) Protein nabati yaitu protein yang berasal dari tumbuhan seperti jagung, kedelai, kacang hijau, terigu, dan sebagainya.

c. Metabolisme Protein

- d. Jika makanan yang sudah berada dalam lambung, maka akan dikeluarkan enzim protease yaitu pepsin. Pepsin mengubah protein menjadi albuminosa dan pepton.

3. Lemak

Lemak atau lipid merupakan sumber energi paling besar. Zat-zat yang mengandung lemak misalnya fosfolipid yaitu ikatan lemak dengan garam fosfor, glikolipid yaitu ikatan lemak dengan glikogen

a. Fungsi lemak

- 1) Memberikan kalori, di mana setiap 1 gram lemak dalam peristiwa oksidasi akan memberikan kalori sebanyak 9 kkal.
- 2) Melarutkan vitamin sehingga dapat diserap oleh dinding usus.
- 3) Memberikan asam-asam lemak esensial.

b. Sumber lemak

Menurut sumbernya lemak berasal dari nabati dan hewani. Lemak nabati mengandung lebih banyak asam lemak tak jenuh seperti yang terdapat pada kacang-kacangan, kelapa, dan lain-lain. Sedangkan lemak hewani banyak mengandung asam lemak jenuh dengan rantai panjang seperti pada daging sapi, kambing, dan lain-lain.

c. Metabolisme lemak

Pencernaan lemak dimulai dari lambung dengan bantuan enzim lipase yang berasal dari pankreas. Simpanan lemak dalam tubuh digunakan sebagai:

- 1) Cadangan tenaga/energi.
- 2) Bantalan bagi alat-alat tubuh seperti ginjal, biji mata.
- 3) Mempertahankan panas tubuh.
- 4) Perlindungan tubuh terhadap trauma, zat-zat kimia berbahaya.
- 5) Membentuk postur tubuh

4. Mineral

Mineral adalah elemen anorganik esensial untuk tubuh karena perannya sebagai katalis dalam reaksi biokimia.

Secara umum fungsi dari mineral adalah:

- a. Membangun jaringan tulang.

- b. Mengatur tekanan osmotik dalam tubuh.
- c. Memberikan elektrolit untuk keperluan otot-otot dan saraf.
- d. Membuat berbagai enzim.

5. Vitamin

Vitamin adalah sustansi organik, keberadaannya sangat sedikit pada makanan dan tidak dapat dibuat dalam tubuh. Vitamin sangat berperan dalam proses metabolisme karena fungsinya sebagai katalisator.

Vitamin dapat dikasifikasikan menjadi:

- a. Vitamin yang larut dalam air:
Vitamin B kompleks, B1, B2, B3, B12, folic acid, serta vitamin C.
- b. Vitamin yang larut dalam lemak:
- c. Vitamin A, D, E, K.

Fungsi utama vitamin adalah untuk pertumbuhan, perkembangan, dan pemeliharaan kesehatan.

6. Air

Air adalah komponen tubuh yang sangat penting karena fungsi sel bergantung pada lingkungan air. Air membentuk 60-70% berat tubuh total. Persentase air dalam seluruh tubuh lebih besar untuk orang kurus daripada orang yang obesitas karena otot terdiri atas lebih banyak air daripada jaringan yang lain, kecuali darah.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Nutrisi

Menurut Alimul (2015) faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi adalah sebagai berikut:

1. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat memengaruhi pola konsumsi makan. Hal tersebut dapat disebabkan oleh kurangnya informasi sehingga dapat terjadi kesalahan dalam memahami kebutuhan gizi.

2. Prasangka

Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat memengaruhi status gizi seseorang. Misalnya, di beberapa daerah, tempe merupakan sumber protein yang paling murah, tidak dijadikan bahan makanan yang layak untuk dimakan karena masyarakat menganggap bahwa mengonsumsi makanan tersebut dapat menurunkan derajat mereka.

3. Kebiasaan

Adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu juga dapat memengaruhi status gizi. Misalnya di beberapa daerah, terdapat larangan makan pisang dan pepaya bagi para gadis remaja. Padahal, makanan tersebut merupakan sumber vitamin yang sangat baik. Ada pula larangan makan ikan bagi anak-anak karena ikan dianggap dapat mengakibatkan cacangan, padahal ikan merupakan sumber protein yang sangat baik bagi anak-anak.

4. Kesukaan

Kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kekurangan variasi makanan, sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan secara cukup. Kesukaan dapat mengakibatkan merosotnya gizi pada remaja bila nilai gizinya tidak sesuai dengan yang diharapkan.

5. Ekonomi

Status ekonomi dapat memengaruhi perubahan status gizi karena penyediaan makanan bergizi membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit. Oleh karena itu, masyarakat dengan kondisi perekonomian yang tinggi biasanya mampu mencukupi kebutuhan gizi keluarganya dibandingkan masyarakat dengan kondisi perekonomian rendah.

6. Penyakit

Beberapa penyakit tertentu dapat menyebabkan kekurangan nutrisi.

2.1.4 Penilaian Status Nutrisi

Tubuh membutuhkan bahan bakar untuk menyediakan energi untuk metabolisme dan perbaikan sel, fungsi organ, pertumbuhan, serta pergerakan tubuh. Laju metabolisme basal (*Basal Metabolic Rate/ BMR*) adalah energi yang di butuhkan untuk mempertahankan aktivitas kelangsungan hidup (bernapas, sirkulasi, denyut jantung, dan suhu) pada periode waktu tertentu saat istirahat. Faktor-faktor seperti usia, berat badan, jenis kelamin, demam, kelaparan, menstruasi, penyakit, cedera, infeksi, tingkat aktivitas, atau fungsi tiroid dapat memengaruhi kebutuhan energy. Penggunaan energi istirahat (*Resting Energy Expenditure/ REE*) atau laju metabolisme istirahat adalah jumlah energi yang dibutuhkan oleh individu selama 24 jam sehingga tubuh dapat mempertahankan semua aktivitas kerja internal saat beristirahat. Faktor yang memengaruh metabolisme adalah penyakit, kehamilan, laktasi, dan tingkat aktivitas. Di rumah sakit, hitung kebutuhan energi dengan menghitung konsumsi oksigen, produksi karbon dioksida, dan ekskresi nitrogen rata-rata pada table metabolisme (Potter & Perry, 2010).

Pemecahan makanan, pencernaan, absorpsi, dan asupan makanan merupakan faktor penting dalam menentukan status nutrisi (Wartonah Tarwoto, 2006).

1. Keseimbangan energy

Energi adalah kekuatan untuk bekerja. Manusia membutuhkan energi untuk terus-menerus berhubungan dengan lingkungannya.

Keseimbangan energi = Pemasukan energi – pengeluaran energi
Atau
Pemasukan energi = Total pengeluaran energi (panas + kerja + energi yang disimpan)

a. Pemasukan energy

Pemasukan energi merupakan energi yang dihasilkan selama oksidasi makanan. Makanan merupakan sumber utama energi manusia. Dari makanan yang dimakan kemudian dipecah secara kimiawi menjadi

protein, lemak, dan karbohidrat. Besarnya energi yang dihasilkan dengan satuan kalori. Satu kilokalori juga disebut juga satu kalori besar (K) atau kkal adalah jumlah panas yang dibutuhkan untuk menaikkan suhu 1 kg air besar 1 derajat celcius. Satu kkal = 1 K atau sama dengan 1.000 kalori. Ketika makanan tidak tersedia maka akan terjadi pemecahan glikogen yang merupakan cadangan karbohidrat yang disimpan dalam hati dan jaringan otot.

b. Pengeluaran energi

Pengeluaran energi adalah energi yang digunakan oleh tubuh untuk support jaringan dan fungsi-fungsi organ tubuh. Cadangan energi tubuh berbentuk senyawa fosfat seperti adenosin tripshfat (ATP). Kebutuhan energi seseorang ditentukan oleh Basal Metabolism Rate (BMR) dan aktivitas fisik. Kebutuhan $(0,1 \times (\text{Energi energi setiap} = (\text{BMR} + 24) + \text{Konsumsi} + \text{untuk hari ditentukan kkal setiap hari}) \text{ aktivitas})$ dengan rumus Jika nilai pemasukan energi lebih kecil dari pengeluaran energi maka akan terjadi keseimbangan negatif sehingga cadangan makanan dikeluarkan, hal ini akan berakibat pada penurunan berat badan. Sebaliknya, jika pemasukan energi lebih banyak dari pengeluaran energi maka terjadi keseimbangan positif, kelebihan energi akan disimpan dalam tubuh sehingga terjadi peningkatan berat badan.

c. Basal Metabolism Rate (BMR)

Basal Metabolism Rate adalah energi yang digunakan tubuh pada saat istirahat yaitu untuk kegiatan fungsi tubuh seperti pergerakan jantung, pernapasan, peristaltik usus, kegiatan kelenjar-kelenjar tubuh. Kebutuhan kalori basal dipengaruhi oleh:

1) Usia

Pada usia 0-10 tahun kebutuhan metabolisme basal bertambah dengan cepat, hal ini berhubungan dengan faktor pertumbuhan. Setelah usia 20 tahun lebih konstan

2) Jenis kelamin

Kebutuhan metabolisme basal laki-laki lebih besar dibanding wanita. Pada laki-laki kebutuhan BMR 1,0 kkal/Kg BB/jam sedangkan pada wanita 0,9 kkal/Kg BB/jam.

