

Lampiran 1: Literatur Review

NO	JUDUL	TAHUN	PENULIS	METODE PENELITIAN	HASIL	KESIMPULAN
1	Penggunaan Rehidrasi Cairan Untuk Mencegah Terjadinya Dehidrasi Pada Pasien Anak Dengan Gastroenteritis Akut	2023	1) iska Mey Listiana 2) Murniati 3) Suci Khasanah	Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan desain studi kasus deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, Pemeriksaan penunjang, dokumentasi dan observasi. Penyajian Data dalam studi kasus ini disajikan secara tekstular atau secara narasi dan dapat disertai dengan cuplikan ungkapan verbal atau nonverbal atau data lain dari subyek studi kasus yang merupakan data yang mendukung	Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, hasil evaluasi didapatkan data output urin cukup meningkat, perasaan lemah menurun, keluhan haus menurun, membran mukosa membaik, intake cairan sedang. Terdapat dua kriteria hasil yang belum sesuai target yaitu output urin dan intake cairan. Hal ini disebabkan oleh malabsorpsi cairan dimana proses absorpsi dan reabsorpsi cairan tidak seimbang ditandai dengan adanya sakit di perut. Pada pasien anak yang dirawat di rumah sakit	Masalah keperawatan risiko hipovolemia belum teratasi. Meskipun demikian, sudah terjadi peningkatan jumlah urin dan intake cairan dari hari Masalah keperawatan risiko hipovolemia belum teratasi. Meskipun demikian, sudah terjadi peningkatan jumlah urin dan intake cairan dari hari

					kemungkinan terjadi stress hospitalisasi dimana anak menjadi gelisah akibat dampak dari lingkungan baru yang mengharuskan anak dirawat inap selama di rumah sakit (Prabowo et al., 2020). Sehingga dapat pertama sampai dengan hari ketiga.	
2	Asuhan keperawatan pada An. H dengan gastroenteritis akut	2024	1) Dewi oktaviani 2) Erida fadila 3) Evi nurmala fia 4) Kiki ameliya 5) Rizal nova	Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan studi kasus menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit. Penelitian ini dilakukan di RSUD Waled Kabupaten Cirebon (Ruang Anyelir). Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara,	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dapat teratasi. Hasil evaluasi didapatkan perasaan lemah menurun, mukosa bibir membaik, output urine cukup meningkat, dan	Berdasarkan asuhan keperawatan pasien gastroenteritis akut didapatkan hasil keluhan utama pasien yaitu mengalami BAB cair >5x sehari dan muntah >3x sehari. Masalah utama yang muncul pada pasien dengan gastroenteritis akut adalah hipovolemia. Intervensi yang

				observasi dan studi dokumentasi melalui pendekatan secara komprehensif dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan subjek penelitian ini yaitu anak dengan Gastroenteritis Akut sebanyak 1 (satu) orang.	intake cairan sedang. Intervensi yang dilakukan dihentikan karena pasien dianjurkan oleh dokter untuk ulang. Peneliti menganjurkan kepada orang tua kedua klien agar tetap melakukan intervensi yang sudah diajarkan dari diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu dengan memberi cairan dan nutrisi sedikit tapi sering, menjaga sterilisasi alat makan/minum dan menjaga kebersihan anak dan tetap melanjutkan terapi dokter yaitu menganjurkan orang tua pasien agar tetap mengkonsumsi	digunakan sesuai dengan teori dan prosedur SIKI 2018 yang berfokus pada manajemen hipovolemia. Pelaksanaan intervensi telah disusun sesuai dengan kondisi pasien yaitu dilakukan selama 3x24 jam perawatan. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia yaitu memonitoring tanda dan gejala hipovolemia, memonitoring tanda-tanda vital, memonitoring intake dan output cairan, dan menganjurkan memperbanyak cairan oral serta kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan infus dan injeksi dan masalah keperawatan
--	--	--	--	--	--	---

					obat dan menganjurkan orang tua pasien agar melakukan pengawasan terhadap pasien, sedangkan untuk discharge planning yang dilakukan pada pasien adalah menganjurkan pada keluarga atau orang tua dari pasien tentang pentingnya personal hygiene atau menjaga kebersihan diri.	yang muncul teratasi pada hari ketiga perawatan. Studi kasus ini diharapkan dapat mengatasi masalah gastroenteritis dengan penatalaksanaan yang sesuai dengan asuhan keperawatan yang tepat.
--	--	--	--	--	--	--

Lembar Bimbingan: 2

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dwi Ayu Agustini
NIM : 2214101021
Pembimbing Utama : Ibu Hj. Sri Mulyati
Pembimbing Pendamping : Ibu Yanti Marlina

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	Selasa, 11-Feb-25	BAB I : Susun kerangka tiap paragraf sesuai dgn yg di Sarankan BAB II : lengkapi sumber yg ada di Susun, pp. dan teori tambahan BAB III : Tambahkan ktd pustaka	
2	Rabu, 12-Feb-25	BAB I : Susun kerangka sesuai dgn topik yg dibahas Data, permasalahan dan kerangka BAB II : klarifikasi yd masih klp yg diragukan BAB III : perbaiki teknik penulisan	
3	Jumat, 14-Feb-25	BAB I : Lengkapi data BAB II : cari kerangka referensi u/ inferensi / photo tambahan BAB III : Lengkapi & perbaiki daftar pustaka	

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

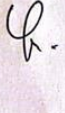
KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dwi ayu agustin
NIM : 221P01021
Pembimbing Utama :
Pembimbing Pendamping :

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4.	Senin, 15/02/2022	BAB I BAB II BAB III } Ayo Selesaikan ini perhatikan	

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dwi Ayu Agustina
NIM : 2211401021
Pembimbing Utama : Hj. Sri Widyanti Rahayu, S.Ep., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Iq. Yuni Marlina, S.Ep., Ners., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 23/06/2025	o) lengkapi list masukkan Lisang	
2.	Selasa, 24/06/2025	o) perbaiki kesimpulan dan saran sesuai dgn permasalahan yg ada	
3.	Rabu, 25/06/2025	o) Aco KTI Review Surface Lisang	

