

L

A

M

P

I

R

A

N

Lampiran 1 kartu bimbingan seminar proposal

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Diah ayu Puspitasari
 NIM : 221FK01037
 Pembimbing Utama : Hj Sri Mulyati Rahayu, S.KP., M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Irianina Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Jumat 7 Feb 2025	BimBingan Kasus 1 Konsul Judul Perbaikan ASKEP Judul ACC	
2.	8 Feb 2025 Sabtu	melanjutkan bimbingan Kasus 1 ACC Kasus 1 lanjutkan BAB I	

3.	10 Feb 2025 Senin	Bimbingan BAB I - Tambahkan jumlah kasus GEA di Indonesia - Tambahkan Peran Perawat - Tambahkan data RS lanjutkan BAB II dan BAB III	f
4.	Jumat 14 Februari 2025	BAB I dan - Tambahkan jumlah kasus GEA di Jawa Barat BAB II - Masukkan sumbernya - Masukkan Penataksanaanya BAB III sesuaikan dengan buku panduan lengkapi dapus.	f
5.	Sabtu 15 Februari 2025	BAB I, II, III Acc silang up	f

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI
NIM : 221FF01037
Pembimbing Utama : Hj. Sri Mulyati Rahayu, S.KP., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Iriantha Tambunan, S.KP., Ners., M.KM

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	Senin 10 Feb 2015	BAB I - Tambahi judul lagi - Buat diare pd bab 1 - Susun nmtt bab 1 - Pustaka tambah / Pustaka - Perbaiki hbs mntt	
		abstrak & paragraf - Tambahi data - tamba & segala - Masalah yg muncul - intervensi / penulisan - di literatur jurnal - Cas Sisa di jurnal - KTI - lanjut ke bab 2.	
2	Jum'at 14 Feb 2015	BAB I - Cas kembali data yg digunakan -> sumber BAB II - what jenis teknik penulisan - Tambahi penulisan - Cara Chronic & SOP BAB III -> penulisan -> penulisan	

KARTU BIMBINGAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI
 NIM : 221FK01037
 Pembimbing Utama : Hj Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Irianra Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
3	15 Feb 2025 Sabtu	Pathway masukan sumbernya Penomoran sesuaikan buku Panduan Daftar pustaka dilengkapi	
4	15 Feb Sabtu	Bab I, II, III, Paket Instrus. Lampu → rec / bag up	

Lampiran 2 kartu bimbingan pengajuan karya tulis ilmiah

**KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Diah ayu PUSPITASARI
 NIM : 221PK01037
 Pembimbing Utama : Sri Mulyati rahayu
 Pembimbing Pendamping : Irianna Tambunan

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	25/05-25	BAB I, II, III Perbaiki sesuai buku Panduan lanjutkan BAB IV	
2.	26/05-25	BAB I, II, III ACC BAB IV perbaiki sesuai FTO BAB V lanjutkan	

3.	28/05-25	BAB IV Perbaiki menurut opininya BAB V sesuaikan dgn hasil BAB IV	f
3.	28/05-25	see dgn sig.	f

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Diah Ayu Puspitasari
 NIM : 221FK01037
 Pembimbing Utama : Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Lisanna Lambunan, S.Kep., Ners., M.KM

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	28/5 2025	Perbaiki penulisan sesuai Buku Panduan BAB III tambahkan sumber BAB IV perbaiki askep	
2.	28/5 2025	BAB III lengkapi BAB. IV ASkep lengkapi analisa data BAB IV pembahasan sesuai kan dengan ASkep	

8	30/5-2025	BAB I, II, III ACC BAB IV lengkap kesimpulan Paralel sesuai pembahasan	
9	30/5-2025	BAB I, II, III, IV, V daftar pustaka, Lampiran ↓ acc & bdk Aldi Isti	

Lampiran 3 Inform Consent pasien 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Kepada Yth
Bapak/Ibu responden
Di RSUD Majalaya

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, saya akan melakukan studi kasus dengan judul Asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut (GEA) Dengan Diare Di RSUD Majalaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut (GEA) dengan Diare di RSUD MAJALAYA. Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam proses penelitian studi kasus ini, oleh karena itu bapak/ibu akan memberikan data dengan kejujuran dan apa adanya dan informasi bapak/ibu akan dijamin kerahasiannya.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat. Atas bantuan dan partisipasi bapak/ibu saya menyampaikan terimakasih.

Responden

bandung, 16 januari 2025
Peneliti



(.....
Lilis



(.....
Diah ayu

Lampiran 4 inform consent pasien 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Kepada Yth
Bapak/Ibu responden
Di RSUD Majalaya

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana, saya akan melakukan studi kasus dengan judul Asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut (GEA) Dengan Diare Di RSUD Majalaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Gastroenteritis Akut (GEA) dengan Diare di RSUD MAJALAYA. Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam proses penelitian studi kasus ini, oleh karena itu bapak/ibu akan memberikan data dengan kejujuran dan apa adanya dan informasi bapak/ibu akan dijamin kerahasiannya.

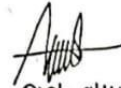
Demikian lembar persetujuan ini saya buat. Atas bantuan dan partisipasi bapak/ibu saya menyampaikan terimakasih.

Responden

bandung, 16 januari 2025
Peneliti



(.....
Riki.....)



(.....
Diah ayu.....)

Lampiran 5 lembar observasi pasien 1

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 1
 Nama Pasien : NY L
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUS PITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1.	16 Feb 2025	08.00	melakukan Pengkajian	Jmy	
		08.30	melakukan pemeriksaan Fisik		
		09.00	memberikan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 mg - ibuprofen 1x4 mg - Atropine 1x2 tablet - besanmag 1x1 tablet - Sucrafate 1x1 tablet		
		09.40	melakukan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam) Hasil :	Jmy	Jmy
		09.50	menganjurkan penggunaan teknik non farmakologi untuk mengatasi mual Hasil :		
		10.00	memberikan cairan oralit 200 cc Hasil : Pasien mau meminumnya		
		10.30	memberikan 1 sendok madu Hasil : pasien mau		

LEMBAR OBSERVASI

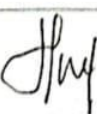
Kasus No : 1
 Nama Pasien : NYL
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
		14.00	memonitoring TTV TP = 120/70 mmHg N = 73x/menit S = 36°C R = 20x/menit SpO2 = 96%	Hmy	
		14.10	memonitor intake-output Hasil : 775 - 862 = -87		
		15.00	memberikan RL 20lpm		
		15.00	memberikan obat - Atorvastatin 1x2 tablet - besonmag 1x1 tablet - Sustalofate 1x1 tablet		
		15.30	menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering menganjurkan menghindari makanan pedas		
		15.45	menganjurkan memperbanyak cairan		
		16.00	memberikan madu 1sendok		
		17.00	memberikan cairan oralit 200cc		
		18.30	menganjurkan istirahat tidur yg cukup		
		18.40	menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri		
		20.46	monitor intake-output		
		21.00	memberikan obat amz, sntan, seftaxone, Atorvastatin, besonmag, Sustalofate		