3) Tinggi dan berat badan

Tinggi dan berat badan berpengaruh terhadap luas permukaan tubuh. Makin luas pengeluaran panas akan lebih banyak sehingga kebutuhan basal metabolisme lebih besar.

4) Kelainan endokrin

Hormon tiroksin berpengaruh terhadap metabolisme, peningkatan tiroksin misalnya pada hipertiroid akan meningkatkan basal metabolisme sedangkan penurunan kadar tiroksin akan menurunkan metabolisme.

5) Suhu lingkungan

Suhu lingkungan yang lebih dingin akan meningkatkan metabolisme untuk menyesuaikan diri, tubuh harus lebih banyak memproduksi panas.

6) Keadaan sakit

Pada orang sakit suhu tubuh meningkat. Peningkatan suhu tersebut akan mempercepat reaksi kimia, di mana peningkatan 1 °C akan meningkatkan Bmr sebanyak 14%.

7) Keadaan hamil

Konsumsi oksigen pada orang hamil meningkat untuk memenuhi kebutuhan dan pertumbuhan janin, sehingga metabolisme juga akan meningkat.

8) Keadaan stres dan ketegangan

Keadaan stres dan ketegangan akan merangsang produksi katekolamin yang mempunyai efek peningkatan metabolisme.

Karakteristik status nutrisi ditentukan dengan adanya Body Mass Index (BMI) dan Ideal Body Weight (IBW) (Carpenito, LJ. 2012).

a. Body Mass Index (BMI)

Merupakan ukuran dari gambaran berat badan seseorang dengan tinggi badan. BMI dihubungkan dengan total lemak dalam tubuh dan sebagai panduan untuk mengkaji kelebihan berat badan (over weight) dan obesitas. Rumus BMI diperhitungkan: $BB \text{ (Kg)} / (TB \times TB \text{ (M)})$ atau $BB \text{ (pon)} \times 704,5 / TB \text{ (inci)}$

b. Ideal Body Weight (IBW)

Merupakan perhitungan berat badan optimal dalam fungsi tubuh yang sehat. Berat badan ideal adalah jumlah tinggi dalam sentimeter dikurangi dengan 100 dan dikurangi 10% dari jumlah itu.

2.1.5 Masalah Kebutuhan Nutrisi

Menurut Asmadi (2008) menuliskan secara umum, gangguan kebutuhan nutrisi terdiri atas kekurangan dan kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, diabetes militus, hipertensi, jantung coroner, kanker, dan anoreksia nervosa.

1. Kekurangan Nutrisi

Kekurangan nutrisi merupakan keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau risiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

2. Kelebihan Nutrisi Kelebihan nutrisi merupakan suatu keadaan yang dialami seseorang yang mempunyai risiko peningkatan berat badan akibat asupan kebutuhan metabolisme secara berlebih.

3. Obesitas

Obesitas merupakan masalah peningkatan berat badan yang mencapai lebih dari 20% berat badan normal. Status nutrisinya adalah melebihi kebutuhan metabolisme karena kelebihan asupan kalori dan penurunan dalam penggunaan kalori.

4. Malnutrisi

Malnutrisi adalah masalah yang berhubungan dengan kekurangan zat gizi pada tingkat seluler atau dapat dikatakan sebagai masalah asupan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh.

5. Diabetes

Melitus Diabetes mellitus merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan.

6. Hipertensi

Hipertensi merupakan gangguan nutrisi yang juga disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan seperti penyebab dari obesitas, serta asupan kalsium, natrium dan gaya hidup yang berlebihan.

7. Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner merupakan gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokok. Gangguan ini sering dialami karena adanya perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat, obesitas, dan lain-lain.

8. Kanker

Kanker merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang disebabkan oleh konsumsi lemak secara berlebihan.

9. Anoreksia Nervosa

Anoreksia Nervosa merupakan penurunan berat badan secara mendadak dan berkepanjangan, ditandai dengan adanya konstipasi, pembengkakan badan, nyeri abdomen, kedinginan, letargi, dan kelebihan energy

2.1.6 Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terhadap masalah kebutuhan nutrisi dapat meliputi pengkajian khusus masalah nutrisi dan pengkajian fisik secara umum yang berhubungan dengan kebutuhan nutrisi :

a. Identitas

Melakukan pengkajian yang meliputi nama pasien, jenis kelamin, umur, status perkawinan, pekerjaan, alamat, pendidikan terakhir, tanggal masuk, nomer register, diagnosa medis, dan lain-lain.

b. Riwayat Kesehatan

Riwayat makanan meliputi informasi atau keterangan tentang pola makanan, tipe makanan yang dihindari ataupun diabaikan, makanan yang lebih disukai, yang dapat digunakan untuk membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang dan rencana makanan untuk masa selanjutnya.

c. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dilakukan pengkajian

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien bercerita tentang riwayat penyakit, perjalanan dari rumah ke rumah sakit

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Data yang diperoleh dari pasien, apakah pasien mempunyai penyakit di masa lalu maupun sekarang

f. Riwayat Penyakit Keluarga

g. Data yang diperoleh dari pasien maupun keluarga pasien, apakah keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit menurun maupun menular.

h. Tingkat Aktifitas sehari-hari

1) Pola Istirahat /Tidur

Waktu tidur: Waktu tidur yang dialami pasien pada saat sebelum sakit dan dilakukan di rumah, waktu tidur yang diperlukan oleh pasien untuk dapat tidur selama di rumah sakit.

Waktu bangun: Waktu yang diperlukan untuk mencapai dari suatu proses NREM ke posisi yang rileks, waktu bangun dapat dikaji pada saat pasien sebelum sakit dan pada saat pasien sudah di rumah sakit.

Masalah tidur: Apa saja masalah-masalah tidur yang dialami oleh

pasien pada saat sebelum sakit dan pada saat sudah masuk di rumah sakit.

Hal-hal yang mempermudah tidur: Hal-hal yang dapat membuat pasien mudah untuk dapat tidur secara nyenyak.

Hal-hal yang mempermudah pasien terbangun: Hal-hal yang menyangkut masalah tidur yang menyebabkan pasien secara mudah terbangun (Nursalam. 2011)

2) Pola Eliminasi

Buang Air Kecil: Berapa kali dalam sehari, adakah kelainan, berapa banyak, dibantu atau secara mandiri

Buang Air Besar: Kerutinan dalam eliminasi alvi setiap harinya, bagaimanakah bentuk dari BAB pasien (encer, keras, atau lunak)

Kesulitan BAK / BAB: Kesulitan-kesulitan yang biasanya terjadi pada pasien yang kebutuhan nutrisinya kurang, diet nutrisi yang tidak adekuat

Upaya mengatasi BAK / BAB: Usaha pasien untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pola eliminasi

3) Pola Makan dan Minum

Jumlah dan jenis makanan: Seberapa besar pasien mengkonsumsi makanan dan apa saja makanan yang di konsumsi

Waktu pemberian makanan: Rentang waktu yang diperlukan pasien untuk dapat mengkonsumsi makanan yang di berikan

Jumlah dan jenis cairan: Berapakah jumlah dan apa sajakah cairan yang bisa dikonsumsi oleh pasien yang setiap harinya di rumah maupun dirumah sakit

Waktu pemberian cairan: Waktu yang di butuhkan pasien untuk mendapatkan asupan cairan

Masalah makan dan minum: Masalah-masalah yang dialami pasien saat akan ataupun setelah mengkonsumsi makanan maupun minuman