4.		BAR I BAR II BAR III	} Acc f
			f

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Dwi Ayu Agustini
NIM : 221802021
Pembimbing Utama : Ibu Hj. Sri Mulyati
Pembimbing Pendamping : Ibu Yani Maruna

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	Jumat, 7 Feb 2025	Bimbingan Kasus I Konsul Judul Konsul askep Perbaikan askep Lanjutan	f
2.	Sabtu, 8 Feb 2025	Melanjutkan Bimbingan kasus I Perbaikan diagnosa Acc Kasus I Lanjutkan BAB I	f
3.	Jumat, 14 Feb 2025	BAB I => lengkapi analisis BAB II => tambahkan 1 definisi BAB III => Perbaiki dan cek penduan	f

4.		BAB I BAB II BAB III	} Acc 	f
----	--	----------------------------	-----------	-------

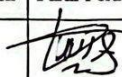
Lampiran 3: Lembar Observasi

LAMPIRAN 21

Form Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : Satu (1)
Nama Pasien : Tn. Tri Suberi
Nama Mahasiswa : Dwi ayu agustin

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1.	16/01/2025	10.30 WIB	1. melakukan pemberian terapi obat sesuai anjuran dokter Hasil : - Ceftriaxone 1xlg - Om2 1x1g - Ondan Setron 1x1mg - Antrain 1x1mg - Attapulgitte 1xlg 2. Monitoring TTV Hasil : TD : 104 / 69 mmhg N : 108 x /mnt S : 36,6 °C SpO₂ : 99 % RR : 24 x /mnt 3. Memeriksa tanda dan gejala (membrane mukosa kering, tampak lemas) Hasil : - mukosa bibir kering - tampak pasien lemas 4. Monitor Intake Output Hasil : Transfusi : 1800 : 24 x 6 = 378 Pemerai : 300 : 378 + 300 = 678 IloI = 678 x 10 : 24 x 6 = 145 Urine : 350 Feses : 100 145 + 350 + 100 = 595 595 - 678 = -83 5. Memberikan cairan oralit sebanyak (200-400 ml) 1. mengidentifikasi status nutrisi		
		13.00 WIB			

LAMPIRAN 21

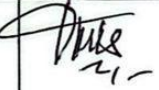
Form Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No :

Nama Pasien :

Nama Mahasiswa :

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
2.	18 - 01 - 2025	09.00 WIB	Pemberian terapi obat 1. Indikasi dan kontraindikasi respon, anamnesis dan pemeriksaan fisik. Ceftriaxone 1x1g 0m2 1x1g, Amoxicillin 1x1g 2. monitor TTV Tensi: 100/60/55 mmHg, N: 80x/mnt S: 36,7°C, SpO₂ 98% 3. Monitor intake dan output Hati: Bibit Pembat, karies menurun 4. monitor intake & output Tensi: 100/60/55 mmHg Pulsa: 80 - 55 + 200 = 65 Tali: 50x10/24x6 = 145 BB: 200 - 145 + 300 = 445 675 - 445 = 230 5. Monitor terapi obat sangat 200 - 400 ml		
		09.20 WIB	1. Identifikasi status nutrisi Hati: 1 porsi habis 3. dan sudah tidak kelaparan		
		10.00 WIB	1. mengidentifikasi fungsi pasien Hati: 1. Pasien mengatakan lewatnya sudah menurun 2. libatkan keluarga Hati: 1. Pasien mengatakan sendiri tidak ada masalah 3. anjurkan pasien untuk mobilitas sederhana Hati: 1. Pasien mengatakan sudah aktivitas seperti biasa dari tempat tidur ke kamar mandi dan tidak merasa lemah		

LAMPIRAN 21
Form Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No :
Nama Pasien :
Nama Mahasiswa :

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
2.	17-01-2018	10.00 WIB	1. melakukan pemberian terapi diet sesuai anjuran dokter Pasien: Ceftriaxone 1x1g, oral, ulg order 1 liter, cairan 1 liter, dapat 1 liter 1x1g 2. Monitoring TTV Tensi: TD 100/60 mmHg, N 98/100 S: 36.5°C, SpO ₂ : 99%, RR 20x/menit 3. Memeriksa mukosa bibir Hasil: Bibir durulint kering tempat tidur 1 liter 4. Monitor Cairan masuk & output Hasil: Tensi: 100/60 mmHg: 37°C Pemeriksaan: 200. 37°C + 200: 675 100: 100 x 10: 20 x 6: 144 Urine: 500. 144 + 200 = 495 575 - 445 = 130 11.00 WIB		
		11.30	1. Mengukur tekanan darah Hasil: 100/60 mmHg, N 98/100 2. Memeriksa mukosa bibir Hasil: Bibir durulint kering 3. Monitor Cairan masuk & output Hasil: Tensi: 100/60 mmHg: 37°C Pemeriksaan: 200. 37°C + 200: 675 100: 100 x 10: 20 x 6: 144 Urine: 500. 144 + 200 = 495 575 - 445 = 130 11.30 WIB		

Form Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No :

Nama Pasien :

Nama Mahasiswa :

[illegible]

Lampiran 4: Asuhan Keperawatan pasien 1 dan 2
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS AKUT
(GEA) DENGAN HIPOVOLEMIA DI RUANG ALAMANDA
PENYAKIT DALAM RSUD MAJALAYA

a. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. I
TTL : Bandung, 25-03-1967
Umur : 57tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : Sd
Pekerjaan : Tani
Status pernikahan : Nikah
Suku/bangsa : Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk Rs : 16 Januari 2025 Jam: 07.00WIB
Tanggal Pengkajian : 16 Januari 2025 Jam: 10.00WIB No.
Medrecc 763586
Diagnosa Medis : Gastroenteritis Akut (GEA)
Alamat : Kp. Ciraab rt 002/rw 010 Sindangsari Kec.
Paseh Bandung