Apig Hamidah S. Man. Ns.
 NIP. 199505152022041000

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 1
 Nama Pasien : NY L
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
2.	17 Februari 2025	08.00	melakukan monitor TTV Hasil : TD = 125 / 79 mmHg N = 71x/menit R = 20x/m S = 36.2°C SpO2 = 95%		
		09.00	melakukan pemberian obat amz, ondans, Atropine, Ceftriaxone, Besanmax, Sucralfate 4x		
		09.30	memonitor frekuensi dare Hasil : BMB cair 2x		
		09.35	memitor bising usus Hasil : 12x/menit		
		09.40	memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : pasien masih lemas, mukosa bibir kering		
		09.45	memberikan teknik non farmakologi		
		09.50	mengidentifikasi skala nyeri hasil : 2		
		09.55	mengidentifikasi dampak mulut terhadap kualitas hidup		
		10.00	menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering		
		11.00	memberikan oralit 200cc		
		11.30	memberikan madu 1 sendok		
		14.00	memonitor intake output Hasil : intake - output = 785 - 675 = +110		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 1
 Nama Pasien : NYL
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
3.	18 Januari 2025	15.00	memberikan obat Attapulgit, Besanmag, Sucrafate.	Jmy.	
		15.30	menganjurkan memperbanyak cairan oral		
		16.00	menganjurkan memperbanyak cairan oral		
		16.00	memberikan cairan oral 100 cc		
		16.30	memberikan RL		
		16.30	memberikan madu isadok		
		21.00	monitor intake-output 675-562 = +133		
		21.00	memberikan obat omz ceftriaxone, ondans, Attapulgit Besanmag Sucrafate		
		08.00	m melakukan TTV TD=123/73 N=75 x/m S=36.5 °C R=20 x/m SpO2=95		 Anip Hamidah S. Tera, Ners NIP. 199505152022031009
		08.00	memberikan cairan RL		
		09.00	memberikan obat omz, ceftriaxone, ondans, besanmag, Sucrafate		
		09.30	memonitor frekuensi dada Hasil : bat 1x berbentuk		
		09.35	monitor hissing usus Hasil : 8x/menit		
		09.50	skala nyeri Hasil : 1		
		10.00	memberikan cairan oralit		
		10.00	menganjurkan makan		
		11.20	mengidentifikasi dampak oral		
		11.00	mengidentifikasi lokasi nyeri		
		11.30	memeriksa tanda gejala hipovolemia		
		14.00	monitor intake output 775-567 = +108		

Lampiran 6 lembar observasi kasus 2

Form Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
 Nama Pasien : Th.R
 Nama Mahasiswa : DIALI AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1.	16/01/25	08.15	memberikan terapi elektrolit intravena		
		09.00	memberikan terapi sesuai rencana pengobatan -omeprazole 1x40 mg -ondansetron 1x4 mg -parasetamol 1x1 -attapulgit 1x2 tablet -sucrafate 1x1 tablet		
		10.00	memberikan teknik non farmakologi		
		11.30	memberikan oralit		
		12.00	memberikan 1 sendakmat		
		14.00	melakukan TTV -TD = 110/70 mmHg N = 70x/menit R = 20x/menit S = 36,1°C SpO2 = 95%		
		14.10	memonitor intake output		
		15.00	terapi elektrolit IV PL 20 tpm		
		15.00	terapi sesuai Pengobatan -attapulgit -sucrafate		
		15.30	mengajukan manghida i makanan pemberian gesekan		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
 Nama Pasien : Tr R
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
		15.40	mengalirkan makan dengan porsi kecil		
		15.45	mengalirkan memperkaya cairan oral		
		16.00	memberikan madu isom		
		17.00	memberikan oralit		
		18.00	menelaskan penyebab dan pemicu nyeri		
		21.00	memberikan terapi sesuai rencana pengobatan amz ondan Daktetropiron atropine Succalfate		 Agus Hana S. Ners, Ns IP 1995011520220110

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
Nama Pasien : Tn R
Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASARI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1.	17/01/25	08.00	melakukan TTU TD=115/75 mmHg S=36,6°C N=68 x/menit SpO2=98% R=20x/menit		
		09.00	melakukan terapi sesuai rencana pengabatan		
		10.00	memonitor frekuensi denyut	 ptp Hamdan S. Himp. Ners IP. 199605152022031009	
		10.20	memitor EKG usus		
		10.50	memeriksa tandon dan gejala hipotensi		
		11.00	teknik farmakologi untuk mengurangi nyeri		
		11.30	mengidentifikasi skala nyeri		
		12.00	memberikan madu		
		12.30	memberikan oralit		
		13.00	melakukan P. ureum, kreatin, kalium, Na, cholek		
		14.00	memonitor intake-output		
		15.00	memberikan obat		
		16.00	mengajukan perkanyak cairan oralit		
		16.30	memberikan cairan oralit		
		16.50	memberikan infus		
		17.00	memberikan madu		
		21.00	memberikan obat		

LEMBAR OBSERVASI

Kasus No : 2
 Nama Pasien : Tin R
 Nama Mahasiswa : DIAH AYU PUSPITASAFI

No	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf Pasien	Paraf Perawat
1.	18/01/25	08.00	melakukan TTU TD = 120/78 mmHg N = 78 x/menit S = 36.5°C SpO ₂ = 98% R = 20 x/menit		
		08.00	memberikan cairan elektrolit intravena		
		09.00	memonitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi		
		09.10	memonitor bising usus		
		09.30	mengidentifikasi skala nyeri		
		10.00	memberikan cairan oralit		
		11.30	mengevaluasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri		
		12.00	memeriksa tanda dan gejala hipovolemia		
		14.00	monitor intake dan output		

Lampiran 7 review artikel

No	Penulis dan tahun	Metode penelitian	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1.	Darsiti Priyatin Sulistiyowati Dwi Astuti 2023	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Data dikumpulkan melalui: - Wawancara - Observasi - Pemeriksaan fisik - Studi dokumenta	Sampel dalam penelitian ini adalah anak-anak yang mengalami diare di Desa Karangklesem dengan fokus pada satu responden selama penelitian berlangsung selama 3 hari.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi oralit selama 3 hari: - Frekuensi buang air besar (BAB) anak berkurang - Membran mukosa menjadi lembab - Anak menjadi lebih tenang dan tidak rewel - Frekuensi bising usus normal (12x/menit)	Pemberian larutan oralit efektif dalam mencegah terjadinya dehidrasi pada anak yang mengalami diare. Oralit tidak hanya membantu mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit, tetapi juga mempercepat penyembuhan diare.
2.	Suntin, Fauziah Botutihe, Haslinda DS, Mainna 2021	Penelitian ini menggunakan desain literatur review. Metode literature review yaitu penelitian yang menggunakan cara menggali	Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu purposive sampling dengan besar sampel yang digunakan pada jurnal	Berdasarkan 5 artikel yang dianalisis, rata-rata pemberian madu pada anak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan	dapat disimpulkan bahwa terapi komplementer madu ini efektif dalam menurunkan frekuensi diare. Selain itu mampu mengurangi penggunaan obat

		informasi sebanyak-banyaknya dari sumber sumber yang ada. Sumber yang digunakan yaitu jurnal-jurnal, e-book, penelitian penelitian sebelumnya dan text book dalam jangka waktu 10 tahun terakhir	pertama yaitu sebanyak jumlah sampel 26 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok. Kedua, jumlah responden 46 responden yang dibagi dua menjadi masing-masing 23 responden. Ketiga, menggunakan sampel 40 responden di Desa Ngumpul, Jombang. Keempat, jumlah sampel 70 anak yang dibagi menjadi 2 kelompok. Kelima jumlah sampel sebanyak 150 dan dibagi menjadi 3 responden	frekuensi diare sebelum dan setelah pemberian madu Kesimpulan, pemberian madu pada anak diare efektif untuk menurunkan frekuensi diare	farmakologis. Untuk pemberian dapat dilakukan 3x sehari yaitu pada pukul 07.00, 15,00 dan 21.00 dengan dosis 5 cc selama 3 hari
--	--	---	---	--	---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTROENETRITIS
AKUT DENGAN DIARE DI RUANG ALAMANDA PENYAKIT
DALAM RSUD MAJALAYA**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama	: Ny. L
TTL	: 25 Desember 1968
Umur	: 56 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: Sekolah Menengah Dasar
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status pernikahan	: Menikah
Suku/bangsa	: Sunda
Tanggal masuk RS	: 15 Januari 2025 Jam : 23.00 WIB
Tanggal pengkajian	: 16 Januari 2025 Jam : 08.00 WIB
Tanggal/rencana operasi	: -
No. Medrec	: 547362
Diagnosa medis	: Gastroenteritis Akut (GEA)
Alamat	: Cihareuyheuy