4) Kebersihan Diri / Personal Hygiene

Pemeliharaan badan: Kebiasaan pasien dalam pemeliharaan badan setiap harinya mulai dari mandi, keramas, membersihkan kuku dan lain-lain

Pemeliharaan gigi dan mulut: Rutinitas membersihkan gigi, berapa kali pasien menggosok gigi dalam sehari

Pola kegiatan lain: Kegiatan yang biasa dilakukan oleh pasien dalam pemeliharaan badan

5) Data Psikososial

Pola komunikasi: Pola komunikasi pasien dengan keluarga atau orang lain, orang yang paling dekat dengan pasien

Dampak di rawat di Rumah Sakit: Dampak yang ditimbulkan dari perawatan di Rumah Sakit

6) Data Spiritual

Ketaatan dalam beribadah

Keyakinan terhadap sehat dan sakit

Keyakinan terhadap penyembuhan

2. Pemeriksaan Fisik.

a. Keadaan Umum

Kesadaran: composmentis, somnolen, koma, delirium

b. Tanda-tanda vital

Ukuran dari beberapa criteria mulai dari tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu

c. Pemeriksaan Kepala

Pada kepala yang dapat kita lihat adalah bentuk kepala, kesimetrisan, penyebaran rambut, adakah lesi, warna, keadaan rambut.

d. Pemeriksaan Wajah

Inspeksi : adakah sianosis, bentuk dan struktur wajah

e. Pemeriksaan Mata

Pada pemeriksaan mata yang dapat dikaji adalah kelengkapan dan kesimetrisan

f. Pemeriksaan Hidung

Bagaimana kebersihan hidung, apakah ada pernafasan cuping hidung, keadaan membrane mukosa dari hidung

g. Pemeriksaan Telinga

Inspeksi: Keadaan telinga, adakah serumen, adakah lesi infeksi yang akut atau kronis

h. Pemeriksaan Leher

Inspeksi: adakah kelainan pada kulit leher

Palpasi: palpasi trachea, posisi trachea (miring, lurus, atau bengkok), adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembendungan vena jugularis

i. Pemeriksaan Integumen

Bagaimanakah keadaan turgor kulit, adakah lesi, kelainan pada kulit, tekstur, warna kulit

j. Pemeriksaan Thorax

Inspeksi dada, bagaimana bentuk dada, bunyi normal

k. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi: mendeteksi letak jantung, apakah ada pembesaran jantung

Perkusi : mendiagnosa batas-batas diafragma dan abdomen

Auskultasi : bunyi jantung I dan II

l. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi: bagaimana bentuk abdomen (simetris, adakah luka, apakah ada pembesaran abdomen)

Auskultasi: mendengarkan suara peristaltic usus 5-35 dalam 1 menit

Perkusi: apakah ada kelainan pada suara abdomen, hati (pekak), lambung (timpani)

Palpasi: adanya nyeri tekanan atau nyeri lepas saat dilakukan palpasi

m. Pemeriksaan Genetalia

Inspeksi: keadaan rambut pubis, kebersihan vagina atau penis, warna dari kulit disekitar genetalia

Palpasi: adakah benjolan, adakah nyeri saat di palpasi

n. Pemeriksaan Anus

Lubang anus, peripelium, dan kelainan pada anus

o. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Kesimetrisan otot, pemeriksaan abdomen, kekuatan otot, kelainan pada anus

p. Pemeriksaan Neurologi

Tingkat kesadaran atau meninggal ringan, syaraf otak, fungsi motorik, fungsi sensorik

q. Pemeriksaan Status Mental

Tingkat kesadaran emosi, orientasi, proses berfikir, persepsi dan bahasa, dan motivasi

r. Pemeriksaan Tubuh Secara Umum

Kebersihan, normal, postur

s. Pemeriksaan Penunjang

t. Pemeriksaan laboratorium yang langsung berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah pemeriksaan albumin serum, Hemoglobin, glukosa, elektrolit, dan lain-lain. (AAA.Hidayat.2006)

3. Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015.).

- a. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah
- c. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan absorpsi

4. **Intervensi Keperawatan** (Bulecchek. G. 2013).

Diagnosa 1: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam maka diharapkan kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dan nafsu makan pasien meningkat

Kriteria Hasil : Observasi TTV dalam keadaan normal, Pasien mau makan lagi, Nafsu makan pasien meningkat, Pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih sehat karena kebutuhan nutrisinya terpenuhi

Intervensi :

- a. Dilakukan tindakan terapeutik (pendekatan terapeutik) pada pasien dan keluarga, misal : senyum, sapa, salam, sopan dan santun
- b. Berikan informasi pada pasien tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi
- c. Kaji faktor yang berhubungan dengan nafsu makan
- d. Motivasi pasien untuk makan sedikit (dalam porsi kecil rendah lemak dan rendah serat) dan makan lebih sering (selama tidak ada kontraindikasi)
- e. Observasi TTV
- f. Kolaborasi dengan tim medis

Diagnosa 2: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dan mual atau muntah pasien hilang

Kriteria Hasil : Observasi TTV dalam keadaan normal, Porsi makan habis, Intake makan meningkat, Mual dan muntah pasien hilang, Pasien mengatakan merasa nyaman karena kebutuhan nutrisi terpenuhi dan merasa lebih sehat.

Intervensi :

- a. Dilakukan tindakan terapeutik (pendekatan terapeutik) pada pasien dan keluarga, misal : senyum, sapa, salam, sopan dan santun
- b. Berikan informasi pada pasien tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi
- c. Monitor Berat Badan
- d. Berikan makanan kesukaan jika tidak ada kontraindikasi
- e. Modifikasi pengujian makanan
- f. Anjurkan untuk menjaga oral hygiene
- g. Atur jadwal tindakan medis keperawatan agar tidak menurunkan nafsu makan

Diagnosa 3: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan absorpsi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil : Observasi TTV dalam keadaan normal, Intake makanan meningkat, Kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi, Pasien merasa lebih sehat

Intervensi :

- a. Lakukan tindakan terapeutik (pendekatan terapeutik) pada pasien dan keluarga, misal : senyum, sapa, salam, sopan dan santun
- b. Berikan informasi pada pasien tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi
- c. Motivasi pasien untuk makan sedikit (dalam porsi kecil) dan lebih sering (selama tidak ada kontraindikasi)
- d. Observasi TTV
- e. Kolaborasi dengan tim medis Berikan terapi medika mentosa sesuai program dan berikan nutrisi parenteral per IV sesuai program

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terhadap masalah kebutuhan nutrisi secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam:

- a. Meningkatkan nafsu makan ditunjukkan dengan adanya kemampuan dalam makan serta adanya perubahan nafsu makan apabila terjadi kurang dari kebutuhan.
- b. Terpenuhinya kebutuhan nutrisi ditunjukkan dengan tidak adanya tanda kekurangan atau kelebihan berat badan 3.
- c. Mempertahankan nutrisi melalui oral atau parenteral ditunjukkan dengan adanya proses pencernaan makan yang adekuat (Alimul, 2015).

2.2 Koonsep Dasar Penyakit

2.2.5 Pengertian

1. AIDS (*Aquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh infeksi HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) yang menyebabkan kolapsnya sistem imun (Corwin, 2008).
2. AIDS diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus menerus yang berkaitan dengan infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV). Manifestasi infeksi HIV ditandai dengan tanda-tanda gejala gangguan sistem imun yang ringan sampai manifestasi yang menunjukkan kelainan sistem imun yang berat (Smeltzer, 2002).

2.2.6 Etiologi

AIDS disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang merupakan agen viral yang dikenal dengan retrovirus yang ditularkan oleh darah dan punya afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Corwin, 2008).

2.2.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis penyakit AIDS pada dasarnya mengenai setiap sistem organ. Penyakit yang berkaitan dengan infeksi HIV atau penyakit AIDS adalah akibat terjadi infeksi, malignansi atau akibat dari efek langsung HIV itu sendiri.

Berikut adalah manifestasi klinis dari penyakit HIV_Aids (Nursalam, 2011) :

1. Sistem respiratori

Gejala yang timbul seperti, napas pendek, sesak napas (dispnea), batuk-batuk, nyeri dada, dan demam yang disebabkan infeksi yang terjadi pada paru-paru.

2. Sistem Gastrointestinal

Gejala yang timbul seperti hilangnya selera makan, mual, muntah, adanya kandidiasis oral yang dapat menyebar pada esophagus dan lambung, diare kronis, penurunan berat badan lebih dari 10% berat badan sebelumnya, hilangnya massa otot, kelemahan karena hipermetabolisme tubuh.