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. L
Umur : 67tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : Sd
Pekerjaan : Irt
Agama : Islam
Hubungan dengan klien : Istri
Alamat : Kp. Ciraab rt 002/rw 010 Sindangsari Kec.
Paseh Bandung

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama saat masuk RS

Pasien mengatakan 8 jam saat masuk rumah sakit makan nangka,
tetapi setelah mengkonsumsi nangka pasien mengalami diare lebih

dari 10x, kemudian istrinya membawa pasien ke IGD RSUD Majalaya.

b) Keluhan utama saat di kaji

Pada saat dikaji pada tanggal 16 januari 2025 pukul 10.00WIB, pasien mengeluh diare, BAB 4x/2jam, pasien mengatakan lemas karena diare terus menerus

c) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan dulu tidak mempunyai penyakit yang sama dan tidak mengalami penyakit menular

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang diturunkan

2. Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/hari	
	Jenis	Pasien senang mengkonsumsi makanan pedas	Nasi, sayur, lauk
	Porsi	1 porsi (habis)	5 sendok makan
	Keluhan	Tidak ada	Tidak nafsu makan
	b. Minum		
	Frekuensi	6-8x/hari	3 jam
	Jumlah	±1500cc	±100cc
	Jenis	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	lidah terasa pahit dan malas minum
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	4x/2jam
	Konsistensi	Lembek	Cair
	Warna	Kuning	Kuning
	Bau	Khas feses	Khas feses
	Keluhan	Tidak ada	Diare
	b. BAK		

3	Frekuensi	7-8x/hari	1 x/3jam
	Jumlah	±1000cc	±350cc/jam
	Warna	Kuning	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Istirahat tidur		
	Siang	1 Jam	-
	Malam	8 Jam	-
4	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	Belum pernah
	b. Gosok gigi	2x/hari	Belum pernah
	c. Keramas	2x/hari	Belum pernah
	d. Gunting kuku	Seminggu 1x	Belum pernah
5	e. Ganti pakaian	2x/hari	Belum pernah
	Aktivitas	Pasien bekerja sebagai tani	Aktivitas dibantu oleh keluarga

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

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

Penampilan : Bersih

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 109/69mmHg

Nadi : 108x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

SpO2 : 99%

3) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernafasan

Hidung Pasien simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung,

tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada polip Saat di

palpasi Tidak ada nyeri tekan pada hidung bentuk dada simetris
Saat dada simetris Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada
Tidak terdapat suara nafas tambahan Toraks sonori, bunyi napas
vesikuler

b) Sistem Kardiovaskular

Konjungtiva anemis, bentuk dada simetris tidak terdapat nyeri
tekan, suara jantung S1 S2 reguler, CRT kembali cepat, murmur
diastolik (-), gallop (-)

c) Sistem Pencernaan

Bibir simetris mukosa bibir kering, warna bibir pucat, gigi bersih,
jumlah gigi sedikit dari jumlah 32, lidah dapat bergerak kesemua
arah, Pasien bisa membedakan rasa manis asam asin dan pahit,
Pasien mampu menelan, abdomen tidak asites, auskultasi: bising
usus 18x/menit, saat di palpasi perut tidak kembung, tidak teraba
nyeri tekan, tidak teraba hepar, pada saat diperkusi terdengar suara
tympani, Pasien tidak terdapat lesi atau hemoroid.

d) Sistem Genitourinaria

Pada saat palpasi ginjal tidak teraba, punggung simetris, tidak
teraba distensi blas, pengeluaran urine lancar

e) Sistem Endokrin

Pada daerah leher tidak ada benjolan, tidak ada penumpukan otot
berlebihan pada bagian leher tidak terjadi hiperpigmentasi pada jari,

siku dan lutut. Pada saat di palpasi tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

f) Sistem Persarafan

1. Tes fungsi cerebral

Status Neuropsikologis dan kemampuan kognitif lain baik.

2. Tes fungsi Nervus (Cranialis)

a) Nervus I (Olfaktorius)

Fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan antara bau kopi dan minyak kayu putih.

b) Nervus II (Optikus)

Pada penglihatan Pasien kurang baik karena faktor umur

c) Nervus III (Okulomotoris), IV (Trochlearis), VI (Abdusen)

Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke 8 arah mata ngina, pupil miosis pada saat terkena cahaya, bentuk pupil isokor.

d) Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat mengunyah dengan baik, pasien dapat menggerakkan rahangnya kedepan, samping kiri dan kanan. Pasien dapat merasakan sensoris di kedua pipi, dahi, hidung dan dagu.

e) Nervus VII (Fasialis)

Pasien dapat mengangkat alis mata dengan simetris, pasien dapat mengerutkan dahinya, pasien tidak dapat mengembungkan pipinya, dan menunjukkan giginya dengan senyum yang simetris antara kiri dan kanan. Pasien dapat membedakan rasa manis dan asam di 2/3 posterior lidah

f) Nervus VIII (Auditorius)

Fungsi pendengaran pasien baik terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan perawat. Test webber baik karena hantaran telinga kanan dan kiri seimbang, tidak ada lateralisasi bunyi di telinga atau telinga kiri dan swaback baik karena bunyi antara patient dan pamaeriksa sama.

g) Nervus IX (Glosofaringeus)

Dilakukan pemeriksaan rasa pahit di 1/3 posterior lidah dengan hasil Pasien dapat mengetahui jenis rasa pahitnya, terdapat reflek muntah saat lidah ditelan dengan menggunakan tongue spatel.

h) Nervus X (Vagus)

Reflek menelan baik, ovula berada ditengah dan bergerak terangkat ke atas ketika pasien mengatakan “aaaa”.

i) Nervus XI (Assesoritus) pergerakan kepala dan bahu tampak bisa menggerakan ke kiri, kanan, atas dan bawah

j) Nervus XII (Hipoglossus)