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. W
Umur	: 24 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: Sekolah Menengah Dasar
Pekerjaan	: Buruh
Agama	: Islam
Hubungan dengan pasien	: Anak
Alamat	: Cihareuyheuy

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan 3 hari sebelum masuk rumah sakit diare lebih dari 10 kali. Pasien mengkonsumsi obat warung namun tidak ada perbaikan, sehingga oleh keluarga dibawa ke RSUD Majalaya. Pada saat dikaji pasien mengeluh BAB masih cair, mual

b) Keluhan utama saat dikaji

Pada saat dikaji pasien mengeluh BAB masih cair dan sudah 4 kali selama 8 jam. Keluhan BAB cair disertai dengan perut terasa mules, melilit, dan mual. Kondisi ini menyebabkan pasien merasakan sakit pada perut dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan saat ingin bab

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat dengan penyakit yang sama maupun penyakit lainnya

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan

d) Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3 x sehari	3 x sehari
	Jenis	Nasi, lauk, makanan yang pedas	Bubur, lauk
	Porsi	1 porsi	3-4 sendok
	Keluhan	-	Mual
	b. Minum		
	Frekuensi	6-8 gelas	1-2 gelas
	Jenis	Air putih	Air putih
	Porsi	2 liter	200 cc
	Keluhan	-	-
2.	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x sehari	4 x sehari
	Konsistensi feses	padat berbentuk	Cair tidak berbentuk
	Warna		Kuning feses
	Keluhan	Kuning feses	Perut terasa mules dan melilit ketika BAB
		-	
	b. BAK		
	Frekuensi	7-8x/hari	2x/ 6 jam
	Jumlah	1000-1200 cc	400cc/ 6 jam

	Warna Keluhan	Kuning jernih -	Kuning pekat -
3.	Istirahat Tidur		
	Siang	1 jam	-
	Malam	5 – 7 jam	7 jam
	Keluhan	-	-
4.	Personal hygiene		
	a. Mandi	2 x sehari	Waslap
	b. Gosok gigi	2 x sehari	1 x
	c. Keramas	3x seminggu	Belum pernah
	d. Gunting kuku	1 x seminggu	Belum pernah
	e. Ganti pakaian	2 x sehari	1 x sehari
5.	Aktivitas	Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga	Pasien berbaring dan beraktivitas dibantu keluarga

e) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos Mentis, GCS :15 (E : 4 M : 6 V : 5)
 Penampilan : Pasien tampak lemas

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 143/86 mmHg
 Nadi : 95 x/menit
 Respirasi : 22 x/menit
 Suhu : 36.8 °C
 SPO2 : 96 %

3) Pemeriksaan Fisik Sistem

a) Sistem Pernafasan

Bentuk hidung simetris, keadaan hidung bersih, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, polip dan peradangan tidak ada, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat retraksi dada. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, pada saat di perkusi daerah paru terdengar resonan, vocal vermitus pada paru kanan dan kiri seimbang. Pada

saat di auskultasi pada dinding paru tidak ada bunyi nafas tambahan, suara nafas vesikuler

b) Sistem Cardiovaskuler

Konjungtiva anemis, suara jantung S1 S2 terdengar regular, perkusi terdengar dullnes di ics 2 sampai 5 sebelah kiri, CRT kembali kurang dari 3 detik. Pemeriksaan fisik jantung dalam batas normal, tidak ditemukan bunyi murmur dan gallop

c) Sistem Pencernaan

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, gigi tampak bersih, lidah berwarna merah muda, tidak terdapat lesi, refleks menelan baik, gusi berwarna merah muda, bentuk abdomen datar, terdapat nyeri pada abdomen, hepar tidak teraba, bising usus 16x/menit, tidak terdapat luka dan tidak terdapat kemerahan pada anus

d) Sistem Genitourinaria

Pasien tidak terpasang urine kateter, tidak ada nyeri tekan, tidak ada disntensi blas

e) Sistem Endokrin

Palpasi pada daerah leher pasien tidak terdapat pembesaran tyroid dan paratiroid

f) Sistem Persyarafan

1) Test fungsi cerebral

Status neuropsikologis dan kemampuan kognitif pasien baik

2) Test fungsi nervus (Cranialis)

Tidak terdapat stroke, cedera otak traumatik dan tumor intrakranial pada pasien

a. Nervus I (olfaktorius) : pasien dapat membedakan bau –bauan

b. Nervus II (optikus) : pasien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata

c. Nervus III (okulomotor) : pasien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping

d. Nervus IV (trochlear) : pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya

e. Nervus V (abdusen) : pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam

f. Nervus VI (trigeminus) : pasien mampu melihat benda tanpa menoleh

- g. Nervus VII (facialis) : pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan
- h. Nervus VIII (vestibulococlear) pasien dapat mendengar gesekan jari
- i. Nervus IX (gloskoparingeal) : uvula pasien berada ditengah dan simetris
- j. Nervus X (vagus) : pasien dapat menelan
- k. Nervus XI (hipoglosus) : pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu
- l. Nervus XII (asesorius) : pasien dapat menggerakkan lidah

g) Sistem integument

Saat di inspeksi keseluruhan kulit tidak ada edema dan warna kulit tampak pucat, saat dikaji area kepala penyebaran rambut merata dan tidak ada lesi, warna rambut hitam, dan sedikit putih, dan terdapat coklat kemerahan, kebersihan kulit kepala tampak bersih dan tidak ada ketombe. Saat dipalpasi dengan area sirkuler atau memutar tidak terdapat nyeri tekan, saat tangan di palpasi terasa dingin. Ketika di inspeksi area kuku tampak bersih, dan ketika dilakukan pemeriksaan CRT kuku kembali kurang dari 3 detik. Ketika jari tangan di Tarik turgor kulit kembali dengan cepat

h) Sistem musculoskeletal

1) Ekstremitas Atas

Anggota gerak lengkap, tidak ada fraktur, ekstremitas dapat digerakan dengan baik, capillary refill time kurang dari 3 detik, denyut nadi radialis terasa jelas, dan reflex tendon trisep positif, akral terasa dingin.

2) Ekstremitas Bawah

Anggota gerak kaki lengkap tidak ada fraktur, ekstremitas dapat digerakan dengan baik, tidak ada luka, akral terasa dingin

i) Sistem penglihatan

Bentuk kedua mata pasien simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil pasien isokor, dan fungsi penglihatan pasien baik, pasien mampu membedakan warna, pasien mampu membaca papan nama perawat pada jarak 30 cm

j) Wicara dan THT

Pasien dapat berbicara dengan jelas, artikulasi baik dan dapat menjawab pertanyaan dari perawat.

Kebersihan telinga bersih, tidak ada kotoran yang menempel, tidak ada serumen ataupun cairan yang keluar. Struktur telinga simetris antara kiri dan kanan, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran baik, tidak ada keluhan pada telinga.

f) Data Psikologis

1) Status Emosi

Pasien mengatakan bahwa dia sabar dalam menghadapi penyakitnya

2) Kecemasan

Pasien mengatakan bahwa dia tidak merasa cemas dan yakin bahwa penyakitnya dapat sembuh dengan segera

3) Pola Koping

Pasien yakin akan segera sembuh, agar bisa beraktivitas kembali

4) Gaya Komunikasi

Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi secara baik Bahasa yang digunakan pasien adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa sunda

5) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa pasien bersyukur dengan apa yang ada pada tubuhnya

b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan kembali beraktivitas seperti biasa

c) Harga diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu atau minder dengan kondisinya saat ini

d) Peran

Pasien mengatakan dia seorang ibu dan istri

e) Identitas diri

Pasien mengatakan dia merupakan seorang perempuan berusia 56 tahun

g) Data Social

Pasien sangat dekat dengan keluarga yang terutama anaknya, pasien juga selalu ramah pada perawat dan selalu kooperatif jika diajak berkomunikasi

h) Data Spiritual

Pasien shalat 5 waktu, pasien berserah diri kepada Allah SWT dan meminta kesembuhan untuk penyakitnya

i) Data Penunjang
Laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
15 - 01 -2025	Hematologi rutin			
	Leukosit	16.000	4.000 – 10,000	/Ul
	Eritrosit	5.5	3.8 – 5.2	10 ⁶ Ul
	Hemoglobin	16.0	12.0 – 16.0	g/Dl
	Hematokrit	51	37-47	%
	Trombosit	475.000	150,000 – 450,000	Ul

j) Program dan Rencana Pengobatan

Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
Pasien 1				
16 – 01 – 2025	RL	1500 cc (20 Tpm)	IV	24 jam
16 – 01 – 2025	Omeprazole	2 x 40 mg	IV	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Ceftriaxone	2 x 1 g	IV	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Ondansetron	2 x 4 mg	IV	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Sucralfate	3 x 1 tablet	Oral	09.00, 15.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Attapulgate	3 x 2 tablet	Oral	09.00, 15.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Besan mag	3 x 1 tablet	Oral	09.00, 15.00 dan 21.00

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan bab cair 4x sehari - Pasien mengatakan feses cair DO :	infeksi ↓ Kuman masuk dan berkembang dalam usus ↓	Diare

● Bising usus 16x/menit	Toksin tidak dapat diabsorpsi ↓ Hipersekresi air dan elektrolit usus meningkat ↓ Gastroenteritis akut ↓ Bab sering dengan konsistensi cair ↓ Frekuensi defekasi ↓ Bab encer ↓ Diare	
2. DS : - Pasien mengatakan dirinya merasa lemas - Pasien Frekuensi BAB 4x/hari - Konsistensi BAB cair DO : - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir pasien tampak kering - Intake Minum = 300 cc/6jam Infus = 375 cc /6jam - Output Urine = 400cc/6jam IWL = 162 cc/6 jam BAB = 100cc/6 jam	Diare ↓ Frekuensi BAB meningkat ↓ Hilang cairan dan elektrolit ↓ Risiko hipovolemia	Resiko hipovolemia

	- Intake – output = 675-662 = +13		
3.	DS : - Pasien mengeluh nyeri pada abdomen seperti melilit DO : - Skala nyeri 5 (0-10) - Pasien tampak meringis	Bakteri dalam usus meningkat ↓ Kram abdomen ↓ Nyeri abdomen ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
4.	DS : - Pasien mengatakan mual - Makan pasien 3-4 sendok DO : -	Gastroenteritis akut ↓ Inflamasi saluran pencernaan ↓ Mual ↓ Nausea	Nausea

B. Diagnosa

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda tangan
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi yang ditandai oleh : DS : - Pasien mengatakan bab cair 4x - Pasien mengatakan konsistensi feses cair DO : - Bising usus 16x/menit	16 januari 2025	Diah ayu	
2.	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yang ditandai oleh :	16 januari 2025	Diah ayu	

DS : - Pasien mengatakan dirinya merasa lemas - Pasien mengatakan bahwa BAB dirinya mencret - Frekuensi BAB 4x/hari - Konsistensi BAB cair DO : - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir pasien tampak kering - Minum = 300 cc/6jam - Infus = 375 cc /6jam - Output - Urine = 400cc/6jam - IWL = 162 cc/6 jam - BAB = 100cc/6 jam - Intake – output = 675-662 = +13				
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai oleh :	16 januari 2025	Diah ayu	
DS : - Pasien mengeluh nyeri pada abdomen bawah sebelah kiri DO : - Skala nyeri 5 (0-10) - Pasien tampak meringis				
4.	Nausea berhubungan dengan distensi lambung yang ditandai oleh:	16 januari 2025	Diah ayu	
DS :				

- Pasien mengatakan mual
- Makan pasien 3-4 sendok

DO :-

C. Perencanaan

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi yang ditandai oleh : DS : • Pasien mengatakan bab cair 4x sehari jam • Pasien mengatakan konsistensi feses cair DO : • Bising usus 16x/menit	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal teratasi dengan kriteria hasil : d. Konsistensi feses menjadi berbentuk e. Frekuensi feses menjadi 1 x sehari f. Peristaltik usus menjadi (5-30	Observasi a. Identifikasi penyebab diare b. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Terapeutik c. Berikan asupan cairan oral (oralit) sebanyak d. Berikan cairan intravena RL e. Berikan madu 1 Sendok3x /hari Edukasi	a. Untuk mengetahui h penyebab diare b. Untuk memantau warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses c. Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang d. Untuk mengganti vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara

		x/menit)	f. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap g. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas Berikan h. Berikan obat sesuai rencana pengobatan - attapulgate 3x2 tablet - ceftriaxon e 2x1 g	adekuat melalui oral e. Untuk mengatasi diare akibat karena efek antibakterinya Edukasi f. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan tubuh g. Untuk menghindari diare berkelanjutan Berikan h. Untuk meredakan diare
2	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yang ditandai oleh : DS : - Pasien mengatakan dirinya merasa lemas	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: a. Intake cairan membaik	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi a. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (membran mukosa kering, lemah)	Observasi a. Mengetahui kadar naik turunnya frekuensi tanda dan gejala hipovolemia

	- Pasien mengatakan bahwa BAB dirinya mencret - Frekuensi BAB 4x/hari - Konsistensi BAB cair DO : - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir pasien tampak kering Minum = 300 cc/6jam Infus = 375 cc /6jam - Output Urine = 400cc/6jam IWL = 162 cc/6 jam BAB = 100cc/6 jam - Intake – output = 675-662 = +13	b. Mukosa bibir membaik	b. Monitor intake dan output cairan Terapeutik c. Berikan asupan cairan oral Edukasi d. Anjurkan memperbanyak cairan oral Kolaborasi e. Pemberian cairan IV RL	b. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, atau seimbang Terapeutik c. Untuk memenuhi kebutuhan cairan Edukasi d. Untuk memenuhi kebutuhan cairan peroral
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai oleh : DS : ● Pasien mengeluh nyeri pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun teratasi dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi a. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

	seperti melilit	menurun	b. Identifikasi skala nyeri	intensitas nyeri
DO :	- Skala nyeri 5 (0-10) - Pasien tampak meringis	b. Meringis menurun		b. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien
		c. Skala nyeri menurun menjadi 1(0-10)	Terapeutik c. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)	Terapeutik c. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingatkan nyeri
			Edukasi d. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Edukasi d. Untuk mengetahui penyebab, pemicu nyeri
			Berikan obat sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 2x1 g - Besanmag 3x1 tablet - Sucralfate 3x1 tablet	Kolaborasi e. Untuk mengurangi nyeri
4.	Nausea berhubungan dengan distensi lambung yang ditandai oleh : DS : - Pasien mengatakan mual - Makan pasien 3-4 sendok DO : -	Setelah dilakukan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil: perasaan ingin muntah	Observasi a. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)	Observasi a. Mengidentifikasi pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien

	menurun	b. Identifikasi faktor penyebab mual	
b. porsi makan habis			b. Mengetahui faktor penyebab mual
	Terapeutik		
	c. Berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik	Terapeutik	c. Menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadi mual muntah yang berlanjut
	Edukasi		
	d. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup	Edukasi	d. Untuk membuat kondisi klien jadi lebih baik
	e. ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)	e. Dapat membuat klien jadi lebih baik dan rileks	
	berikan		
	f. Berikan obat sesuai rencana pengobatan		
	- Ondansentron 2x1 mg		
			Berikan

f. Untuk mengurangi rasa mual

D. Pelaksanaan

No	Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama dan Ttd
1.	16 januari 2025	08.00	I,II	Memberikan terapi elektrolit intravena Hasil : - Diberikan RL 20 Tpm	 Diah ayu
		09.00	I,III,IV	Memberikan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 g - Ondansentron 1x4mg - Attapulgate 1x2 tablet - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu
		09.40	III	Memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : - Pasien melakukan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	 Diah ayu
		09.50	IV	Mengajarkan penggunaan Teknik non farmakologi untuk mengatasi mual Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	 Diah ayu