3. Kanker

Penderita AIDS mengalami insiden lebih tinggi terhadap kanker daripada orang normal karena stimulasi HIV terhadap sel kanker dan defisiensi sistem kekebalan sehingga substansi penyebab kanker seperti virus lebih mudah menyerang tubuh. Gejala klinisnya seperti lesi pada kulit, pada wanita terdapat perdarahan yang terus menerus pada vagina, keluar cairan yang berbau busuk dan rasa gatal dan panas pada daerah vagina.

4. Sistem neurologi

Komplikasi neurologik meliputi fungsi saraf sentral, perifer dan autonom dimana gangguan ini dapat terjadi akibat efek langsung HIV pada jaringan saraf, IO, neoplasma primer atau metastatik, perubahan serebrovaskuler, ensefalopati metabolik atau komplikasi sekunder karena terapi kompleks, seperti:

- a. Ensefalopati HIV (kompleks dimensia AIDS) berupa sindrom klinis yang ditandai penurunan progresif pada fungsi kognitif, perilaku dan motorik. Manifestasi dini mencakup gangguan daya ingat, sakit kepala, kesulitan konsentrasi, konfusi progresif, pelambatan psikomotorik, apatis dan ataksi. Stadium lanjut mencakup gangguan kognitif global, kelambatan dalam respon verbal, gangguan afektif, seperti pandangan

yang kosong, hiperrefleksi paraparesis spastik, psikosis, halusinasi, tremor, inkontinensia, serangan kejang, mutisme.

- b. Meningitis kriptokokus, yaitu infeksi jamur *Cryptococcus neoformans* dengan gejala demam, sakit kepala, malaise, kaku kuduk, mual, vomitus, perubahan status mental, dan kejang.
- c. Leukoensefalopati multifokal progresiva (PML) merupakan kelainan sistem saraf pusat dengan demielinisasi yang disebabkan virus JC manifestasi klinis dimulai dengan konfusi mental dan mengalami perkembangan cepat yang pada akhirnya mencakup gejala kebutaan, afasia, paresis .
- d. Mielopati vaskuler merupakan kelainan degeneratif yang mengenai kolumna lateralis dan posterior medulla spinalis sehingga terjadi paraparesis spastik progresiva, ataksia serta inkontinensia.
- e. Neuropati perifer yang berhubungan dengan HIV diperkirakan merupakan kelainan demielinisasi dengan disertai rasa nyeri serta mati rasa pada ekstremitas, kelemahan, penurunan refleks tendon yang dalam, hipotensi ortostatik.

5. Sistem integument

Gejala klinisnya timbul vesikel pada kulit akibat infeksi Herpes Zoster atau herpes simpleks, terdapat ruam, kulit bersisik, kulit kering, mengelupas.

2.2.8 Penularan

HIV terjadi melalui kontak dengan cairan tubuh yang mengandung partikel virus, yang ditularkan melalui cara:

1. Hubungan sex dengan penderita HIV (+)
2. Tranfusi darah yang terkontaminasi
3. Penggunaan jarum suntik bersama pada IDU
4. Ibu hamil yang HIV (+) ke bayi yang dikandung
5. Memberi ASI dari ibu yang HIV (+) ke bayi (Nursalam. 2011).

BAB 3
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3. 1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan data-data sebagai berikut:

1. Identitas Pasien

Nama: Tn. D. P., Tanggal lahir: 10 Januari 1990, umur: 29 tahun, jenis kelamin: laki-laki, diagnosa medis: HIV-AIDS, no RM : 50.24.54, pendidikan terakhir: SMA, alamat: Oelete, tanggal MRS : 11 Juli 2019, pekerjaan : Pensiunan.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama: Ny. Y. E., jenis kelamin: perempuan, alamat: Oelete, pekerjaan: Ibu rumah tangga, hubungan dengan klien : Mama kandung.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien belum BAB sudah 4 hari

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak merasakan keluhan seperti ini, bisa melakukan pekerjaan dengan baik, bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik.

c. Riwayat penyakit sekarang

Saat dikaji : pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB) dan merasa tidak nyaman di perut. Tampak K/U lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT.

d. Riwayat penyakit sebelumnya

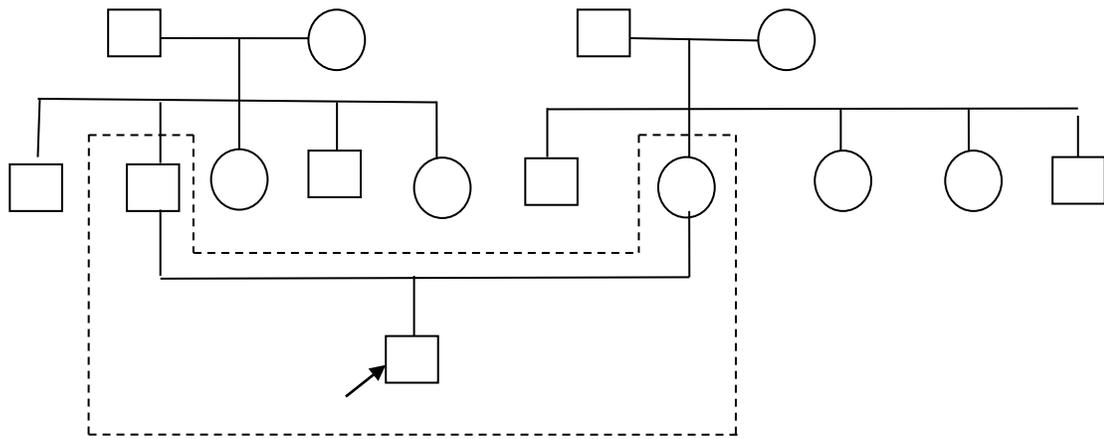
Pasien mengatakan mulai mengalami sakit ini sejak bulan Januari 2019. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat

alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti ini, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



Keterangan: □ : Laki-laki hidup ↗ □ Pasien
○ : Perempuan hidup ----- : Tinggal Serumah .

f. Pola Makan dan Minum

Kebiasaan: Pola makan teratur, Frekuensi 3 kali sehari Makanan pantangan tidak ada, Makanan yang disukai: semua jenis makanan. Banyaknya minuman dalam sehari: 1.000-1.500 cc. Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai: minuman beralkohol dan makanan yang merangsang muntah. Saat sakit pemberian makan melalui NGT dengan jumlah 3x60cc.

g. Pola Eliminasi

1) Buang air kecil (BAK): Kebiasaan teratur, frekuensi dalam sehari: 5- 6 kali, warna kuning jernih, bau : khas urin (amoniak), perubahan selama sakit: tidak BAB selama 4 hari.

- 2) Buang air besar (BAB): Kebiasaan teratur, Frekuensi dalam sehari 1-2 kali, warna kuning pucat, konsistensi lembek, bau khas feses. Perubahan selama sakit: tidak ada

4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 13 (E4 V4 M5). CRT < 3 detik. Tanda-tanda vital: TTV : TD 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. Berat sebelum sakit 58 kg, berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. Mata konjungtiva anemis, pasien nampak pucat.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 20 Mei 2019 antara lain :

- 1) Hemoglobin: 11,4 gr% (nilai normal 13-18 gr%)
- 2) Lekosit: 4.85 (nilai normal 4,0-10.0 10^3 /ul).
- 3) Eritrosit 4,1 10^3 /ul (nilai normal 4,50-6,20 10^3 /ul).
- 4) Jumlah trombosit menurun 148 10^3 /ul (nilai normal 140-400 10^3 /ul).
- 5) Hematokrit: 32,5% (nilai normal 40,0-54.0 %).

6. Terapi

Di ruangan Komodo, Tn. D. P. mendapatkan terapi IVFD NACL 0,9% 20 tetes/menit, clindamicyn 4x400 mg/oral, Ranitidin 2x200 mg/oral, cotrimoksazole 1x960 mg/oral, paracetamol 3x500 mg/oral, methylprednisolon 3x8 mg/oral.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan.

1. Analisa Data

- a. **DS:** Keluarga pasien mengatakan bahwa napsu makan pasien tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, berat badan sebelum sakit 53 kg. **DO:** Keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan

165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang.

Masalah keperawatan: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.

Etiologi: Intake inadecuata.