Gerakan lidah dapat menggerakkan lidah ke segala arah

g) Sistem Integumen

Warna kulit tidak ada kemerahan, kulit terasa kering dan kulit terasa hangat. Tidak terdapat tekstur kulit seperti bersisik dan berkerak, tidak terdapat lesi dan edema.

h) Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas Atas

Pada saat diinspeksi bentuk simetris, tidak ada edema, turgor kulit kemerahan, akral Pasien terasa hangat, suhu Pasien mencapai 36,5 derajat celsius. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan. Saat diperkusi biseps (+), trisep (+) kekuatan otot 4/4

b) Ekstremitas Bawah

Pada saat di inspeksi bentuk			kaki
simetris kanan kiri, tidak	5	5	
terdapat edema, kekuatan	5	5	otot

e. Data psikologis

1. Status Emosi

Emosi Pasien tampak stabil

2. Kecemasan

Pasien mengatakan tidak merasa cemas dengan kondisinya saat ini

3. Pola Koping

Koping pasien baik dibuktikan dengan pasien mau menceritakan masalah tentang penyakitnya

4. Gaya Komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dapat menjawab pertanyaan dengan benar.

5. Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa Pasien bersyukur dengan apa yang ada pada tubuhnya.

b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh

c) Harga Diri

Pasien mengatakan bahwa tidak pernah merasa malu dengan kondisinya

d) Peran

Pasien mengatakan beliau seorang Laki-laki mempunyai istri dan anak 1

e) Identitas diri

Pasien mengatakan beliau merupakan Laki-laki berusia 57 tahun

f) Data Sosial

Sosial Pasien sangat baik terbukti keluarga atau saudaranya ada saja yang menjenguknya

g) Data Spiritual

Pasien beragama islam, selama sakit Pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya

f. Data Penunjang

1. Hasil Laboratorium

Tanggal	Nilai tindakan	Hasil	Nilai normal laki-laki	Nilai normal perempuan	Hasil
16-01-2025	Hematologi rutin				
	Hemoglobin	15.6	14,0-18,0	14,0-18,0	g/uL
	Leukosit	16,400	4,000-10,000	4,000-10,000	/uL
	Hematokrit	51	40-54	40-54	%
	Eritrosit	5,4	4,4-5,9	4,4-5,9	10 ⁶ /uL
	Trombosit	268,000	150,000-450,000	150,000-450,000	uL
	Gula darah sewaktu	91	100-140	100-140	Mg/Dl

g. Program dan rencana pengobatan

Jenis therapy	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
Ceftriaxone	2x1g	IV	09.00
Omz	2x1mg	IV	09.00
Ondansentrone	2x1mg	IV	09.00
Antrain	2x1mg	IV	09.00
Attapulgite	2x1g	Oral	09.00

h. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: -Pasien mengatakan lemas -Pasien mengatakan diare 4x/2jam DO: -Bising usus 18x/menit -Tanda vital Tekanan Darah: 109/69mmHg	Makanan ↓ Toksin tidak dapat diabsorbsi ↓ Hiperperistaltik ↓ Kemampuan absrobsi	Hipovolemia (D.0023)

	Nadi: 108x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,5% SpO2: 99% intake:675 ouput:595 balance: -80	menurun ↓ Gastroenteritis akut ↓ BAB sering dengan konsistensi encer ↓ Cairan yang keluar banyak ↓ Dehidrasi ↓ Hipovolemia Adanya perut mules dan melilit ↓ Peningkatan rangsangan syaraf simpatis ↓ Meningkatkan HCL lambung ↓ Mual ↓ Defisit Nutrisi	
2	DS: -Pasien mengatakan tidak nafsu makan DO: -Pasien makan 5 sendok makan -Pasien BAB cair 4x/2jam karna diare		Defisit Nutrisi (D. 0019)

i. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Ttd
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	16-01-2025	Dwi ayu	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan hambatan lingkungan	16-01-2025	Dwi ayu	

J. PERENCANAAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Hipovolemia b/d kehilangan cairan Aktif DS; 1. Pasien	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24Jam di harapkan dengan	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan	Observasi 1.Untuk mengetahui keadaan pasien 2. Agar mengetahui jumlah cairan yang

DO: Bising usus 18x/menit	mengatakan lemas 2. Pasien mengatakan diare 4x/2jam	1. Kriteria Hasil: Mempertah ankan urine output 2. Pasien tidak diare (BAB 1- 2x sehari dengan konsistensi lembek dan padat) 3. Membran mukosa lembab	darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor Intake dan output cairan Teurapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Berikan Obat 1. Cairan RL 20tpm 2. Ceftriaxone 2x1g 3. Attapulgate 2x1g	masuk dan keluar Terapeutik 1. Untuk mengetahui jumlahnya Edukasi 1. Agar tidak kekurangan cairan. Kolaborasi 1. Untuk mempertahankan hidrasi
2	Defisit Nutrisi b/d ketidak mampuan mencerna makanan DS: Pasien mengatakan tidak nafsu makan DO: 1. Pasien makan 5 sendok makan 2. Pasien BAB cair 4x/2jam karna diare	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24Jam di harapkan dengan Kriteria Hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Porsi makan habis	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi Makanan yang disukai Terapeutik 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai	Observasi 1. Untuk mengetahui statusnutrisi 2. Mengidentifi kasi apakah Pasienmemp unyai alergi 3. Untukmenge tahui yangPasien sukai Terapeutik 1. Untuk mendorong Pasien agar mau makan 2. Agar tidak