10.00	I	Memberikan oralit sebanyak 200 cc Hasil : - Cairan masuk dan mau meminumnya	 Diah ayu
10.30	I	Memberikan 1 sendok madu Hasil : - Pasien mau memakan madu	 Diah ayu
14.00	I,II	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV Hasil : - TD : 120/70 mmhg - N : 73 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36 °C - SPO2 : 96 %	 Diah ayu
14.10	II	Memonitor intake dan output Hasil : - Cairan masuk (intake) - Minum : 300 cc/6jam - Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) - Urine : 300 cc/6jam - Feses : 100 cc/6jam - Iwl :162/6jam - Total intake-output = 675 – 562 = +113	 Diah ayu
15.00	II	Memberikan terapi elektrolit intravena RL Hasil : Diberikan RL 20 Tpm	 Diah ayu
15.00	I,III	Memberikan terapi sesuai pengobatan - Attapulgate 1x2 tablet - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil :	 Diah ayu

			- Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	
15.30	I	Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	 Diah ayu	
15.40	I	Menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	 Diah ayu	
15.45	II	Menganjurkan memperbanyak cairan oral Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat, pasien harus minum 8 gelas atau sebanyak 2 liter/hari	 Diah ayu	
16.00	I	Memberikan madu 1 sendok Hasil : - Pasien mau memakan madu	 Diah ayu	
17.00	I	Memberikan cairan oralit sebanyak 200 cc Hasil : - Pasien mau meminum oralit	 Diah ayu	
18.30	IV	Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup Hasil: - Pasien mengerti dengan anjuran perawat karena tidur sangat penting untuk memulihkan tubuh	 Diah ayu	

	18.40	III	Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	 Diah ayu	
	21.00	I,III,IV	Memberikan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 g - Ondansentron 1x4mg - Attapulgate 1x2 tablet - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu	
2.	17 januari 2025	08.00	I	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV Hasil : - TD : 125/79 mmhg - N : 71 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36,2 °C - SPO2 : 95 %	 Diah ayu
	09.00	I,III,IV	Melakukan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 2x40 mg - Ceftriaxone 2x1 g - Ondansentron 2x4mg - Attapulgate 3x2 tablet - Besanmag 3x1 tablet - Sucralfate 3x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu	
	09.30	I	Memonitor frekuensi, dan kosnsitensi feses		

		Hasil : - Pasien mengatakan bab 2x, konsistensi cair	Diah ayu
09.35	I	Memonitor bising usus Hasil : - Bising usus 12 x/menit	 Diah ayu
09.40	II	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : - Pasien mengatakan dirinya masih sedikit lemas - Mukosa bibir pasien tampak sedikit kering	 Diah ayu
09.45	I	Memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : - Pasien melakukan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	 Diah ayu
09.50	III	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan skala nyeri 2(0-10)	 Diah ayu
09.55	IV	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Hasil : - Pasien mengatakan mual menyebabkan tidak nafsu makan	 Diah ayu
10.00	IV	Menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering Hasil : - Pasien mengerti anjuran perawat , pasien harus makan 1 poris habis	 Diah ayu

			- pasien mengatakan makan hanya 3-4 sendok saja	
11.00	I	Memberikan madu diberi 1 sendok Hasil :	- pasien merasa lebih baik setelah diberikan terapi madu secara rutin - terdapat penurunan BAB menjadi 2x	 Diah ayu
11.30	I	Memberikan cairan oralit 200 cc Hasil :	- pasien merasa lebih baik	 Diah ayu
12.00		Melakukan pemeriksaan ureum, kretinin, natrium, kalsium Hasil : Ureum : 20 Kreatinin : 1.00 Natrium : 140 Kalsium : 4,16		
14.00		Memonitor pemeriksaan TTV Hasil :	- TD : 130/80 mmhg - N : 75 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36,5 °C - SPO2 : 96 %	 Diah ayu
14.00	II	Memonitor intake dan output cairan Hasil :	- Cairan masuk (intake) - Minum : 400 cc/6jam - Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) - Urine : 400 cc/6jam - Feses : 150 cc/6jam	 Diah ayu

			- Iwl :162 cc/6jam - Total intake-output = 775- 712 = +63	
15.00	I,III	Memberikan terapi sesuai pengobatan - Attapulgate 1x2 tablet - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu	
15.30	II	Menganjurkan memperbanyak cairan oral Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat, pasien harus minum 8 gelas atau sebanyak 2 liter/hari	 Diah ayu	
16.00	I	Memberikan cairan oral (oralit) diberikan sebanyak 100 cc Hasil : - Pasien mau meminum oralit	 Diah ayu	
16.00	I,II	Memberikan cairan elektrolit intravena Hasil : - Diberikan cairan RL 20 Tpm	 Diah ayu	
16.30	I	Memberikan madu 1 sendok Hasil : - Pasien merasa lebih baik setelah diberikan terapi madu secara rutin	 Diah ayu	
21.00	I,II,III,IV	Memberikan terapi sesuai pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 g	 Diah ayu	

				- Ondansentron 1x4mg - Attapulgate 1x2 tablet - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil: - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	
3.	18 januari 2025	08.00	I,II,III,IV	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV Hasil : - TD : 126/73 mmhg - N : 75 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36,6 °C - SPO2 : 95 %	 Diah ayu
		08.00	I,II	Memberikan cairan elektrolit intravena Hasil : Cairan RL 20 Tpm	 Diah ayu
		09.00	I,II,III,IV	Memberikan terapi sesuai pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 g - Ondansentron 1x4mg - Besanmag 1x1 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil: - Tidak terdapat reaksi alergi - Obat masuk	 Diah ayu
		09.30	I	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil : - Pasien mengatakan bab 1x dan konsistensi berbentuk	 Diah ayu
		09.35	I	Memonitor bising usus Hasil : - Bising usus 8x/menit	 Diah ayu

09.40	III	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan skala nyeri 1 dari (0-10)	 Diah ayu
09.50	I	Memberikan cairan oralit 200cc Hasil : - Pasien merasa lebih baik setelah diberikan oralit	 Diah ayu
10.00	IV	Menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering Hasil : - Pasien mengerti anjuran perawat, pasien mengatakan makan 1 porsi habis	 Diah ayu
10.20	IV	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak mual	 Diah ayu
11.00	III	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Pasien mengatakan perutnya sudah tidak sakit	 Diah ayu
11.30	II	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : - Mukosa bibir pasien lembab - Pasien mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemas	 Diah ayu

14.00	II	Monitor intake dan output	
		Hasil :	
		- Cairan masuk (intake)	Diah ayu
		- Minum : 500 cc/6jam	
		- Infus : 375 cc/6jam	
		- Cairan keluar (output)	
		- Urine : 500 cc/6jam	
		- Iwl :162 cc/6jam	
		- Total intake-output =	
		875 – 662 = + 213	

E. Evaluasi

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
18 januari 2025	I	S : - pasien mengatakan frekuensi bab 1x/hari - pasien mengatakan fesesnya berbentuk O: - Bising usus 8x/menit A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan	 Diah ayu
18 januari 2025	II	S: - Pasien mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemas - Frekuensi BAB 1x/hari - Konsistensi BAB berbentuk O : - Mukosa bibir pasien lembab - Cairan masuk (intake) Minum : 500 cc/6jam Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) Urine : 500 cc/6jam Iwl :162 cc/6jam - Total intake-output = 875 – 662 = + 213 A: masalah teratasi	 Diah ayu

P: intervensi dihentikan				
18 2025	januari	III	S :	 Diah ayu
			- Pasien mengatakan perutnya sudah tidak sakit	
			O :	
			- Skala nyeri 1 (0-10)	
			- Pasien sudah tidak meringis	
			A : masalah teratasi	
			P : intervensi dihentikan	
18 2025	januari	IV	S :	 Diah ayu
			- Pasien mengatakan sudah tidak mual	
			- Pasien mengatakan makan 1 porsi habis	
			O:-	
			A:masalah teratasi	
			P:intervensi di hentikan	