- b. **DS:** Keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 4 hari pasien tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. **DO:** Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut lembek, bising usus melemah (8 kali/menit).

Masalah keperawatan : Konstipasi. **Etiologi:** Kelemahan otot abdomen

2. Prioritas Diagnosa Keperawatan Terpilih

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan prioritas yaitu: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadecuata, Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (**NOC & NIC 2013**). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada:

Diagnosa keperawatan 1: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadecuata. **Goal:** pasien akan meningkatkan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan. **Obyektif:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi. **NOC:** *Nutritional Status : food and Fluid Intake* (Status nutrisi: Intake makanan dan minuman. **Kriteria Hasil :** 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan. 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 4) Tidak ada tanda tanda malnutrisi. 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. **NIC:** *Nutrition Management* (Manajemen nutris) 1) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Atur posisi pasien sebelum makan, 3) Bantu dan temani pasien saat makan melalui NGT, 4) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien, 5)

Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, 6) Monitor adanya penurunan berat badan, 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit, 8) Monitor kadar hemoglobin.

Diagnosa keperawatan 2: Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **NOC:** 1) *Bowel Elimination* (Eliminasi BAB). 2) Hidration (Hidrasi). Outcome/Kriteria hasil: Pola BAB dalam batas normal, Feses lunak, Cairan dan serat adekuat, Aktivitas adekuat, Hidrasi adekuat. **NIC:** Manajemen konstipasi: 1) Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4) Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5) Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 6) Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 7) Anjurkan pasien banyak minum air putih. 8) Kolaborasi pemberian terapi.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya (Price, S.A, 2006).

Hari pertama tanggal 15 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Implementasi:** Jam 09.00, Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal yaitu . berat badan 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 / (1,65 \times 1,65) = 47 / 2,72$ hasilnya 17,2. Status gizi kurang. Jam 09.45, Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. Jam 10.00, Membantu memberikan pasien makan melalui NGT, 60 cc tiap kali makan. Jam 10.10, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. Jam 11.00, Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit yaitu: kulit kering dan turgor kulit baik. **Diagnosa keperawatan 2:** Konstipasi berhubungan dengan

penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Implementasi:** Jam 11.10, Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi misalnya dengan menahan BAB (buang air besar), makan makanan yang tidak berserat misalnya: coklat, daging merah, cofein dan pisang. Jam 12.00, Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien yaitu untuk melancarkan proses BAB (buang air besar), immobilisasi. Jam 12.10, Merubah posisi pasien miring kiri dan miring kanan. Jam 12.15, Melakukan rOM pasif pada pasien. Jam 12.30, Menganjurkan pasien banyak minum air putih.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Implementasi:** Jam 09.00, Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal yaitu . berat badan 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 / (1,65 \times 1,65) = 47 / 2,72$ hasilnya 17,2. Status gizi kurang. Jam 09.45, Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. Jam 10.00, Membantu memberikan pasien makan melalui NGT, 60 cc tiap kali makan. Jam 10.10, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. Jam 11.00, Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit yaitu: kulit kering dan turgor kulit baik. **Diagnosa keperawatan 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Implementasi:** Jam 11.10, Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi misalnya dengan menahan BAB (buang air besar), makan makanan yang tidak berserat misalnya: coklat, daging merah, cofein dan pisang. Jam 12.00, Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien yaitu untuk melancarkan proses BAB (buang air besar), immobilisasi. Jam 12.10, Merubah posisi pasien miring kiri dan miring kanan. Jam 12.15, Melakukan rOM pasif pada pasien. Jam 12.30, Menganjurkan pasien banyak minum air putih.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Implementasi:** Jam 09.00, Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat

badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal yaitu . berat badan 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 / (1,65 \times 1,65) = 47 / 2,72$ hasilnya 17,2. Status gizi kurang. Jam 09.45, Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. Jam 10.00, Membantu memberikan pasien makan melalui NGT, 60 cc tiap kali makan. Jam 10.10, Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. Jam 11.00, Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit yaitu: kulit kering dan turgor kulit baik. **Diagnosa keperawatan 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Implementasi:** Jam 11.10, Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi misalnya dengan menahan BAB (buang air besar), makan makanan yang tidak berserat misalnya: coklat, daging merah, cofein dan pisang. Jam 12.00, Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien yaitu untuk melancarkan proses BAB (buang air besar), immobilisasi. Jam 12.10, Merubah posisi pasien miring kiri dan miring kanan. Jam 12.15, Melakukan rOM pasif pada pasien. Jam 12.30, Menganjurkan pasien banyak minum air putih. Jam 12.40, Melakukan kolaborasi pemberian dulkolax.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan (Price, S.A, 2006,).

Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019. **Diagnosa 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Jam 13.00. S:** Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg. **O:** Keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47 / 2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. **A:** Masalah belum teratsi. **P:** Intervensi nomor 1-9 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal.

Jam 13.15, S: Pasien mengatakan sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. **O:** Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut lembek, bising usus melemah (8 kali/menit). **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019. **Diagnosa 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Jam 13.00. S:** Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg. **O:** Keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1-9 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Jam 13.15, S:** Pasien mengatakan sudah 5 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. **O:** Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut lembek, bising usus melemah (8 kali/menit). **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019. **Diagnosa 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Jam 13.00. S:** Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg. **O:** Keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1-9 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Jam 13.15, S:** Pasien mengatakan sudah 6 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. **O:** Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut

lembek, bising usus melemah (8 kali/menit). **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di ruangan Komodo RSUD Prof.DR. W.Z. Johannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Alimul (2015) faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi adalah sebagai berikut: pengetahuan, prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi, adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu, kesukaan yang berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kekurangan variasi makanan, status ekonomi dapat mempengaruhi perubahan status gizi, penyakit tertentu dapat menyebabkan kekurangan nutrisi.

Hasil pengkajian yang didapatkan adalah Tn. D. P. mengalami sakit yang berat, dengan keluhan: Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg, Pasien mengatakan sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut, keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47 : (1,65 \times 1,65) = 17,2$. Status gizi kurang. Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut lembek, bising usus melemah (8 kali/menit). Hasil pemeriksaan kadar HB dibawah normal.

Berdasarkan teori dan kasus nyata diatas penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena semua tanda dan gejala yang dialami oleh Tn. D. P. terdapat dalam teori yaitu: hilangnya selera makan, mual,

muntah, adanya kandidiasis oral, penurunan berat badan lebih dari 10% berat badan sebelumnya, hilangnya massa otot, kelemahan karena hipermetabolisme tubuh, lesi pada kulit, gangguan fungsi saraf sentral dan perifer, adanya infeksi jamur *cryptococcus*. Kadar HB menurun mengindikasikan bahwa pasien mengalami gangguan nutrisi karena indikator seseorang mengalami perubahan status nutrisi menjadi gizi kurang adalah kadar hemoglobin dan darah.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Nursalam, 2011).

Sesuai dengan defenisi NANDA 2015 diagnosa keperawatan pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutris antara lain: 1) Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. 2) Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah. 3) Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan gangguan absorpsi

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn D. P. yaitu: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat sesuai dengan teori sedangkan konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal tidak terdapat dalam teori. Namun data tersebut perlu ditegakkan karena data-data yang menunjang untuk penegakkan diagnose tersebut sangat Nampak pada pasien dan membutuhkan intervensi perawat.

Berdasarkan data diatas penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada kasus yang dialami Tn. D.P. ditemukan data yang menunjang untuk menegakkan satu diagnose yang tidak terdapat dalam teori yaitu: konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan **NOC & NIC 2013 edisi kelima**, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Intervensi keperawatan menurut teori antara lain: 1) Dilakukan tindakan terapeutik (pendekatan terapeutik) pada pasien dan keluarga, misal : senyum, sapa, salam, sopan dan santun . 2) Berikan informasi pada pasien tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan nutrisi. 3) Kaji faktor yang berhubungan dengan nafsu makan . 4) Motivasi pasien untuk makan sedikit (dalam porsi kecil rendah lemak dan rendah serat) dan makan lebih sering (selama tidak ada kontraindikasi). 5) Observasi TTV. 6) Kolaborasi dengan tim medis

Pada kasus Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi, penulis menemukan dua (2) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu: Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadkuat dan konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. Intervensi keperawatan dengan rencana sebagai berikut: **Diagnosa keperawatan 1:** 1) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Atur posisi pasien sebelum makan, 3) Bantu dan temani pasien saat makan melalui NGT, 4) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien, 5) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, 6) Monitor adanya penurunan berat badan, 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit, 8) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count).