2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi
 1. Anjurkan makan sedikit tapi sering
 Berikan Obat
 1. Ondansentron 2x1g
 2. Omz 2x1g

k. IMPLEMENTASI				
No	Tanggal&Jam	DP	Tindakan	Nama&ttd
1.	16-01-2025 10.00WIB	I	Memberikan terapi obat sesuai dengan rencana pengobatan • Attapulgate 1g • Zinc 20mg • Infus RL 20tpm	Dwi ayu 
	10.20WIB	I	Hasil: Setelah diberikan obat pasien mengatakan lebih nyaman perutnya Monitor TTV Hasil: • TD: 109/69mmHg • Nadi: 108x/menit • Suhu: 36,6 • SpO2: 99% • RR: 21x/menit	
	10.50WIB	I	Memeriksa tanda dan gejala Hasil: • Mukosa bibir kering	

			• Pasien lemas • Turgor kulit menurun • Frekuensi nadi meningkat	
	11.00WIB	I	Monitor Cairan Intake dan Output Hasil: • Berikan cairan melalui infus RL 20tpm=1500:24x6=375cc • Peroral= 300cc Jumlah= 375+300=675cc • IWL= 58x10:24x6= 145cc • Urine= 350cc • Feses= 100cc Jumlah= 145+350+100= 595cc • Balance= 595-675= -80cc Memberi terapi oralit	
	12.15WIB	I	Hasil: Diberi sebanyak 200-400 ml dalam 1-2jam	
2.	17-01-2025 09.15WIB	I	Melakukan pemberian terapi obat sesuai dengan rencana pengobatan • Attapulgate 1g • Zinc 20mg • Infus RL 20tpm Hasil: Setelah diberikan obat pasien mengatakan lebih nyaman perutnya	Dwi ayu 
	09.35WIB	I	Monitor TTV Hasil: • TD: 100/60mmHg • N: 98x/menit • S: 36,5 • SpO2: 99%	

		• RR: 20x/menit
10.20WIB	I	Periksa tanda dan gejala Hasil: • Mukosa bibir kering • pasien masih terlihat lemas • Mukosa bibir kering • Turgor kulit menurun • Frekuensi nadi masih meningkat
10.35WIB	I	Monitor ciran intake dan output Hasil: • Berikan cairan infus RL= 1500:24x6=375 • Peroral=200 Jumlah= 375+200=575 • IWL= 58x10:24x6=145 • Urine=300 Jumlah=145+300=445 • Balance= 575-445+130 Memberi Terapi oralit Hasil: Diberi sebanyak 200-400ml Mengidentifikasi status nutrisi
11.30WIB		
13.00WIB	Hasil: II	• Pasien mengatakan diare nya menurun, makanannya habis ½ porsi Memberi tahu Pasien untuk memakan makanan yang tinggi serat dan tinggi kalori Hasil: • Pasien makan sayur yang di berikan dari rumah sakit Menganjurkan Pasien untuk makan sedikit tapi sering Hasil:

3.	18-01-2025 09.00WIB	I	Pasien mengatakan memakan makanan rumah sakit Pemberian terapi obat sesuai dengan rencana pengobatan	Dwi ayu 
			- Attapulgate 1g - Zinc 20mg - Infus RL 20tpm	
			Hasil: Setelah diberikan obat pasien mengatakan lebih nyaman perutnya	
	09.20WIB	I	Monitor TTV Hasil: - TD: 103/59mmHg - N: 80x/menit - S: 36,7 - SpO2: 98x/menit	
	09.50WIB	I	Cek mukosa bibir dan lemas/tidak Hasil: - Mukosa bibir pasien lembab - Lemas menurun - Turgor kulit meningkat - Frekuensi nadi normal	
	10.20WIB 09.30WIB	I	Monitor cairan intake dan output - Berikan cairan infus RL: 1500:24x6=375 - Peroral: 300 Jumlah: 375+300=675	
	10.20WIB	I	- IWL: 58x10:24x6= 145 - Urine:300 Jumlah: 145+300=445	
			Balance= 675-445=+230 Pemberian terapi oralit kepada pasien	
	11.50WIB	I	Hasil:	

Diberikan 200-400ml dalam 1-2jam

Mengidentifikasi status nutrisi

Hasil:

12.30WIB

II

- Pasien mengatakan sudah tidak diare dan makan 1 porsi habis

Menganjurkan Pasien makan sedikit tapi sering

Hasil:

- Pasien mengikuti anjuran pasien
-

I. EVALUASI

Tanggal

DP

Evaluasi Sumatif

Nama&ttd

19-01-

I

S:

-Pasien mengatakan BAB 1x dan tidak cair

O:

-Konsistensi BAB lembek

-Mukosa bibir lembab

-Bising usus 9x/menit

-Nadi normal

-Turgor kulit mmbaik

A:

-Masalah kekurangan cairan teratasi

P:

-Intervensi dihentikan, Pasien pulang

II

S:

-Pasien mengatakan makan habis

O:

-1 Porsi habis

A:

-Masalah teratasi

P:

-Intervensi dihentikan

Dwi ayu



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS AKUT
DENGAN HIPOVOLEMA DI RUANG ALAMANDA PENYAKIT DALAM
RSUD MAJALAYA**

a. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama	: Ny. E
TTL	: Bandung, 01-07-1949
Umur	: 67 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sd
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Status pernikahan	: Janda
Suku/bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk Rs	: 16 Januari 2025 Jam: 07.00WIB
Tanggal Pengkajian	: 16 Januari 2025 Jam: 09.00WIB No.
Medrecc	763593
Diagnosa Medis	: Gastroenteritis Akut (GEA)
Alamat	: Kp. Bugel rt 001/rw 002 Kel. Pakutandang

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. I
Umur	: 57 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: Sd
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Anak
Alamat	: Kp. Bugel rt 001/rw 002 Kel. Pakutandang

c) Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan utama saat masuk RS

Pasien mengatakan dirumah makan sambal, tetapi setelah makan sambal pasien mengalami diare 8x, kemudian anaknya membawa pasien ke IGD RSUD Majalaya

b. Keluhan utama saat di kaji

Pada saat dikaji pada tanggal 16 Januari pukul 09.00 WIB, pasien mengeluh diare, BAB >3x/2jam, pasien mengatakan lemas ketika sudah selesai BAB dan pasien juga mengatakan sesak, dan terpasang oksigen nasal kanul 3 liter