Lampiran 9 asuhan keperawatan kasus 2

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a) Identitas Pasien

Nama	: Tn. R
TTL	: 13 Febuari 1998
Umur	: 26 Tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh
Status pernikahan	: Menikah
Suku/bangsa	: Sunda
Tanggal masuk RS	: 15 januari 2024 jam : 23.30 WIB
Tanggal pengkajian	: 16 januari 2024 jam : 10.00 WIB
Tanggal/rencana operasi	: -
No. Medrec	: 763574
Diagnosa medis	: Gastroenteritis Akut (GEA)
Alamat	: Cigeleeng RT 24/RW 09 Kel.
Srirahayu	

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. N
Umur	: 47 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Islam
Hubungan dengan klien	: Orang tua
Alamat	: Cigeleeng RT 24/RW 09 Kel.
Srirahayu	

c) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

- Keluhan utama masuk Rumah Sakit
pasien dengan keluhan 2 hari diare lebih dari 7x, disertai mual dan muntah 3x sehingga oleh keluarga dibawa ke RSUD Majalaya.
- Keluhan utama saat dikaji
Pada saat dikaji pasien mengatakan bab cair sudah 5 kali selama 8 jam . keluhan bab cair disertai dengan perut terasa mules, melilit. Kondisi ini menyebabkan pasien

merasakan sakit pada perut dengan skala nyeri 4 (0-10)
nyeri di rasakan saat ingin bab

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat dengan penyakit yang sama maupun penyakit lainnya

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular

d) Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
a.	Makan	3x sehari	3x sehari
	Frekuensi	Nasi, lauk,	Bubur
	Jenis	makanan yang	5-6sendok
	Porsi	pedas	Mual
	Keluhan	-	
b.	Minum		
	Frekuensi	7-8 gelas	1-2 gelas
	Jenis	Air putih	Air putih
	Porsi	2 liter	
	Keluhan	-	
2.	Eliminasi		
a.	BAB	1x sehari	5 x sehari
	Frekuensi	Padat berbentuk	Cair tidak
	Warna	Kuning feses	berbentuk
	Bau	-	Kuning feses
	Keluhan		Perut terasa mules dan melilit
b.	BAK		
	Frekuensi	7-8x/hari	2-3x/ 6 jam
	Jumlah	1000-1200 cc	450 cc/ 6 jam
	Warna	Kuning jernih	Kuning pekat
	Keluhan	-	-
3.	Istirahat Tidur		
	Siang	-	-
	Malam	6-7 jam	6 jam
	Keluhan	-	-
4.	Personal hygiene		
a.	Mandi	2x sehari	Waslap
b.	Gosok gigi	2x sehari	1x sehari
c.	Keramas	Setiap hari	Belum pernah
d.	Gunting kuku	1x seminggu	Belum pernah
e.	Ganti pakaian	2x sehari	1x sehari

5.	Aktivitas	Pasien bekerja	Pasien berbaring dan beraktivitas dibantu keluarga
----	-----------	----------------	--

e) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Pasien tampak lemas
 Penampilan : Compos Mentis, GCS : 15 (E : 4 M : 6 V:5)

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : 110/60 mmhg
 Nadi : 70x/menit
 Respirasi : 20x/menit
 Suhu : 36,5 °C
 SPO2 : 98 %

3) Pemeriksaan Fisik Sistem

a) Sistem Pernafasan

Bentuk hidung simetris, keadaan hidung bersih, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, polip dan peradangan tidak ada, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat retraksi dada. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, pada saat di perkusi daerah paru terdengar resonan, vocal vermitus pada paru kanan dan kiri seimbang. Pada saat di auskultasi pada dinding paru tidak ada bunyi nafas tambahan, suara nafas vesikuler

b) Sistem Cardiovaskuler

Konjungtiva anemis, suara jantung S1 S2 terdengar regular, perkusi terdengar dullnes di ics 2 sampai 5 sebelah kiri, CRT kembali kurang dari 3 detik. Pemeriksaan fisik jantung dalam batas normal, tidak ditemukan bunyi murmur dan gallop

c) Sistem Pencernaan

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, gigi tampak bersih, lidah berwarna merah muda, tidak terdapat lesi, refleks menelan baik, gusi berwarna merah muda, bentuk abdomen datar, terdapat nyeri pada abdomen,hepar tidak teraba, bising usus 18x/menit, tidak terdapat luka dan tidak terdapat kemerahan pada anus

d) Sistem Genitourinaria

Pasien tidak terpasang urine kateter, tidak ada nyeri tekan, tidak ada disntensi blas

e) Sistem Endokrin

Palpasi pada daerah leher pasien tidak terdapat pembesaran tyroid dan paratiroid

f) Sistem Persyarafan

1) Test fungsi cerebral

Status neuropsikologis dan kemampuan kognitif pasien baik

2) Test fungsi nervus (Cranialis)

- a. Nervus I (olfaktorius) : pasien dapat membedakan bau –bauan
- b. Nervus II (optikus) : pasien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata
- c. Nervus III (okulomotor) : pasien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping
- d. Nervus IV (trochlear) : pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya
- e. Nervus V (abducent) : pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam
- f. Nervus VI (trigeminus) : pasien mampu melihat benda tanpa menoleh
- g. Nervus VII (facialis) : pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan
- h. Nervus VIII (vestibulocochlear) pasien dapat mendengar gesekan jari
- i. Nervus IX (glossopharyngeal) : uvula pasien berada ditengah dan simetris
- j. Nervus X (vagus) : pasien dapat menelan
- k. Nervus XI (hypoglossus) : pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu
- l. Nervus XII (hypoglossus) : pasien dapat menggerakkan lidah

g) Sistem integument

Saat di inspeksi keseluruhan kulit tidak ada edema dan warna kulit tampak pucat, saat dikaji area kepala penyebaran rambut merata dan tidak ada lesi, warna rambut hitam, dan sedikit putih, dan terdapat coklat kemerahan, kebersihan kulit kepala tampak bersih dan tidak ada ketombe. Saat dipalpasi dengan area sirkuler atau memutar tidak terdapat nyeri tekan, saat tangan di palpasi terasa dingin. Ketika di inspeksi area kuku tampak bersih, dan ketika dilakukan pemeriksaan CRT kuku

kembali kurang dari 3 detik. Ketika jari tangan di Tarik turgor kulit kembali dengan cepat

h) Sistem musculoskeletal

1) Ektremitas Atas

Anggota gerak lengkap, tidak ada fraktur, ekstremitas dapat digerakan dengan baik, capillary refill time kurang dari 3 detik, denyut nadi radialis teraba jelas, dan reflex tendon trisef positif, akral teraba dingin

2) Ektremitas Bawah

Anggota gerak kaki lengkap tidak ada fraktur, ekstemitasbdapat digerakan dengan baik, tidak ada luka, akral teraba dingin

i) Sistem penglihatan

Bentuk kedua mata pasien simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reflex pupil pasien isokor, dan fungsi penglihatan pasien baik, pasien mampu membedakan warna, pasien mampu membaca papan nama perawat pada jarak 30 cm

j) Wicara dan THT

Pasien dapat berbicara dengan jelas, artikulasi baik dan dapat menjawab pertanyaan dari perawat. Kebersihan telinga bersih, tidak ada kotoran yang menempel, tidak ada serumen ataupun cairan yang keluar. Struktur telinga simetris antara kiri dan kanan, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran baik, tidak ada keluhan pada telinga

f) Data Psikologis

1) Status Emosi

Pasien mengatakan bahwa dia sabar dalam menghadapi penyakitnya

2) Kecemasan

Pasien yakin akan segera sembuh, agar bisa beraktivitas kembali. Karena ia termotivasi dari istri dan anak-anaknya

3) Pola Koping

Pasien yakin akan segera sembuh, agar bisa beraktivitas kembali. Karena ia termotivasi dari istri dan anak-anaknya