Diagnosa keperawatan 2: 1) Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4) Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5) Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 6) Anjurkan untuk

meningkatkan aktivitas yang optimal. 7) Anjurkan pasien banyak minum air putih.
8) Kolaborasi pemberian terapi.

Dari uraian diatas penulis menjelaskan bahwa semua intervensi yang sudah direncanakan semuanya sesuai dengan teori.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nursalam, 2011).

Pada hari senin, 15 Juli 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat., dan Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. pada Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutrisi yaitu: **Diagnosa keperawatan 1:** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat. **Implementasi:** 1) Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. 4) Membantu memberikan pasien makan melalui NGT. 5) Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 6) Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 7) Memonitor adanya penurunan berat badan. 8) Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 9) Memonitor kadar hemoglobin. **Diagnosa keperawatan 2:** Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal. **Implementasi:** 1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Melakukan kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 5) Menjelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 6) Menjelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 7) Menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 8) Menganjurkan pasien banyak minum air putih.

Implementasi yang dilakukan semuanya sesuai dengan rencana tindakan yang sudah ditetapkan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2011) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan pola napa berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, dan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (neoplasma).

Evaluasi yang selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, yang diharapkan tidak sesuai sesuai teori dimana pasien belum bisa makan melalui oral secara spontan dan masih dilayani makan melalui NGT, berat badan pasien masih seperti semula, kandidiasis oral masih ada dan pasien belum buang air besar (BAB) secara spontan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil Asuhan Keperawatan pada Tn. D. P. dengan HIV-Aids di ruang Komodo RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, sesuai dengan tujuan yang diharapkan antara lain :

- 4.1.1 Pengkajian pada kasus Tn. D. P. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar nutris yaitu keluhan utama : Pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, Berat sebelum sakit 53 kg. Keadaan umum tampak lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT, TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. Pasien juga mengatakan sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari, dinding perut lembek, bising usus melemah (8 kali/menit).
- 4.1.2 Intervensi yang disusun menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat dan konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal, dan intervensi yang di tetapkan yaitu: **Diagnosa 1:** 1) Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Atur posisi pasien sebelum makan, 3) Bantu dan temani pasien saat makan melalui NGT, 4) Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien, 5) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, 6) Monitor adanya penurunan berat badan, 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit, 8) Monitor kadar hemoglobin dan RBC (red blood count). **Diagnosa 2:** 1) Identifikasi faktor-faktor yang

menyebabkan konstipasi. 2) Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4) Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5) Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 6) Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 7) Anjurkan pasien banyak minum air putih. 8) Kolaborasi pemberian terapi.

4.1.3 Implementasi keperawatan dengan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat dan konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas traktus gastrointestinal, tindakan yang dilakukan yaitu: **Diagnosa 1:** 1) Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal. 2) Mengatur posisi pasien tidur telentang sebelum makan. 4) Membantu memberikan pasien makan melalui NGT. 5) Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien. 6) Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 7) Memonitor adanya penurunan berat badan. 8) Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit. 9) Memonitor kadar hemoglobin. **Diagnosa 2:** 1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Melakukan kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 5) Menjelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 6) Menjelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 7) Menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 8) Menganjurkan pasien banyak minum air putih.

4.1.4 Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Evaluasi yang selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, yang diharapkan tidak sesuai teori dimana pasien belum bisa makan melalui oral secara spontan dan masih dilayani makan melalui NGT, berat badan pasien masih seperti semula, kandidiasis oral masih ada dan pasien belum buang air besar (BAB) secara spontan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

4.2.2 Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan Diharapkan agar dapat meningkat mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat, A. Aziz. 2015. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Edisi 2. Buku 2
Jakarta : Salemba Medika
- Asmadi. 2008. Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan
Dasar Klien. Jakarta : Salemba Medika
- Carpenito, LJ. 2012. Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 13. Jakarta : EGC
- Corwin. Elizabeth. J. 2008. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Propinsi NTT. 2012. (Register Penanggulangan Penyakit
Menular).
- Kemenkes, RI. 2012. Infodatin Pusat Data dan Informasi Situasi Kesehatan
Reproduksi Remaja. [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Info datin % 20 AIDS.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Info%20AIDS.pdf). Diakses tanggal 18 Februari 2016.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). 2013. Info HIV/AIDS.
[http://
www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/info-HIV-
danAIDSshash.xV5vpSw Z.dpbs](http://www.aidsindonesia.or.id/contents/37/78/info-HIV-danAIDSshash.xV5vpSwZ.dpbs). Diakses tanggal 19 Februari 2016.
- Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC). Edisi Kelima*. Elseivers.
Singapura
- Mubarak, Wahit Iqbal. 2008. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan
Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: EGC
- NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*.
Jakarta : EGC
- Nursalam. 2011. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta:
Salemba Medika.
- Perry & Potter. 2006. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan
Praktik Vol. 2. Edisi 5 .Jakarta : EGC
- Potter & Perry. 2010. Fundamental of Nursing Fundamental Keperawatan, Buku 3
Edisi 7. Jakarta: Elsevier
- Smelzer & Bare. 2002. Buku Ajar: Keperawatan Medikal-Bedah Brunner Suddarth.
Jakarta: EGC.

Tarwoto, Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Wilkinson, Judith M. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9. Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC

WHO. Clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definitions for surveillance [internet]. c2005[cited 2013 November 20]. Available from :http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinical_staging.pdf:2

....., 2019. *Register Medis Ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*, Bulan Januari sampai dengan Pertengahan Bulan Juli.

LAMPIRAN-LAMPIRAN:

1. Pengkajian Rumah Sakit
2. Lembaran Konsultasi



Lampiran 1

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Marselinda Ulu Mandu
NIM : PO. 530320118214

Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. D. P.
Ruang/Kamar : Komodo/E1
Diagnosa Medis : B.20
No. Medical Record : 50 – 24 - 54
Tanggal Pengkajian : 15 – 07 - 2019 Jam : 09.00
Masuk Rumah Sakit : 11 - 07 – 2019 Jam : 21.10

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. D. P. Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 29 Tahun/10 - 01 - 1990 Status Perkawinan : Belum kawin
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Rote
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Security
Alamat : Oetete

Identitas Penanggung

Nama : Ny. Y. E. Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Mama kandung
Alamat : Oetete

Riwayat Kesehatan

Keluhan utama

Pasien belum BAB sudah 4 hari

Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak merasakan keluhan seperti ini, bisa melakukan pekerjaan dengan baik, bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik.

Riwayat penyakit sekarang

Saat dikaji : pasien mengatakan napsu makan tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, sudah 4 hari tidak buang air besar (BAB) dan merasa tidak nyaman di perut. Tampak K/U lemah, terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau, tampak terpasang NGT.

Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan mulai mengalami sakit ini sejak bulan Januari 2019. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti ini, maupun penyakit yang lainnya.

Kebiasaan

Merokok

Tidak: Pasien mengatakan dirinya perokok

Minum alkohol

Tidak: Pasien mengatakan sering minum alkohol.

Minum kopi :

Ya : Kadang-kadang minum kopi tapi tidak rutin setiap hari.

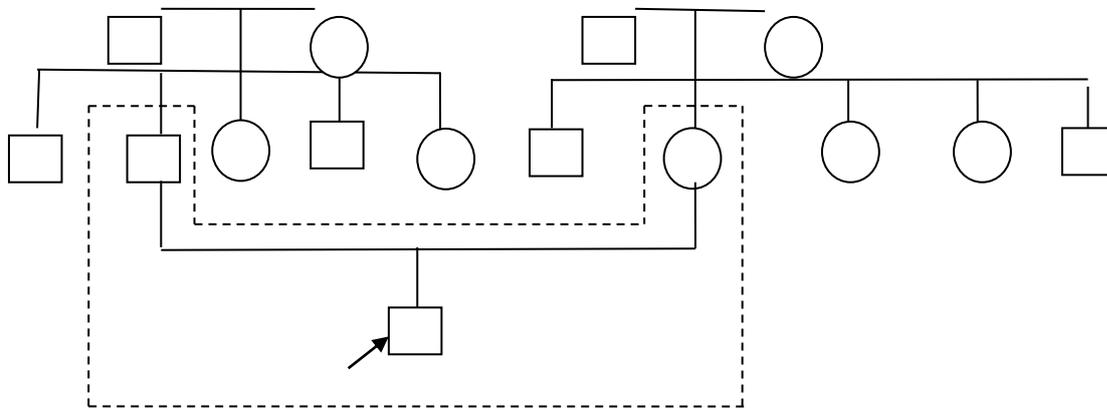
Minum obat-obatan

Tidak : pasien tidak minum sembarang obat.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Genogram Keluarga:



Keterangan: : Laki-laki hidup

: Perempuan hidup

: Pasien

----- : Tinggal Serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah : 100/70 mmHg - Nadi : 90x/ m

Pernapasan : 22x/m - Suhu: 37 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala : simetris

- Sakit kepala : ada

- Bentuk, ukuran dan posisi : normal abnormal, jelaskan :

- Lesi : ada, tidak ada

- Masa : ada, tidak ada

- Observasi Wajah : simetris asimetri,

3. Penglihatan :

a. Konjungtiva : anemis

b. Sklera : putih

c. Pakai kaca mata : tidak

d. Penglihatan kabur : tidak

e. Nyeri : tidak ada

f. Peradangan : tidak ada

- g. Operasi : tidak pernah
4. Pendengaran
- a. Gangguan pendengaran: Ya. Pada telinga bagian kanan
- b. Nyeri : Ya tidak
- c. Peradangan : Ya tidak
5. Hidung
- a. Alergi Rhinnitus : Ya tidak
- b. Riwayat Polip : Ya, tidak
- c. Sinusitis : Ya, tidak
- d. Epistaksis : Ya, tidak
6. Tenggorokan dan mulut
- a. Keadaan gigi : kotor
- b. Caries : Ya, tidak
- c. Memakai gigi palsu : Ya, tidak
- d. Gangguan bicara : Ya, tidak
- e. Gangguan menelan : Ya, tidak
- f. Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak
7. Sistem Kardiovaskuler
- a. Nyeri Dada : tidak
- b. Inspeksi :
- c. Kesadaran/GCS : compos mentis = E/4. V/4, M/5 = 13
- d. Bentuk dada : abnormal , normal
- e. Bibir : sianosis normal
- f. Kuku : sianosis normal
- g. Capillary Refill : Abnormal normal < 3det
- h. Tangan : Edema normal
- i. Kaki : Edema normal
- j. Sendi : Edema normal
- k. Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- l. Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- m. Perkusi: pembesaran jantung: tidak ada
- n. Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
- o. BJ II : Abnormal normal
- p. Murmur :tidak ada suara napas tambahan
8. Sistem Respirasi
- Keluhan: Tidak ada
- Inspeksi :
- a. Jejas : Ya, tidak
- b. Bentuk Dada : Abnormal, Normal
- c. Jenis Pernapasan : Abnormal, normal
- d. Irama Napas : teratur tidak teratur
- e. Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
- f. Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, tidak
- g. Perkusi: Cairan : Ya tidak
- h. Udara : Ya tidak
- i. Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
- a. Inspirasi : Normal Abnormal

- b. Ekspirasi : Normal Abnormal
- c. Ronchi : Ya tidak
- d. Wheezing : Ya tidak
- e. Krepitasi : Ya tidak
- f. Rales : Ya tidak
- g. Clubbing Finger : Normal Abnormal

9. Sistem Pencernaan

Keluhan : tidak bisa menelan, mual dan muntah

a. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Normal
- Keadaan bibir : lembab kering dan pucat
- Keadaan rongga mulut
- Warna Mukosa : pucat kering
- Luka/ perdarahan : Ya, tidak
- Tanda-tanda radang : Ya, tidak
- Keadaan gusi : Abnormal, normal
- Keadaan abdomen
- Warna kulit : Sawo matang
- Luka : Ya, tidak
- Pembesaran : normal
- Keadaan rektal
- Luka : Ya, tidak
- Perdarahan : Ya, tidak
- Hemmoroid : Ya, tidak
- Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, tidak

b. Auskultasi :

- Bising usus/Peristaltik : 8 kali/menit
- Perkusi: Cairan : Abnormal, normal
- Udara : Abnormal, (kembung) normal
- Massa : Abnormal, normal

c. Palpasi :

- Tonus otot : Abnormal, normal
- Nyeri : Abnormal, normal
- Massa : Abnormal normal

10. Sistem Persyarafan

Keluhan : Tidak ada

Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6 = 15

Pupil : Isokor anisokor

Kejang : Abnormal, normal

Jenis kelumpuhan: Ya, tidak

Parasthesia : Ya, tidak

Koordinasigerak : Abnormal, normal

Cranial Nerves : Abnormal, normal

Reflexes : Abnormal, normal

11. Sistem Musculoskeletal

Keluhan : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri

Kelainan ekstremitas : ada, tidak ada

Nyeri otot : ada tidak

Nyeri sendi : ada tidak ada
 Refleksi sendi : abnormal, normal
 Kekuatan otot : Atropi hiperthropi normal

5	5
4	4

12. Sistem Integument

Rash : ada, tidak ada
 Lesi : ada, tidak ada
 Turgor : elastis Warna : sawo matang
 Kelembaban : Abnormal normal
 Petechie : ada, Tidak ada
 Lain lain : tidak ada

13. Sistem Perkemihan : Tidak ada

a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
 b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
 c. Kandung kencing : membesar iya tidak
 nyeri tekan iya tidak
 d. Produksi urine : 500 cc/hari
 e. Intake cairan : oral : 1.000cc/hr Parenteral : 1000 cc/24 jam
 f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
 g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
 Lain-lain : tidak ada

14. Sistem Endokrin

a. Keluhan : tidak ada
 b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
 c. Lain – lain : tidak ada

15. Sistem Reproduksi

Keluhan : tidak ada
 Wanita : Siklus menstruasi : Menopause
 Keadaan payudara : Abnormal, normal
 Riwayat Persalinan:-
 Abortus:-
 Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
 Lain-lain:-
 Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
 Lain-lain:tidak ada

16. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

a. Nutrisi
 Kebiasaan :
 - Pola makan : tidak teratur waktu di rumah
 Frekuensi makan : tidak jelas karena pasien tidak bisa menelan
 Nafsu makan : sebelum sakit baik, sesudah sakit pasien tidak bisa menelan.
 Makanan pantangan : tidak ada.
 Makanan yang disukai : tidak ada

Banyaknya minuman dalam sehari : (1500 cc)

Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : semua disukai

Berat sebelum sakit 58 kg, berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT: $47/(1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$, Status gizi kurang. 19,2. Status gizi pasien baik.

Perubahan selama sakit: Berat badan menurun 11 kg

b. Eliminasi

Buang air kecil (BAK)

Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3 – 5 kali

Bau : khas

Perubahan selama sakit : tidak ada

Buang air besar (BAB)

Kebiasaan: Pagi hari

saat kaji 1-2 x sehari

Warna : coklat muda

Konsistensi : lembek

Perubahan selama sakit : tidak ada

c. Olah raga dan aktivitas

Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

d. Istirahat dan tidur

Tidur malam jam : 09.00 malam

Bangun jam : 05.00 pagi

Tidur siang jam : 13.00

Bangun jam : 14.00

Apakah mudah terbangun : sering terbangun

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

e. Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : mama

Organisasi sosial yang diikuti : kegiatan gereja

f. Keadaan rumah dan lingkungan : baik

Status rumah : milik sendiri

Cukup/ tidak : cukup

Bising/ tidak : tidak

Banjir / tidak : tidak

g. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (orang tuanya)

h. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi dengan orang tuanya

Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

i. Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : sering ke gereja pada hari minggu

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : jarang

j. Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dan keluarga masih belum menerima akan sakit yang diderita

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin cepat sembuh dari sakitnya.

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dalam berkomunikasi

Data Laboratorium & Diagnostik

Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 20 Mei 2019 antara lain :

1. Hemoglobin: 11,4 gr% (nilai normal 13-18 gr%)
2. Lekosit: 4.85 (nilai normal 4,0-10.0 10^3 /ul).
3. Eritrosit 4,1 10^3 /ul (nilai normal 4,50-6,20 10^3 /ul).
4. Jumlah trombosit menurun 148 10^3 /ul (nilai normal 140-400 10^3 /ul).
5. Hematokrit: 32,5% (nilai normal 40,0-54.0 %).

Diagnostik Test

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan pemeriksaan

Foto esophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan pemeriksaan

Cholescystogram : tidak dilakukan pemeriksaan

Foto colon : tidak dilakukan pemeriksaan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : tidak dilakukan pemeriksaan

Biopsy : tidak dilakukan pemeriksaan

Colonoscopy : tidak dilakukan pemeriksaan

DII : tidak dilakukan pemeriksaan

Penatalaksanaan/pengobatan

Pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan : tidak ada

Terapi

Di ruangan Komodo, Tn. D. P. mendapatkan terapi IVFD NACL 0,9% 20 tetes/menit, clindamicyn 4x400 mg/oral, Ranitidin 2x200 mg/oral, cotrimoksazole 1x960 mg/oral, paracetamol 3x500 mg/oral, methylprednisolon 3x8 mg/oral.

A. Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan bahwa napsu makan pasien tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, berat badan turun yaitu sebelum sakit 53 kg.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum tampak lemah Tampak terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau Tampak terpasang NGT TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. Berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : $47 : (1,65 \times 1,65) = 47/2,72 : 17,2$. 	Intake inadekuat.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
2	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 4 hari pasien tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari Dinding perut lembek Bising usus melemah (8 kali/menit). 	Kelemahan otot abdomen	Konstipasi.

B. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake inadekuat.
- Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen.

C. Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake inadekuat.	<p>Goal: Pasien akan meningkatkan keseimbangan nutrisi selama dalam perawatan. Obyektif: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi. NOC: <i>Nutritional Status : food and Fluid Intake</i> (Status nutrisi: Intake makanan dan minuman.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. 	<p>NIC: <i>Nutrition Management</i> (Manajemen nutris)</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal Atur posisi pasien sebelum makan Bantu dan temani pasien saat makan melalui NGT Evaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi Monitor adanya penurunan berat badan, Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi,

		4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi. 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	turgor kulit 8) Monitor kadar hemoglobin.
2	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen	<p>Goal: Pasien akan mempertahankan pola eliminasi BAB yang normal selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola eliminasi BAB pasien lancar dan normal</p> <p>NOC: 1. <i>Bowel Elimination</i> (Eliminasi BAB). 2. Hidration (Hidrasi).</p> <p>Outcome/Kriteria hasil: 1. Pola BAB dalam batas normal, Feses lunak 2. Cairan dan serat adekuat 3. Aktivitas adekuat, Hidrasi adekuat.</p>	<p>NIC: Manajemen konstipasi: 1) Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2) Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3) Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4) Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5) Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencakar dalam waktu yang lama. 6) Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 7) Anjurkan pasien banyak minum air putih. 8) Kolaborasi pemberian terapi.</p>

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

NO. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)
2	<p>Senin, 15 Juli 2019</p> <p>09.45</p> <p>09.50</p> <p>09.55</p> <p>11.15</p> <p>11.20</p> <p>11.25</p>	<p>1. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal</p> <p>2. Mengatur posisi pasien sebelum makan</p> <p>3. Membantu dan temani pasien saat makan melalui NGT</p> <p>4. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien</p> <p>5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>6. Memonitor adanya penurunan</p>	<p>Jam 13.15</p> <p>S : Keluarga pasien mengatakan bahwa napsu makan pasien tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, berat badan turun yaitu sebelum sakit 53 kg.</p> <p>O:</p> <p>1. Keadaan umum tampak lemah 2. Tampak terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau 3. Tampak terpasang NGT 4. TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. 5. Berat badan saat ini 47 kg, tinggi</p>

	11.30	berat badan, 7. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit	badan 165 cm, IMT : 47 : (1,65x1,65) = 47/2,72 : 17,2.
	11.35	8. Memonitor kadar hemoglobin.	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan
2	Senin, 15 Juli 2019	1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi.	Jam 13.30
	10.00	2) Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien.	S : Keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 4 hari pasien tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut.
	10.05		O :
	10.10	3) Melakukan kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap.	1. Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari
	10.15	4) Menjelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi.	2. Dinding perut lembek
	10.20	5) Menjelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama.	3. Bising usus melemah (8 kali/menit).
	10.25	6) Menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal.	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan
	10.35	7) Menganjurkan pasien banyak minum air putih.	
	10.40	8) Melakukan kolaborasi pemberian terapi.	

E. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE
Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 16 Juli 2019	S : Keluarga pasien mengatakan bahwa napsu makan pasien tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, berat badan turun yaitu sebelum sakit 53 kg.
	09.45	O : 1. Keadaan umum tampak lemah 2. Tampak terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau 3. Tampak terpasang NGT 4. TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. 5. Berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : 47 : (1,65x1,65) = 47/2,72 : 17,2
	09.50	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan I : 1. Mengkaji status gizi pasien berdasarkan berat badan, tinggi badan, indeks masa tubuh dan berat badan ideal
	09.55	2. Mengatur posisi pasien sebelum makan
	11.15	3. Membantu dan temani pasien saat makan melalui NGT

	<p>11.20 11.25 11.30 11.35 11.45 13.00</p>	<p>4. Mengevaluasi jumlah makanan yang dihabisi pasien 5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 6. Memonitor adanya penurunan berat badan, 7. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, turgor kulit 8. Memonitor kadar hemoglobin. E : 1. Keluarga pasien mengatakan bahwa napsu makan pasien tidak ada, merasa tidak nyaman di mulut, berat badan turun yaitu sebelum sakit 53 kg. 2. Keadaan umum tampak lemah 3. Tampak terdapat banyak jamur berwarna putih di mulut, dan berbau 4. Tampak terpasang NGT 5. TTV: tekanan darah 100/70 mmHG, S: 37 °C, Nadi 90 x/menit. 6. Berat badan saat ini 47 kg, tinggi badan 165 cm, IMT : 47 : (1,65x1,65) = 47/2,72 : 17,2</p>
32	<p>Selasa, 16 Juli 2019</p> <p>10.00 10.05 10.10 10.15 10.20 10.25 10.35 10.40 10.45 13.15</p>	<p>S: Keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 4 hari pasien tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. O: 1. Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari 2. Dinding perut lembek 3. Bising usus melemah (8 kali/menit). A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan I : 1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi. 2. Menjelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien. 3. Melakukan kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap. 4. Menjelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi. 5. Menjelaskan pada klien konsekuensi menggunakan pencahar dalam waktu yang lama. 6. Menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas yang optimal. 7. Menganjurkan pasien banyak minum air putih. 8. Melakukan kolaborasi pemberian terapi. E : 1. Keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 4 hari pasien tidak buang air besar (BAB), merasa tidak nyaman di perut. 2. Tampak pasien tidak BAB selama 4 hari 3. Dinding perut lembek 4. Bising usus melemah (8 kali/menit).</p>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp :(0380)88002

Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Marselinda Ulu Mandu
NIM : PO. 530320118214
NAMA PEMBIMBING : Ns. Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep
NIP : 19810630200501 2 001

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 12 Juli 2019	Konsultasi Persiapan UAP	Arahan Pembimbing: Supaya hasil laporan Judul Kasus yang sudah ada untuk disetujui	
2	Senin 22 Juli 2019	Konsultasi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Konsultasi awal BAB 3 dan 4 (Via Email)	1. BAB 1 dan 2 : Perhatikan lagi penulisan kata, tanda baca yang benar 2. Cover-Kata pengantar	
4.	Rabu 24 Juli 2019	Konsultasi Revisi cover sampai dengan kata pengantar, Revisi BAB 1 & 2, Revisi BAB 3 dan 4, Konsultasi awal Abstrak	1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulisan, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1 & 2 direvisi lagi 3. BAB 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakan lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 4. Abstrak diperbaiki	

5.	Kamis, 25 Juli 2019	Revisi BAB 1, 2, 3 dan 4, Revisi Abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB 3 & 4 direvisi: Perhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Pada bagian penutup diringkas sesuai dengan proses keperawatan yang benar. 2. Abstrak diperbaiki: Latar belakang, tujuan, hasil, kesimpulan dan saran, kata kunci. 3. Persiapan Ujian Sidang KTI, hari Jumat Tanggal 26 Juli 2019 	
6.	Jumat, 26 Juli 2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil Ujian dari Dewan Penguji : Lulus dengan Revisi/perbaikan 	
7.	Senin, 29 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover s/d Daftar isi 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. 3. Abstrak diperbaiki 	
8.	Rabu, 30 Juli 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cover, lembaran persetujuan, pengesahan, keaslian tulli san, biodata penulis, kata pengantar 2. BAB 1, 2, 3 & 4 direvisi: Dibaca dan diperhatiakn lagi penulisan kata, kalimat, tanda baca. Abstrak diperbaiki 	
9.	Jumat, 02 Agustus 2019	Konsultasi Revisi Keseluruhan Karya Tulis Ilmiah	ACC Karya Tulis Ilmiah	