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit yang sama dan tidak mengalami penyakit menular

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang diturunkan

2. Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Jenis	Pasien makan diiringi dengan sambal	Nasi, sayur, lauk
	Porsi	1 porsi (habis)	1-2 sendok makan
	Keluhan	Tidak ada	Tidak nafsu makan
	b. Minum		
	Frekuensi	6-8x/hari	3jam
	Jumlah	±1500cc/jam	±300cc/jam
	Jenis	Air putih	Air putih
	Keluhan	Tidak ada	lidah terasa pahit dan malas minum
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	3x/2jam

	Konsistensi	Lembek	Cair
	Warna	Kuning	Kuning
	Bau	Khas feses	Khas feses
	Keluhan	Tidak ada	Diare
	b. BAK		
	Frekuensi	7-8x/hari	2-3/hari
	Jumlah	±1000cc	±200cc/jam
	Warna	Kuning	Kuning
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat tidur		
	Siang	1 Jam	-
	Malam	8 Jam	-
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	Belum pernah
	b. Gosok gigi	2x/hari	Belum pernah
	c. Keramas	2x/hari	Belum pernah
	d. Gunting kuku	Seminggu 1x	Belum pernah
	e. Ganti pakaian	2x/hari	Belum pernah
5	Aktivitas	Tidak bekerja	Aktivitas dibantu oleh keluarga

d) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

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

Penampilan : Bersih

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 93/61mmHg

Nadi : 110x/menit

Respirasi : 23x/menit

Suhu : 36,5°C

SpO2 : 98%

3) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernafasan

Hidung pasien simetris, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan yaitu terpasang nasal kanul 3liter, Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, terdapat suara tambahan ronkhi.

b) Sistem Kardivascular

Konjungtiva anemis, bentuk dada simetris tidak terdapat nyeri tekan, suara jantung S1 S2 reguler, CRT kembali cepat, murmurdiastolik (-), gallop (-)

c) Sistem Pencernaan

Bibir simetris mukosa bibir kering, warna bibir pucat, gigi bersih, jumlah gigi sedikit dari jumlah 32, lidah dapat bergerak kesemua arah, Pasien bisa membedakan rasa manis asam asin dan pahit, Pasien mampu menelan, abdomen tidak asites, auskultasi: bising usus 15x/menit, saat di palpasi perut tidak kembung, tidak teraba nyeri tekan, tidak teraba hepar, pada saat di perkusi terdengar suara tympani, Pasien tidak terdapat lesi atau hemoroid.

d) Sistem Genitourinaria

Pada saat palpasi ginjal tidak teraba, punggung simetris, tidak teraba distensi blas, pengeluaran urine lancar

e) Sistem Endokrin

Pada daerah leher tidak ada benjolan, tidak ada penumpukan otot berlebihan pada bagian leher tidak terjadi hiperpigmentasi pada jari, siku dan lutut. Pada saat di palpasi tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

f) Sistem Persyarafan

1. Tes Fungsi cerebral

Status neuropsikologis dan kemampuan kognitif baik

2. Tes Fungsi nervus (Cranialis)

a) Nervus I (Olfaktorius)

Fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan antara bau kopi dan minyak kayu putih.

b) Nervus II (Optikus)

Pada penglihatan Pasien kurang baik karena faktor umur

c) Nervus III (Okulomotoris), IV (Trochlearis), VI (Abdusen)

Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke 8 arah mata ngina, pupil miosis pada saat terkena cahaya, bentuk pupil isokor.

d) Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat mengunyah dengan baik, pasien dapat menggerakkan rahangnya kedepan, samping kiri dan

kanan. Pasien dapat merasakan sensoris di kedua pipi, dahi, hidung dan dagu.

e) Nervus VII (Fasialis)

Pasien dapat mengangkat alis mata dengan simetris, pasien dapat mengerutkan dahinya, pasien tidak dapat mengembungkan pipinya, dan menunjukkan giginya dengan senyum yang simetris antara kiri dan kanan. Pasien dapat membedakan rasa manis dan asam di 2/3 posterior lidah

f) Nervus VIII (Auditorius)

Fungsi pendengaran pasien baik terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan perawat. Test webber baik karena hantaran telinga kanan dan kiri seimbang, tidak ada lateralisasi bunyi di telinga atau telinga kiri dan swaback baik karena bunyi antara patient dan pamaeriksa sama.

g) Nervus IX (Glosofaringeus)

Dilakukan pemeriksaan rasa pahit di 1/3 posterior lidah dengan hasil Pasien dapat mengetahui jenis rasa pahitnya, terdapat reflek muntah saat lidah ditelan dengan menggunakan tongue spatel.

h) Nervus X (Vagus)

Reflek menelan baik, uvula berada ditengah dan bergerak terangkat ke atas ketika pasien mengatakan “aaaa”.

i) Nervus XI (Assesoritus) pergerakan kepala dan bahu tampak bisa menggerakkan ke kiri, kanan, atas dan bawah

j) Nervus XII (Hipoglossus)

Gerakan lidah dapat menggerakkan lidah kesegala arah

g). Sistem Integumen

Warna kulit tidak ada kemerahan, kulit terasa kering dan kulit teraba hangat. Tidak terdapat tekstur kulit seperti bersisik dan berkerak, tidak terdapat lesi dan edema

h). Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstermitas atas

Pada saat diinspeksi bentuk simetris, tidak ada edema, turgor kulit kemerahan, akral Pasien teraba dingin, suhu Pasien mencapai 36,5 derajat celcius. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan. Saat diperkusi biseps (+), trisep (+) kekuatan otot 5/5

b) Ekstermitas Bawah

Pada saat diinspeksi bentuk kaki simetris kanan kiri, tidak terdapat edema.

e). Data psikologis

1) Status Emosi

Emosi Pasien tampak stabil

2) Kecemasan

Pasien mengatakan tidak merasa cemas dengan kondisinya saat ini

3) Pola Koping

Koping pasien baik dibuktikan dengan pasien mau menceritakan masalah tentang penyakitnya

4) Gaya Komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik dibuktikan dengan pasien dapat menjawab pertanyaan dengan benar.