4) Gaya Komunikasi

pasien berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dan berkomunikasi efektif

5) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa pasien bersyukur dengan apa yang ada pada tubuhnya

b) Ideal diri

Pasien yakin akan sembuh, maka ia mengikuti aturan yang diberikan tenaga Kesehatan

c) Harga diri

Pasien memiliki kepercayaan diri yang tinggi dan tidak malu akan penyakit yang dialami nya sekarang

d) Peran

Pasien mengatakan dia seorang ayah dan suami

e) Identitas diri

Pasien mengatakan dia merupakan seorang laki – laki berusia 26 tahun

g) Data Social

Pasien sangat dekat dengan keluarga yang terutama anaknya, pasien juga selalu ramah pada perawat dan selalu kooperatif jika diajak berkomunikasi

h) Data Spiritual

Pasien shalat 5 waktu, pasien berserah diri kepada Allah SWT dan meminta kesembuhan untuk penyakitnya

i) Data Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan
Hematologi				
15 – 01 – 2025	Leukosit	8,100	4.000 – 10.000	/ul
	Eritrosit	6.8	4.4 – 5.9	10 ⁶ ul
	Hemoglobin	16.7	14.0 – 18.0	g/dl
	Hematokrit	57	40 – 54	%
	Trobosit	229.000	150.000 – 450.000	ul
	Gula darah sewaktu	116	100-140	mg/dl

j) Program dan Rencana Pengobatan

Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Waktu
16 – 01 – 2025	RL	1500 cc (20 Tpm)	IV	24 jam
16 – 01 – 2025	Omeprazole	2x40 mg	IV	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Ondansetron	2x 4 mg	IV	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Dexketoprofen	2x1	Oral	09.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	Zinc	1x1 tablet	Oral	09.00
16 – 01 – 2025	Attapulgite	3x2 tablet	Oral	09.00, 15.00 dan 21.00
16 – 01 – 2025	sucralfate	3x1 tablet	Oral	09.00, 15.00 dan 21.00

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan bab cair 5x sehari - Pasien mengatakan konsistensi cair DO : - Bising usus 18x/menit	infeksi ↓ Kuman masuk dan berkembang dalam usus ↓ Toksin tidak dapat diabsorpsi ↓ Hipersekresi air dan elektrolit usus meningkat ↓ Gastroenteritis akut ↓ Bab sering dengan konsistensi cair ↓ Frekuensi defekasi ↓ Bab encer ↓ Diare	Diare
2.	DS : - Pasien mengatakan frekuensi bab 5x selama 1 hari DO : - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir kering - Intake Minum = 400 cc/6jam	Diare ↓ Frekuensi BAB meningkat ↓ Hilang cairan dan elektrolit ↓ Risiko hipovolemia	Risiko hipovolemia

	Infus = 375 cc /6jam - Output Urine = 450cc/6 jam IWL = 124 cc/6 jam BAB = 150cc/6 jam - Intake – output = 775-724 = +51		
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai oleh DS : - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen - Skala nyeri 4 (0- 10) DO : - Pasien tampak meringis	Bakteri dalam usus meningkat ↓ Kram abdomen ↓ Nyeri abdomen ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

B. Diagnosa

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Nama Perawat	Tanda tangan
1.	Diare berhubungan dengan proses infeksi yang di tandai oleh : DS: - Pasien mengataka n bab 5x selama 1 hari - Konsistens i cair DO :	16 januari 2025	Diah ayu	

	- Bising usus 18x/menit			
2.	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yang ditandai oleh DS : - Pasien mengatakan frekuensi bab 5x selama 1 hari DO : - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir kering - Intake Minum = 400 cc/6jam Infus = 375 cc /6jam - Output Urine = 450cc/6 jam IWL = 124 cc/6 jam BAB = 150cc/6 jam - Intake – output = 775-724 = +51	16 januari 2025	Diah ayu	
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera	16 januari 2025	Diah ayu	

fisiologis yang ditandai oleh DS :	
- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen	
- Skala nyeri 4 (0-10)	
DO :	
- Pasien tampak meringis	

C. Perencanaan

No	Diagnosa keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Diare berhubungan dengan proses infeksi yang ditandai oleh : DS: - Pasien mengatakan akan bab 5x/hari - Konsistensi cair DO : - Bising usus 18x/menit	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal teratasi dengan kriteria hasil : g. Konsistensi feses membaik h. Frekuensi feses membaik menjadi 1 x sehari i. Peristaltik usus membaik (5-30 x/menit)	Observasi i. Identifikasi penyebab diare j. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Terapeutik k. Berikan asupan cairan oral (oralit) sebanyak l. Berikan cairan intravena RL m. Berikan madu 1 Sendok 3 x/hari	i. Untuk mengetahui penyebab diare j. Untuk memantau warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses k. Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang l. Untuk mengganti vitamin, protein,

			Edukasi n. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap o. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas Berikan p. Berikan obat sesuai rencana pengobatan - attapulgite 3x2 tablet - zinc 1x1	lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral m. Untuk mengatasi diare akibat karena efek antibakterinya Edukasi n. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan tubuh o. Untuk menghindari diare berkelanjutan Berikan p. Untuk meredakan diare
2	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yang ditandai oleh DS : - Pasien mengat akan frekuensi bab 5x	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil: c. Intake cairan membaik	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi f. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (membran mukosa kering, lemah) g. Monitor intake dan output cairan	Observasi e. Mengetahui kadar naik turunnya frekuensi tanda dan gejala hivopolemia

DO :	selama 1 hari	d. Mukosa bibir membaik	Terapeutik h. Berikan asupan cairan oral	f. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, atau seimbang
	- Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir kering - Intake Minum = 400 cc/6jam - Infus = 375 cc /6jam - Output Urine = 450cc/ 6 jam - IWL = 124 cc/6 jam - BAB = 150cc/ 6 jam - Intake – output = 775-724 = +51		Edukasi i. Anjurkan memperbanyak cairan oral Kolaborasi j. Pemberian cairan IV RL	Terapeutik g. Untuk memenuhi kebutuhan cairan Edukasi h. Untuk memenuhi kebutuhan cairan peroral
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai oleh DS : - Pasien mengatakan akan nyeri pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan selama 2x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun teratasi dengan kriteria hasil: d. Keluhan nyeri menurun e. Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi e. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri f. Identifikasi skala nyeri	Observasi f. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri g. Untuk mengetahui

DO :	- Skala nyeri 4 (0-10)	f. Skala nyeri menurun menjadi 1(0-10)	Terapeutik g. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)	skala nyeri yang dirasakan pasien
	- Pasien tampak meringis		Edukasi h. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	Terapeutik h. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
			Berikan obat sesuai rencana pengobatan	Edukasi i. Untuk mengetahui penyebab, pemicu nyeri
			- Omeprazole 2x40 mg - Ondansetron 2x 4 mg	Kolaborasi j. Untuk mengurangi nyeri

D. Pelaksanaan

No	Tanggal	Jam	DP	Tindakan	Nama dan Ttd
1.	16 januari 2025	10.30	I,II	Memberikan terapi elektrolit intravena Hasil : - Diberikan RL 20 Tpm	 Diah ayu
		10.00	III	Memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : - Pasien melakukan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	 Diah ayu
		11.30	I	Memberikan oralit sebanyak 200 cc Hasil :	

			- Cairan masuk dan pasien mau meminumnya	
				Diah ayu
12.00	I	Memberikan 1 sendok madu	Hasil : - Pasien mau memakan madu	
				Diah ayu
14.00	I,II	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV	Hasil : - TD : 110/70 mmhg - N : 70 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36,1 °C - SPO2 : 95%	
				Diah ayu
14.10	II	Memonitor intake dan output	Hasil : - Cairan masuk (intake) - Minum : 400 cc/6 jam - Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) - Urine : 400cc cc/6jam - Feses : 100cc /6jam - Iwl :124/ 6 jam - Total intake-output = 775-674 = +101	
				Diah ayu
15.00	II	Memberikan terapi elektrolit intravena RL	Hasil : Diberikan RL 20 Tpm	
				Diah ayu
15.00	I,III	Memberikan terapi sesuai pengobatan	- Attapulgate 1x2 tablet - Sucralfate 1x1 Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	
				Diah ayu
15.30	I	Mengajarkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas	Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	
				Diah ayu

	15.40	I	Menganjurkan makan dengan porsi kecil dan sering Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat yaitu harus makan dengan porsi kecil tetapi sering	 Diah ayu
	15.45	II	Menganjurkan memperbanyak cairan oral Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat, pasien harus minum 8 gelas atau sebanyak 2 liter/hari	 Diah ayu
	16.00	I	Memberikan madu 1 sendok Hasil : - Pasien mau memakan madu	 Diah ayu
	17.00	I	Memberikan cairan oralit sebanyak 200 cc Hasil : - Pasien mau meminum oralit	 Diah ayu
	18.40	III	Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat	 Diah ayu
	21.00	I,III	Memberikan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ondansentron 1x4mg - Dexketoprofen 1x1 - Attapulgate 1x2 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu
2.	17 januari 08.00 2025	I	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV Hasil : - TD : 115/75 mmhg - N : 68 x/menit - R : 20 x/menit	 Diah ayu

			- S : 36,6 oC - SPO2 : 98 %	
09.00	I,III	Melakukan terapi sesuai rencana pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ondansentron 1x4mg - Dexketoprofen 1x1 - Zinc 1x1 - Attapulgate 1x2 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu	
10.00	I	Memonitor frekuensi, dan kosnsitensi feses Hasil : - Pasien mengatakan bab 2x, konsistensi cair	 Diah ayu	
10.20	I	Memonitor bising usus Hasil : - Bising usus 12 x/menit	 Diah ayu	
10.50	II	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia Hasil : - Pasien mengatakan dirinya masih sedikit lemas - Mukosa bibir pasien tampak sedikit kering	 Diah ayu	
11.00	I	Memberikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : - Pasien melakukan Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	 Diah ayu	
11.30	III	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Pasien mengatakan skala nyeri 2(0-10)	 Diah ayu	
12.00	I	Memberikan madu diberi 1 sendok Hasil :	 Diah ayu	

			- pasien merasa lebih baik setelah diberikan terapi madu secara rutin - terdapat penurunan BAB menjadi 2x	
12.30	I	Memberikan cairan oralit 200 cc	Hasil : - pasien merasa lebih baik	 Diah ayu
13.00		Melakukan pemeriksaan ureum, kreatinin, kalium, natrium, chlorida	Hasil : Ureum : 28 Kreatinin : 1.20 Kalium : 1.20 Natrium : 137 Chloride : 97	 Diah ayu
14.00	II	Memonitor intake dan output cairan	Hasil : - Cairan masuk (intake) - Minum : 500cc/6jam - Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) - Urine : 400 cc - Feses : 100 cc - Iwl : 124/6jam - Total intake-output = $775-624 = +251$	 Diah ayu
15.00	I,III	Memberikan terapi sesuai pengobatan	- Attapulgate 1x2 tablet - Sucralfate 1x1 tablet Hasil : - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu
16.00	II	Menganjurkan memperbanyak cairan oral	Hasil : - Pasien mengerti dengan anjuran perawat, pasien harus minum 8 gelas atau sebanyak 2 liter/hari	 Diah ayu

		16.30	I	Memberikan cairan oral (oralit) diberikan sebanyak 200 cc Hasil : - Pasien mau meminum oralit	 Diah ayu
		16.50	I,II	Memberikan cairan elektrolit intravena Hasil : - Diberikan cairan RL 20 Tpm	 Diah ayu
		17.00	I	Memberikan madu 1 sendok Hasil : - Pasien merasa lebih baik setelah diberikan terapi madu secara rutin	 Diah ayu
		21.00	I,II,III	Memberikan terapi sesuai pengobatan - Omeprazole 1x40 mg - Ceftriaxone 1x1 g - Ondansentron 1x4mg - Attapulgate 1x2 tablet - Dexketoprofen 1x1 - Sucralfate 1x1 tablet Hasil: - Obat diberikan secara oral dan iv dengan prinsip benar obat, benar pasien, benar waktu dan benar rute	 Diah ayu
3.	18 januari 2025	08.00	I,II,III	Melakukan monitoring pemeriksaan TTV Hasil : - TD : 120/78 mmhg - N : 78 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36,5 oC - SPO2 : 98 %	 Diah ayu
		08.00	I,II	Memberikan cairan elektrolit intravena Hasil : Cairan RL 20 Tpm	 Diah ayu
		09.00	I	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses Hasil :	 Diah ayu

			- Pasien mengatakan bab 1x dan konsistensi berbentuk	
09.10	I	Memonitor bising usus	Hasil : - Bising usus 10x/menit	 Diah ayu
09.30	III	Mengidentifikasi skala nyeri	Hasil : - Pasien mengatakan skala nyeri 1 dari (0-10) - Pasien terlihat tenang dan tidak meringis	 Diah ayu
10.00	I	Memberikan cairan oralit 200cc	Hasil : - Pasien merasa lebih baik setelah diberikan oralit	 Diah ayu
11.30	III	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Hasil : - Pasien mengatakan perutnya sudah tidak sakit	 Diah ayu
12.00	II	Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia	Hasil : - Mukosa bibir pasien lembab - Pasien mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemas	 Diah ayu
14.00	II	Monitor intake dan output	Hasil : - Cairan masuk (intake) - Minum : 500 cc/6jam - Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) - Urine : 550 cc/6jam - Iwl : 124/6jam - Total intake-output = 775-674 = +201	 Diah ayu

E. Evaluasi

Tanggal	DP	Evaluasi Sumatif	Nama & Ttd
18 januri 2025	I	S : - Pasien mengatakan frekuensi bab 1x/hari - Pasien mengatakan fesesnya berbentuk O : - Bising usus pasien 10x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan	 Diah ayu
18 januari 202	II	S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas - Frekuensi BAB 1x/hari - Konsistensi BAB berbentuk O : - Mukosa bibir pasien lembab - Pasien mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemas - Cairan masuk (intake) Minum : 500 cc/6jam Infus : 375 cc/6jam - Cairan keluar (output) Urine : 550 cc/6jam Iwl :124/6jam - Total intake-output = $775-674 = +201$ A : masalah teratasi P : intervensi di hentikan	 Diah ayu
18 januari 2025	III	S : - Pasien mengatakan perutnya sudah tidak sakit - Skala nyeri 1 (0-10) O : - Pasien terlihat tenang dan tidak meringis A : masalah teratasi P : intervensi di hentikan	 Diah ayu

DIAH AYU PUSPITASARI

ORIGINALITY REPORT

6%

SIMILARITY INDEX

6%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.bku.ac.id

Internet Source

4%

2

repository.poltekkesbengkulu.ac.id

Internet Source

1%

3

spganjar.blogspot.com

Internet Source

1%

4

Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%

5

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

Lampiran 11 : Daftar riwayat hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



NAMA : DIAH AYU PUSPITASARI

TEMPAT TANGGAL LAHIR : BANDUNG, 21 OKTOBER 2003

AGAMA : ISLAM

ALAMAT : KP BABAKAN JATI RT 004/RW 025,
DESA CILEUNYI KULON, KEC.
CILEUNYI, KAB. BANDUNG,
PROVINSI JAWA BARAT

PENDIDIKAN

TAHUN 2009 – 2010 : TK AL - MAHFUDIAH

TAHUN 2010 – 2016 : SDN CILEUNYI 05

TAHUN 2016 – 2019 : SMPN 2 CILEUNYI

TAHUN 2019 – 2022 : SMK BHAKTI KENCANA CILEUNYI

TAHUN 2022 – 2025 : PRODI DIII KEPERAWATAN, FAKULTAS
KEPERAWATAN UNIVERSITAS BHAKTI
KENCANA BANDUNG