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa Pasien bersyukur dengan apa yang ada pada tubuhnya.

b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh

c) Harga Diri

Pasien mengatakan bahwa tidak pernah merasa malu dengan kondisinya

d) Peran

Pasien mengatakan beliau seorang perempuan mempunyai anak

e) Identitas diri

Pasien mengatakan beliau merupakan Perempuan berusia 76 tahun

f) Data Sosial

Sosial Pasien sangat baik terbukti keluarga atau saudaranya ada saja yang menjenguknya

g) Data Spiritual

Pasien beragama islam, selama sakit Pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya

f). Data Penunjang

Hasil Laboratorium

Tanggal	Nilai tindakan	Hasil	Nilai normal laki-laki	Nilai normal perempuan	Hasil
16-01-2025	Hematologi rutin				
	Hemoglobin	12.5	14,0-18,0	14,0-18,0	g/uL
	Leukosit	11.000	4,000-10,000	4,000-10,000	/uL
	Hematokrit	38	40-54	40-54	%
	Eritrosit	4,3	4,4-5,9	4,4-5,9	10 ⁶ uL
	Trombosit	212.000	150,000-450,000	150,000-450,000	uL
	Gula darah sewaktu	115	100-140	100-140	Mg/Dl

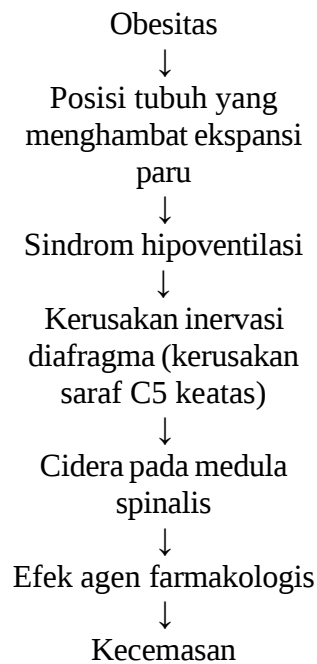
g). Program dan rencana p engobatan

Jenis therapy	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
Ceftriaxone	2x1g	IV	09.00
Antrain	2x1mg	IV	09.00
Omz	2x1mg	IV	09.00
Purosemid	2x1mg	IV	09.00
Ondansentrone	2x1mg	IV	09.00
Attapulgate	2x1g	Oral	09.00

h). Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan diare 3x/2jam DO: - Bising usus 16x/menit - TTV: TD: 103/73mmHg - Suhu: 36,5 - HR: 110x/menit - RR: 23x/menit	Makanan ↓ Toksin tidak dapat diabsorbsi ↓ Hiperperistaltik ↓ Kemampuan absrobsi menurun ↓ Gastroenteritis akut ↓ BAB sering dengan konsistensi encer	Hipovolemia (D.0023)

	• Intake: 225 • Output: 254 • Balance: -29	↓ Cairan yang keluar banyak ↓ Dehidrasi ↓ Hipovolemia	
2	DS: • Pasien mengatakan tidak nafsu makan DO: • Pasien makan hanya 1-2sendok makan • Pasien BAB cair 3x/2jam	Adanya perut mules dan melilit ↓ Peningkatan rangsangan syaraf simpatis ↓ Meningkatkan HCL lambung ↓ Mual ↓ Defisit Nutrisi	Defisit Nutrisi (D. 0019)
3	DS: • Pasien mengatakan sesak jika beraktivitas DO: • Pasien terpasang nasal kanul 3 literBunyi • nafas ronkhi	Depresi pusat pernapasan ↓ Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan) ↓ Deformitas dinding dada ↓ Deformitas tulang dada ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang) ↓ Imaturitas neurologis ↓ Penurunan energi	Pola Napas Tidak Efektif



i) Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Ttd
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	16-01-2025	Dwi ayu	
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan hambatan lingkungan	16-01-2025	Dwi ayu	
3	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan jalan napas	16-01-2025	Dwi ayu	

j). Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1.	Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif DS; • Pasien mengatakan diare 5x/4jam DO:	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24Jam di harapkan dengan 1. Kriteria Hasil: Mempertahankan urine	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan pasien 2. Agar mengetahui jumlah cairan yang masuk dan keluar Terapeutik 1. Untuk mengetahui jumlahnya Edukasi

• Bising usus 15x/menit • TTV: TD: 103/73mmHg • Suhu: 36,5 • N: 110x/menit • RR: 23x/menit • Intake: 225 • Output: 254 • Balance: -29	output 2. Pasien tidak diare (BAB 1- 2x sehari dengan konsistensi lembek dan padat)	menurun, membrane mukosa kering 2. Monitor Intake dan output cairan Teurapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi 1. Berikan cairan RL 20tpm	1. Agar tidak kekurangan cairan. Kolaborasi 1. Untuk mempertahankan hidrasi
2. Defisit Nutrisi Berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan DS: • Pasien mengatakan makan 1-2 sendok makan • Pasien mengatakan BAB 3x/2jam	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Kriteria Hasil: 1. Nafsu makan meningkat 2. Makan habis 1 porsi	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi Makanan yang disukai Terapeutik 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah	Observasi 1. Untuk mengetahui statusnutrisi 2. Mengidentifikasi apakah Pasienmempunyai alergi 3. Untukmengetahui yangPasien sukai Terapeutik 1. Untuk mendorong Pasien agar mau makan 2. Agar tidak terjadinya konstipasi pada Pasien

- konstipasi
3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Edukasi

1. Anjurkan makan sedikit tapi sering
- Berikan Obat
 1. Ondansentron 2x1g
 2. Omz 2x1g

3	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan jalan napas DS: - Pasien mengatakan sesak jika beraktivitas DO: - Pasien terpasang nasal kanul 3liter - Bunyi suara tambahan (ronkhi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Kriteria Hasil: Sesak menurun	Observasi Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) Posisikan semi-fowler atau fowler Berikan minum hangat Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Lakukan	Observasi - Menilai kondisi pernapasan dan mendeteksi dini tanda-tanda gangguan oksigenasi atau distress pernapasan. - Bunyi napas tambahan membantu mengidentifikasi lokasi dan jenis obstruksi saluran napas (misalnya: sekret, bronkospasme). - Perubahan sputum bisa mengindikasikan infeksi atau retensi sekret yang memerlukan intervensi segera. Terapeutik - Membuka jalan napas atas secara manual untuk memungkinkan ventilasi yang efektif. - Posisikan pasien dalam posisi semi-fowler atau fowler - Meningkatkan ekspansi paru dan mempermudah pengeluaran sekret. - Membantu
---	--	--	---	---

penghisapan lendir kurang dari 15 detik Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill Berikan oksigen, jika perlu Edukasi Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	mengencerkan sekret, sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk atau suction 5. Membantu mobilisasi sekret dari saluran napas bagian bawah ke atas untuk memudahkan ekspektorasi. 6. Mencegah hipoksia akibat suction yang terlalu lama. 7. Mencegah penurunan kadar oksigen akibat suction, terutama pada pasien yang sudah mengalami gangguan 8. Membuka jalan napas atas secara manual untuk memungkinkan ventilasi yang efektif. 9. Meningkatkan ekspansi paru dan mempermudah pengeluaran sekret. 10. Membantu mengencerkan sekret, sehingga lebih mudah dikeluarkan melalui batuk atau suction. 11. Membantu mobilisasi sekret dari saluran napas bagian bawah ke atas untuk memudahkan ekspektorasi. 12. Mencegah hipoksia akibat suction yang terlalu lama. 13. Mencegah penurunan kadar oksigen akibat suction, terutama pada pasien yang sudah mengalami gangguan oksigenasi. 14. Menghilangkan sumbatan mekanis yang dapat mengancam jalan
--	--

napas.

Edukasi

1. Meningkatkan oksigenasi jaringan dan mencegah hipoksemia.
2. Cairan membantu mengencerkan lendir di saluran napas sehingga lebih mudah dikeluarkan.

Kolaborasi

1. Meningkatkan kemampuan pasien dalam membersihkan jalan napas secara mandiri dan efisien
2. Membantu melebarkan saluran napas, mengurangi bronkospasme, dan memperbaiki aliran udara.

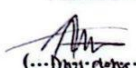
Implementasi

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama&ttd
18-01-2025	I	S: • Pasien mengatakan BAB 1x dan tidak cair O • Konsistensi BAB lembek • Mukosa bibir lembab • Bising usus 10x/menit • Turgor kulit normal A • Masalah kekurangan cairan teratasi P • Intervensi dihentikan	Dwi ayu 
	II	S:	Dwi ayu

III	S	• Pasien mengatakan makan habis	
		O	
		• 1 porsi habis	
		A	
		• Masalah teratasi	
	P	• Intervensi dihentikan	Dwi ayu 
		S	
		• Pasien mengatakan sesaknya menurun	
		O	
		• Pasien tidak memakai selang nasal kanul	
	A	• Kondisi pasien membaik	
		• Masalah teratasi	
		P	
		• Intervensi dihentikan, pasien pulang	

Lampiran 5: Lembar kemajuan

**LAPORAN KEMAJUAN
PENELITIAN TUGAS AKHIR**

Nama	DWI AYU AGUSTIN
NPM	221FK01021
Program Studi/Semester	D3 KEPERAWATAN
Rubi	Keperawatan Medikal Bedah
Tema/Judul TA	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENTERITIS AKUT DENGAN HIPOVOLEMIA DI RUANG ALAMANDA PENYAKIT DALAM RSUD MAJALAYA
Jalur	Karya Tulis Ilmiah
Pembimbing	1. Hj. Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M. Kes 2. Yani Marlina, S.Kp., Ners., M. Kep
Capaian/Progres Sampai Saat Ini:	
PENDAHULUAN <i>see Bab I</i>	
METODE PENELITIAN <i>see Bab II</i>	
PROSEDUR PENELITIAN <i>see Bab II</i>	
DAFTAR PUSTAKA <i>Baru sampai Bab I - II, pembahasan blm</i>	
Pernyataan Data yang dilaporkan benar telah dilakukan dan telah melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing 1. Mahasiswa  (...Dwi Ayu Agustin...)	

Pembimbing Utama



Hj. Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M. Kes

Pembimbing Pendamping



Yani Marlina, S.Kp., Ners., M. Kep

Lampiran 6: Hasil turnitin

DWI AYU AGUSTIN

ORIGINALITY REPORT

4%	4%	2%	5%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.bku.ac.id Internet Source	2%
2	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
3	Submitted to Universitas Jember Student Paper	1%
4	rsudmajalaya.bandungkab.go.id Internet Source	1%
5	jurnal.penerbitdaarulhuda.my.id Internet Source	1%

Exclude quotes ☐ On
Exclude bibliography ☐ On

Exclude matches ☐ < 1%

Lampiran 7: Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



NAMA	: DWI AYU AGUSTIN
TEMPAT TANGGAL LAHIR	: BANDUNG, -3 AGUSTUS 2003
AGAMA	: ISLAM
ALAMAT	: JL. CIPONDOH RT 05/RW 06

PENDIDIKAN

TAHUN 2009-2010	: TK AL-USWAH
TAHUN 2010-2016	: SDN CINUNUK 01
TAHUN 2016-2019	: SMP PLUS BANDUNG TIMUR
TAHUN 2019-2020	: SMK BANDUNG TIMUR
TAHUN 2020-2025	: PRODI DIII KEPERAWATAN, FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA